



SOLUTION GESTÃO PÚBLICA

CNPJ: 17.795.008/0001-94

**PROPOSTA TÉCNICA/PLANO DE TRABALHO PARA
GERENCIAMENTO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS
DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
MUNICIPAL DE COLINA/SP E SAMU 192, INCLUINDO O
SUPORTE ÀS ATIVIDADES DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E
TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES DO MUNICÍPIO DE COLINA -
SP**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 008/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 4.048/2025**

COLINA - SP

2026

Sumário

1.	Apresentação institucional e contextualização do projeto	7
1.1	Apresentação da Organização Social	7
1.2	Ata e estatuto	15
1.3	Compreensão do Objeto do Chamamento Público	48
1.4	Princípios Norteadores da Proposta.....	54
2.	Diagnóstico técnico-operacional da unidade	64
2.1	Caracterização da Unidade de Pronto Atendimento Municipal	64
2.2	Diagnóstico dos Serviços Assistenciais	77
2.3	Diagnóstico do SAMU 192 – Suporte Básico de Vida	88
2.4	Diagnóstico de Riscos Assistenciais e Operacionais	97
C1 -	ÁREA DE ATIVIDADE	112
3.	Implantação de Fluxos	112
3.1	Fluxo de circulação em áreas restritas, externas e internas.....	112
3.2	Fluxo de pacientes e acompanhantes	132
3.3	Registros e documentos de usuários e administrativos	147
3.4	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados.....	161
3.5	Fluxo unidirecional de resíduos de saúde	176
3.6	Limpeza da unidade	210
4.	Implantação da Gestão.....	227
4.1	Logística de suprimento.....	227
4.2	Proposta para regimento interno da unidade.....	264
4.2.1	Modelo de Regimento interno da Unidade de Pronto Atendimento municipal de Colina/SP e Base Descentralizada SAMU 192 (USB)	283
4.3	Proposta para regimento do serviço de enfermagem.....	292
4.3.1	Modelo de Regimento interno do serviço de enfermagem	315
4.4	Proposta para regimento do corpo clínico	323
4.4.1	Modelo de Regimento interno do corpo clinico	343
4.5	Regulamento de compras.....	354
4.5.1	Modelo de Regulamento de compras.....	363
4.6	Plano de Modernização de investimento predial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.....	372

4.6.1	Modelo de Plano de Modernização predial.....	382
4.7	Plano de Melhoria de equipamentos, mobiliários e materiais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal	388
4.7.1	Modelo de Plano de Modernização equipamentos, mobiliários e materiais	397
5.	Implantação de Processos.....	403
5.1	Manual de protocolos assistenciais	403
5.1.1	Protocolos de Atendimento de Urgência e Emergência	408
5.1.1.1	Abordagem inicial e estabilização do paciente	408
5.1.1.1.1	Modelo de protocolo de Abordagem inicial e estabilização do paciente	420
5.1.1.2	Conduas clínicas padronizadas	435
5.1.1.3	Crítérios de monitoramento e reavaliação	452
5.1.1.3.1	Modelo de manual de Crítérios de monitoramento e reavaliação	464
5.1.1.4	Encaminhamento, transferência e regulação de pacientes...	480
5.1.1.4.1	Modelo de manual de Encaminhamento, transferência e regulação de pacientes.....	492
5.1.1.5	Integração com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 509	
5.1.2	Protocolos Clínicos Prioritários	521
5.1.2.1	Síndrome Coronariana Aguda	521
5.1.2.2	Acidente Vascular Cerebral	544
5.1.2.3	Parada Cardiorrespiratória	563
5.1.2.4	Sepse e choque séptico	587
5.1.2.5	Insuficiência respiratória aguda	637
5.1.2.6	Trauma	671
5.1.2.7	Crises convulsivas	723
5.1.2.8	Emergências hipertensivas.....	749
5.1.2.9	Distúrbios glicêmicos.....	799
5.2	Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos	863
5.3	Manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio .	879

5.3.1	Modelo de manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio	899
5.4	Manual de rotinas para administração contábil/financeira	959
5.4.1	Modelo de manual de rotinas para administração contábil/financeira 977	
5.5	Manual de rotinas administrativas para gestão documental e arquivos 1029	
5.5.1	Modelo de manual de rotinas administrativas para gestão documental e arquivos	1046
C2 -	ÁREA DA QUALIDADE	1064
6.	Qualidade Objetiva	1064
6.1	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.....	1064
6.1.1	Modelo de Regimento Interno.....	1072
6.2	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	1078
6.2.1	Modelo de Regimento Interno.....	1085
6.3	Comissão de Verificação de Óbitos.....	1092
6.3.1	Modelo de Regimento Interno.....	1101
6.4	Comissão de Controle e Infecção Hospitalar- CCIH	1107
6.4.1	Modelo de Regimento Interno.....	1114
6.5	Comissão de Ética Médica	1121
6.5.1	Modelo de Regimento Interno.....	1127
6.6	Comissão de Ética de Enfermagem	1134
6.6.1	Modelo de Regimento Interno.....	1140
7.	Qualidade Subjetiva	1147
7.1	Acolhimento	1147
7.1.1	Fluxo do acolhimento na classificação de risco	1147
7.1.2	Programa Nacional de Humanização	1166
7.2	Atendimento	1188
7.2.1	Instrumento de pesquisa.....	1188
7.2.1.1	Modelo de instrumento de pesquisa	1200
7.2.2	Frequência	1203
7.2.3	Sistemática das ações corretivas	1214
7.2.4	Sistemática de monitoramento	1219

7.2.5	Garantia da qualidade da informação / Tratamento das não conformidades.....	1225
7.3	Sistema de Gestão	1231
7.3.1	Dimensionamento de recursos humanos	1237
7.3.2	Política de Recursos Humanos	1238
7.3.2.1	Recrutamento e seleção.....	1238
7.3.2.2	Modelo de Contrato de trabalho	1253
7.3.2.3	Avaliação de desempenho e sugestão de condutas	1257
7.3.2.3.1	Modelo de Avaliação de Desempenho	1263
7.3.2.4	Educação permanente	1268
7.3.2.4.1	Cronograma de educação permanente.....	1283
7.3.2.5	Projeto voltado à Saúde do trabalhador	1287
7.3.3	Programa de qualidade.....	1302
C3	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	1317
8.	Experiência em gestão de unidades de Saúde da proponente	1317
9.	Experiência em gestão de unidades de Saúde de seu corpo diretivo....	1397
10.	Comprovação de gerenciamento em serviço de saúde em atenção à Urgência e Emergência	1399
11.	Tempo de experiência de gestão em saúde do Responsável Técnico Médico da Instituição.....	1423
12.	Titulação de Especialistas de Gestão em área da Saúde	1585
C4	- CAPACIDADE GERENCIAL E ASSISTENCIAL	1628
13.	Capacidade Gerencial e Assistencial.....	1628
13.1	Estrutura/organograma da Direção e da Organização	1628
13.1.1	Organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo e da estrutura a ser implantada na unidade	1632
13.1.2	Estruturação dos processos gerenciais do Pronto Atendimento Municipal.....	1637
13.1.3	Definição e aplicação de mecanismos de gestão e acompanhamento - Indicadores de Desempenho	1642
13.1.4	Sistemas de Informação em Saúde.....	1655
13.2	Tempo de uso do sistema de prontuários eletrônicos em Unidades de Saúde	1671
13.3	Apresentação de comprovante de cadastro	1689

13.3.1	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.....	1689
13.3.2	Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social	1691
14.	Plano de modernização e melhorias.....	1693
14.1	Plano de Investimentos Prediais	1693
14.2	Plano de Melhoria de Equipamentos e Mobiliários	1702
15.	Plano de gestão de insumos, medicamentos e resíduos.....	1712
15.1	Gestão de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares.....	1712
15.2	Gestão de Gases Medicinais	1724
15.3	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.....	1737
16.	Controle, transparência e prestação de contas	1753
16.1	Mecanismos de Controle Interno	1753
16.2	Prestação de Contas à Administração Pública	1769
16.3	Conformidade com Órgãos de Controle	1782
17.	Metas, indicadores e resultados esperados	1795
17.1	Metas e indicadores	1795
17.2	Resultados Esperados para o Município	1808
18.	Proposta financeira	1813
18.1	Quadro de RH CLT.....	1813
18.2	Quadro de RH PJ.....	1823
18.3	Proposta Financeira de Custeio	1825
18.4	Cronograma de desembolso.....	1827
18.5	Carta Proposta	1828

1. Apresentação institucional e contextualização do projeto

1.1 Apresentação da Organização Social

A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA** é uma organização social sem fins lucrativos, devidamente constituída e registrada sob o nº 37.046 no Cartório de Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Pirajuí/SP, inscrita no CNPJ sob o nº 17.795.008/0001-94.

Identificação e Sede

A entidade possui sua sede localizada na Rua Anotônio Moura Torres, nº 280, bairro Centro, CEP: 16.670-047, cidade de Presidente Alves/SP, conforme alteração aprovada em Assembleia Geral Ordinária realizada em 01 de dezembro de 2025.

Natureza Jurídica e Finalidade

A Solution Gestão Pública configura-se como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social, comprometida com a prestação de serviços na área de gestão pública, especialmente no âmbito da saúde, educação e assistência social.

Missão Institucional

A organização tem como missão principal contribuir para a melhoria da gestão pública através da implementação de modelos gerenciais eficientes, transparentes e focados em resultados, sempre pautados pelos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Princípios e Valores

A Solution Gestão Pública fundamenta sua atuação nos seguintes princípios:

Transparência: Divulgação integral de todos os atos de gestão e aplicação de recursos públicos

Eficiência: Busca constante pela otimização dos recursos e melhoria dos processos

Responsabilidade Social: Compromisso com o desenvolvimento social e a melhoria da qualidade de vida da população

Ética: Conduta íntegra e responsável em todas as ações e relações institucionais

Inovação: Implementação de práticas modernas e tecnologias para aprimoramento da gestão

Áreas de Atuação

Conforme estabelecido em seu estatuto social, a Solution Gestão Pública desenvolve atividades nas seguintes áreas:

Gestão em Saúde: Gerenciamento de unidades de saúde, implementação de programas de atenção básica, gestão hospitalar e desenvolvimento de projetos para melhoria do acesso aos serviços de saúde

Gestão em Educação: Desenvolvimento de projetos educacionais, gestão de unidades educacionais e programas de formação continuada

Assistência Social: Implementação de programas de proteção social, desenvolvimento comunitário e inclusão social

Desenvolvimento Institucional: Capacitação de recursos humanos, consultoria em gestão pública e desenvolvimento de sistemas de gestão

Experiência e Qualificações

A Solution Gestão Pública possui experiência comprovada na gestão de contratos públicos, tendo desenvolvido ao longo de sua trajetória competências específicas em:

- Gestão de unidades de saúde de diferentes complexidades
- Implementação de sistemas de gestão da qualidade
- Desenvolvimento de indicadores de desempenho e resultados
- Gestão de recursos humanos no setor público
- Implementação de programas de humanização do atendimento
- Gestão financeira e prestação de contas de recursos públicos

Certificações e Registros

A organização mantém todas as certificações e registros necessários para sua atuação, incluindo:

- Registro no Conselho Regional de Administração - CRA
- Registro no Conselho Regional de Medicina - CRM (para gestão de unidades de saúde)
- Registro no Conselho Regional de Enfermagem - COREN (para gestão de unidades de saúde)
- Certificações de regularidade fiscal nas esferas federal, estadual e municipal
- Certificado de Regularidade do FGTS

- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas

Compliance e Governança

A Solution Gestão Pública possui um robusto sistema de compliance, conforme estabelecido em seu estatuto, que assegura:

- Adequação e fortalecimento dos sistemas de controles internos
- Prevenção de desvio de recursos e favorecimento pessoal
- Monitoramento constante do ambiente regulatório
- Disseminação da cultura de controles e conformidade legal
- Transparência na prestação de contas de todos os recursos públicos recebidos

A **Solution Gestão Pública** possui sólida experiência na **gestão de serviços de saúde**, com atuação comprovada junto a entes públicos e instituições parceiras, especialmente na administração, organização e execução de ações e serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo de sua trajetória, a instituição firmou contratos e parcerias que resultaram na emissão de **atestados de capacidade técnica**, evidenciando sua aptidão operacional, administrativa e gerencial para conduzir serviços de saúde de diferentes portes e complexidades.

Dentre os contratos e parcerias já executados com êxito, destacam-se os municípios de Ocaçu, Vera Cruz, Álvaro de Carvalho, Avaí, Lutécia, Platina, Reginópolis, Barra do Chapéu e Presidente Alves. Tais experiências resultaram em atestados formais que comprovam a capacidade da Solution em gerenciar recursos humanos, financeiros e materiais, implantar processos assistenciais e administrativos, cumprir metas pactuadas e assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

Essa trajetória demonstra que a Solution detém **expertise consolidada em gestão de serviços de saúde**, alinhada às diretrizes do SUS, às exigências legais e regulatórias e às boas práticas de governança, qualidade e controle por resultados, conferindo segurança técnica e institucional para a assunção de novos contratos de gestão em saúde pública.

Governança Corporativa

A Solution Gestão Pública adota um modelo de governança corporativa baseado nas melhores práticas de gestão, com clara definição de

responsabilidades e segregação de funções entre os órgãos de administração e fiscalização.

Órgãos de Administração

A estrutura administrativa da entidade é composta pelos seguintes órgãos:

1. Assembleia Geral

Órgão máximo de deliberação, composto por todos os associados em pleno gozo de seus direitos estatutários, com competências para:

- Eleger e destituir membros da Diretoria e do Conselho Fiscal
- Aprovar alterações estatutárias
- Deliberar sobre a dissolução da entidade
- Aprovar as prestações de contas anuais
- Estabelecer diretrizes gerais de atuação

2. Diretoria Executiva

Eleita para o quadriênio 2026/2030, a Diretoria Executiva é responsável pela gestão executiva da organização, sendo composta por:

Presidente: José Geraldo Neves Filho

CPF: 145.736.988-50

Profissão: Enfermeiro

Responsabilidades: Representação legal da entidade, coordenação geral das atividades, assinatura de contratos e convênios

Vice-Presidente: Alfredo Tadeu Belintani

CPF: 082.144.808-09

Profissão: Empresário

Responsabilidades: Substituição do Presidente em suas ausências, coordenação de projetos especiais

Secretário: Heitor Campos Maia

CPF: 399.009.648-61

Profissão: Autônomo

Responsabilidades: Gestão financeira, controle de receitas e despesas, elaboração de demonstrativos financeiros

Tesoureiro: Marcos Pereira da Silva

CPF: 199.556.308-09

Profissão: Autônomo

Responsabilidades: Auxílio na gestão financeira, substituição do 1º Tesoureiro

3. Conselho Fiscal

Órgão de fiscalização e controle, eleito para o mesmo período da Diretoria, composto por:

Membros Efetivos:

Marcia Regina Garbuglio Neves (Presidente do Conselho)

Iracema Neves

Membros Suplentes:

Lucas Campos Maia

O Conselho Fiscal tem como principais atribuições:

- Examinar e emitir parecer sobre as demonstrações financeiras
- Fiscalizar os atos da Diretoria
- Verificar o cumprimento dos deveres legais e estatutários
- Opinar sobre relatórios de desempenho financeiro e operacional

4. Conselho de administração

4.1 Representantes do poder público

Leandro Venancio Baffa

Jean Carlos Garcia

4.2 Representantes eleitos da sociedade civil, estranho a organização

Paulo Roberto Rocha dos Santos

Raquel de Oliveira Campos Maia

Rosemir Rezende Nagib

4.3 Membro eleito entre os membros ou os associados da organização social

Lucas Campos Maia

4.4 Representantes da sociedade com notória capacidade profissional

Dynart Cesar Sinho

Geovana Neves Belintani

4.5 Membros eleitos pelos funcionários da entidade

Erica Costa Rezende Nagib Gambirasi

Estrutura Operacional

Para o desenvolvimento de suas atividades, a Solution Gestão Pública mantém uma estrutura operacional organizada em coordenadorias técnicas:

Coordenadoria de Gestão em Saúde

- Responsável pelo gerenciamento de contratos na área da saúde
- Desenvolvimento de protocolos e procedimentos assistenciais
- Monitoramento de indicadores de qualidade e produtividade
- Gestão de equipes multidisciplinares de saúde

Coordenadoria Administrativa e Financeira

- Gestão de recursos humanos
- Controle financeiro e orçamentário
- Gestão de suprimentos e patrimônio
- Tecnologia da informação e sistemas de gestão

Coordenadoria de Projetos e Desenvolvimento Institucional

- Elaboração e acompanhamento de projetos
- Captação de recursos
- Desenvolvimento de parcerias institucionais
- Inovação e melhoria contínua

Coordenadoria de Compliance e Qualidade

- Monitoramento do cumprimento legal e normativo
- Gestão da qualidade e certificações
- Auditoria interna
- Gestão de riscos e controles internos

Políticas de Gestão

A Solution Gestão Pública adota políticas claras e transparentes para todas as áreas de gestão:

Política de Recursos Humanos

- Processos seletivos transparentes e meritocráticos
- Plano de cargos e salários estruturado
- Programa de capacitação e desenvolvimento contínuo
- Avaliação de desempenho periódica
- Código de ética e conduta profissional

Política de Compras e Contratações

- Regulamento próprio de compras baseado nos princípios da administração pública
- Processos de cotação com no mínimo três fornecedores
- Comissão de compras para análise e aprovação
- Sistema de gestão de contratos e fornecedores

Política Financeira

- Segregação de funções na aprovação de despesas
- Limites de alçada definidos por cargo
- Prestação de contas mensal aos órgãos de controle
- Auditoria externa independente anual

Política de Transparência

- Publicação de todos os contratos e convênios no site institucional
- Divulgação mensal de demonstrativos financeiros
- Canal de ouvidoria para recebimento de denúncias e sugestões
- Relatórios periódicos de atividades

Sistema de Controle e Avaliação

A entidade mantém um sistema integrado de controle e avaliação que contempla:

Indicadores de Desempenho: Monitoramento mensal de metas quantitativas e qualitativas

Auditoria Interna: Verificação sistemática de processos e procedimentos

Comissões Técnicas: Grupos especializados para análise de questões específicas

Relatórios Gerenciais: Produção regular de informações para tomada de decisão

Prestação de Contas: Elaboração de relatórios detalhados conforme exigências dos órgãos de controle

Capacidade Técnica e Operacional

A Solution Gestão Pública demonstra sua capacidade técnica e operacional através de:

- Equipe técnica multidisciplinar qualificada
- Sistemas de gestão informatizados e integrados
- Procedimentos operacionais padronizados
- Certificações de qualidade em gestão
- Parcerias com instituições de ensino e pesquisa
- Rede de fornecedores e prestadores de serviços qualificados

Esta estrutura administrativa robusta e profissionalizada permite à Solution Gestão Pública executar com excelência os contratos de gestão firmados com o poder público, sempre com foco na melhoria contínua dos serviços prestados à população e no uso eficiente e transparente dos recursos públicos.

1.2 Ata e estatuto


SOLUTION
GESTÃO PÚBLICA



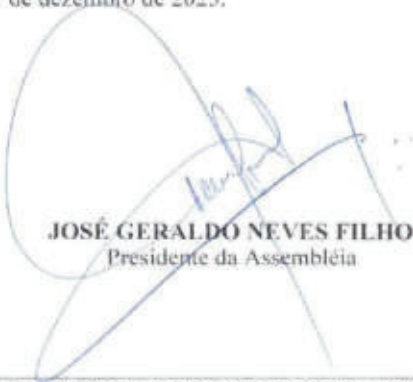
ILUSTRÍSSIMO SENHOR OFICIAL DO CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE PIRAJUI – ESTADO DE SÃO PAULO.

A Diretoria da **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, entidade devidamente inscrita no C.N.P.J. (MF) sob nº. 17.795.008/0001-94, tendo seu Estatuto devidamente registrado sob nº. 37.046, localizada na Praça Verde Lima Guimarães, nº 501, no bairro Centro, na cidade de Presidente Alves/SP, CEP 16.670-000, por intermédio de seu representante legal que esta subscreve, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, **REQUERER A AVERBAÇÃO DA ATA DA ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA**, realizada no dia 01 de dezembro de 2025, às 08:00 horas, para tratar do seguinte assunto:

- I. **ALTERAÇÃO DO ESTATUTO SOCIAL;**
- II. **ALTERAÇÃO DO ENDEREÇO DA SEDE SOCIAL DA ENTIDADE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE ALVES/SP;**
- III. **ELEIÇÃO DOS MEMBROS PARA COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA E CONSELHO FISCAL PARA O EXERCÍCIO DO QUADRIENIO 2026/2030;**

Termos em que,
Pede, E Espera Deferimento.

Presidente Alves- SP, 01 de dezembro de 2025.


JOSÉ GERALDO NEVES FILHO
Presidente da Assembleia

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO**

A Diretoria da **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, entidade devidamente inscrita no C.N.P.J. (MF) sob nº. 17.795.008/0001-94, tendo seu Estatuto devidamente registrado sob nº. 37.046, localizada na Praça Verde Lima Guimarães, nº 501, no bairro Centro, na cidade de Presidente Alves/SP, CEP 16.670-000, **CONVOCA** Diretores, Associados e Conselho Fiscal, para a **ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA** a realizar-se no dia 01 de dezembro de 2025, às 08:00 horas, na sede da entidade, com a seguinte pauta:

- I. ALTERAÇÃO DO ESTATUTO SOCIAL;**
- II. ALTERAÇÃO DO ENDEREÇO DA SEDE SOCIAL DA ENTIDADE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE ALVES/SP;**
- III. ELEIÇÃO DOS MEMBROS PARA COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA E CONSELHO FISCAL PARA O EXERCÍCIO DO QUADRIENIO 2026/2030;**

Presidente Alves- SP, 18 de novembro de 2025.



JOSÉ GERALDO NEVES FILHO
Presidente da Assembléia

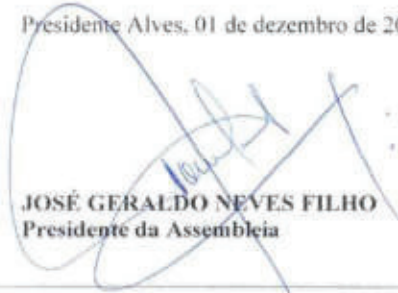
DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999457
www.solutiongestaopublica.com.br


SOLUTION
 GESTÃO PÚBLICA

LISTA DE PRESENÇA NA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

NOME	R.G.	C.P.F.
JOSE GERALDO NEVES FILHO	25.337.634-8	145.736.988-50
WILLIAN HENRIQUE VIEIRA	44.756.284-8	341.315.178-92
THAIS LOPES BORGES	45.485.035-9	313.114.538-22
LUCAS CAMPOS MAIA	41.590.903-X	369.043.918-39
CRISMERLI GONÇALVES	41.617.554-5	359.761.678-02
IRACEMA NEVES	22.034.952	120.048.848-27
MARCOS PEREIRA DA SILVA	29.566.441	199.556.308-09
PAULO ROBERTO ROCHA DOS SANTOS	21.376.827	098.924.708-26
JEAN CARLOS GARCIA	29.545.924-4	295.627.708-18
LEANDRO VENANCIO BAFFA	29.326.629-3	284.854.098-25
DYNART CESAR SINHO	22.623.967-6	070.674.238-99
MÁRCIA REGINA GARBUGLIO NEVES	24.601.141-5	145.851.958-90
ERICA COSTA REZENDE NAGIB GAMBIRASI	58.827.702-2	110.196.918-40
ALFREDO TADEU BELINTANI	19.621.509	082.144.808-09
HEITOR CAMPOS MAIA	48.911.622	399.009.648-61
RAQUEL DE OLIVEIRA CAMPOS MAIA	18.808.311	098.921.998-47
ROSEMIR REZENDE NAGIB	32.088.870-8	285.182.278-01
MARCIO ALVES DE SOUZA	33.677.640-8	339.879.928-08
FERNANDO CESAR DE AQUINO	18.487.045-8	117.560.408-93
GEOVANNA NEVES BELINTANI	55.558.086-6	446.555.238-67
FRANCIELE CRISTINE SANTOS DE ASSIS	41.053.178-9	450.512.998-58
BEATRIZ GONÇALVES PEREIRA DA CRUZ	48.103.762-7	491.632.848-55
ANDRE ROSA MOREIRA LIMA	25.884.291-X	300.166.128-33
MARCELO FABIANO CONCEIÇÃO	27.486.742	175.208.468-30
KAREN BEATRIZ CREMASCO DA SILVA	38.958.405	452.134.348-19

Presidente Alves, 01 de dezembro de 2025.


JOSE GERALDO NEVES FILHO
 Presidente da Assembleia


DYNART CESAR SINHO
 Secretário da Assembleia

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End. Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br


SOLUTION
 GESTÃO PÚBLICA

RELAÇÃO DOS MEMBROS ELEITOS PARA O QUADRIENIO 2026/2030
DIRETORIA

NOME: José Geraldo Neves Filho	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 25.337.634-8 – CPF: 145.736.988-50
PROFISSÃO: Enfermeiro	ENDEREÇO: Alameda Polônia, 666 – City Barretos/SP – CEP 14.784-039
CIDADE: Barretos/SP	CARGO: Presidente
CONTATO: 17 99115-7239	EMAIL: jogeneff@hotmail.com

NOME: Alfredo Tadeu Belintani	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 19.621.509 – CPF: 082.144.808-09
PROFISSÃO: Autônomo	ENDEREÇO: Av. Eloy da Cruz Coelho, 235, Santa Terezinha – CEP 17.420-000
CIDADE: Lupércio/SP	CARGO: Vice-Presidente
CONTATO: 14 99814-8336	EMAIL: alfredobelintani@gmail.com

NOME: Heitor Campos Maia	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Solteiro	RG: 48.911.622 – CPF: 399.009.648-61
PROFISSÃO: Autônomo	ENDEREÇO: Rua 34, 1880 – Rios
CIDADE: Barretos/SP	CARGO: Secretário
CONTATO: 17 99134-5733	EMAIL: heitormaia00@hotmail.com

NOME: Marcos Pereira da Silva	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Solteiro	RG: 29.566.441 – CPF: 199.556.308-09
PROFISSÃO: Autônomo	ENDEREÇO: Rua Cecap Dois, 2.823 – Ap 11, Bloco 4, Benedito Correa
CIDADE: Barretos/SP	CARGO: Tesoureiro
CONTATO: 17 98134-2289	EMAIL: marcospsilva@gmail.com

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br

**CONSELHO FISCAL**

NOME: Marcia Regina Garbuglio Neves	NACIONALIDADE: Brasileira
EST. CIVIL: Casada	RG: 24.601.141 - CPF: 145.851.958-90
PROFISSÃO: Enfermeira	ENDEREÇO: Alameda Polônia, 666 - city Barretos - CEP: 14.784-039
CIDADE: Barretos	CARGO: Conselheira Titular
CONTATO: 17 98110-8465	EMAIL: marciagneves@gmail.com

NOME: Iracema Neves	NACIONALIDADE: Brasileira
EST. CIVIL: Casada	RG: 22.034.952 - CPF: 120.048.848-27
PROFISSÃO: Funcionária Pública	ENDEREÇO: Av. Eloy da Cruz Coelho, 235, Santa Terezinha - CEP: 17.420-000
CIDADE: Lupércio/SP	CARGO: Conselheira Titular
CONTATO: 14 99799-0520	EMAIL: irabelintani@gmail.com

NOME: Lucas Campos Maia	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Divorciado	RG: 41.590.903 - CPF: 369.043.918-39
PROFISSÃO: Enfermeiro	ENDEREÇO: Av. 5, 1512 - Fortaleza
CIDADE: Barretos	CARGO: Conselheiro Suplente
CONTATO: 17 98815-3978	EMAIL: lucasmaia00@hotmail.com

JOSÉ GERALDO NEVES FILHO
 Presidente da Assembleia

DYNART CESAR SINHO
 Secretário da Assembleia

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães 501 - Centro - Presidente Alves - SP
 CEP: 18.670-032 - CNPJ: 17.795.008/0001-94 - CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



AVERBADO

A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, entidade devidamente inscrita no C.N.P.J. (MF) sob nº. 17.795.008/0001-94, tendo seu Estatuto devidamente registrado sob nº. 37.046, localizada na Praça Verde Lima Guimarães, nº 501, no bairro Centro, na cidade de Presidente Alves/SP, CEP 16.670-032, representada por seu presidente, digo, o Senhor **JOSE GERALDO NEVES FILHO**, RG: 25.337.634-8 e CPF: 145.736.988-50, FAZ CONSTAR DA ATA DA ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA DA PRESENTE ASSOCIAÇÃO PARA TRATAR DE 03 (TRÊS) ASSUNTO: I. ALTERAÇÃO DO ESTATUTO SOCIAL; II. ALTERAÇÃO DO ENDEREÇO DA SEDE SOCIAL DA ENTIDADE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE ALVES/SP; III. ELEIÇÃO DOS MEMBROS PARA COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA E CONSELHO FISCAL PARA O EXERCÍCIO DO QUADRIENIO 2026/2030;

Ao primeiro dia do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e cinco, às oito horas, nas dependências da “**SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**”, situada na Praça Verde Lima Guimarães, nº 501, no bairro Centro, na cidade de Presidente Alves/SP, CEP 16.670-032, realizou-se a Assembleia Geral Ordinária da entidade, conforme edital previamente afixado em local visível da sede. A reunião teve como pauta os seguintes assuntos: I. ALTERAÇÃO DO ESTATUTO SOCIAL; II. ALTERAÇÃO DO ENDEREÇO DA SEDE SOCIAL DA ENTIDADE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE ALVES/SP; III. ELEIÇÃO DOS MEMBROS PARA COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA E CONSELHO FISCAL PARA O EXERCÍCIO DO QUADRIENIO 2026/2030; Iniciados os trabalhos, o Senhor **JOSÉ GERALDO NEVES FILHO** assumiu a presidência da Assembleia e designou o Senhor **DYNART CESAR SINHO** para secretariar os trabalhos. Instaurada a presente e constatada a presença da maioria absoluta dos associados, dada a palavra ao presidente da assembleia, este iniciou a solenidade abordando como primeiro assunto da pauta **I. ALTERAÇÃO DO ESTATUTO SOCIAL**. O presidente da assembleia explanou que as razões que tornam necessárias as alterações do presente estatuto, estão relacionadas as novas interpretações da lei 13.019/14 (Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil), e alterações trazidas pela Lei nº. 13.204/15, que resultará na melhor execução das atividades realizadas pela entidade, bem como maior acesso a incentivos governamentais para manutenção dos trabalhos sociais desenvolvidos em nossa cidade. Para tanto os membros do conselho de administração através do Sr. Dr. Jean Carlos Garcia sugeriu a inserção da redação no artigo 23 conforme descrito abaixo: Obrigatoriedade de publicação anual dos relatórios/balanços financeiros e relatório de execução do contrato de gestão:

- No jornal de circulação da comarca ao qual a entidade encontra-se registrada e/ou;
- No Diário Oficial da União e/ou;
- No site oficial da entidade.

Sendo assim foi colocado em plenária para análise e sugestão com palavra livre, onde o conselheiro Leandro Venancio Bafa, arguiu enfatizando que por se tratar de uma Organização sem fins lucrativos na qual em todos os anos a entidade veio desempenhando atividades sociais de cunho gratuito podemos até atualizar as regras de publicação, mas sempre voltadas ao princípio da economicidade, igualmente sugiro que seja acrescentado o parágrafo abaixo e caso seja acrescentado concordo em colocá-la na votação.

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



"Orienta-se que as despesas para as devidas publicações deverá obedecer os princípios da economicidade obedecendo a L.I.M.P.E.- Legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade".

Foram sanados perguntas e questionamentos, bem como houve a concordância das sugestões de ambos os conselheiros sendo realizado a alteração da redação, e iniciada a votação, a alteração da redação do Estatuto da presente instituição foi aprovado por unanimidade pelos presentes.

Passou-se então para o segundo assunto da pauta – **II. ALTERAÇÃO DO ENDEREÇO DA SEDE SOCIAL DA ENTIDADE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE ALVES/SP.**

O Senhor Presidente apresentou as razões plausíveis condizentes, detalhando que como a matriz encontra-se em reforma e devido ao período chuvoso as obras podem demorar mais que o previsto, então se faz prudente que a sede da matriz passa a ser no endereço da filial e o endereço da filial passa ser no endereço da matriz, outro ponto de fundamental importância é que para dar andamento na solicitação do CEBAS, precisa como pré requisito do CNES. Com a alteração do endereço a diretoria pretende solicitar o CNES. Visto que a entidade já realiza serviços que albergue esta certificação se faz necessário, caso todos concordem, que seja feita esta alteração. Aberta debates para votação, não havendo dúvidas dos presentes foi colocado em votação, sendo aprovado por unanimidade e ficando assim determinado, sede da Matriz da entidade para Rua Anotônio Moura Torres, nº 280, bairro Centro, CEP: 16.670-047, cidade de Presidente Alves/SP e a sede da Filial para o endereço da Praça Lima Verde Guimarães, nº 501, no bairro Centro, CEP 16.670-032, na cidade de Presidente Alves/SP. Passando agora para o terceiro e último assunto

III. ELEIÇÃO DOS MEMBROS PARA COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA E CONSELHO FISCAL PARA O EXERCÍCIO DO QUADRIÊNIO 2026/2030. Conforme edital fixado pelo atual presidente na sede da entidade convocando uma nova eleição da diretoria executiva, havendo o interesse de apenas uma chapa candidata, ora denominada "O trabalho Continua", dos presentes nesta assembleia para concorrer as eleições. Sendo aberta a palavra do Presidente na qual colocou o seu cargo a disposição para que os membros dos conselhos e demais diretores pudessem de forma voluntária, livre e espontânea optar por outro presidente. O Conselheiro Suplente Lucas Campos Maia se manifestou dizendo que pelos grandes avanços e pelo trabalho de grande relevância e impacto social, solicito que o Sr José Geraldo Neves Filho ocupe o cargo de Presidente. O Conselheiro Paulo Roberto Rocha dos Santos argumentou que, não só concorda com a opinião do Sr. Lucas como também não poderia deixar de enaltecer os trabalhos que vem sendo desenvolvido pela seriedade do Sr. José Geraldo Neves Filho. Leandro Venancio Bafa e Jean Carlos Garcia dizem que concordam com a fala dita anteriormente e que caso o Sr. José Geraldo Neves Filho não fique na Presidência a entidade poderia passar por um retrocesso. Não havendo mais nenhum questionamento ou fala dos presentes foi aberta a votação da chapa "O trabalho Continua", para início do mandato em **05 de janeiro de 2026** e término de **04 de janeiro de 2030**, composta pelos seguintes cargos: Presidente José Geraldo Neves Filho, Vice-Presidente Alfredo Tadeu Belintani, Secretário Heitor Campos Maia, Tesoureiro Marcos Pereira da Silva, Conselheiro Fiscal Titular Marcia Regina Garbuglio, Conselheiro Fiscal Titular Iracema Neves e Conselheiro Fiscal Suplente Lucas Campos Maia, sendo aprovada por unanimidade a chapa "O Trabalho Continua", ocasião esta que já fica atribuída a posse da nova diretoria passando a vigorar quando vencer a data da diretoria anterior em **04 de janeiro de 2026**. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a


SOLUTION
 GESTÃO PÚBLICA


assembleia ordinária. A lista dos presentes constam no livro de Ata da Assembleia Geral.

Presidente Alves, 01 de dezembro de 2025.

JOSÉ GERALDO NEVES FILHO
 Presidente da Assembleia

DYNART CESAR SINHO
 Secretário da Assembleia

PROTÓCOLO N.º 021176
 DATA DE RECEPÇÃO: 05/12/2025
 REGISTRO EM: 09/12/2025

AV. 2, LV. 1176, Reg. No 437, LV. A - P-J2

SELO DIGITAL: 1207254TINA000010679HJ25C

OFICIAL DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E
 CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE
 PIRAJUÍ/SP - Diego Rodrigues da Silva - Oficial

RESUMO GERAL	
Endereço	02.21.57
Cidade	0.16
UF/UF	0.16
Reg. Civil	1.10
T.ESP	1.67
Variação	0.43
APSP	1.25
Outros	18.2.00
Tot	00.30.00

PEDRO LUIS FOLHARI - ESCRIVENTE

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL
 DE PESSOA JURÍDICA
 COMARCA DE PIRAJUÍ
 PEDRO LUIS FOLHARI
 ESCRIVENTE

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE

End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



RELAÇÃO DE COMPONENTES DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PELO MANDADO DE 4 ANOS INÍCIO 01 DE MAIO DE 2025 A 30 DE ABRIL DE 2029.

REPRESENTANTES DO PODER PÚBLICO

NOME: Leandro Venancio Baffa	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 29.326.629-3 - CPF: 284.854.098-25
PROFISSÃO: Servidor Público Estadual (SP)-Enfermeiro	ENDEREÇO: Rua Projetada 11, Quadra L, Lote 13, Residencial Brandimarte, Cep: 15.130-520
CIDADE: Mirassol-SP	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 17-96314-1606	EMAIL: venanciobaffa@gmail.com

NOME: Jean Carlos Garcia	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 29.545.924-4 - CPF: 295.627.708-18
PROFISSÃO: Enfermeiro	ENDEREÇO: Rua Brasil, 460, Jd. Universal, Cep: 14.770-000, Colina/SP
CIDADE: Colina/SP	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 17 98141-9212	EMAIL: jcg589589@gmail.com

REPRESENTANTES ELEITOS DA SOCIEDADE CIVIL, ESTRANHO A ORGANIZAÇÃO

NOME: Paulo Roberto Rocha dos Santos	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 21.376.827 - CPF: 098.924.708-26
PROFISSÃO: Licenciatura Plena em Matemática	ENDEREÇO: Al. Bassen Mohamed Adl, 497, Jd. Nova Barretos, Cep: 14784-092
CIDADE: Barretos	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 17-99268-2482	EMAIL: Paulo.betim.roberto@gmail.com

NOME: Raquel de Oliveira Campos Maia	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casada	RG: 18.808.311 - CPF: 098.921.998-47
PROFISSÃO: Aux. Administrativo	ENDEREÇO: Av. S. 1512 - Fortaleza
CIDADE: Barretos	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 17 99667-9790	EMAIL: ramala@gmail.com

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



NOME: Rosemir Rezende Nagib	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 32.088.870-8 - CPF: 285.182.278-01
PROFISSÃO:	ENDEREÇO: Rua Primavera, 479, Santa Izabel, Cep: 14783-000, Barretos/SP
CIDADE: Barretos/SP	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 17-99245-5007	EMAIL: ronagib@gmail.com

RELAÇÃO DE COMPONENTES DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PELO MANDATO DE 2 ANOS INICIO 01 DE MAIO DE 2025 A 30 DE ABRIL DE 2027.

MEMBRO ELEITO ENTRE OS MEMBROS OU OS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

NOME: Lucas Campos Maia	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Divorciado	RG: 41.590.903 - CPF: 369.043.918-39
PROFISSÃO: Enfermeiro	ENDEREÇO: Av. 5, 1512 - Fortaleza
CIDADE: Barretos	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 17-98815-3978	EMAIL: lucasmaia00@hotmail.com

REPRESENTANTES DA SOCIEDADE COM NOTÓRIA CAPACIDADE PROFISSIONAL

NOME: Dynari Cesar Sinho	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 22.623.967-6 - CPF: 070.674.238-99
PROFISSÃO: Administrado/Bacharel Direito	ENDEREÇO: Av. Brigadeiro Guedes Muniz, 1188, Rios, Cep: 14783-120
CIDADE: Barretos	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 17-99129-0861	EMAIL: dynarisinho@gmail.com

NOME: Geovana Neves Belintani	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Solteira	RG: 55.558.086-6 - CPF: 446.555.238-67
PROFISSÃO: Engenheira de Alimentos	ENDEREÇO: Av. Eloy da Cruz Coelho, 235, Santa Terezinha - CEP 17.420-000
CIDADE: Lupércio	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 14-99610-7022	EMAIL: geovanabelintani@gmail.com

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 - Centro - Presidente Alves - SP
 CEP: 16.670-032 - CNPJ: 17.795.008/0001-94 - CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br


MEMBROS ELEITOS PELOS FUNCIONÁRIOS DA ENTIDADE

NOME: Erica Costa Rezende Nagib Gambirasi	NACIONALIDADE: Brasileira
EST. CIVIL: Casada	RG: 58.827.702.2 CPF: 110.196.918-40
PROFISSÃO: Diretora RH	ENDEREÇO: Rua Gerônimo Alves Pereira, nº 575, Jd. Universitário Apto. 6, Cep: 14.784-484
CIDADE: Barretos/SP	CARGO: Conselheiro Administrativo
CONTATO: 17 98823-1427	E-MAIL: ericacostabr40@gmail.com

QUALIFICAÇÃO DA DIRETORIA E CONSELHO FISCAL
DIRETORIA

NOME: José Geraldo Neves Filho	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 25.337.634-8 – CPF: 145.736.988-50
PROFISSÃO: Enfermeiro	ENDEREÇO: Alameda Polônia, 666 – City Barretos/SP – CEP 14.784-039
CIDADE: Barretos/SP	CARGO: Presidente
CONTATO: 17 99115-7239	E-MAIL: jogenefi@hotmail.com

NOME: Alfredo Tadeu Belintani	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Casado	RG: 19.621.509 – CPF: 082.144.808-09
PROFISSÃO: Autônomo	ENDEREÇO: Av. Eloy da Cruz Coelho, 235, Santa Terezinha – CEP 17.420-000
CIDADE: Lupércio/SP	CARGO: Vice-Presidente
CONTATO: 14 99814-8336	E-MAIL: alfredobelintani@gmail.com

NOME: Heitor Campos Maia	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Solteiro	RG: 48.911.622 – CPF: 399.009.648-61
PROFISSÃO: Autônomo	ENDEREÇO: Rua 34, 1880 – Rios
CIDADE: Barretos/SP	CARGO: Secretário
CONTATO: 17 99134-5733	E-MAIL: heitormaia00@hotmail.com

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE

End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaocubica.com.br


SOLUTION
 GESTÃO PÚBLICA


NOME: Marcos Pereira da Silva	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Solteiro	RG: 29.566.441 - CPF: 199.556.308-09
PROFISSÃO: Autônomo	ENDEREÇO: Rua Cecup Dois, 2.823 - Ap 11, Bloco 4, Benedito Correa
CIDADE: Barretos/SP	CARGO: Tesoureiro
CONTATO: 17 98134-3289	EMAIL: marcospsilva@gmail.com

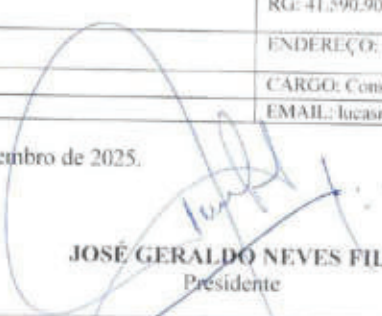
CONSELHO FISCAL

NOME: Marcia Regina Garbuglio Neves	NACIONALIDADE: Brasileira
EST. CIVIL: Casada	RG: 24.601.141 - CPF: 145.851.958-90
PROFISSÃO: Enfermeira	ENDEREÇO: Alameda Polônia, 666 - city Barretos - CEP 14.784-039
CIDADE: Barretos	CARGO: Conselheira Titular
CONTATO: 17 98110-8465	EMAIL: marciagneves@gmail.com

NOME: Iracema Alves	NACIONALIDADE: Brasileira
EST. CIVIL: Casada	RG: 22.034.952 - CPF: 120.048.848-27
PROFISSÃO: Funcionária Pública	ENDEREÇO: Av. Eloy da Cruz Coelho, 235, Santa Terezinha - CEP: 17.420-000
CIDADE: Luperão/SP	CARGO: Conselheira Titular
CONTATO: 14 99799-0520	EMAIL: irabelintani@gmail.com

NOME: Lucas Campos Maia	NACIONALIDADE: Brasileiro
EST. CIVIL: Divorciado	RG: 41.590.903 - CPF: 369.043.918-39
PROFISSÃO: Enfermeiro	ENDEREÇO: Av. 5, 1512 - Fortaleza
CIDADE: Barretos	CARGO: Conselheiro Suplente
CONTATO: 17 98815-7978	EMAIL: lucasmaia00@hotmail.com

Presidente Alves, 01 de dezembro de 2025.


JOSÉ GERALDO NEVES FILHO
 Presidente

 DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verdade Lima Guimarães, 501 - Centro - Presidente Alves - SP
 CEP: 16.670-032 - CNPJ: 17.795.008/0001-94 - CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br

**ESTATUTO SOCIAL****CAPÍTULO I – DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS**

Artigo 1º - A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, entidade devidamente inscrita no C.N.P.J. (MF) sob nº. 17.795.008/0001-94, tendo seu Estatuto devidamente registrado sob nº. 37.046, localizada na Praça Verde Lima Guimarães, nº 501, no bairro Centro, na cidade de Presidente Alves/SP, CEP 16.670-000, é uma associação civil, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com personalidade jurídica e patrimônio próprio e autonomia financeira. A Associação funcionará por tempo indeterminado, e exercerá as suas atividades segundo disposto neste Estatuto.

Artigo 2º - A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA** tem por finalidade:

I. Na área da Saúde:

- a) Desenvolvimento de atividades voltadas a prevenção de doenças dirigidas para as áreas de risco das comunidades carentes de atuação;
- b) Desenvolver projetos e programas na área da saúde, tanto no campo preventivo como curativo;
- c) Celebrar contratos de gestão com pessoas jurídicas de direito público, em todas as esferas de governo, visando a implementação de ações na área da saúde;
- d) Apoio à gestão de saúde, dos complexos reguladores das ações do Sistema Único de Saúde que são compostos pelas centrais de regulação, pelo planejamento e controle do acesso ao serviço de saúde, atuando na assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, nas internações e na regulação de consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e assessoria e consultoria na área de saúde;
- e) Serviços Moveis de Atendimento a Urgências. Exceto Por Uti Móvel, as atividades de unidades móveis terrestres (ambulâncias) ou aéreas destinadas a prestar atendimento de urgência com a assistência de médicos. Inclui os serviços das unidades móveis do setor público para atendimento a urgências fora dos domicílios (SAMU) e as unidades móveis de atendimento a urgências ligadas a seguradoras e planos de saúde;

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP 16 670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



- f) Serviços de Remoção de Pacientes, os serviços de ambulância cuja função é unicamente a de remoção de enfermos, sem envolver atendimento ao paciente. A remoção de pacientes não é, em geral, acompanhada por médico, mas por profissional de saúde (técnico ou auxiliar de enfermagem);
- g) Atividade Médica Ambulatorial Restrita a Consultas, as atividades de consultas e tratamento médico prestadas a pacientes externos exercidas em consultórios, ambulatórios, postos de assistência médica, clínicas médicas, clínicas oftalmológicas e policlínicas, consultórios privados em hospitais, clínicas de empresas, centros geriátricos, bem como realizadas no domicílio do paciente, as atividades de unidades móveis fluviais equipadas apenas de consultório médico e sem leitos para internação;
- h) Consultas prestadas em consultórios, ambulatórios, postos de assistência médica, clínicas médicas e outros locais equipados para a realização de exames complementares e postos de saúde pública;
- i) Serviços de internação de curta ou longa duração prestados a pacientes realizados em hospitais gerais e especializados, hospitais universitários, maternidades, hospitais psiquiátricos, centros de medicina preventiva e outras instituições de saúde com internação, incluindo-se os hospitais militares e os hospitais de centros penitenciários, serviços farmacêuticos, de alimentação e outros serviços prestados em hospitais. Essas atividades são realizadas sob a supervisão direta de médicos e incluem: serviços de médicos, serviços de laboratório, radiológicos e anestesiológicos e serviços de centros cirúrgicos;
- j) Serviços prestados nas unidades mistas de saúde, que são compostas por um centro de saúde e uma unidade de internação com características de hospital local de pequeno porte, sob administração única, atividades dos navios-hospital e atividades de centros de parto;
- k) Atividades de atendimento em pronto socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências, atividades exercidas em unidades de hospitais preparadas para atendimento a urgências e as atividades exercidas em prontos-socorros com assistência 24 horas e com leitos de observação;
- l) Atividades de Enfermagem, as atividades realizadas por enfermeiros legalmente habilitados, as atividades realizadas por enfermeiros legalmente habilitados

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



exercidas de forma independente;

- m) Atividades de Fisioterapia realizadas em centros e núcleos de reabilitação física, realizadas por fisioterapeutas legalmente habilitados exercidas de forma independente;
- n) Atividades de Fonoaudiologia, de fonoaudiólogos e as realizadas por fonoaudiólogos legalmente habilitados exercidas de forma independente;
- o) Atividades de Profissionais de Nutrição, realizadas por nutricionistas e as realizadas por nutricionistas exercidas de forma independente;
- p) Serviços de terapia de nutrição enteral e parenteral;
- q) Atividades de Psicologia e Psicanálise, exercidas pelos psicólogos e de psicanalistas;
- r) Treinamento em Gestão de Pessoal.

II. Na área de Assistência Social:

- a) Defesa de direitos sociais e atuar em causas de caráter social, tais como a defesa dos direitos humanos, defesa do meio ambiente, defesa das minorias étnicas, etc;
- b) Desenvolver Serviços de Proteção Social Básica e Serviços de Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade;
- c) Desenvolver programa de atendimento integrado à família, em parceria com o poder público, atuando principalmente no setor que engloba os bairros periféricos dos territórios II e III definidos pela Assistência Social;
- d) Garantir a convivência e o fortalecimento de vínculos familiares, propondo atividades de formação pessoal, social e emancipatórias com integração com a comunidade e o meio em que o público está inserido, seja ele crianças, jovens, adultos ou idosos, tem como princípio o protagonismo da pessoa atendida;
- e) Promover o Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres em situação de violência, acompanhadas ou não de seus filhos, em situação de risco de morte ou ameaças em razão da violência doméstica e familiar, causadora de lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral;
- f) Proteger mulheres e prevenir a continuidade de situações de violência, propiciando condições de segurança física e emocional e o fortalecimento da autoestima;
- g) Desenvolver Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos para crianças até

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.870-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 899467
www.solutiongestaopublica.com.br



- 06 anos, buscando o desenvolvimento de atividades com crianças, familiares e comunidade, para fortalecer vínculos e prevenir ocorrência de situações de exclusão social e de risco, em especial a violência doméstica e o trabalho infantil;
- h) Desenvolver o Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos para adolescentes de 6 a 15 anos visando a constituição de espaço de convivência, formação para a participação e cidadania, desenvolvimento do protagonismo e da autonomia das crianças e adolescentes, a partir dos interesses, demandas e potencialidades dessa faixa etária;
 - i) Desenvolvimento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para adolescentes e jovens de 15 a 18 anos com foco no fortalecimento da convivência familiar e comunitária e contribui para o retorno ou permanência dos adolescentes e jovens na escola, por meio do desenvolvimento de atividades que estimulem a convivência social, a participação cidadã e uma formação geral para o mundo do trabalho;
 - j) Desenvolvimento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos com foco no desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social;
 - k) Atendimento as pessoas idosas com ou sem deficiência no domicílio, com a finalidade da prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa a garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento;
 - l) Promover projetos de qualificação e requalificação e complementação da renda voltada às famílias, jovens e adultos de baixa renda;
 - m) Garantir a preservação e fortalecimento de vínculos familiares, propondo atividades de formação pessoal, social e emancipatórias que permitam alternativas de renda e novos projetos de vida;
 - n) Representar e garantir direitos da comunidade afrodescendente do município, estabelecendo parcerias com instancias públicas e privadas locais, regionais, estaduais e nacionais, fomentando projetos que atendam o interesse e necessidades destes públicos;
 - o) Estimular os talentos da comunidade nas diversas áreas em articulação com as demais políticas públicas, promovendo a inserção de crianças, jovens, adultos e idosos nos projetos existentes e estabelecendo parcerias para novas ações;

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End. Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999457
www.solutiongestaopublica.com.br



- p) Abrigar e prestar atendimento integral que garanta condições de estadia, convívio, endereço de referência para acolher com privacidade pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou ainda pessoas em trânsito;
- q) O serviço será ofertado de forma qualificada e personalizada de modo a promover a construção conjunta com o usuário do seu processo de saída das ruas com dignidade e respeito a sua vontade e autonomia;
- r) As ações ocorrerão de forma integrada e articulada entre si, proporcionando benefícios, por meio de projetos, programas e serviços, composta por uma equipe preparada, com postura não discriminatória, atenção e escuta qualificada, dentre outras características;
- s) O abrigado poderá utilizar as instalações do abrigo livremente, observando as normas estabelecidas pela administração, zelando pelas instalações e no uso do material permanente e de consumo;
- t) É indispensável manter o silêncio após as 22h00m, manter a moderação nas conversações, respeitando pelos objetos de uso pessoal quando deles fizer uso;
- u) As refeições serão servidas rigorosamente nos horários determinados pela equipe técnica e por escala de idade;
- v) As refeições deverão ser feitas apenas no refeitório, ficando assim, o abrigado, não poderá levar nenhum tipo de alimento para o dormitório.

III. Na área da cultura:

- a) Desenvolvimento de ações que contribuam para manter viva a memória cultural popular relacionada com os usos, costumes e tradições da diversidade cultural brasileira, promoção da arte e cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;
- b) Desenvolver projetos culturais nas áreas de música, dança e artes cênicas, possibilitando a formação e o aperfeiçoamento de artistas;
- c) Garantir a implantação de pontos de cultura popular nos territórios mais carentes acima e outros que o município assim o definirem;
- d) Desenvolver, projetos e oficinas de resgate da cultura local Sertaneja, raiz e folclórica;
- e) Desenvolver, fomentar e/ou financiar grupos culturais legalmente constituídos a fim de realizarem projetos culturais no município de Barretos;
- f) Elaboração de projetos culturais;
- g) Elaboração e promoção de eventos;
- h) Elaboração e promoção de eventos teatrais, culturais, tais como: espetáculos de

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.870-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



dança, espetáculos circenses, de marionetes e similares; sonorização, espetáculos de artes cênicas; gravação de som e edição de músicas; produção cinematográfica; produção de vídeos; produção de programas de televisão; organização e promoção de feiras, eventos, congressos, e exposições comerciais e profissionais; publicidade por mala direta via telefone.

Parágrafo 1º - Para cumprir os objetivos previstos no § 2º deste Estatuto, a entidade desenvolverá ações culturais de caráter lúdico e no módulo educativo, sempre em conformidade com a LDBEN – Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Parágrafo 2º - As ações e projetos executivos serão desenvolvidos de acordo com o artigo 23 – parágrafo 1º item: IV da Lei 4.258 de 19 de novembro de 2009 em consonância com o Plano Municipal de Cultura de Barretos.

IV. Na área da educação:

- a) Compreender o aluno de forma integral, buscando identificar suas necessidades de desenvolvimento no nível intelectual, físico, emocional, social e cultural;
- b) Conhecer a realidade do aluno, da sua família e da comunidade em que a escola e estes estudantes estão inseridos;
- c) Acolher as diferenças, reconhecendo que cada estudante é único, aprende de uma forma diferente e vive em um contexto próprio;
- d) Trabalhar de forma colaborativa com os professores da escola, criando comunidades de aprendizagem para compartilhar desafios e propor estratégias articuladas que respondam às demandas do desenvolvimento integral;
- e) A contribuição para o estudo dos problemas socioeconômicos da comunidade, colocando ao seu alcance cursos e serviços;
- f) O exercício de ações de integração comunitária, desenvolvendo atividades ético-sociais que valorizem os ideais, da cultura e da humanidade;
- g) A promoção e o ensino dos princípios de liberdade e ideais de solidariedade humana;
- h) A realização de parcerias com entidades afins;
- i) Prestar serviços educacionais na educação formal em geral e serviços educacionais em atividades pedagógicas complementares próprias de educação integral, inclusive:
 - Educação física e atividades educacionais desportivas em geral.
 - Educação científica e tecnológica e atividades profissionalizantes em geral.
 - Educação para cidadania e atividades cívicas educativas em geral.

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



- j) Prestar serviços educacionais de apoio didático pedagógico aos alunos da rede pública e da rede particular de ensino.
- k) Prestar serviços educacionais de apoio ao desenvolvimento emocional, psicológico e relacional de seus alunos, visando a melhoria no relacionamento e na convivência no ambiente escolar, como forma de prevenir e reprimir a violência em geral.
- l) Estabelecer formas de relacionamento institucional e permanente com as escolas frequentadas por seus usuários, no caso de crianças e adolescentes, a fim de acompanhar o desempenho escolar e apoiar a escola na compreensão e aplicação do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.
- m) Compreender o aluno de forma integral, buscando identificar suas necessidades de desenvolvimento no nível intelectual, físico, emocional, social e cultural;
- n) Conhecer a realidade do aluno, da sua família e da comunidade em que a escola e estes estudantes estão inseridos;
- o) Acolher as diferenças, reconhecendo que cada estudante é único, aprende de uma forma diferente e vive em um contexto próprio;
- p) Trabalhar de forma colaborativa com os professores da escola, criando comunidades de aprendizagem para compartilhar desafios e propor estratégias articuladas que respondam às demandas do desenvolvimento integral;
- q) A contribuição para o estudo dos problemas socioeconômicos da comunidade, colocando ao seu alcance cursos e serviços;
- r) O exercício de ações de integração comunitária, desenvolvendo atividades ético-sociais que valorizem os ideais, da cultura e da humanidade;
- s) A promoção e o ensino dos princípios de liberdade e ideais de solidariedade humana;
- t) A realização de parcerias com entidades afins.

Parágrafo Único: - Treinamento para aplicação de Recursos.

V. Esporte:

- a) Proporcionar atividades esportivas com crianças e adolescentes, com o objetivo de desenvolver seus talentos, além de estimular a melhor qualidade de vida;
- b) Promover palestras e cursos sobre a importância do lazer e do esporte na educação e na saúde;
- c) Publicar ou patrocinar a publicação de trabalhos e obras de interesse dos assistidos, mantendo para tanto, boletins de divulgação de trabalhos de cunho esportivo e educacional;
- d) Apoiar, estimular e incentivar os assistidos a prática do esporte e competições;
- e) Estabelecer convênios com ONGs, OGS e outras instituições, para garantir a

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End. Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.soluobongestao publica.com.br



- sustentabilidade dos projetos desenvolvidos pela Associação:
- f) Desenvolver a coletividade, projetos itinerantes que as estimulem para as práticas esportivas como meio de socialização e qualidade de vida;
 - g) Elaboração de Projetos Esportivos;
 - h) Promoção e Produção de eventos esportivos;
 - i) Atividades esportivas em geral.

Artigo 3º - A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA** terá um Regimento Interno que aprovado pela Assembleia Geral, disciplinará o seu funcionamento.

Artigo 4º - A fim de cumprir suas finalidades a instituição se organizará em tantas unidades de prestação de serviços, quantas se fizerem necessárias, as quais se regerão pelas disposições estatutárias.

CAPÍTULO II – DOS SÓCIOS

Artigo 5º - A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA** é constituída por número limitado de sócios, permitindo a aceitação de novos associados, distribuídos nas seguintes categorias:

- a) Fundador;
- b) Benfeitor;
- c) Honorário;
- d) Contribuinte.

Artigo 6º - São direitos dos sócios quites com suas obrigações sociais:

- a) Votar e ser votado para os cargos eletivos;
- b) Participar das Assembleias Gerais;
- c) Fazer representação à Diretoria Executiva;
- d) Recorrer à Assembleia Geral das penalidades impostas pela Diretoria;
- e) Direito de vista das prestações de contas, contratos, convênios e demais documentos relativos a gestão da instituição.

Artigo 7º - São deveres dos sócios:

- a) Pagar pontualmente suas mensalidades ou anuidades se preferir;
- b) Acatar decisões da Diretoria;
- c) Respeitar o presente Estatuto, Regimento Interno e a Legislação em vigor.

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



Artigo 8º - Os sócios não respondem, nem mesmo subsidiariamente, pelos encargos da Instituição.

CAPÍTULO III – DA ADMINISTRAÇÃO

Artigo 9º - A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA** será administrada por:

- a) Assembleia Geral
- b) Conselho de Administração;
- c) Diretoria;
- d) Conselho Fiscal.

Artigo 10º - A Assembleia Geral, órgão soberano de vontade associativa, se constituirá dos sócios em pleno gozo de seus direitos estatutários.

Artigo 11º - Compete à Assembleia Geral:

- a) Eleger 05 (Cinco) membros do Conselho de Administração, do total de 09 (nove) membros que compõem aquele órgão;
- b) Eleger a Diretoria executiva e o Conselho Fiscal;
- c) Destituir os membros do Conselho de Administração, Diretoria e do Conselho Fiscal se for reconhecida a existência de motivo grave, mediante a deliberação fundamentada;
- d) Decidir sobre a extinção da entidade;
- e) Aprovar as contas anuais da Associação;
- f) Alterar o Estatuto Social.

Parágrafo 1º - Para as deliberações a que se referem os itens, c, d, f, é redigido o voto concorde de dois terços (2/3) dos associados presentes à Assembleia especialmente convocada para este fim, não podendo ela deliberar em primeira convocação, sem a maioria absoluta dos associados, ou com menos de um terço (1/3) nas convocações seguintes.

Parágrafo 2º - Fica vedada a eleição do cônjuge e parentes consanguíneos ou afins, até o 2º (segundo) grau ou por afinidade do presidente ou dirigente máximo da entidade.

Parágrafo 3º - Fica vedada a eleição de membros de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau.

**CAPÍTULO IV – DA ASSEMBLEIA GERAL**

Artigo 12º - A Assembleia Geral reunir-se-á:

- I. Ordinariamente, uma vez por ano para:
 - a) apreciar o relatório anual da Diretoria;
 - b) examinar, discutir e apreciar sobre as contas, o balanço patrimonial e as demais demonstrações financeiras, que deverão ser apresentados com parecer do Conselho Fiscal.
- II. Ordinariamente de quatro em quatro anos, no mês de dezembro para eleição dos membros efetivos do Conselho Fiscal e Diretoria Executiva;
- III. Extraordinariamente, sempre que necessário, mediante a convocação do Presidente da Associação, a requerimento de 1/3 dos associados ou ainda por 1/5 dos associados em caso de extinção ou fusão;

Artigo 13º - A Assembleia Geral se realizará extraordinariamente, quando convocada:

- a) Pelo conselho de administração;
- b) Pela Diretoria;
- c) Pelo Conselho Fiscal;
- d) Por requerimento de um quinto (1/5) dos associados quites com as obrigações sociais.

Artigo 14º - A convocação da Assembleia Geral será feita mediante aviso fixado em locais visíveis da sede da associação, com 07 (sete) dias no mínimo de antecedência.

Artigo 15º - Na Assembleia Geral somente serão tratados assuntos que contem no Edital de Convocação, cabendo a presidência dos trabalhos ao Presidente, sem direito a voto.

Artigo 16º - As Assembleias Gerais somente poderão deliberar em primeira convocação com a presença mínima de dois terços (2/3) dos sócios existentes.

Artigo 17º - Não havendo número suficiente para estabelecimento do "quórum" será feita uma segunda convocação, meia hora depois, sendo válidas as decisões ali tomadas, com qualquer número de presentes.

Artigo 18º - As deliberações serão tomadas por meio de voto, podendo, a critério da Assembleia,

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



ser adotado o sistema de voto simbólico, aclamação ou escrutínio secreto.

Artigo 19º - A Instituição adotará práticas de gestão administrativas, necessárias e suficientes, a coibir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios e vantagens pessoais pelos dirigentes da entidade e seus cônjuges, companheiros e parentes colaterais ou afins até terceiro grau e ainda pelas pessoas jurídicas dos quais os mencionados anteriormente sejam controladores ou detenham mais de dez por cento das participações societárias.

CAPÍTULO V – DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Artigo 20º - A entidade poderá criar o conselho de administração a qualquer momento através da realização de Assembleia Geral Extraordinária para este, fim visando atender à previsão específica em Lei Federal, estadual ou Municipal sobre a Qualificação como Organização Social.

Artigo 21º - A composição do Conselho de Administração será composta de acordo com a deliberação específica descrita no presente Estatuto, para fins de atendimento dos requisitos de onde se pretende a Qualificação como Organização Social "OSC" a fim de celebrar contrato de Gestão. E o conselho de Administração será composto por 9 (nove) membros, da seguinte forma:

- I. 2 (dois) membros eleitos entre os membros natos representantes do Poder Público;
- II. 3 (três) membros eleitos de entidades da sociedade civil, estranho a organização;
- III. 1 (um) Membro eleito entre os membros ou os associados da Organização Social;
- IV. 2 (dois) membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;
- V. 1 (um) membro eleito pelos funcionários da entidade.

Parágrafo 1º - São critérios a serem observados na composição do Conselho de Administração:

- a) os representantes de entidades previstos dos incisos I e II devem corresponder a mais de 50% (cinquenta por cento) do Conselho;
- b) Os eleitos ou indicados não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o terceiro grau de membros do Poder Executivo com quem a pessoa jurídica mantenha qualquer forma de relação jurídica direta, ou dela seja contratante;
- c) O conselho deverá se reunir ordinariamente três vezes por ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo;

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 18.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999487
www.solutiongestaopublica.com.br



- d) Os conselheiros não receberão remuneração pelos seus serviços que prestarem nessa condição, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participar;
- e) Os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a Diretoria Estatutária da Organização Social deverão renunciar ao assumir tais funções;
- f) O dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do conselho, sem direito a voto.

Parágrafo 2º - O mandato dos membros do conselho de administração será de 04 (quatro) anos, admitida uma recondução, à exceção dos membros citados nos incisos III, IV, V que compuserem o primeiro Conselho, cujo mandato será de 02 (dois) anos, vinculado ao período de vigência do Termo de Fomento ou de Colaboração firmado de acordo com uma das esferas governamentais, sejam elas municipal, estadual ou federal em atendimento a Lei 13.019/2014.

Parágrafo 3º - Os Conselheiros que terão mandato de 02 (dois) anos, nos termos do parágrafo acima, serão votados por seus pares na primeira reunião do Conselho de Administração.

Parágrafo 4º - O Conselho de Administração terá poder para executar as seguintes atribuições:

- a) Fixar, se necessário, plano estratégico relativo ao âmbito de atuação da entidade, para consecução dos seus objetos;
- b) Aprovar a proposta de Contrato de Gestão, Contrato Administrativo, Convênio, Termo de Colaboração, Termo de fomento, ou seja, acordos de cooperação e demais parcerias;
- c) Aprovar a proposta de orçamento e o plano de investimentos da entidade;
- d) Designar e dispensar os membros da Diretoria Executiva e fixar sua remuneração;
- e) Aprovar modificações no regimento interno da entidade, que deverá dispor, no mínimo sobre sua estrutura, gerenciamento, cargos e competências;
- f) Aprovar o regulamento contendo os procedimentos que a Organização Social deverá adotar na contratação de serviços e o plano de cargos, salários e benefícios da entidade;
- g) Aprovar as mudanças deste estatuto e encaminhá-lo à Assembleia Geral;
- h) Aprovar a extinção da Organização Social;
- i) Aprovar e encaminhar os relatórios gerenciais e de atividades elaborados pela Diretoria para o órgão supervisor competente;
- j) Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas, e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa se necessário; e
- k) Emitir parecer sobre o balanço anual da Organização Social.

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br

- DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE**
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solucoesgestaopublica.com.br



- No Diário Oficial da União e/ou;
- No site oficial da entidade.

“Orienta-se que as despesas para as devidas publicações deverá obedecer os princípios da economicidade obedecendo a L.I.M.P.E.- Legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade”.

- e) Disponibilização de canal de comunicação direta com os sócios, voluntários, atendidos e público em geral, através do site oficial da entidade por meio do link da ouvidoria da entidade, encarregado de receber, processar e responder as solicitações relacionadas à gestão;
- f) Inserção de todas as informações pertinentes a gestão e controle da entidade por meio de disponibilização dos documentos na sede da entidade bem como o site oficial da entidade.

Artigo 24º - Compete ao Presidente:

- a) Representar a **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, judicial e extrajudicialmente;
- b) Cumprir e fazer cumprir este Estatuto e o Regimento Interno;
- c) Convocar e presidir reuniões de Diretoria e mandar executar as decisões;
- d) Assinar juntamente com o tesoureiro, cheques e documentos que impliquem responsabilidades financeiras;
- e) Convocar e presidir as Assembleias Gerais.

Artigo 25º - Compete ao Vice-Presidente:

- a) Substituir o presidente em suas faltas ou impedimentos;
- b) Assumir o mandato, em caso de vacância, até o seu término;
- c) Prestar, de modo geral sua colaboração ao Presidente.

Artigo 26º - Compete ao Secretário:

- a) Dirigir o expediente da secretaria da associação;
- b) Lavrar e subscrever as atas das reuniões de Diretoria e das Assembleias Gerais;
- c) Assinar e expedir carteirinhas de identificação dos associados;
- d) Manter e ter sob guarda o arquivo da associação.

Artigo 27º - Compete ao Tesoureiro:

- a) Responder pelo movimento da Tesouraria;
- b) Manter sob a sua responsabilidade e guarda, todos os valores em espécie.

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999487
www.solutiongestaopublica.com.br



pertencentes a associação;

- c) Passar recibos das importâncias recebidas;
- d) Assinar, juntamente com o Presidente, cheques e demais documentos que impliquem responsabilidade financeira da Associação;
- e) Depositar em nome da Associação, em estabelecimento bancário indicada pela Diretoria, as importâncias recebidas;
- f) Providenciar a cobrança de mensalidade dos associados, advertindo aquele em atrasos;
- g) Efetuar despesas previamente autorizadas pela Diretoria;
- h) Comunicar à Diretoria o nome dos associados em atraso;
- i) Providenciar arrecadação da receita da Associação, efetuando as despesas nos termos do item h acima;
- j) Manter escrituração de suas receitas e despesas em livros revestidos de formalidades, capazes de assegurar sua exatidão.

CAPÍTULO VII – DO CONSELHO FISCAL

Artigo 28º - O Conselho Fiscal será composto de 03 (três) membros, sendo 2 titulares e 1 suplente, dotados de autonomia em suas atribuições, com o mandato de 04 (quatro) anos, sendo todos brasileiros eleitos na Assembleia Geral, obedecido o disposto nos parágrafos deste artigo.

Parágrafo 1º - Não poderá integrar o Conselho Fiscal, esposa (o) ou filhos (as) do (a) Presidente.

Parágrafo 2º - Os membros do Conselho Fiscal assumem a responsabilidade pelos prejuízos que causem em virtude de infração legal e estatutária;

Parágrafo 3º - As responsabilidades a quais se referem o parágrafo anterior prescrevem no prazo de 03 (três) anos após o término do mandato, contando da data de aprovação pela Assembleia Geral das contas e do balanço do último exercício do mandato;

Parágrafo 4º - O mandato do Conselho Fiscal será coincidente com o mandato da Diretoria;

Parágrafo 5º - Em caso de vacância do cargo de membro do conselho fiscal, poderá ser eleito substituto por meio de assembleia extraordinária.

Artigo 29º - Compete ao Conselho Fiscal:

- a) Examinar os livros de escrituração da Assembleia;

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
 End: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
 CEP: 16.570-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



- b) Opinar e dar parecer sobre balanço e relatórios financeiro e contábil, submetendo-os à Assembleia Geral Ordinária ou Extraordinária;
- c) Requisitar ao Primeiro Tesoureiro, a qualquer tempo, documentação comprobatória das operações econômico-financeiras realizadas pela Associação;
- d) Convocar Extraordinariamente a Assembleia Geral.

CAPÍTULO VIII – DO PATRIMÔNIO

Artigo 30º - O patrimônio da **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, será constituído de bens móveis, imóveis, veículos, semoventes, ações e títulos da dívida pública.

Artigo 31º - Na ocorrência da dissolução da **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, seu respectivo patrimônio líquido será transferido a outra pessoa jurídica de igual natureza que preencha os requisitos da lei nº 9.790/99, lei nº 13.019/2014 e alterações trazidas pela lei nº 13.204/2015, e cujo objeto seja preferencialmente, o mesmo contido neste estatuto.

CAPÍTULO IX – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Artigo 32º - A prestação de contas da Instituição observará no mínimo:

- a) Os princípios fundamentais de contabilidade e as Normas Brasileiras de Contabilidade e princípios orientadores da “COMPLIANCE”, instituído pela lei nº 12.846/2013, lei nº 13.019/2014 e alterações trazidas pela lei nº 13.204/2015;
- b) A publicidade, por qualquer meio eficaz, no encerramento do exercício fiscal, ao relatório de atividades e das demonstrações financeiras da entidade, incluindo as Certidões Negativas de débitos junto aos órgãos Municipais, Estaduais e Federais, colocando-os à disposição para o exame de qualquer cidadão;
- c) A garantia de acesso irrestrito a todos os associados e filiados aos documentos e informações relativos à prestação de contas, bem como àqueles relacionados à gestão da respectiva entidade de administração do desporto, os quais deverão ser publicados na íntegra no sítio eletrônico da entidade;

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.796.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br



- d) A realização de auditoria, inclusive por auditores externos independentes se for o caso, da aplicação dos eventuais recursos objeto de Termo de Parceria, conforme previsto em regulamento;
- e) A aprovação das prestações de contas anuais apresenta pelos membros da diretoria, precedida por parecer do conselho fiscal;
- f) A prestação de contas de todos os recursos e bens de origem pública recebidos será feita, conforme determina o parágrafo único do Art. 70 da Constituição Federal.
- g) As responsabilidades do "Compliance" a que se compromete a instituição são: assegurar, em conjunto com as demais áreas, a adequação, o fortalecimento e o funcionamento do sistema de controles internos de desvio de recursos, favorecimento pessoal, de partidos políticos, obtenção de lucro, etc., procurando mitigar riscos de acordo com a complexidade de seus convênios e recursos financeiros, próprios ou incentivados pelos municípios, Estados e União, bem como disseminar a cultura de controles para assegurar o cumprimento das leis e regulamentos existentes. Além disso, verifica e monitora as alterações no ambiente regulatório, tais como normas do órgão regulador, autorregulação, entre outras, bem como as alterações normativas, governamentais, sociais, políticas que quanto as alterações nas estruturas de controles internos anticorrupção.

CAPÍTULO X – DAS PENALIDADES

Artigo 33º - Os sócios que infringirem as disposições deste estatuto ficam sujeitos as seguintes penalidades:

- a) Advertências;
- b) Suspensão;
- c) Eliminação.

Parágrafo 1º - A pena de suspensão é de 05 a 07 dias, de acordo coma infração;

Parágrafo 2º - Os associados reincidentes na pena de suspensão serão eliminados por tempo indeterminado;

Parágrafo 3º - Os associados que atrasar os seus compromissos financeiros por 02 (dois) meses ou mais, sejam eles, mensalidades ou outras despesas, será eliminado automaticamente da associação.

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999457
www.solutiongestaopublica.com.br



CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 34º - A **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA** será dissolvida por decisão da Assembleia Geral Extraordinária, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuação de suas atividades, tendo a sua incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinadas, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município, na Proporção dos recursos e bens por ele alocados nos termos do contrato de gestão.

Artigo 35º - O presente Estatuto poderá ser reformado, a qualquer tempo, por decisão da maioria absoluta dos sócios, em Assembleia Geral especialmente convocada para esse fim, e entrará em vigor na data de seu registro em Cartório.

Artigo 36º - É dever da Diretoria elaborar proposta de Regulamento Interno nos termos deste Estatuto, a ser submetida à Assembleia Geral.

Artigo 37º - O mandato da Diretoria estenderá até a posse de sua sucessora legalmente eleita.

Artigo 38º - É proibida nas dependências da Associação, a prática de jogos ilícitos, propagandas com fins políticos, que não correspondam aos objetivos da Associação.

Artigo 39º - A Assembleia Geral, elegerá os membros da Diretoria Executiva.

Artigo 40º - Os associados não respondem solidários ou subsidiariamente pela obrigação que a Diretoria contrair tácita ou expressamente em nome da Associação.

Artigo 41º - Serão considerados sócios fundadores: os sócios admitidos nos dois primeiros meses da Fundação da Associação.

Artigo 42º - Os recursos financeiros necessários à manutenção da **SOLUTION GESTÃO PÚBLICA**, bem como indispensáveis à execução de suas missões, serão obtidos:

- a) Por contratos de gestão firmados com Pessoas Jurídicas de Direito Público (União, Estados e Municípios);

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 16.870-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br


SOLUTION
GESTÃO PÚBLICA



b) Por convênios ou contratos com órgãos e entidades governamentais ou instituições privadas, para custeio, desenvolvimento e/ou execução de projetos de interesse na área de atuação da Associação;

c) Por contratos de produção e/ou comercialização de produtos e/ou serviços desenvolvidos pela Associação;

d) Por rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros e outros pertinentes ao patrimônio sob sua administração;

e) Por doações e legados destinados a apoiar suas atividades;

f) Por subvenções sociais que lhe forem transferidas pelo Poder Público;

g) Por contribuições dos associados;

h) Pelo recebimento de royalties e direitos autorais;

i) Por outros que, porventura, lhe forem destinados.

Artigo 43º - Os recursos serão aplicados integralmente e exclusivamente, dentro das finalidades da Associação, prevista neste Estatuto, atendendo as determinações da Portaria nº. 224 de 18 de Setembro de 2014, expedidas pelo governo federal, sem possibilidade de constituição de superávit.

Parágrafo 1º - A Associação não distribuirá lucros, resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela de seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto, comprometendo-se a investir seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades.

Parágrafo 2º - Os serviços assistenciais serão prestados pela Associação, na forma legal exigida pelas disposições vigentes, de modo a assegurar sua finalidade filantrópica, sem distinção de raça, cor, condição social, credo político ou religioso, idade, sexo, nacionalidade ou outras de qualquer natureza.

Parágrafo 3º - Visando ao desenvolvimento e ao incremento de suas finalidades, poderá a Associação realizar a comercialização de seus produtos e serviços, bem como a execução de quaisquer outras atividades relacionadas com seus objetivos, observadas as disposições legais aplicáveis.

Parágrafo 4º - O órgão administrativo da Associação fará, anualmente, proposta orçamentária, para ser votada em Assembleia Geral.

Artigo 44º - A Associação poderá contratar empresas terceirizadas para realizar a prestação de serviços voltadas conforme prevista no presente estatuto, gestão dos recursos Humanos, assim como agenciamento de eventos, produção de materiais de

DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO COM QUALIDADE
End.: Praça Verde Lima Guimarães, 501 – Centro – Presidente Alves – SP
CEP: 15.670-032 – CNPJ: 17.795.008/0001-94 – CREMESP: 999467
www.solutiongestaopublica.com.br




**OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS E ANEXOS
COMARCA DE PIRAJUÍ - SP**

Rua Riachuelo, 496 - Sala 4 - Centro - Fone (14) 3572-2211

CNPJ: 51.498.988/0001-00

Diego Rodrigues da Silva - Oficial | Odair Orlando Farias Novaes - Oficial Substituto

RECIBO OFICIAL

PROTOCOLO DE PESSOA JURÍDICA Nº:001176

Apresentante: SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, CNPJ: 17.795.008/0001-94

Partes.....: SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, CNPJ: 17.795.008/0001-94

Título.....: ATA - ALTERAÇÃO ESTATUTO

CERTIFICA que o presente título foi protocolado sob o número acima, em 05/12/2025, tendo sido praticado os seguintes atos:

DESCRIÇÃO	DATA	COMENTÁRIO	BASE CALC.	COBRANÇA	EMOL.	CUSTAS	TOTAL	Selo Digital
AV. 2, LV. 1176, Reg. No 497, LV. A - P-22	05/12/2025			CUSTAS INTEGRAIS	R\$ 21,47	R\$ 14,33	R\$ 35,80	1207254TINA000010879HJ25C
CR. 1176, LV. A - P-22	05/12/2025			CUSTAS INTEGRAIS	R\$ 7,30	R\$ 6,32	R\$ 13,62	1207254TINA000010879HJ25C

CUSTAS E EMOLUMENTOS

Emolumentos	R\$	29,45
Ao Estado	R\$	8,37
Ao SEFAZ	R\$	5,73
Ao Registro Civil	R\$	1,55
Ao Tribunal de Justiça	R\$	2,02
Ao Município	R\$	0,57
Ao Ministério Público	R\$	1,41
TOTAL	R\$	49,10
Valor Depositado.....	R\$	49,10

ORIGEM DOS DEPÓSITOS

-Depósito prévio em CRÉDITO BANCÁRIO no valor de R\$ 49,10 em 05/12/2025 POR BANCO DO BRASIL. Nº: lucas campos mala

RECEBI A IMPORTÂNCIA TOTAL ACIMA ESPECIFICADA, DEVENDO ESTE DOCUMENTO FAZER PARTE INTEGRANTE DO TÍTULO.

PIRAJUI-SP, 09 de dezembro de 2025

PEDRO LUIS FOLHARI - ESCRIVENTE



Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QRCode impresso ou acesse o endereço eletrônico:

<https://selodigital.tjsp.jus.br>
 1207254TINA000010879HJ25C
PELO INTERESSADO

Recebi uma via da presente com o título devidamente formalizado.

Data: ____/____/____

Ass.: _____

Nome: _____

End.: _____

1.3 Compreensão do Objeto do Chamamento Público

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA compreende que o objeto do Chamamento Público nº 008/2025 vai além de uma simples prestação de serviços. Trata-se do gerenciamento e execução integrada de ações e serviços de saúde em dois componentes estratégicos da Rede de Atenção às Urgências: a Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina e o SAMU 192 - Suporte Básico de Vida. Nossa interpretação reconhece a complexidade dessa missão. Não estamos assumindo instalações isoladas. Estamos assumindo componentes interligados de uma rede maior. Nossa responsabilidade transcende a gestão operacional. Alcança a efetivação do direito constitucional à saúde para população de Colina e região.

Interpretação Técnica do Objeto

O termo "gerenciamento e execução" carrega significado preciso. Não se trata apenas de execução operacional. Gerenciar significa planejar, organizar, dirigir, controlar. Executar significa realizar, concretizar, entregar. A SOLUTION interpreta que o Município não busca apenas mão de obra terceirizada. Busca parceiro estratégico que assuma responsabilidade integral pelos resultados. Que tome decisões gerenciais dentro do marco regulatório estabelecido. Que responda por metas pactuadas. Que se comprometa com indicadores de qualidade e eficiência.

O gerenciamento abrange múltiplas dimensões. Gestão de pessoas: recrutamento, seleção, capacitação, dimensionamento de escalas, avaliação de desempenho, saúde ocupacional. Gestão de insumos: compras, estoque, distribuição, controle de validade, rastreabilidade. Gestão de equipamentos: manutenção preventiva e corretiva, calibração, substituição, segurança operacional. Gestão de processos: elaboração de protocolos, padronização de rotinas, fluxos assistenciais e administrativos, documentação. Gestão da informação: prontuário eletrônico, faturamento, indicadores, relatórios gerenciais, auditorias. Gestão da qualidade: comissões técnicas, segurança do paciente, controle de infecção, humanização, satisfação do usuário.

A execução engloba toda assistência direta ao paciente. Acolhimento com classificação de risco. Atendimento médico e de enfermagem. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Observação clínica. Estabilização de emergências. Transferência de pacientes. Atendimento pré-hospitalar móvel. Cada ato executado tem impacto direto na vida e saúde das pessoas. Responsabilidade enorme. Exigência de excelência técnica. Compromisso ético inabalável.

O objeto especifica "ações e serviços de saúde". Ações são intervenções pontuais: vacinar, medicar, examinar, orientar. Serviços são estruturas organizadas que viabilizam essas ações de forma contínua e sistemática. A

SOLUTION compreende que assumirá tanto ações quanto serviços. Fornecerá atendimentos (ações) e manterá unidades funcionando 24/7 (serviços). A diferença é sutil mas importante. Ação pode ser eventual. Serviço é permanente. O edital exige ambos.

A expressão "plena conformidade com as políticas de saúde do SUS" não é mera formalidade. É diretriz operacional. O SUS tem princípios constitucionais: universalidade, integralidade, equidade. Tem diretrizes organizacionais: descentralização, regionalização, hierarquização, participação social. A SOLUTION não pode gerir essas unidades como se fossem serviços privados. Precisa operar dentro da lógica pública. Atender 100% SUS. Não negar atendimento. Não cobrar paciente. Respeitar fluxos da rede. Alimentar sistemas de informação oficiais. Submeter-se a auditorias e controle social.

"Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde" significa subordinação técnica ao gestor local. O Município define políticas prioritárias. Estabelece metas específicas. Determina foco em determinadas ações. A SOLUTION executa conforme orientação recebida. Autonomia gerencial não significa independência total. Significa liberdade para decidir como alcançar objetivos definidos pelo gestor público. Relação é de parceria sob supervisão. Não de autonomia irrestrita.

"Organização da Rede de Atenção às Urgências no âmbito municipal e regional" revela que unidades geridas pela SOLUTION não operam isoladas. Integram rede mais ampla. Relacionam-se com atenção básica, com hospitais, com regulação regional, com outras UPAs, com outros componentes do SAMU. A SOLUTION compreende que assumir UPA de Colina significa assumir responsabilidade de fazer essa unidade funcionar harmonicamente dentro do sistema. Receber referências adequadamente. Encaminhar contrareferências. Comunicar-se com regulação. Colaborar com municípios vizinhos.

Integração UPA Municipal + SAMU 192

A SOLUTION identifica que o grande diferencial deste chamamento é a integração obrigatória entre UPA e SAMU. Não são contratos separados que por acaso a mesma organização assumiu. É objeto único com dois componentes funcionalmente integrados. Essa integração não é opcional. É estrutural. O SAMU funciona como base descentralizada sediada na própria UPA. Ambulância estaciona no pátio da unidade. Equipe do SAMU convive com equipe da UPA. Pacientes trazidos pela ambulância entram direto na unidade. Essa proximidade física viabiliza sinergia operacional.

Integração física já existe. Prédio da UPA abriga garagem para ambulância. Vestiário para equipe do SAMU. Armário para materiais da ambulância. Isso reduz custos e facilita logística. Não precisa construir base separada para SAMU.

Não precisa duplicar infraestrutura. Manutenção predial de ambos acontece simultaneamente. Limpeza e segurança são compartilhadas. Economia de escala beneficia gestão.

Integração de recursos humanos traz eficiência. Coordenação de enfermagem da UPA supervisiona enfermeiros e técnicos tanto da unidade quanto do SAMU. Diretor técnico médico responde por ambas operações. Equipe administrativa apoia os dois componentes. Não há duplicidade de cargos gerenciais. RH, compras, almoxarifado, faturamento, TI são únicos. Essa integração reduz custo administrativo. Permite que maior percentual do recurso seja direcionado para assistência.

Integração de insumos é estratégica. Almoxarifado da UPA abastece ambulância do SAMU. Medicamentos de urgência, materiais de consumo, EPIs vêm do mesmo estoque. Compras são consolidadas. Volume maior gera poder de negociação. Preços melhores. Controle de estoque é unificado. Sistema único monitora consumo da UPA e do SAMU. Relatórios integrados facilitam planejamento. Reposição é mais eficiente.

Integração de protocolos assistenciais garante coerência. Paciente atendido pelo SAMU no domicílio e transportado para UPA recebe continuidade de cuidado baseada no mesmo protocolo clínico. Médico da UPA entende exatamente o que equipe do SAMU fez. Medicação iniciada na ambulância é continuada na unidade sem descontinuidade. Linguagem técnica comum facilita passagem de caso. Reduz erros de comunicação.

Integração logística beneficia transporte. Quando UPA precisa transferir paciente grave para hospital, ambulância do SAMU pode fazer esse transporte. Quando SAMU atende ocorrência e paciente precisa ser levado para UPA, distância é zero. Ambulância já está na base. Despacho é imediato. Paciente chega rapidamente. Essa proximidade salva vidas em casos críticos. Minutos fazem diferença entre sobreviver e morrer.

Integração de comunicação agiliza resposta. Médico regulador da Central de Barretos aciona SAMU Colina. Equipe sai para atendimento. Durante trajeto, informa UPA que está trazendo paciente grave. UPA prepara sala de emergência. Separa medicações. Aciona médico plantonista. Quando ambulância chega, recepção já está organizada. Não há perda de tempo. Paciente vai direto para atendimento. Integração de sistemas de informação permite esse fluxo.

Integração de capacitação otimiza treinamentos. Simulado de parada cardiorrespiratória envolve equipe do SAMU e da UPA. Treinam juntas. Desenvolvem entrosamento. Na situação real, sabem trabalhar em equipe. Curso de ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia) reúne médicos e enfermeiros de ambos componentes. Curso de ATLS (Suporte Avançado de Vida

no Trauma) idem. Investimento em capacitação beneficia todo serviço de urgência de Colina.

Integração de governança simplifica gestão. Reuniões gerenciais tratam de UPA e SAMU simultaneamente. Indicadores são analisados em conjunto. Problemas são resolvidos de forma integrada. Falta de medicação afeta os dois. Correção beneficia ambos. Absenteísmo de profissionais pode ser gerenciado com remanejamento temporário entre componentes. Flexibilidade operacional aumenta.

Integração de custos permite otimização. Manutenção da ambulância compartilha estrutura de oficina conveniada que também atende viaturas administrativas da UPA. Combustível é comprado em volume maior. Contrato de fornecimento de oxigênio contempla cilindros da ambulância e pontos de oxigênio da UPA. Seguro patrimonial cobre prédio e veículo. Rateio de custos fixos reduz despesa per capita.

A SOLUTION reconhece que essa integração não acontece automaticamente. Exige gestão ativa. Coordenação intencional. Alinhamento de processos. Comunicação constante entre setores. Cultura organizacional que valorize colaboração. Quebra de silos. Visão sistêmica. Esse será nosso compromisso. Fazer UPA e SAMU funcionarem como sistema único. Não como serviços paralelos que casualmente dividem espaço físico.

Alinhamento com a Rede de Atenção às Urgências (RAU)

A SOLUTION compreende que UPA e SAMU são componentes da Rede de Atenção às Urgências. A RAU não é apenas conceito teórico. É modelo organizacional definido por política nacional do Ministério da Saúde. Estrutura o atendimento às urgências em múltiplos níveis articulados. Cada componente tem papel definido. Funciona em complementaridade com outros. Objetivo é garantir atendimento oportuno, qualificado, resolutivo e humanizado. Reduzir mortalidade. Sequelas. Sofrimento.

A RAU organiza-se em componentes que vão da atenção básica até hospitais de alta complexidade. Atenção Básica atua na prevenção e no atendimento de agravos menores. Salas de estabilização em Unidades Básicas de Saúde (UBS) fazem primeiro atendimento de urgências leves. Encaminham casos mais graves. UPA aparece como componente intermediário. Atende urgências de complexidade média. Resolve casos que atenção básica não consegue mas que não exigem hospital. Funciona como filtro. Desafoga portas de hospitais.

SAMU é componente móvel da RAU. Leva atendimento até o paciente. Estabiliza no local. Transporta com segurança. Conecta outros componentes. Busca paciente em casa e leva para UPA. Ou busca na UPA e leva para hospital.

Funciona como elo físico da rede. Sem SAMU, componentes ficam isolados. Paciente não consegue circular adequadamente pelo sistema. SAMU viabiliza a rede.

Hospitais são componentes de retaguarda. Recebem casos que UPA não resolve. Têm recursos de maior complexidade: internação, UTI, centro cirúrgico, exames sofisticados, especialistas. Relação entre UPA e hospitais é de complementaridade. UPA não substitui hospital. Hospital não precisa atender casos que UPA resolve. Cada um no seu papel. Sistema funciona melhor.

Centrais de Regulação são componentes de coordenação da RAU. Regulação médica do SAMU decide para onde levar paciente. Regulação de leitos busca vaga hospitalar para casos graves da UPA. Sem regulação, sistema vira caos. Ambulâncias rodam procurando vaga. Pacientes acumulam em portas de emergência. Regulação organiza fluxo. Distribui demanda conforme disponibilidade e necessidade.

A SOLUTION compreende que assumir gestão de UPA e SAMU em Colina significa assumir responsabilidade de fazer esses componentes funcionarem alinhados com toda RAU regional. Isso implica relacionamento ativo com diversos atores. Com atenção básica de Colina: receber pacientes encaminhados pelas UBS, fornecer contrarreferência, evitar que urgências leves sobrecarreguem UPA quando poderiam ser resolvidas nas unidades básicas. Com Central de Regulação de Barretos: responder prontamente quando SAMU é acionado, comunicar claramente necessidade de vagas hospitalares, fornecer informações precisas sobre estado de pacientes.

Com hospitais de referência da região: transferir pacientes adequadamente, documentar casos completamente, manter comunicação sobre evolução quando possível, participar de câmaras técnicas e fóruns regionais. Com outros municípios da área de cobertura: Colina atende moradores de cidades próximas, UPA funciona como referência microrregional, relação deve ser institucional e respeitosa, contrapartidas pactuadas devem ser cumpridas.

Com Secretaria Municipal de Saúde de Colina: prestar contas regularmente, fornecer indicadores solicitados, participar de reuniões de planejamento, alinhar ações com políticas municipais, contribuir para organização local da RAU. Com Conselho Municipal de Saúde: apresentar relatórios de gestão, responder questionamentos, estar aberto à fiscalização, respeitar controle social.

A SOLUTION reconhece diretrizes específicas da RAU que orientarão nossa atuação. Acolhimento com classificação de risco é obrigatório. Protocolo de Manchester ou similar. Priorização baseada em gravidade, não em ordem de chegada. Ambiente confortável para espera. Informações claras sobre tempo estimado. Reclassificação periódica. Humanização do acolhimento. Respeito à dignidade. Escuta qualificada.

Humanização é eixo transversal da RAU. Programa Nacional de Humanização (PNH) tem diretrizes que aplicaremos. Clínica ampliada: olhar integral para paciente, não apenas sintoma. Cogestão: envolvimento de trabalhadores nas decisões. Ambiência: espaços confortáveis e acolhedores. Direitos dos usuários: garantia de acompanhante, visitas adequadas, informação sobre estado de saúde, participação em decisões sobre tratamento. Valorização do trabalhador: condições adequadas de trabalho, educação permanente, apoio psicológico.

Resolutividade é meta da RAU. Não adianta acolher bem se não resolve. UPA precisa ter capacidade diagnóstica e terapêutica suficiente para resolver 80 a 90% dos casos que chegam. Maioria das urgências não são emergências. Podem ser resolvidas em UPA sem necessidade de hospital. Exames básicos de laboratório e imagem. Medicamentos essenciais. Pequenas suturas. Imobilizações. Hidratação. Medicação controlada. Observação. Alta responsável. Isso é resolutividade.

Referência e contrarreferência estruturam a RAU. Quando UPA encaminha paciente para hospital, deve fornecer relatório completo. Quando hospital dá alta, deve devolver informação para atenção básica. Contrarreferência fecha ciclo. Permite continuidade do cuidado. Evita duplicação de exames. Reduz iatrogenias. Melhora resultado para paciente. Otimiza recursos do sistema. SOLUTION implantará fluxos formais de referência e contrarreferência.

Vigilância em saúde na RAU significa notificar agravos compulsórios. Violências, intoxicações, doenças transmissíveis, acidentes graves. UPA é sentinela do sistema de vigilância. Identifica surtos precocemente. Alimenta bases epidemiológicas. Contribui para planejamento de políticas públicas. SOLUTION garantirá notificação adequada. Fichas preenchidas corretamente. Prazos cumpridos. Integração com vigilância municipal.

Educação permanente é componente estratégico da RAU. Trabalhadores precisam atualização constante. Protocolos mudam. Tecnologias evoluem. Doenças emergem. Capacitação não pode parar. SOLUTION implantará programa robusto de educação permanente. Treinamentos mensais. Simulações realísticas. Discussão de casos. Acesso a bibliografias. Incentivo a especializações. Cultura de aprendizado contínuo.

Avaliação e monitoramento mantêm qualidade da RAU. Indicadores medem desempenho. Taxa de ocupação de leitos de observação. Tempo médio de permanência. Taxa de retorno em 24 horas. Taxa de transferência hospitalar. Satisfação do usuário. Indicadores de segurança: queda, infecção, erro de medicação. SOLUTION fornecerá todos indicadores solicitados. Será transparente com dados. Usará informação para melhoria contínua.

A SOLUTION reconhece que RAU não funciona sozinha. Articula-se com outras redes temáticas do SUS. Rede Cegonha: gestantes em trabalho de parto atendidas na UPA são transferidas para maternidade de referência. Rede de Atenção Psicossocial: pacientes em crise psiquiátrica atendidos na UPA são encaminhados para CAPS ou leito de saúde mental. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: acessibilidade na UPA, comunicação adequada, encaminhamentos para reabilitação. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: urgências por descompensação de crônicas são estabilizadas e referenciadas para acompanhamento ambulatorial.

Nossa compreensão é que gerir UPA e SAMU de Colina transcende gestão local. É participar ativamente da construção e consolidação da RAU regional. É ser protagonista na garantia do direito à saúde. É contribuir para que sistema funcione de forma ordenada, eficiente, humanizada. Responsabilidade que SOLUTION assume com plena consciência do significado e das exigências que isso implica.

A visão da SOLUTION é fazer desta parceria uma referência. Mostrar que organização social pode gerir serviços públicos com qualidade superior. Transparência absoluta. Compromisso com resultados. Respeito ao usuário. Valorização do trabalhador. Uso eficiente de recursos públicos. Alinhamento total com políticas do SUS. Colaboração com gestão municipal. Integração com rede regional. Não queremos apenas cumprir contrato. Queremos excelência. Queremos fazer diferença real na vida das pessoas de Colina e região.

Nossa compreensão do objeto é profunda. Nossa disposição para executá-lo é integral. Nossa capacidade técnica é comprovada. Nossa experiência nos preparou para este desafio. Estamos prontos para assumir essa missão. Com humildade. Com competência. Com compromisso inabalável com a saúde pública. Este projeto traduz em propostas concretas a compreensão aqui apresentada. Cada capítulo detalhará como SOLUTION transformará entendimento em ação. Compreensão em resultado. Promessa em realidade.

1.4 Princípios Norteadores da Proposta

A proposta da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA não se sustenta apenas em capacidade técnica e experiência operacional. Sustenta-se em princípios. Valores que orientam decisões. Direcionam ações. Definem prioridades. Esses princípios não são escolha arbitrária da organização. São mandamentos constitucionais e legais que regem serviços públicos de saúde no Brasil. São pilares do SUS. Fundamentos da administração pública. Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências. A SOLUTION não apenas conhece esses princípios. Compreende seu significado prático. Compromete-se com sua implementação efetiva.

Continuidade do Serviço Público

A continuidade não é mera recomendação administrativa. É princípio constitucional com força normativa. Serviços públicos essenciais não podem parar. Especialmente saúde. Pessoa que precisa de atendimento de urgência não pode esperar até amanhã. Não pode aguardar fim de greve. Não pode aceitar que unidade fechou porque houve problema administrativo. Direito à vida está em jogo. Constituição Federal no artigo 196 estabelece que saúde é direito de todos e dever do Estado. Lei 7.783/1989 classifica saúde como atividade essencial onde greve exige manutenção de equipe mínima. Código de Defesa do Consumidor no artigo 22 determina que serviços públicos essenciais devem ser contínuos.

A SOLUTION interpreta continuidade em múltiplas dimensões. Continuidade temporal: serviço funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano. Sem interrupção. Sem fechamento para reformas não programadas. Sem suspensão por falta de insumos. Escala de profissionais garante cobertura permanente. Nenhum turno fica descoberto. Férias e afastamentos são planejados. Substituições são providenciadas antecipadamente. Sistema de sobreaviso aciona profissionais quando necessário. Isso é continuidade temporal concreta.

Continuidade assistencial: paciente que chega na UPA recebe atendimento independente da hora. Equipe completa está presente. Médico, enfermeiro, técnico, recepcionista, segurança. Exames básicos estão disponíveis. Laboratório funciona no local. Raio-X opera 24 horas. Medicamentos essenciais em estoque. Paciente não ouve "volte amanhã" ou "não temos esse exame agora". Se UPA não resolve, SAMU transfere para hospital. Mas dentro da UPA, assistência é contínua até definição de conduta. Ninguém fica sem atendimento.

Continuidade de informação: prontuário eletrônico registra todos atendimentos. Paciente retorna na semana seguinte. Médico acessa histórico completo. Sabe o que foi feito antes. Quais exames já foram realizados. Quais medicações foram prescritas. Evolução do quadro clínico. Isso evita repetição desnecessária de procedimentos. Melhora qualidade da decisão médica. Garante continuidade do cuidado mesmo com profissionais diferentes. Sistema integrado de informação viabiliza isso.

Continuidade contratual: transição entre gestões deve ser imperceptível para usuário. Contrato anterior termina dia 31. Contrato novo inicia dia 1º. Sem lacuna. Equipe da gestão anterior é mantida conforme legislação trabalhista. Conhecimento acumulado é preservado. Rotinas não precisam ser reaprendidas. Relacionamento com fornecedores continua. Processos

administrativos não param. Isso exige planejamento meticuloso. Cronograma de transição detalhado. Reuniões de alinhamento. Inventário de patrimônio. Passagem de documentação. SOLUTION tem experiência nisso. Sabe fazer transições suaves.

Continuidade em situações adversas: greve não fecha UPA. Negociação prévia com sindicato define equipe mínima. Mesmo em movimento paredista, atendimentos críticos continuam. Falta de energia não paralisa. Gerador entra automaticamente. Iluminação mantida. Equipamentos funcionando. Falta de água não impede limpeza. Reservatório supre emergencialmente. Caminhão-pipa é acionado se necessário. Epidemia não colapsa serviço. Plano de contingência aumenta equipe. Monta tendas extras se preciso. Adapta fluxos para proteger trabalhadores. Mantém atendimento funcionando. Continuidade requer preparação para imprevistos.

Continuidade financeira: pagamento de salários em dia. Todo mês. Sem atrasos. Fornecedores pagos conforme contratado. Relacionamento comercial saudável. Crédito preservado. Isso garante que insumos não faltem. Prestação de contas rigorosa. Transparência com gestor público. Evita bloqueios de repasses. Sustentabilidade financeira é parte da continuidade. Gestão responsável de recursos assegura que serviço não pare por problemas econômicos. SOLUTION tem histórico de equilíbrio fiscal em todas unidades que gere.

Continuidade regulatória: licenças e alvarás sempre válidos. Renovações solicitadas com antecedência. Vigilância Sanitária nunca precisa interditar por documentação vencida. CNES atualizado permanentemente. Faturamento SUS sem interrupções. Auditorias não encontram pendências que exijam suspensão de procedimentos. Conformidade contínua com normas garante que aspectos burocráticos nunca ameacem assistência. Setor de qualidade monitora prazos. Emite alertas. Providencia renovações. Continuidade regulatória protege continuidade assistencial.

Universalidade, Integralidade e Equidade

Esses três princípios formam tríade fundamental do SUS. Universalidade: saúde é direito de todos. Qualquer pessoa pode usar SUS. Não precisa pagar. Não precisa ter emprego. Não precisa ser da cidade. Brasileiro nato, naturalizado, estrangeiro residente. Todos têm direito. UPA não pode recusar atendimento. Não pode perguntar se pessoa tem plano de saúde. Não pode sugerir que procure serviço privado. Porta está aberta para qualquer um. Sem discriminação. Sem exclusão. Isso é universalidade.

A SOLUTION garante universalidade através de práticas concretas. Recepção acolhe todas pessoas. Sem distinção. Morador de rua recebe mesmo

tratamento que empresário. Criança suja é lavada e examinada com mesmo cuidado que criança limpa. Usuário de drogas não é maltratado. É atendido. Pessoa com transtorno mental não é rejeitada. É acolhida com paciência. Imigrante que não fala português recebe ajuda de intérprete voluntário ou aplicativo tradutor. Indígena tem suas particularidades culturais respeitadas. Pessoa LGBT não sofre preconceito. Universalidade exige respeito à diversidade humana.

Acessibilidade física é parte da universalidade. Rampa permite entrada de cadeirante. Banheiro adaptado para deficientes. Consultório tem espaço para maca bariátrica. Sinalizações têm letras grandes. Informações em braile quando possível. Funcionário treinado para auxiliar pessoa com deficiência visual. Libras disponível para surdo através de intérprete ou vídeo chamada. Pessoa idosa tem assento prioritário na espera. Gestante também. Universalidade significa remover barreiras que impedem pessoas de acessar serviço.

Integralidade significa ver pessoa como um todo. Não apenas a doença. Não apenas o sintoma. Paciente chega com dor torácica. Médico não olha só o coração. Investiga contexto. Estresse no trabalho? Problema familiar? Uso de drogas? Alimentação inadequada? Sedentarismo? Integralidade reconhece que saúde tem determinantes sociais. Atendimento não se limita a prescrever remédio. Inclui orientação. Educação em saúde. Encaminhamento para serviços sociais quando necessário.

Integralidade vertical: UPA articula-se com outros níveis de atenção. Paciente diabético descompensado é estabilizado na UPA e referenciado para acompanhamento na atenção básica. Fratura complexa é imobilizada na UPA e encaminhada para cirurgia no hospital. Criança com pneumonia é medicada na UPA e orientada a seguir tratamento na UBS. Seguimento é tão importante quanto atendimento inicial. Contrarreferência completa o cuidado. Relatório detalhado acompanha paciente. Unidade de origem sabe o que foi feito. Pode dar continuidade adequadamente.

Integralidade horizontal: UPA oferece múltiplas ações. Atendimento médico. Enfermagem. Serviço social. Assistência farmacêutica. Pequenos curativos. Suturas. Imobilizações. Inalações. Hidratação venosa. Observação clínica. Coleta de exames. Imagem. Vacinas em situações específicas. Notificação de violências. Orientação nutricional básica. Apoio emocional. Não é só consulta médica. É conjunto de ações que integradas resolvem problema de saúde de forma abrangente.

Equidade reconhece que tratar todos iguais pode gerar injustiça. Pessoas têm necessidades diferentes. Equidade significa dar mais para quem precisa mais. Atender necessidades específicas. Criança tem prioridade sobre adulto jovem sem gravidade. Idoso tem atenção especial. Gestante tem cuidado

diferenciado. Pessoa em situação de vulnerabilidade social recebe assistência social além de assistência médica. Equidade não é privilégio. É justiça.

Classificação de risco operacionaliza equidade. Não é ordem de chegada. É gravidade. Paciente vermelho entra imediatamente. Amarelo aguarda menos que verde. Azul pode esperar mais. Isso é equitativo. Quem corre risco de morte não pode ficar atrás de quem tem problema leve. Reclassificação periódica garante que piora de quadro seja identificada. Paciente que chegou verde e deteriorou vira amarelo. Prioridade muda. Equidade é dinâmica. Responde a necessidades reais.

Ações afirmativas expressam equidade. Sábado tem mais demanda infantil. Reforça-se pediatria. Época de frio aumenta problema respiratório em idosos. Prepara-se estoque de medicação específica. Carnaval traz mais trauma e intoxicação. Escala é reforçada. Equidade significa antecipar necessidades diferentes de grupos distintos e ajustar recursos de acordo. SOLUTION faz isso através de análise de dados históricos. Planejamento baseado em evidências. Flexibilidade operacional.

Eficiência Administrativa e Controle por Resultados

Eficiência não é fazer barato. É fazer bem feito gastando adequadamente. Atingir objetivos com melhor relação custo-benefício. Otimizar recursos. Eliminar desperdícios. Produzir mais com mesma quantidade de insumos. Ou produzir mesmo tanto com menos insumos. Eficiência administrativa é princípio constitucional. Artigo 37 da Constituição exige que administração pública seja eficiente. Organização social gerindo serviço público deve ser ainda mais eficiente que administração direta. Esse é o sentido da parceria.

Controle por resultados complementa eficiência. Não basta executar atividades. Precisa alcançar metas. Contrato de gestão estabelece indicadores. Tempo médio de espera. Taxa de ocupação. Satisfação do usuário. Resolutividade. Mortalidade. Infecção hospitalar. Cada indicador tem meta pactuada. Gestão é avaliada pelo alcance dessas metas. Não pelo cumprimento de processos burocráticos. Foco está no resultado para população. Não na burocracia interna.

A SOLUTION implementa eficiência através de gestão profissional. Organograma enxuto. Estrutura hierárquica clara. Responsabilidades bem definidas. Processos padronizados. Fluxos mapeados. Elimina-se retrabalho. Decisões são descentralizadas quando possível. Autonomia para quem está na ponta. Supervisão sem microgestão. Confiança com responsabilização. Esse modelo gerencial gera agilidade. Reduz burocracia. Aumenta produtividade.

Compras centralizadas geram economia de escala. SOLUTION gere múltiplas unidades. Consolida demandas. Negocia volumes maiores. Obtém preços melhores. Fornecedor que vende para uma rede de unidades dá desconto que não daria para unidade isolada. Essa economia é repassada ao serviço público. Mais medicamentos podem ser comprados. Mais exames realizados. Mais pacientes atendidos. Eficiência financeira amplia capacidade assistencial.

Gestão de estoque evita desperdício. Sistema informatizado controla entrada e saída. Calcula ponto de reposição. Evita excesso e falta. Excesso significa capital parado. Dinheiro que poderia estar em insumo mais necessário está congelado em item que sobra. Falta significa atendimento comprometido. Ambos são ineficientes. Estoque ótimo é calculado considerando consumo médio, variação sazonal, prazo de entrega. Matemática substituindo achismo. Eficiência baseada em dados.

Manutenção preventiva é mais eficiente que corretiva. Equipamento revisado periodicamente dura mais. Quebra menos. Manutenção programada sai mais barata que conserto de emergência. Planejamento permite comprar peça com antecedência. Negociar melhor preço. Agendar parada em horário de menor movimento. Manutenção corretiva acontece na hora errada. Peça precisa ser comprada urgentemente. Preço é maior. Equipamento fica parado justamente quando mais necessário. Investir em prevenção é eficiência.

Dimensionamento correto de equipe equilibra qualidade e custo. Equipe muito pequena sobrecarrega profissionais. Qualidade cai. Erros aumentam. Afastamentos por adoecimento crescem. Rotatividade sobe. Custo de recrutamento e treinamento constante é alto. Equipe excessivamente grande gera ociosidade. Profissionais sem trabalho suficiente. Custo alto sem benefício correspondente. Dimensionamento técnico encontra ponto ótimo. Equipe suficiente para atender demanda com qualidade. Sem sobra nem falta. SOLUTION usa metodologia COFEN para enfermagem. Parâmetros similares para outras categorias.

Prontuário eletrônico aumenta eficiência. Informação está sempre disponível. Não se perde tempo procurando pasta de papel. Médico acessa histórico instantaneamente. Receita é impressa. Letra legível. Farmacêutico entende sem dificuldade. Dispensa corretamente. Atendimento é mais rápido. Fila anda mais. Mais pessoas são atendidas no mesmo tempo. Relatórios gerenciais são gerados automaticamente. Gestor não precisa contar manualmente quantos atendimentos houve. Sistema fornece dado em segundos. Tecnologia da informação é aliada da eficiência.

Controle por resultados exige transparência. Indicadores são calculados mensalmente. Relatório é apresentado para gestão municipal. Metas não atingidas são justificadas. Plano de ação corretivo é elaborado. Prazo para

correção é definido. Próxima avaliação verifica se correção funcionou. Esse ciclo de melhoria contínua garante que problemas não persistam. Gestão reativa identifica problema e age. Gestão proativa analisa tendência e age antes que problema se agrave.

Comissão Técnica de Avaliação acompanha contrato de gestão. Verifica cumprimento de metas. Analisa relatórios. Visita unidade. Entrevista profissionais e usuários. Emite parecer técnico. Indica ajustes necessários. Esse controle externo garante que organização social não relaxe. Prestação de contas é rigorosa. Recursos públicos são fiscalizados de perto. Resultado para população é prioridade absoluta. Contrato pode ser rescindido se metas não forem atingidas. Responsabilização efetiva existe.

Segurança do Paciente

Segurança do paciente é prioridade máxima. Princípio ético e legal. Ninguém pode sofrer dano causado por atendimento de saúde. Erros acontecem. Humanos falham. Mas sistemas devem ser desenhados para impedir que erros cheguem ao paciente. Barreiras de segurança multiplicam-se. Protocolos são seguidos. Checagens são realizadas. Cultura de segurança permeia organização. Profissional não tem medo de reportar erro. Erro reportado vira aprendizado. Processo é corrigido. Futuro paciente é protegido.

Identificação do paciente previne trocas. Pulseira com nome completo, data de nascimento, número de prontuário. Colocada no momento do acolhimento. Todo procedimento inicia com conferência de pulseira. Antes de administrar medicação: confere pulseira. Antes de coletar exame: confere pulseira. Antes de fazer procedimento: confere pulseira. Parece simples. Mas salva vidas. Medicação dada em paciente errado pode matar. Exame colhido em pessoa errada gera resultado trocado. Conduta errada. Dano ao paciente. Pulseira previne isso.

Checklist cirúrgico evita erros em procedimentos. Mesmo em pequena sutura na UPA. Confere-se: paciente certo, local certo, procedimento certo, materiais disponíveis, consentimento assinado, alergias verificadas. Cada item é falado em voz alta. Equipe toda confirma. Só então procedimento inicia. Demora 30 segundos. Previne erro que poderia causar dano irreversível. Organização Mundial da Saúde recomenda checklist. SOLUTION implementa religiosamente.

Conciliação medicamentosa evita interações perigosas. Paciente chega na UPA. Recepcionista pergunta quais medicamentos usa em casa. Anota tudo. Médico revisa lista. Antes de prescrever algo novo, verifica se há interação. Sistema eletrônico alerta automaticamente. Mas médico também confere manualmente. Dupla checagem. Diabético usando metformina não pode receber

contraste sem precaução. Paciente em anticoagulante não pode receber anti-inflamatório sem critério. Conhecer medicações prévias é essencial para segurança.

Higiene de mãos é ação mais eficaz para prevenir infecção. Álcool gel em todos pontos. Profissional higieniza antes de tocar paciente. Higieniza após tocar paciente. Higieniza antes de procedimento limpo. Higieniza após risco de contato com fluido corporal. Cinco momentos da higienização de mãos. Auditoria observa aderência. Feedback é dado. Taxa de aderência é indicador de qualidade. Meta é acima de 90%. SOLUTION capacita equipe continuamente. Cultura de higienização é construída persistentemente.

Protocolos clínicos baseados em evidências reduzem variação de conduta. Paciente com dor torácica é avaliado conforme protocolo de síndrome coronariana aguda. Eletrocardiograma imediato. Marcadores cardíacos. Escala de risco. Conduta depende de estratificação. Protocolo é construído em cima de melhores evidências científicas disponíveis. Não é opinião pessoal de médico. É consenso validado. Isso reduz chance de erro por decisão inadequada. Aumenta segurança.

Notificação de eventos adversos é encorajada. Profissional que cometeu erro ou presenciou erro preenche formulário. Descreve situação. Não é punição. É oportunidade de melhoria. Comissão de Segurança do Paciente analisa. Identifica causa raiz. Quase sempre é falha de sistema. Não falha de pessoa. Processo é redesenhado. Erro não se repete. Cultura punitiva esconde erros. Cultura justa aprende com erros. SOLUTION adota cultura justa. Erro intencional ou imprudência grave são punidos. Erro honesto vira treinamento.

Comunicação efetiva previne falhas. Passagem de plantão é momento crítico. Informação que não é repassada pode causar dano. Protocolo SBAR estrutura comunicação: Situação (o que está acontecendo), Background (contexto clínico), Avaliação (impressão do profissional), Recomendação (o que precisa ser feito). Formato padronizado garante que nada essencial seja esquecido. Ambos profissionais assinam documento de passagem. Responsabilidade é compartilhada e formalizada.

Prevenção de quedas protege pacientes vulneráveis. Idoso com marcha instável. Criança agitada. Paciente sedado. Risco de queda é alto. Grades de maca são mantidas levantadas. Acompanhante é instruído a permanecer próximo. Piso é mantido seco. Calçados adequados são oferecidos. Campanha de chamada fica ao alcance. Paciente não tenta levantar sozinho porque sabe que pode chamar ajuda. Ambiente é organizado para minimizar risco. Queda em ambiente hospitalar é evento sentinela. Deve ser investigado e prevenido.

Armazenamento seguro de medicamentos evita erros. Medicamentos de alta vigilância (insulina, heparina, cloreto de potássio) ficam separados. Rótulo

diferenciado. Acesso controlado. Dispensação duplo-checada. Medicamentos parecidos (nomes ou embalagens semelhantes) não ficam lado a lado. Organização alfabética rigorosa. Etiquetas grandes e legíveis. Vencidos são segregados diariamente. Nenhum medicamento vencido pode estar disponível para uso. Farmacêutico supervisiona estoque continuamente. Segurança começa antes de medicação chegar ao paciente.

Humanização do Cuidado

Humanizar não é ser bonzinho. É reconhecer dignidade humana de quem usa e de quem presta serviço. Paciente não é número. É pessoa. Com nome. História. Medos. Esperanças. Profissional também não é peça. É gente. Com limites. Necessidades. Direito a condições dignas de trabalho. Humanização equilibra essas duas dimensões. Cuidado humanizado para usuário. Trabalho humanizado para profissional. Programa Nacional de Humanização (PNH) orienta ações. SOLUTION adota integralmente.

Acolhimento é primeira expressão de humanização. Pessoa chega na UPA. Recepcionista olha nos olhos. Cumprimenta. Pergunta nome. Chama pelo nome. Não trata como número de senha. Explica como funciona classificação de risco. Informa tempo estimado de espera. Orienta sobre direitos. Oferece água. Indica banheiro. Acompanhante pode ficar junto. Criança tem espaço para brincar supervisionado. Idoso tem assento confortável. Gestos simples. Mas fazem diferença enorme na experiência de quem está vulnerável. Adoecido. Assustado.

Escuta qualificada vai além de ouvir. É compreender. Paciente conta sua queixa. Profissional não interrompe. Deixa pessoa terminar. Faz perguntas abertas. Investiga contexto. Mostra interesse genuíno. Valida sentimentos. "Entendo que esteja preocupado." "Vejo que está com dor forte." Empatia transmitida através de palavras e postura corporal. Médico que olha para tela do computador o tempo todo não humaniza. Médico que olha para paciente, toca quando apropriado, demonstra cuidado, humaniza. SOLUTION treina equipes em comunicação humanizada.

Informação clara é direito do paciente. Médico explica diagnóstico em linguagem acessível. Não usa jargões incompreensíveis. Verifica se paciente entendeu. Pede que repita com próprias palavras. Desenha quando ajuda. Mostra exame explicando o que significa. Discute opções de tratamento. Inclui paciente na decisão. Respeita autonomia. Mesmo em urgência. Mesmo com tempo limitado. Informação adequada reduz ansiedade. Aumenta adesão ao tratamento. Melhora resultado clínico. Humanização não é contraposta a eficiência. Complementa.

Presença de acompanhante é permitida sempre que possível. Criança não fica sozinha. Idoso confuso tem familiar ao lado. Pessoa com deficiência tem acompanhante para auxiliar. Durante procedimento, se espaço permite, acompanhante aguarda próximo. Transmite segurança. Reduz estresse. Exceções são feitas quando presença compromete atendimento. Sala muito pequena. Procedimento que exige esterilidade. Mas regra é permitir. Isolamento gera sofrimento desnecessário. Humanização reconhece importância de vínculos afetivos.

Ambiência contribui para humanização. Sala de espera limpa. Iluminação adequada. Temperatura confortável. Cadeiras suficientes. Televisão com programação leve. Revistas para ler. Sinalizações claras. Banheiro limpo e funcional. Água disponível. Ambiente não pode ser depósito sujo e desconfortável. Pessoa que espera já está em situação difícil. Ambiente degradado piora experiência. Ambiente cuidado demonstra respeito. SOLUTION investe em manutenção de ambiência. Pintura renovada periodicamente. Mobiliário em bom estado. Jardim cuidado. Detalhes importam.

Privacidade é respeitada. Consultório tem porta. Conversa entre médico e paciente não é ouvida por outros. Cortinas separam leitos de observação. Exame físico não é feito à vista de estranhos. Nome de paciente não é gritado na sala de espera. Chamada é discreta. Informações sobre estado de saúde não são dadas no corredor onde todos ouvem. Prontuário não fica aberto onde qualquer um possa ler. Privacidade é direito. Violá-la é desrespeito. Humanização protege intimidade.

Alta responsável fecha ciclo de cuidado humanizado. Paciente não é simplesmente liberado. Recebe orientações detalhadas. Por escrito. Em linguagem clara. Sinais de alerta que exigem retorno imediato. Medicamentos prescritos com horários e duração. Retorno agendado quando necessário. Encaminhamentos formalizados. Relatório para levar ao médico da atenção básica. Receita com letra legível. Atestado se necessário. Paciente sai sabendo o que fazer. Reduz retornos por dúvida. Melhora desfecho. Humanização não termina quando paciente sai da unidade.

Cuidado com corpo após óbito é humanização estendida. Família está em momento de dor profunda. Tratamento respeitoso ao corpo demonstra empatia. Corpo é limpo. Vestido adequadamente. Envolto em lençol limpo. Família pode ver se desejar. Tem tempo para despedir. Documentação de óbito é preenchida corretamente. Explicações sobre próximos passos são dadas com sensibilidade. Religiosidade é respeitada. Capelão é oferecido se hospital tiver. Momento difícil é aliviado por cuidado humano. Família lembra dessa atenção.

Valorização do trabalhador é outra face da humanização. Profissional sobrecarregado, mal pago, desrespeitado não consegue humanizar atendimento. Esgotamento emocional impede empatia. SOLUTION oferece

condições dignas. Salários compatíveis com mercado. Carga horária respeitada. Intervalos garantidos. Ambiente seguro. EPIs adequados. Capacitação constante. Reconhecimento de bom trabalho. Apoio psicológico quando necessário. Profissional cuidado cuida melhor. Humanização é sistêmica. Abrange todos.

A SOLUTION entende que princípios não são abstrações filosóficas. São compromissos operacionais. Continuidade será garantida através de planejamento rigoroso e gestão ativa. Universalidade, integralidade e equidade serão praticadas no dia a dia do atendimento. Eficiência será perseguida sem comprometer qualidade. Resultados serão monitorados e melhorados continuamente. Segurança do paciente será obsessão permanente. Humanização permeará cada interação. Esses princípios orientam decisões estratégicas. Definem prioridades orçamentárias. Estruturam processos de trabalho. Avaliam desempenho. Não são enfeite de projeto. São essência da proposta. Alma do compromisso que SOLUTION assume com Colina.

2. Diagnóstico técnico-operacional da unidade

2.1 Caracterização da Unidade de Pronto Atendimento Municipal

A Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina está localizada na Praça Dr. Lamounier de Andrade, número 126, região central do município. A unidade possui registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o número 2095904. Trata-se de uma instalação voltada exclusivamente para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sem atendimento de pacientes particulares ou conveniados. A estrutura foi planejada para ser um ponto estratégico na Rede de Atenção às Urgências, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. Funciona como porta de entrada para casos de urgência e emergência que necessitam de resposta rápida. A escolha da localização no centro urbano facilita o acesso da população e permite articulação com outros serviços de saúde do município.

O município de Colina está situado no interior do estado de São Paulo. A economia local se baseia principalmente no setor agropecuário. A população depende fortemente dos serviços públicos de saúde para atendimento de urgência. A distância até centros de maior complexidade torna a UPA uma unidade fundamental para estabilização de pacientes graves antes de eventuais transferências. O território é atendido por uma rede básica de saúde composta por unidades básicas que funcionam em horário comercial. Fora desse período, a UPA se torna o principal equipamento de saúde disponível. Durante finais de semana e feriados, a demanda por atendimentos de urgência aumenta

significativamente, exigindo que a estrutura esteja preparada para variações de fluxo.

A unidade atende não apenas moradores de Colina, mas também recebe pacientes de municípios vizinhos em situações específicas. Há casos de pessoas que buscam atendimento enquanto trafegam pela região. A capacidade de resposta da UPA impacta diretamente a morbimortalidade da população. Casos mal manejados podem evoluir para complicações graves. Por isso, a unidade precisa manter padrões assistenciais rigorosos, com equipes treinadas e insumos disponíveis a qualquer momento. A continuidade do serviço, sem interrupções, é uma exigência operacional inegociável.

Perfil Assistencial

O perfil assistencial da UPA Colina é definido como urgência e emergência de complexidade intermediária. A unidade está estruturada para receber pacientes com quadros clínicos e traumáticos que necessitam de avaliação médica imediata, estabilização inicial, realização de exames complementares básicos e observação por período limitado. Não se trata de um hospital completo. A UPA não realiza cirurgias, não possui centro cirúrgico nem unidade de terapia intensiva. Pacientes que demandam esses recursos são estabilizados na unidade e encaminhados para hospitais de referência regional.

O atendimento abrange adultos e crianças. Há consultórios médicos equipados para avaliação clínica geral e específica para pediatria. O foco está em quadros agudos: dores abdominais súbitas, crises hipertensivas, problemas respiratórios, febre alta, convulsões, traumatismos leves a moderados, intoxicações, descompensações de doenças crônicas, entre outros. A classificação de risco é o instrumento utilizado para organizar o fluxo de atendimento. Pacientes mais graves são priorizados automaticamente. Casos menos urgentes aguardam conforme a capacidade de resposta da equipe.

A sala de observação permite que pacientes permaneçam sob monitoramento por até 24 horas. Esse período é utilizado para hidratação venosa, administração de medicamentos, reavaliação clínica e definição de conduta. Muitos pacientes recebem alta após observação. Outros são encaminhados para internação hospitalar. A taxa de resolubilidade da UPA é um indicador importante. Quanto maior a capacidade de resolver casos na própria unidade, menor a pressão sobre hospitais da região. Isso melhora o funcionamento de toda a rede assistencial.

Os atendimentos incluem também pequenos procedimentos. Suturas simples, drenagem de abscessos superficiais, imobilizações ortopédicas, curativos, nebulizações, lavagem gástrica em intoxicações leves. Esses procedimentos são realizados em sala própria, com equipe treinada e materiais

adequados. A disponibilidade desses recursos evita deslocamentos desnecessários de pacientes. Reduz custos para o sistema e melhora a experiência do usuário. O tempo de permanência na unidade varia conforme a gravidade. Casos graves são estabilizados e transferidos rapidamente. Casos moderados podem ficar algumas horas. Casos leves são atendidos e liberados em tempo menor.

A unidade também funciona como retaguarda para o SAMU 192. Ambulâncias que atendem ocorrências na região encaminham pacientes para a UPA quando o caso não exige transporte direto para hospital. Essa integração é fundamental para o funcionamento da rede de urgência. O médico regulador do SAMU avalia cada caso e define o destino mais adequado. A UPA precisa estar sempre apta a receber pacientes trazidos pelo serviço pré-hospitalar. Isso inclui ter leitos disponíveis, equipe de plantão e insumos para atendimento imediato.

O perfil de atendimento varia conforme o período do dia e o dia da semana. Durante o dia, há maior procura por problemas clínicos. À noite e em finais de semana, aumentam os casos de traumatismos e intoxicações. Essa variação demanda que a escala de profissionais seja planejada adequadamente. Períodos de maior demanda exigem reforço de equipe. Períodos mais tranquilos permitem redimensionamento, mas sem comprometer a segurança assistencial. A gestão precisa monitorar constantemente esses padrões para ajustar recursos.

Regime de Funcionamento (24h/7 dias)

A UPA Colina opera em regime de funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo finais de semana, feriados e pontos facultativos. Não há fechamento em nenhuma circunstância. O serviço de urgência é considerado essencial pela legislação brasileira. Qualquer interrupção representa risco imediato à população. A continuidade é obrigação legal e compromisso ético da gestão.

O funcionamento contínuo exige organização rigorosa de escalas de trabalho. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, recepcionistas, auxiliares de limpeza, controladores de acesso e demais profissionais atuam em regime de plantão. As escalas são montadas considerando as normas trabalhistas vigentes, com intervalos para descanso e alimentação. A troca de plantões ocorre em horários definidos, com passagem de serviço entre as equipes. Durante essa transição, informações sobre pacientes em observação são repassadas. Pendências assistenciais são comunicadas. Problemas operacionais são relatados para que a equipe seguinte tome ciência.

A estrutura física permanece aberta e iluminada durante todo o período. Não há horário de fechamento de portas ou redução de funcionamento. A

recepção funciona constantemente. O acolhimento com classificação de risco opera sem interrupção. Consultórios médicos estão disponíveis a qualquer momento. A farmácia interna dispensa medicamentos durante 24 horas. A sala de observação mantém leitos prontos para uso. O setor de higienização funciona continuamente para garantir limpeza adequada. O serviço de segurança patrimonial atua em todos os turnos.

Equipamentos essenciais permanecem ligados e em condições de uso. Monitores cardíacos, desfibriladores, oxímetros, aparelhos de pressão, nebulizadores, bombas de infusão, entre outros, são verificados diariamente. A manutenção preventiva é programada para evitar falhas. Quando ocorre algum problema técnico, o reparo é solicitado imediatamente. Equipamentos reserva são acionados até que o defeito seja corrigido. Não pode haver indisponibilidade de recursos críticos.

O estoque de medicamentos e materiais de consumo é gerenciado para nunca faltar insumos básicos. A reposição segue cronograma estabelecido. O almoxarifado central fornece os itens conforme necessidade. Medicamentos de urgência ficam disponíveis em quantidade suficiente para atendimento imediato. Soros, materiais para punção venosa, seringas, agulhas, gazes, esparadrapos, luvas, máscaras, aventais, estão sempre disponíveis. O controle de estoque é rigoroso. Profissionais da farmácia conferem validade e organizam produtos periodicamente.

A alimentação dos pacientes em observação é fornecida conforme prescrição médica. Há dietas disponíveis para diferentes situações clínicas. Pacientes diabéticos, hipertensos, com restrições alimentares, recebem refeições adequadas. O horário de distribuição segue rotina estabelecida, mas pode ser flexibilizado conforme necessidade clínica. Pacientes que permanecem em jejum para realização de procedimentos ou por indicação médica são identificados e acompanhados.

O serviço de apoio diagnóstico funciona de forma integrada. Exames laboratoriais são coletados na própria UPA e processados em laboratório parceiro. O tempo de liberação dos resultados segue acordo estabelecido. Exames urgentes têm prioridade de processamento. Radiografias simples são realizadas no equipamento disponível na unidade. Imagens são laudadas por médico radiologista. Exames mais complexos, como tomografias e ultrassonografias, são solicitados para serviços externos quando necessário. O transporte de pacientes para realização desses exames é organizado pela própria unidade.

A limpeza e higienização ocorrem de maneira contínua. Não há horário fixo para limpeza de determinados setores. A equipe de limpeza atua conforme demanda. Consultórios são higienizados após cada atendimento. Banheiros são limpos múltiplas vezes ao dia. Corredores e salas de espera recebem limpeza

regular. A coleta de resíduos segue normas da vigilância sanitária. Lixo comum e lixo infectante são segregados adequadamente. O descarte de perfurocortantes é feito em recipientes específicos. A coleta externa é realizada por empresa especializada.

O controle de acesso funciona 24 horas. Profissionais na portaria organizam entrada e saída de pessoas. Acompanhantes são orientados sobre regras de permanência. Visitantes fora do horário permitido são impedidos de entrar. A segurança do ambiente é prioridade. Situações de conflito são manejadas com apoio de equipe treinada. Quando necessário, a polícia militar é acionada para garantir a ordem. Câmeras de monitoramento registram movimentações nas áreas comuns. Esse recurso ajuda na investigação de eventuais ocorrências.

Capacidade Instalada

A capacidade instalada da UPA Colina compreende a estrutura física, os equipamentos médicos, os mobiliários, os sistemas informatizados e demais recursos materiais necessários ao funcionamento da unidade. A área construída está distribuída entre setores assistenciais, administrativos e de apoio. O projeto arquitetônico seguiu as normas da ANVISA para estabelecimentos de saúde. Os ambientes são dimensionados para permitir circulação adequada de pacientes, profissionais e equipamentos. Há sinalização visual em pontos estratégicos. Placas indicativas facilitam a localização dos setores.

A recepção é a porta de entrada da unidade. O ambiente possui balcões para atendimento, cadeiras para espera, sistema de chamada de senhas, computadores para registro de pacientes, impressoras, telefones. A identificação do usuário é feita com coleta de dados pessoais, verificação de documentos, cadastro no sistema informatizado. Pacientes que chegam em situação grave são encaminhados diretamente para atendimento, sem necessidade de passar pela recepção naquele momento. O cadastro é feito posteriormente.

O acolhimento com classificação de risco funciona em consultório específico. O profissional de enfermagem utiliza protocolo de Manchester ou protocolo similar para definir a prioridade de atendimento. Sinais vitais são verificados: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação de oxigênio. Queixas principais são registradas. O paciente recebe uma cor que indica a urgência: vermelho para emergência, amarelo para urgência, verde para urgência menor, azul para casos de baixa complexidade. Essa organização garante que casos graves sejam atendidos primeiro.

Os consultórios médicos são equipados com maca para exame, escada de dois degraus, mesa, cadeira, computador, impressora, negatoscópio para

visualização de radiografias, esfigmomanômetro, estetoscópio, otoscópio, lanterna clínica, termômetro, oxímetro de pulso. Há material para pequenos procedimentos: luvas, gases, seringas. O médico tem acesso ao prontuário eletrônico do paciente. Prescrições são digitadas diretamente no sistema. Pedidos de exames são gerados eletronicamente. Atestados e receitas são impressos no momento do atendimento.

A sala de medicação é o local onde são administradas medicações prescritas. Enfermeiros e técnicos de enfermagem preparam e aplicam injeções, fazem curativos, instalam soro venoso, coletam sangue para exames. O ambiente possui bancada para preparo, pias para lavagem das mãos, armários para estoque de materiais, refrigerador para medicamentos que exigem temperatura controlada, macas para pacientes que necessitam permanecer deitados durante a administração.

A sala de observação possui leitos com colchões, lençóis, travesseiros, grades de proteção. Cada leito tem tomadas elétricas, ponto de oxigênio, ponto de ar comprimido, ponto de vácuo. Há monitores multiparamétricos para acompanhamento contínuo de pacientes graves. Suportes de soro ficam ao lado dos leitos. Biombos permitem privacidade quando necessário. Mesas auxiliares facilitam a realização de procedimentos. A iluminação é adequada para visualização de pacientes durante a noite sem causar desconforto excessivo. Há campainha para que pacientes possam chamar a enfermagem. A equipe circula constantemente pelo setor verificando as condições clínicas.

A sala de estabilização ou emergência é o ambiente destinado aos casos mais graves. Pacientes em parada cardiorrespiratória, choque, trauma grave, são atendidos nesse local. O espaço é amplo para permitir movimentação da equipe. Há carro de emergência completo com medicações e materiais para reanimação cardiopulmonar. Desfibrilador está disponível e testado regularmente. Laringoscópio, cânulas de intubação, ambú, oxigênio suplementar, prancha rígida, colar cervical, materiais para acesso venoso central, estão organizados e prontos para uso. O médico plantonista de emergência atua nesse setor junto com a enfermagem.

A farmácia interna funciona como dispensário de medicamentos para uso na própria unidade. Não dispensa medicamentos para pacientes levarem para casa, exceto em situações específicas previstas. O farmacêutico é responsável pela guarda, controle e dispensação. O estoque é organizado por categoria: antimicrobianos, analgésicos, anti-inflamatórios, medicamentos cardiovasculares, entre outros. Há controle rigoroso de psicotrópicos e entorpecentes. Todas as movimentações são registradas. O sistema informatizado rastreia cada prescrição.

O setor de radiologia possui equipamento de raio-X convencional. É possível realizar radiografias de tórax, abdome, membros, coluna. O técnico em

radiologia opera o equipamento. As imagens são digitalizadas e enviadas para laudo. O médico radiologista analisa e emite relatório. O resultado é integrado ao prontuário eletrônico. Em casos urgentes, o médico plantonista pode visualizar a imagem antes do laudo formal para decisões imediatas.

O expurgo é o local destinado à limpeza e desinfecção de materiais. Instrumentais utilizados em procedimentos são lavados, desinfetados e encaminhados para esterilização externa quando necessário. Materiais permanentes como bacias, cubas, pinças, passam por esse setor após uso. A equipe de enfermagem e de higienização trabalham em conjunto nesse processo. O ambiente possui pia profunda, detergentes específicos, equipamentos de proteção individual para os profissionais.

O depósito de materiais de limpeza guarda produtos utilizados pela equipe de higienização. Há rodos, vassouras, panos, baldes, desinfetantes, álcool, hipoclorito. O acesso é controlado para evitar uso indevido. Os profissionais retiram os materiais conforme necessidade e devolvem ao final do expediente. O almoxarifado central da unidade armazena itens de uso cotidiano: papéis, canetas, impressos, materiais administrativos.

As áreas administrativas incluem sala da direção, coordenação de enfermagem, coordenação médica, setor de recursos humanos, setor financeiro. Esses espaços são utilizados para gestão da unidade. Reuniões de equipe acontecem nesses locais. Documentos são organizados e arquivados. Computadores permitem acesso a sistemas de gestão. Telefones facilitam comunicação interna e externa.

Os vestiários são separados por sexo. Profissionais trocam de roupa ao iniciar o plantão. Uniformes são fornecidos pela gestão. Há armários individuais com chave. Banheiros com chuveiros permitem higiene adequada. O refeitório é utilizado nos intervalos de refeição. Há mesas, cadeiras, geladeira, micro-ondas. Profissionais levam suas refeições ou utilizam o serviço de alimentação fornecido quando disponível.

A Central de Material Esterilizado (CME) pode estar na própria unidade ou ser terceirizada. Materiais que necessitam esterilização são enviados para processamento externo quando a unidade não possui autoclave própria. O controle de envio e recebimento é rigoroso. Há rastreamento de cada lote de material. A reposição segue cronograma estabelecido para não faltar instrumentais.

A manutenção predial é responsabilidade da gestão. Reparos elétricos, hidráulicos, estruturais, são realizados conforme surgem as necessidades. Há contrato com empresas especializadas para atendimento rápido. A manutenção preventiva de equipamentos médicos segue cronograma. Calibrações de monitores, revisão de desfibriladores, testes de equipamentos de ventilação, são

programados regularmente. Laudos técnicos são arquivados para comprovação junto à vigilância sanitária.

O sistema de climatização é fundamental para conforto de pacientes e profissionais. Ar condicionado funciona em setores críticos como sala de medicação, observação, consultórios. A manutenção dos aparelhos inclui limpeza de filtros, verificação de gás refrigerante, checagem de componentes elétricos. Ventiladores são utilizados em ambientes onde não há ar condicionado. Janelas basculantes permitem ventilação natural quando possível.

O sistema elétrico possui gerador de emergência. Em caso de queda de energia da rede pública, o gerador entra em funcionamento automaticamente. Equipamentos críticos como monitores, geladeiras, iluminação de emergência, continuam operando. O gerador é testado periodicamente para garantir funcionamento adequado. O abastecimento de combustível é monitorado.

A rede de gases medicinais (oxigênio, ar comprimido, vácuo) possui central de armazenamento. Cilindros de oxigênio são trocados conforme consumo. Há estoque reserva para situações de alta demanda. Manômetros indicam a pressão das redes. Profissionais da manutenção verificam regularmente o funcionamento do sistema. Válvulas de segurança evitam acidentes.

O sistema de água é conectado à rede pública. Reservatórios garantem abastecimento em caso de interrupção externa. A limpeza das caixas d'água segue cronograma semestral conforme normas sanitárias. Laudos de potabilidade da água são emitidos por laboratório credenciado. A rede de esgoto é ligada ao sistema municipal. Não há fossa séptica na unidade.

O combate a incêndio conta com extintores distribuídos conforme normas do corpo de bombeiros. Hidrantes internos estão em locais estratégicos. Sinalização de saída de emergência é visível. Iluminação de emergência acende automaticamente em caso de falta de luz. Brigada de incêndio é treinada anualmente. Simulados de evacuação são realizados para preparar a equipe.

Integração com a Rede Municipal e Regional

A UPA Colina não funciona isoladamente. Está integrada à rede de atenção à saúde do município e da região. Essa integração é fundamental para garantir continuidade do cuidado aos pacientes. Casos que não podem ser resolvidos na UPA são encaminhados para outros serviços. Pacientes que recebem alta retornam para acompanhamento na atenção básica. Essa articulação é organizada pela gestão municipal e pela regulação regional.

A atenção básica do município é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses serviços funcionam

em horário comercial, de segunda a sexta-feira. Realizam consultas programadas, acompanhamento de doenças crônicas, puericultura, pré-natal, vacinação, pequenos procedimentos. Quando um paciente procura a UBS com queixa aguda que exige atendimento imediato, é orientado a procurar a UPA. A atenção básica não tem estrutura para urgências. Por outro lado, pacientes atendidos na UPA que necessitam acompanhamento ambulatorial são encaminhados para a UBS de referência do seu bairro. Esse fluxo é pactuado entre as equipes.

O município possui também alguns serviços especializados: ambulatório de especialidades, centro de atenção psicossocial, serviço de fisioterapia. Esses locais recebem encaminhamentos da atenção básica e da UPA. O agendamento de consultas especializadas é feito pela central de regulação municipal. O tempo de espera varia conforme a especialidade e a disponibilidade de profissionais. A gestão trabalha para reduzir filas e melhorar o acesso.

Quando um paciente atende na UPA necessita de internação hospitalar, o médico plantonista solicita vaga através do sistema de regulação. A Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) é responsável por localizar leito disponível. Pode ser no próprio município, se houver hospital local, ou em município vizinho. O regulador médico avalia a gravidade do caso e define a prioridade. Pacientes graves são transferidos com urgência. Pacientes estáveis aguardam conforme disponibilidade.

O transporte de pacientes entre serviços é realizado pelo SAMU 192 ou por ambulância própria do município. A UPA não pode negar atendimento porque não há vaga hospitalar disponível. O paciente permanece em observação na unidade até que a transferência seja efetivada. Durante esse período, a equipe mantém os cuidados necessários. Medicações são administradas. Sinais vitais são monitorados. Familiares são mantidos informados.

A referência hospitalar da região varia conforme a complexidade do caso. Pacientes com trauma grave, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, são encaminhados para hospitais com maior capacidade de resposta. A distância até esses serviços pode ser considerável. Por isso, a estabilização na UPA antes da transferência é crucial. Um paciente bem estabilizado tem mais chances de sobreviver ao transporte.

A UPA também recebe pacientes de hospitais quando há necessidade de desafogar leitos. Pacientes que estavam internados, receberam alta hospitalar, mas ainda precisam de observação breve, podem ser encaminhados para a UPA até que a família se organize para recebê-los em casa. Esse fluxo reverso ajuda a desocupar leitos hospitalares mais rapidamente. Melhora a taxa de ocupação dos hospitais regionais.

A contrarreferência é o retorno de informações sobre o paciente para o serviço de origem. Quando um paciente é transferido da UPA para hospital, o médico plantonista preenche ficha de encaminhamento com histórico do caso, exames realizados, medicações administradas, hipótese diagnóstica. Essa ficha acompanha o paciente. Ao receber alta hospitalar, um relatório é encaminhado para a atenção básica. Assim, o médico da UBS sabe o que aconteceu durante a internação. Pode dar continuidade ao tratamento adequadamente.

Reuniões periódicas entre gestores da atenção básica, UPA e hospitais são realizadas para discutir fluxos, resolver problemas, alinhar condutas. Esses encontros fortalecem a rede. Profissionais de diferentes níveis de atenção se conhecem. Isso facilita a comunicação no dia a dia. Há pactuação de protocolos clínicos. Define-se o que cada serviço deve fazer. Reduz-se o risco de pacientes ficarem sem atendimento por falta de definição de responsabilidades.

O sistema informatizado integra algumas informações entre os serviços. O prontuário eletrônico do cidadão permite que dados sejam compartilhados. Um médico da UBS pode visualizar atendimentos realizados na UPA. O médico da UPA pode verificar o histórico de consultas na atenção básica. Isso melhora a qualidade do atendimento. Evita repetição desnecessária de exames. Permite continuidade terapêutica. A implantação completa desse sistema ainda é um desafio em muitos municípios, mas o objetivo é integrar todos os serviços.

A vigilância epidemiológica do município recebe notificações de doenças de notificação compulsória identificadas na UPA. Casos de dengue, meningite, tuberculose, hepatites virais, violência, entre outros, são informados. O setor de vigilância investiga os casos, faz busca ativa de contatos, orienta medidas de prevenção. Essa parceria é importante para controle de doenças na população.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde do município pode organizar treinamentos para profissionais da UPA. Atualização sobre novos protocolos, manejo de situações complexas, humanização do atendimento, são temas abordados. Profissionais de diferentes serviços participam dos mesmos treinamentos. Isso cria linguagem comum e fortalece o trabalho em rede.

A ouvidoria municipal recebe reclamações, sugestões e elogios sobre os serviços de saúde, incluindo a UPA. As manifestações são analisadas. Problemas identificados são encaminhados para a gestão resolver. Melhorias são implementadas a partir das sugestões dos usuários. Esse canal de comunicação é importante para qualificar o atendimento. A população precisa saber que sua voz é ouvida.

O Conselho Municipal de Saúde é uma instância de controle social. Representantes da comunidade, trabalhadores e gestores se reúnem para discutir políticas de saúde. A UPA é tema de discussões nesse espaço. Questões como falta de insumos, demora no atendimento, problemas estruturais, são

levadas ao Conselho. As deliberações influenciam decisões da gestão. O controle social é um dos princípios do SUS.

A integração regional é coordenada pelo Departamento Regional de Saúde (DRS). O estado de São Paulo é dividido em regionais de saúde. Cada DRS abrange diversos municípios. Há pactuação de referências entre os municípios da região. Define-se quais serviços cada município oferece. Organiza-se o fluxo de pacientes. A UPA Colina está inserida nessa rede regionalizada. Recebe orientações técnicas do DRS. Participa de fóruns regionais de saúde. Essa articulação amplia a capacidade de resposta aos problemas de saúde da população.

O Complexo Regulador é uma estrutura que organiza o acesso aos serviços. Há centrais de regulação de consultas especializadas, exames, internações. A UPA se relaciona principalmente com a central de regulação de urgências. Quando precisa transferir um paciente, aciona essa central. O regulador busca a vaga mais adequada. Em algumas situações, pode ser necessário transferir para outra região por falta de vaga na regional de origem. Esses casos são excepcionais e seguem critérios técnicos rigorosos.

A telemedicina é uma ferramenta que pode ser utilizada para integração. Um médico plantonista da UPA com dúvida diagnóstica pode solicitar teleconsultoria com especialista. Imagens de exames podem ser enviadas para análise remota. Essa tecnologia amplia a capacidade resolutiva da unidade. Reduz transferências desnecessárias. Melhora a qualidade da assistência prestada. A implantação da telemedicina ainda é limitada, mas tende a crescer.

A integração com serviços de apoio diagnóstico externos é fundamental. O laboratório que processa exames da UPA precisa ter agilidade na entrega de resultados. Exames urgentes devem ser liberados em poucas horas. O laboratório precisa estar disponível 24 horas. O transporte de amostras biológicas é organizado pela própria UPA. Há malotes para envio de material ao laboratório em horários definidos. Resultados críticos são comunicados por telefone imediatamente.

Serviços de imagem mais complexos, como tomografia e ressonância magnética, geralmente não estão disponíveis na própria UPA. Pacientes são encaminhados para clínicas radiológicas parceiras. O agendamento urgente é feito diretamente pela equipe médica. Em casos gravíssimos, o transporte é acompanhado por profissional da UPA. O laudo é enviado eletronicamente. O médico plantonista define conduta com base nos resultados.

O relacionamento com hospitais filantrópicos e privados que atendem SUS faz parte da rede. Esses hospitais recebem pacientes regulados pela central. Há contratos de prestação de serviço. A qualidade do atendimento nesses locais é monitorada pela gestão. Pacientes transferidos da UPA têm

prioridade no atendimento hospitalar. Não entram em fila de espera de pronto-socorro. Vão direto para leito de internação.

A articulação com o Corpo de Bombeiros e Polícia Militar é importante em situações de emergência coletiva. Acidentes com múltiplas vítimas, incêndios, desabamentos, exigem resposta coordenada. A UPA pode ser acionada para receber vítimas. O plano de contingência define atribuições de cada órgão. Simulados são realizados periodicamente para treinar as equipes.

A Vigilância Sanitária municipal realiza inspeções regulares na UPA. Verifica condições sanitárias, armazenamento de medicamentos, descarte de resíduos, registro de equipamentos. Irregularidades são notificadas e devem ser corrigidas em prazo determinado. O alvará de funcionamento depende da aprovação da Vigilância. Essa fiscalização garante padrões mínimos de segurança para pacientes e profissionais.

O controle de infecção hospitalar na UPA é realizado por Comissão específica. Profissionais treinados identificam riscos, investigam surtos, implementam medidas preventivas. Uso correto de antibióticos, higienização das mãos, desinfecção de superfícies, são monitorados constantemente. Taxas de infecção relacionada à assistência são calculadas e analisadas. Metas de redução são estabelecidas.

A gestão de resíduos de serviços de saúde segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos. Há segregação na origem: lixo comum, lixo infectante, perfurocortantes, químicos. Cada tipo de resíduo tem destinação adequada. Empresa especializada coleta os resíduos infectantes. O transporte segue normas de segurança. A incineração ou tratamento é feito em local licenciado. Documentos comprovam toda a cadeia de destinação.

A farmácia popular, quando existente no município, fornece medicamentos gratuitamente ou a preço reduzido. Pacientes atendidos na UPA que recebem prescrição de medicamentos de uso contínuo são orientados a buscar esses remédios na farmácia popular ou na atenção básica. A UPA não é responsável por fornecer medicamentos para tratamento domiciliar prolongado. Essa divisão de funções está clara nos protocolos municipais.

A comunicação entre serviços é feita por telefone, e-mail, sistema informatizado, WhatsApp institucional. Em situações urgentes, o contato telefônico é mais rápido. Para registro formal, é utilizado e-mail. O sistema informatizado permite encaminhamentos eletrônicos. O uso de aplicativos de mensagem facilita comunicação rápida, mas não substitui registros formais. Todas as informações relevantes devem ser documentadas adequadamente.

A gestão compartilhada de insumos pode ser uma estratégia. Quando há falta de determinado medicamento em um serviço, outro serviço pode emprestar até que a reposição chegue. Essa solidariedade fortalece a rede. Evita que

pacientes fiquem desassistidos por problemas pontuais de abastecimento. O controle é feito para garantir posterior reposição.

Indicadores assistenciais e de produção da UPA são acompanhados pela gestão municipal e regional. Volume de atendimentos, taxa de internação, tempo médio de permanência, principais causas de atendimento, faixa etária predominante, distribuição por sexo, horários de maior demanda, são informações analisadas mensalmente. Esses dados orientam decisões de gestão. Permitem identificar problemas e planejar melhorias. Comparar indicadores com outras UPAs da região ajuda a identificar boas práticas.

O modelo de gestão adotado para a UPA pode influenciar a integração com a rede. Quando há gestão compartilhada entre município e organização social, é fundamental que ambos trabalhem alinhados. Reuniões periódicas entre secretaria municipal de saúde e direção da unidade garantem esse alinhamento. Decisões estratégicas são tomadas em conjunto. Problemas operacionais são resolvidos rapidamente.

A participação da UPA em campanhas de saúde pública fortalece a integração. Campanhas de vacinação, mutirões de atendimento, ações educativas, são realizadas em parceria com outros serviços. A UPA pode ser ponto de vacinação em campanhas específicas. Profissionais da unidade participam de ações na comunidade. Essa presença aumenta a vinculação da população com o serviço.

A integração ensino-serviço acontece quando a UPA recebe estudantes de cursos da área da saúde. Medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, têm estágios em urgência e emergência. Os alunos acompanham atendimentos sob supervisão de preceptores. Essa prática qualifica a formação profissional. Traz conhecimento atualizado para dentro da unidade. Profissionais que supervisionam estágios também se atualizam. Há benefício mútuo. Convênios com universidades e escolas técnicas formalizam essas parcerias.

A humanização do atendimento perpassa toda a rede. Tratar pacientes com respeito, ouvir suas queixas, informá-los sobre procedimentos, garantir privacidade, são práticas que devem estar presentes em todos os serviços. A UPA, por ser porta de entrada em situações de sofrimento agudo, precisa ter equipe preparada para acolher com empatia. Treinamentos em comunicação, manejo de conflitos, lidar com pacientes difíceis, são importantes.

O feedback da rede sobre o desempenho da UPA é um instrumento de melhoria. Hospitais que recebem pacientes transferidos podem informar sobre a qualidade da estabilização realizada. A atenção básica pode relatar dificuldades em dar continuidade ao cuidado. Essas informações precisam ser levadas a sério. Planos de ação devem ser elaborados para corrigir falhas. A melhoria contínua depende dessa troca constante de informações.

A integração também passa pela padronização de condutas. Protocolos clínicos alinhados entre UPA, atenção básica e hospitais facilitam o trabalho. Um paciente hipertenso que descompensa na UPA deve receber conduta compatível com o que ele receberá no hospital se for transferido. Medicamentos disponíveis em todos os serviços permitem continuidade terapêutica sem necessidade de trocar esquemas.

Finalmente, a integração depende de pessoas. Profissionais que se respeitam, que conhecem as limitações de cada serviço, que trabalham pelo bem do paciente independentemente de onde estão lotados, fazem a diferença. A construção de relações de confiança entre equipes leva tempo. Exige encontros presenciais, diálogo franco, resolução conjunta de problemas. A gestão precisa criar espaços para esses encontros. Investir em educação permanente com foco na rede. Reconhecer e valorizar profissionais que se destacam na articulação entre serviços.

2.2 Diagnóstico dos Serviços Assistenciais

A estrutura de serviços assistenciais da UPA Colina está organizada para atender demandas de urgência e emergência com diferentes graus de complexidade. O modelo operacional combina atendimento clínico generalista, atendimento pediátrico, estabilização de casos graves e observação de pacientes que necessitam acompanhamento por período determinado. Essa organização permite que a unidade funcione como ponto intermediário entre a atenção básica e os serviços hospitalares. A capacidade de resolver parte significativa dos casos na própria UPA reduz a pressão sobre hospitais regionais. Ao mesmo tempo, garante que pacientes graves recebam atendimento inicial adequado antes da transferência.

A equipe médica é dividida em plantonistas generalistas, emergencistas e pediatras. Cada categoria tem atribuições específicas. Os generalistas atendem casos clínicos de adultos com quadros agudos de menor gravidade. Os emergencistas atuam na sala de estabilização e assumem pacientes em risco de morte. Os pediatras avaliam crianças e adolescentes. Essa divisão melhora a qualidade do atendimento. Permite que cada profissional atue dentro de sua área de maior competência. Reduz o risco de erros diagnósticos. Agiliza o fluxo de pacientes.

A enfermagem tem papel fundamental na organização dos serviços. Enfermeiros coordenam a classificação de risco, supervisionam técnicos, administram medicações complexas, realizam procedimentos invasivos, monitoram pacientes graves. Técnicos de enfermagem executam tarefas de apoio direto aos pacientes: verificação de sinais vitais, aplicação de medicações, coleta de exames, higienização, alimentação. A escala de enfermagem é

planejada para garantir número adequado de profissionais em cada turno. Períodos de maior demanda recebem reforço. Durante a madrugada, quando o movimento diminui, a equipe pode ser reduzida sem comprometer a segurança.

Atendimento Clínico Adulto e Pediátrico

O atendimento clínico adulto abrange pacientes a partir dos 15 anos de idade. Essa faixa etária foi definida conforme protocolo municipal. Pacientes entre 15 e 18 anos podem ser atendidos por clínico geral ou pediatra, dependendo da avaliação inicial. A maior parte da demanda adulta envolve queixas clínicas agudas: dor abdominal, cefaleia, sintomas respiratórios, febre, náuseas e vômitos, diarreia, crises hipertensivas, hipoglicemia, descompensação de diabetes, exacerbação de asma ou DPOC, infecções urinárias, cólicas renais, dores musculares, alergias. Essas condições representam aproximadamente 70% dos atendimentos diários.

O fluxo de atendimento começa na recepção. O paciente fornece dados pessoais e cartão SUS. É cadastrado no sistema. Em seguida, passa pela classificação de risco. O enfermeiro aplica protocolo específico para definir prioridade. Casos classificados como vermelho vão direto para sala de emergência. Amarelo aguarda com prioridade. Verde entra na fila regular. Azul pode ser orientado a procurar unidade básica se o quadro permite espera maior. Essa triagem é fundamental para organizar o fluxo. Garante que casos graves não aguardem. Evita que pacientes de baixa gravidade ocupem recursos desnecessariamente.

Após a classificação, o paciente aguarda chamada médica. O tempo de espera varia conforme a cor recebida e o movimento da unidade. Vermelhos são atendidos imediatamente. Amarelos em até 15 minutos. Verdes podem aguardar 1 a 2 horas. Azuis ficam por último. Durante a espera, a enfermagem monitora os pacientes. Se alguém piora, a classificação é reavaliada. Pode ser reclassificado para cor mais urgente. Isso evita que deteriorações clínicas passem despercebidas.

No consultório médico, o plantonista realiza anamnese e exame físico. Verifica sinais vitais registrados pela enfermagem. Formula hipótese diagnóstica. Define se é necessário solicitar exames complementares. Prescreve tratamento inicial. Orienta o paciente sobre a conduta. Se o caso é simples e não exige exames, o paciente recebe medicação na sala de medicação e é liberado com receita e atestado. Se precisa de exames, aguarda coleta ou realização e retorna para reavaliação médica após os resultados.

O atendimento pediátrico segue lógica semelhante, mas com particularidades. Crianças são acompanhadas por responsável durante todo o atendimento. O pediatra avalia desenvolvimento neuropsicomotor, estado nutricional, histórico vacinal. Verifica caderneta de saúde da criança. Investiga

antecedentes familiares. Crianças pequenas têm dificuldade de expressar sintomas. O médico precisa observar comportamento, reatividade, padrão de choro. Sinais de alerta em pediatria incluem: prostração, recusa alimentar, gemência, cianose, tiragem subcostal, febre alta persistente, convulsões, vômitos incoercíveis, desidratação.

As principais causas de atendimento pediátrico são: doenças respiratórias agudas, gastroenterites, febres, quedas e traumatismos leves, reações alérgicas, crises de asma, otites, faringites, estomatites. A sazonalidade influencia muito a demanda pediátrica. No inverno, aumentam as infecções respiratórias. No verão, crescem os casos de desidratação e doenças transmitidas por alimentos. Surtos de viroses, como rotavírus e adenovírus, podem sobrecarregar a unidade temporariamente. Nesses períodos, a gestão precisa providenciar reforço de equipe e estoque extra de insumos.

A comunicação com a família é essencial no atendimento pediátrico. O médico explica o diagnóstico em linguagem acessível. Orienta sobre sinais de piora. Ensina administração correta de medicamentos. Reforça importância do acompanhamento ambulatorial. Crianças que recebem alta precisam retornar à UBS para reavaliação. O pediatra registra no prontuário eletrônico informações para contrarreferência. Isso facilita continuidade do cuidado.

Casos pediátricos graves exigem abordagem rápida. Criança em parada cardiorrespiratória vai direto para sala de emergência. Inicia-se reanimação conforme protocolo PALS. A equipe já mantém carrinho de emergência pediátrica preparado. Contém laringoscópio infantil, cânulas de diferentes tamanhos, drogas vasoativas diluídas, desfibrilador com pás pediátricas. O treinamento regular da equipe em emergências pediátricas é obrigatório. Simulações realísticas são realizadas trimestralmente.

A presença de acompanhante adulto é obrigatória para crianças. Apenas o responsável legal pode autorizar procedimentos invasivos. Em situações de urgência extrema, quando não há responsável presente e há risco de morte, o médico pode decidir sozinho. Essa exceção está prevista no Código de Ética Médica. Mas a regra geral é sempre buscar consentimento. Adolescentes maiores de 12 anos podem opinar sobre seu tratamento. Mas a decisão final cabe ao responsável.

A vacinação não é realizada na UPA. Pacientes que procuram a unidade pedindo vacina são orientados a procurar UBS. A UPA não tem estrutura de sala de vacina. Não possui imunobiológicos. Não tem rede de frio adequada. A função da UPA é atender urgências. Vacinas são responsabilidade da atenção básica. Esse esclarecimento é feito educadamente para evitar insatisfação do usuário.

Pacientes adultos com doenças crônicas descompensadas são comuns na UPA. Diabéticos com hiperglicemia ou hipoglicemia. Hipertensos com picos

pressóricos. Pacientes com insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Asmáticos em crise. O atendimento estabiliza o quadro agudo. Mas o acompanhamento contínuo dessas doenças deve ser feito na atenção básica. A UPA orienta o paciente sobre importância do seguimento regular. Emite guia de encaminhamento para UBS. Registra no prontuário recomendação de acompanhamento ambulatorial.

Gestantes são atendidas na UPA quando apresentam intercorrências agudas: sangramento, dor abdominal intensa, sinais de trabalho de parto prematuro, hipertensão. O médico plantonista avalia e define se o caso exige encaminhamento para maternidade. A UPA não realiza partos. Não tem estrutura obstétrica. Gestantes em trabalho de parto ativo são transferidas imediatamente. O transporte é feito por ambulância com suporte adequado. A comunicação com a maternidade de referência é prévia. Informa-se sobre as condições da paciente. Garante-se que há vaga disponível.

Pacientes psiquiátricos em crise aguda são desafiadores. A UPA não é especializada em saúde mental. Mas recebe casos de agitação psicomotora, tentativas de suicídio, surtos psicóticos. O manejo inicial inclui abordagem verbal, contenção mecânica se necessário, medicação sedativa conforme prescrição médica. Após estabilização, o paciente é encaminhado para serviço especializado. O CAPS é acionado durante horário de funcionamento. Fora do horário, a regulação busca leito psiquiátrico em hospital habilitado. A permanência do paciente psiquiátrico na UPA deve ser a menor possível. A estrutura não é adequada para acompanhamento prolongado desses casos.

Intoxicações exógenas são atendidas conforme protocolos toxicológicos. O médico identifica a substância ingerida. Avalia gravidade. Define se é necessário lavagem gástrica, carvão ativado, antídotos específicos. Contato com centro de intoxicações pode ser necessário para orientação. Casos graves são transferidos para hospital com UTI. Intoxicações leves podem ser manejadas na própria UPA com observação por algumas horas.

Violência doméstica e sexual são notificadas conforme lei. O serviço social é acionado quando disponível. A vítima recebe atendimento médico adequado. Lesões são documentadas. Fotos podem ser necessárias como prova judicial. O encaminhamento para delegacia especializada é oferecido. A UPA garante privacidade durante o atendimento. Sala separada é utilizada para esses casos. Profissionais são treinados para abordagem humanizada.

Atendimento de Urgência e Emergência

A diferença entre urgência e emergência é operacional. Emergência é situação com risco imediato de morte. Exige intervenção instantânea. Urgência é quadro grave que precisa atendimento rápido mas não há risco de morte nos

próximos minutos. Essa distinção guia a organização do serviço. Emergências vão direto para sala de estabilização. Urgências passam por consultórios médicos com prioridade.

Exemplos de emergência: parada cardiorrespiratória, choque de qualquer etiologia, traumatismo cranioencefálico grave, politrauma, hemorragias volumosas, obstrução de vias aéreas, infarto agudo do miocárdio com instabilidade hemodinâmica, AVC com rebaixamento de consciência, convulsões prolongadas, intoxicações graves, queimaduras extensas. Esses casos chegam muitas vezes trazidos pelo SAMU. A equipe da UPA já é avisada previamente. Prepara-se para receber o paciente. Sala de emergência fica livre. Carro de parada é conferido. Equipe se posiciona.

A sala de emergência funciona como mini CTI da UPA. Tem monitor multiparamétrico. Desfibrilador. Ventilador mecânico para transporte. Carro de emergência completo. Oxigênio e ar comprimido centralizados. Material para via aérea avançada. Acesso venoso central. Drogas de urgência. A equipe que atua nesse setor é treinada em ACLS e ATLS. Protocolos de reanimação estão afixados na parede. Servem como guia rápido durante atendimento.

O atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória segue protocolo internacional. Iniciam-se compressões torácicas de alta qualidade. Ventilação com ambú e máscara. Conexão ao monitor. Identificação do ritmo. Se fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, desfibrilação imediata. Se assistolia ou atividade elétrica sem pulso, continua-se RCP e administram-se drogas. Adrenalina a cada 3-5 minutos. Amiodarona se fibrilação refratária. Correção de causas reversíveis: hipóxia, hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipo/hipercalcemia, hipotermia, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, toxinas, trombose coronariana ou pulmonar.

O médico coordena a reanimação. Distribui funções entre os presentes. Um profissional faz compressões. Outro ventila. Terceiro prepara medicações. Quarto monitora tempo e anota procedimentos. A comunicação é clara e objetiva. Decisões são rápidas. O médico decide quando encerrar manobras. Geralmente após 30-40 minutos de RCP sem resposta. O óbito é declarado. Família é comunicada com empatia. Corpo é encaminhado para necrotério municipal. Documentação é preenchida: declaração de óbito, boletim de ocorrência se morte violenta.

Traumatismos são frequentes na UPA. Quedas, acidentes de trânsito, agressões, ferimentos por arma branca ou de fogo. O manejo inicial segue protocolo ATLS: avaliação primária com X-ABCDE. Vias aéreas com controle cervical. Respiração e ventilação. Circulação com controle de hemorragias. Disfunção neurológica. Exposição com controle de temperatura. Após estabilização inicial, avaliação secundária identifica todas as lesões.

Radiografias são solicitadas. Suturas são realizadas. Imobilizações são feitas. Pacientes graves são transferidos para hospital de trauma.

O colar cervical é colocado em qualquer vítima de trauma com mecanismo suspeito de lesão cervical. Queda de altura, capotamento, colisão em alta velocidade, atropelamento, mergulho em água rasa. A prancha rígida é usada durante transporte inicial. Mas o paciente não deve permanecer muito tempo sobre ela. Aumenta risco de úlceras por pressão. Após avaliação na UPA, se não houver indicação de transferência imediata, o paciente sai da prancha. Colar cervical é mantido até que radiografias afastem lesão.

Fraturas de membros são comuns. O médico avalia se há desvio, encurtamento, rotação. Verifica pulsos distais, sensibilidade, motricidade. Solicita radiografias. Define se é necessário redução. Fraturas simples sem desvio são imobilizadas com tala gessada. Paciente recebe orientações. É encaminhado para ortopedista no ambulatório de especialidades. Fraturas expostas ou com desvio importante exigem encaminhamento para hospital com ortopedia. A analgesia adequada é fundamental em traumas. Pacientes com dor intensa recebem opioides se não houver contraindicação.

Queimaduras são classificadas quanto à profundidade e extensão. Primeiro grau: apenas vermelhidão. Segundo grau: bolhas. Terceiro grau: tecido carbonizado. A extensão é calculada pela regra dos nove. Cabeça 9%, cada membro superior 9%, tórax anterior 18%, tórax posterior 18%, cada membro inferior 18%, períneo 1%. Queimaduras maiores que 10% da superfície corporal em adultos exigem reposição volêmica. Fórmula de Parkland orienta volume de cristaloides. Queimaduras extensas ou de terceiro grau são transferidas para unidade de queimados. Queimaduras leves são tratadas na própria UPA com curativo adequado.

Afogamentos são raros mas graves. Paciente pode chegar em parada ou com insuficiência respiratória. O atendimento prioriza oxigenação. Intubação se necessário. Suporte ventilatório. Monitorização. Transferência para UTI é regra em afogamentos com perda de consciência. Mesmo pacientes que aparentemente se recuperam bem devem ficar em observação. Podem desenvolver edema pulmonar tardio.

Choques de diferentes etiologias exigem reconhecimento rápido. Choque hipovolêmico por hemorragia. Choque cardiogênico por infarto ou insuficiência cardíaca grave. Choque séptico por infecção. Choque anafilático por alergia grave. Choque neurogênico por lesão medular alta. O tratamento varia conforme o tipo. Hipovolêmico: reposição de volume e controle de sangramento. Cardiogênico: inotrópicos e redução de pós-carga. Séptico: antibióticos precoces, volume e vasopressores. Anafilático: adrenalina intramuscular, anti-histamínicos, corticoides. Neurogênico: vasopressores alfa-agonistas.

Infarto agudo do miocárdio é emergência cardiovascular. Paciente chega com dor torácica. ECG é realizado imediatamente. Elevação do segmento ST caracteriza infarto com supra. Ausência de supra não descarta infarto. Troponina é solicitada. O protocolo de dor torácica é acionado. Paciente recebe AAS, clopidogrel, anticoagulação, analgesia. Regulação é acionada para transferência urgente a hospital com hemodinâmica. O tempo porta-balão deve ser menor que 90 minutos. Cada minuto perdido aumenta mortalidade.

AVC também é emergência tempo-dependente. Paciente com déficit neurológico agudo. Tomografia de crânio urgente para diferenciar AVC isquêmico de hemorrágico. Se isquêmico dentro da janela terapêutica, paciente pode ser candidato a trombólise. Transferência para hospital habilitado. Controle pressórico cuidadoso. Proteção de vias aéreas se rebaixamento importante. Glicemia capilar para afastar hipoglicemia como causa de alteração neurológica.

Crises convulsivas exigem proteção do paciente contra lesões. Lateralização da cabeça para evitar aspiração. Não se coloca nada na boca. Aguarda-se término espontâneo. Se convulsão prolongada (status epilepticus), medicação anticonvulsivante é administrada. Benzodiazepínico é primeira escolha. Fenitoína ou fenobarbital se não responder. Identificação da causa: tumor, AVC, infecção, distúrbio metabólico, abstinência de álcool, epilepsia prévia mal controlada. Paciente em status é transferido para UTI.

Dispneia grave pode indicar insuficiência respiratória. Causas incluem: pneumonia, edema agudo de pulmão, exacerbação de DPOC, pneumotórax, TEP. O médico ausculta pulmões, verifica saturação de oxigênio, solicita radiografia de tórax. Oxigênio suplementar é oferecido. Ventilação não invasiva com CPAP ou BiPAP pode ser necessária. Intubação e ventilação mecânica em casos extremos. Antibióticos se infecção. Diuréticos se edema pulmonar. Broncodilatadores se asma ou DPOC.

Sangramentos digestivos altos são urgências. Paciente com hematêmese ou melena. Sinais de choque. Acesso venoso calibroso. Reposição volêmica. Transfusão sanguínea se hemoglobina muito baixa. Inibidor de bomba de prótons em dose alta. Transferência para hospital com endoscopia disponível. O endoscopista pode identificar e tratar o sangramento. Varizes esofágicas, úlceras, gastrites erosivas são causas comuns.

Abdome agudo é termo usado para dor abdominal intensa de início súbito. Pode indicar apendicite, colecistite, pancreatite, obstrução intestinal, perfuração de víscera, isquemia mesentérica, rotura de aneurisma, gravidez ectópica rota. O exame físico busca sinais de irritação peritoneal: rigidez, dor à descompressão, defesa abdominal. Exames laboratoriais e de imagem ajudam no diagnóstico. Ultrassom de abdome. Tomografia se disponível. Casos cirúrgicos são transferidos urgentemente.

Observação Clínica (até 24h)

A sala de observação é destinada a pacientes que necessitam acompanhamento por período limitado. Diferentes situações justificam observação: aguardar efeito de medicação, monitorar evolução de quadro clínico, realizar hidratação venosa, aguardar resultado de exames, aguardar vaga para transferência hospitalar. O tempo máximo de permanência é 24 horas. Esse prazo está definido na Portaria do Ministério da Saúde que regulamenta as UPAs.

O paciente que vai para observação recebe leito. Pulseira de identificação é colocada. Prescrição médica é feita. Enfermagem executa as prescrições. Sinais vitais são verificados periodicamente. A frequência depende da gravidade: casos graves a cada hora, casos estáveis a cada 4 horas. Qualquer alteração é comunicada ao médico plantonista. Reavaliações médicas são realizadas conforme evolução. Alguns pacientes necessitam apenas uma reavaliação após 6-8 horas. Outros precisam ser vistos mais vezes.

Hidratação venosa é motivo comum de observação. Pacientes desidratados por gastroenterite, vômitos, febre alta. Crianças e idosos são mais susceptíveis. O cálculo do déficit hídrico orienta o volume a ser repostado. Soro fisiológico ou ringer lactato são utilizados. A velocidade de infusão é ajustada conforme idade e função cardíaca. Idosos com insuficiência cardíaca não podem receber volume rápido. Risco de sobrecarga e edema agudo de pulmão. O controle da diurese é importante. Se não urinar adequadamente, pode indicar insuficiência renal ou desidratação persistente.

Crises de asma moderada a grave justificam observação. Paciente recebe broncodilatadores por nebulização repetidas vezes. Corticoide sistêmico. Oxigênio se hipoxemia. Após algumas horas de tratamento, reavalia-se. Se houve melhora significativa, alta com prescrição domiciliar. Se não melhorou ou piorou, transferência hospitalar. A monitorização da saturação de oxigênio é contínua em asmáticos graves.

Dor torácica que não configura claramente infarto mas exige investigação. Paciente fica em observação. ECG seriados. Troponina é dosada 3 horas após início da dor e novamente 6 horas após. Se permanecer negativa e paciente estável, sugere que não houve infarto. Alta com orientação para seguimento ambulatorial. Se troponina positivar, é caso de síndrome coronariana aguda. Transferência para cardiologia.

Cefaleias intensas podem necessitar observação. Descarta-se hemorragia subaracnóidea, meningite, hipertensão intracraniana. Tomografia de crânio se sinais de alerta. Punção lombar se suspeita de meningite. Paciente recebe analgesia potente. Hidratação. Repouso em ambiente escuro e

silencioso. Reavaliação após algumas horas. Se melhora, alta. Se não melhora ou piora, aprofunda investigação ou transfere.

Síncope (desmaios) exigem avaliação cuidadosa. Pode ser causa benigna (síncope vasovagal) ou grave (arritmia cardíaca, sangramento oculto). Paciente fica em observação com monitorização cardíaca. ECG. Hemograma para afastar anemia. Se tudo normal e paciente sem novos episódios, alta com orientação. Se episódio recorrente ou alterações no ECG, encaminhamento para cardiologista ou transferência hospitalar.

Intoxicações leves permitem observação na UPA. Paciente recebe carvão ativado se indicado. Sintomáticos. Hidratação. Monitorização clínica. Após algumas horas, se estável e assintomático, alta. Orientação sobre prevenção de novos acidentes. Se piora durante observação, transferência para hospital.

Traumas leves de crânio são observados. Paciente que teve traumatismo craniano mas está consciente, orientado, sem vômitos, sem déficits neurológicos. Tomografia realizada mostrou ausência de lesões. Protocolo exige observação por algumas horas. Se permanecer estável, alta com orientações escritas sobre sinais de alerta. Familiar é orientado a vigiar paciente em casa. Retornar se sonolência excessiva, vômitos, confusão mental, convulsões.

Controle pressórico em hipertensos também motiva observação. Paciente com PA muito elevada mas sem lesão de órgão-alvo. Recebe anti-hipertensivo. Aguarda-se redução gradual da pressão. Medidas seriadas são feitas. Se normalizar, alta com ajuste da medicação de uso contínuo. Encaminhamento para cardiologista. Se não normalizar ou surgir sintomas, transferência hospitalar.

Aguardar vaga hospitalar é situação frequente. Paciente já foi avaliado. Indicação de internação está definida. Regulação foi acionada mas não há leito disponível de imediato. Paciente fica em observação na UPA aguardando. Durante esse tempo, continua recebendo os cuidados necessários. Medicamentos. Monitorização. Não é abandonado pelo fato de não haver leito. A UPA mantém responsabilidade até efetivação da transferência.

Famíliares podem visitar pacientes na observação em horários definidos. Geralmente duas vezes ao dia: tarde e noite. Duração de 30 minutos a 1 hora. Apenas um acompanhante por vez. Crianças e idosos podem ter acompanhante permanente. A visita é importante para tranquilizar paciente e família. Permite que familiares tragam pertences necessários. Recebam orientações da equipe. Tirem dúvidas.

A alimentação na observação segue prescrição médica. Dieta oral livre para pacientes sem restrições. Dieta branda para pós-operatórios ou problemas digestivos. Dieta para diabéticos. Dieta hipossódica para hipertensos e cardiopatas. Dieta zero (jejum) para pacientes que podem precisar de

procedimentos. As refeições são fornecidas pelo serviço de nutrição ou empresa terceirizada. Horários: café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar, ceia. Paciente que não aceita via oral recebe hidratação venosa.

A alta da observação pode ocorrer a qualquer momento quando o médico julgar apropriado. Não precisa esperar completar 24 horas. Se o objetivo foi alcançado antes, paciente recebe alta. Prescrição de medicamentos para casa. Atestado se necessário. Orientações por escrito sobre cuidados. Guia de encaminhamento para seguimento ambulatorial. O prontuário é fechado. Leito é liberado para próximo paciente.

Estabilização e Transferência de Pacientes

A estabilização é o conjunto de medidas para manter paciente vivo e com funções vitais preservadas até que tratamento definitivo seja realizado. Nem sempre a UPA tem condições de tratar definitivamente. Mas pode estabilizar antes de transferir. Essa estabilização aumenta muito as chances de sobrevivência durante o transporte e após chegada ao hospital.

A estabilização hemodinâmica é prioritária. Garantir pressão arterial adequada. Acesso venoso com Jelco calibroso. Infusão de cristaloides se hipotensão. Drogas vasoativas se choque refratário. Noradrenalina é a droga de escolha em choques distributivos. Dobutamina em choque cardiogênico. Controle de sangramentos ativos. Compressão direta. Torniquete em membros se hemorragia incontrolável. Suturas. Tamponamento de feridas.

A estabilização respiratória também é fundamental. Oxigênio suplementar para manter saturação acima de 90%. Cânula nasal, máscara facial, máscara com reservatório, conforme necessidade. Ventilação não invasiva em insuficiência respiratória. Intubação orotraqueal se insuficiência grave ou rebaixamento de consciência. Após intubar, ventilador mecânico é conectado. Parâmetros são ajustados. Gasometria arterial orienta ajustes finos.

Controle de vias aéreas é crítico em traumas faciais e cervicais. Sangue e secreções são aspirados. Colar cervical protege coluna. Cânula orofaríngea pode ser necessária. Cricotireoidostomia de emergência se obstrução completa e impossibilidade de intubar. Procedimento salva-vidas mas raramente necessário.

Analgesia adequada reduz sofrimento e estabiliza paciente. Dor intensa causa taquicardia, hipertensão, liberação de catecolaminas. Piora quadro clínico. Morfina ou fentanil são utilizados. Doses fracionadas. Monitorização dos efeitos. Reversão com naloxone se depressão respiratória.

Controle de glicemia é importante. Hiperglicemia grave é corrigida com insulina regular. Hipoglicemia é tratada com glicose hipertônica. Pacientes diabéticos graves em cetoacidose ou estado hiperosmolar exigem reposição

volêmica agressiva, insulina contínua, correção de eletrólitos. Mas o tratamento completo é hospitalar. Na UPA faz-se estabilização inicial.

Correção de distúrbios eletrolíticos graves pode ser necessária. Hipercalemia severa recebe cálcio, insulina com glicose, bicarbonato, resina de troca. Hiponatremia sintomática é corrigida com soro hipertônico. Mas correção muito rápida causa mielinólise pontina. Deve ser lenta e cuidadosa. Hipocalcemia com tetania recebe cálcio endovenoso.

Pacientes agitados ou combativos dificultam atendimento. Sedação pode ser necessária. Midazolam é usado. Contenção mecânica é último recurso quando sedação falha e há risco para equipe ou para o próprio paciente. Braços e pernas são imobilizados com faixas próprias. Monitorização contínua é obrigatória. Contenção não pode causar lesões. Circulação dos membros é verificada regularmente.

Após estabilização, inicia-se processo de transferência. O médico da UPA contata central de regulação. Descreve o caso. Informa gravidade. Solicita tipo de leito necessário: enfermaria, semi-intensivo, UTI. A central busca vaga na rede. Pode levar minutos ou horas conforme disponibilidade. Enquanto aguarda, paciente permanece em observação com cuidados contínuos.

Quando vaga é localizada, organiza-se transporte. Se caso grave, SAMU é acionado para transporte com suporte avançado. Médico e enfermeiro acompanham. Ambulância equipada com ventilador, monitor, bomba de infusão, drogas de urgência. Se caso estável, transporte pode ser feito por ambulância básica sem médico. Apenas motorista e técnico de enfermagem.

Documentação da transferência é essencial. Médico preenche ficha de encaminhamento. Contém identificação do paciente, resumo do quadro, exames realizados, medicações administradas, procedimentos feitos, hipótese diagnóstica, condição clínica atual. Cópias de exames acompanham paciente. Radiografias são enviadas. Resultados de laboratório impressos. Essa documentação permite continuidade do cuidado no hospital de destino.

Comunicação telefônica com hospital receptor é feita antes da saída. Médico da UPA fala com médico do hospital. Passa detalhes do caso. Confirma que vaga está preparada. Garante que equipe está esperando. Essa conversa evita problemas na chegada. Hospital já se prepara para receber o paciente adequadamente.

Durante transporte, equipe mantém vigilância constante. Monitora sinais vitais. Ajusta medicações se necessário. Mantém vias aéreas pervias. Aspira secreções. Observa nível de consciência. Qualquer deterioração exige ação imediata. Se parada cardíaca durante transporte, ambulância para. Inicia-se RCP. Desfibrilação se indicado. Só retoma transporte após estabilizar ou após protocolo completo de reanimação.

Na chegada ao hospital, há passagem formal do caso. Médico da UPA relata para médico receptor. Entrega documentos. Tira dúvidas. Só libera ambulância após confirmar que hospital assumiu responsabilidade. Registro de transferência é feito. Horário de saída da UPA. Horário de chegada ao hospital. Nome do médico receptor. Esses dados são arquivados.

Devoluções de pacientes transferidos podem acontecer. Hospital avalia e decide que não é caso para internação. Paciente retorna à UPA. Médico plantonista reavalia. Define nova conduta. Pode dar alta ou manter em observação. Ou acionar regulação novamente para buscar outra vaga. Devoluções indevidas são documentadas. Podem ser contestadas formalmente pela gestão.

Famíliares são informados sobre transferências. Recebem nome do hospital de destino. Endereço. Telefone. Horário de visita. São orientados a não seguir atrás da ambulância. Risco de acidentes é alto. Devem ir com calma. Paciente chegará antes. Equipe do hospital cuidará bem. Ansiedade da família é compreensível. Mas segurança no trânsito não pode ser comprometida.

Óbitos na UPA são manejados com respeito. Corpo é preparado pela enfermagem. Identificado com etiqueta. Colocado em saco próprio. Encaminhado ao necrotério. Família é comunicada com empatia. Espaço reservado é oferecido para despedida. Declaração de óbito é preenchida. SVO é acionado se morte sem assistência ou suspeita. IML se morte violenta. Corpo não é liberado para família nessas situações. Segue para autópsia.

Feedback sobre pacientes transferidos raramente retorna à UPA. Seria importante saber evolução dos casos. Mas hospitais não têm rotina de informar. A UPA fica sem fechamento dos casos. Essa falha na comunicação prejudica aprendizado da equipe. Não se sabe se condutas foram adequadas. Se diagnósticos estavam corretos. Implementar sistema de contrarreferência é desafio permanente da rede.

2.3 Diagnóstico do SAMU 192 – Suporte Básico de Vida

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em Colina funciona como sede descentralizada do SAMU 192 Regional Barretos. O serviço opera com uma Unidade de Suporte Básico (USB), que atende chamados de urgência e emergência no município e região. Essa configuração integra Colina à rede regional de atendimento pré-hospitalar. Permite resposta rápida a situações críticas. Reduz tempo entre ocorrência e atendimento. Aumenta chances de sobrevivência das vítimas. O SAMU é componente estratégico da Rede de Atenção às Urgências. Funciona articulado com UPA, hospitais, atenção básica.

A ambulância disponível é do tipo furgão, equipada conforme normas do Ministério da Saúde para suporte básico de vida. O veículo possui identificação visual padronizada: cor branca com faixa azul e vermelha, símbolo do SAMU, telefone 192 destacado. Sinalizador luminoso vermelho e azul no teto. Sirene para abrir passagem no trânsito. Esses elementos identificam o veículo como emergência. Garantem prioridade no deslocamento.

Internamente, a ambulância é dividida em cabine de condução e compartimento de atendimento. A cabine tem motorista e um profissional de saúde na frente. O compartimento posterior abriga maca principal com rodas retráteis, sistema de fixação ao piso, cintos de segurança para paciente. Banco lateral dobrável para acompanhante ou segundo profissional. Armários embutidos nas laterais armazenam materiais e equipamentos. Iluminação LED adequada para trabalho noturno. Ventilação forçada. Tomadas 12V para aparelhos médicos. Suporte de soro. Ganchos para bolsas e mochilas.

Os equipamentos obrigatórios em USB incluem: oxigênio portátil com cilindro, manômetro, umidificador, máscaras faciais de diferentes tamanhos, cânula nasal. Aspirador portátil elétrico ou manual com sondas. Esfigmomanômetro adulto e pediátrico. Estetoscópio. Oxímetro de pulso. Glicosímetro com fitas reagentes. Termômetro digital. Lanterna clínica. Prancha rígida para transporte de vítimas de trauma. Colar cervical de diferentes tamanhos. Talas para imobilização de membros. Maca retrátil. Maca rígida tipo scoop para retirada de vítimas em espaços confinados.

O material de via aérea e ventilação compreende: ambú adulto e pediátrico, máscaras faciais, cânulas orofaríngeas, máscara de bolso para ventilação boca-máscara. Não há material para intubação orotraqueal porque USB não realiza procedimentos invasivos avançados. Isso é atribuição da Unidade de Suporte Avançado (USA), que conta com médico a bordo. A USB de Colina foca em suporte básico. Estabilização inicial. Transporte rápido ao hospital.

Materiais para acesso venoso e administração de medicamentos são limitados. USB pode realizar punção venosa periférica em casos específicos autorizados pelo médico regulador. Mas rotina é transportar paciente sem acessos invasivos. Exceção são casos de hipoglicemia grave, quando glicose hipertônica pode ser administrada conforme protocolo. Soro fisiológico e ringer lactato estão disponíveis. Equipo de soro. Jelcos de diferentes calibres. Garrote. Álcool gel. Luvas estéreis. Seringas. Agulhas.

Medicamentos básicos incluem: glicose hipertônica 50% para hipoglicemia, adrenalina autoinjetável para anafilaxia grave, salbutamol spray para broncoespasmo, AAS para suspeita de infarto, captopril para crises hipertensivas. O uso dessas medicações segue protocolos rígidos. Depende de autorização do médico regulador. Profissional da ambulância descreve o caso

por rádio. Regulador decide se autoriza medicação. Orienta dose e via. A autonomia da equipe de USB é limitada por segurança.

Materiais para parto são incluídos porque partos precipitados podem ocorrer durante transporte. Kit contém: campo estéril, luvas estéreis, clamp umbilical descartável, tesoura, compressas, cobertor térmico para recém-nascido, pera de aspiração nasal. A equipe é treinada para assistir partos de emergência. Mas o objetivo é sempre transportar gestante em trabalho de parto para maternidade antes do nascimento.

Materiais para contenção mecânica de pacientes agitados: faixas próprias para imobilização de membros. Usadas apenas quando risco de violência contra equipe ou contra o próprio paciente. Contenção é sempre último recurso. Tentativas de acalmar verbalmente são prioritárias. Mas segurança não pode ser comprometida.

Equipamentos de proteção individual (EPI) para a equipe: luvas de procedimento, máscaras cirúrgicas, máscaras N95, óculos de proteção, face shield, aventais descartáveis, botas impermeáveis. A disponibilidade de EPI é essencial. Protege profissionais de exposição a fluidos corporais. Previne infecções. A pandemia de COVID-19 reforçou importância desses equipamentos. Hoje são obrigatórios em todos os atendimentos.

A manutenção da ambulância segue cronograma rigoroso. Revisões preventivas conforme quilometragem. Troca de óleo, filtros, pneus, freios. O veículo não pode ficar fora de operação por problemas mecânicos. Quando manutenção é necessária, é programada em horários de menor demanda. Se possível, ambulância reserva é disponibilizada temporariamente. A Central Regional de Barretos coordena essa logística.

A limpeza e desinfecção da ambulância são realizadas após cada atendimento. Superfícies são higienizadas com álcool 70% ou hipoclorito conforme tipo de material. Maca é limpa e trocado lençol. Piso é lavado se houver sujeira. Equipamentos reutilizáveis são descontaminados. Descartáveis são descartados corretamente. Lixo comum e infectante são segregados. A cada turno, limpeza completa é feita. Todos os cantos do veículo são verificados.

O abastecimento da ambulância é diário. Tanque de combustível nunca abaixo de meio tanque. Isso garante autonomia para deslocamentos longos. Principalmente transferências inter-hospitalares para cidades distantes. O posto de combustível é conveniado. Motorista abastece conforme necessidade. Registra quilometragem e volume. Controle é feito pela gestão.

A checagem de equipamentos ocorre no início de cada plantão. Equipe confere funcionamento de todos os aparelhos. Oxigênio está com pressão adequada. Aspirador funciona. Oxímetro liga. Glicosímetro tem fitas dentro da validade. Prancha não tem rachaduras. Colares cervicais estão íntegros.

Materiais de via aérea completos. Medicamentos dentro da validade. Essa checagem é registrada em planilha. Assina responsável pelo plantão. Se algum item está faltando ou com defeito, reposição ou manutenção são imediatas.

Fluxo de Acionamento

O acionamento do SAMU 192 é feito pelo telefone 192. Número de discagem gratuita. Funciona em qualquer telefone fixo ou móvel. Não precisa crédito. A chamada cai na Central de Regulação. Atendente técnico de regulação médica (TARM) atende. Esse profissional tem formação em enfermagem ou técnico de enfermagem. É treinado especificamente para triagem telefônica. Faz perguntas padronizadas para coletar informações essenciais.

O TARM questiona: qual é a emergência? Onde está acontecendo? Endereço completo com número, referências. Quantas pessoas envolvidas? Vítima está consciente? Está respirando? Tem pulso? Está sangrando? Outras perguntas conforme o caso. O objetivo é identificar gravidade rapidamente. Priorizar casos que exigem resposta imediata. O atendente mantém calma. Fala de forma clara. Tranquiliza quem ligou. Orienta primeiros socorros quando possível.

Após coleta de informações, o TARM repassa o caso para o médico regulador. Este profissional está na mesma central. Ouve resumo da situação. Decide tipo de recurso a enviar: USB, USA, ou orienta solicitante a levar paciente por meios próprios. Em casos extremos, orienta o solicitante a fazer manobras de reanimação até chegada da equipe. O médico regulador é quem toma decisões críticas. Define prioridades. Distribui recursos disponíveis.

Se decisão é enviar ambulância, médico regulador aciona a USB de Colina via rádio. Passa informações do caso: endereço, tipo de ocorrência, condições da vítima. A equipe já em prontidão na base liga sirene e sai imediatamente. Durante deslocamento, mantém contato com regulação por rádio. Informa quando chegou ao local. Descreve situação encontrada. Solicita orientações se necessário.

Trotes são problema enfrentado pelo SAMU. Pessoas ligam sem motivo real. Ocupam linha. Desviam recursos. Geram deslocamentos desnecessários. Equipe chega ao local e ninguém está precisando de atendimento. Isso é crime. Pode ser punido com prisão. Campanhas educativas alertam população sobre gravidade dos trotes. Mas ainda acontecem. A regulação tenta filtrar ao máximo na triagem telefônica. Mas nem sempre é possível identificar antes de enviar equipe.

Casos onde vítima está inconsciente e não há testemunhas são desafiadores. Solicitante viu pessoa caída na rua. Ligou 192. Mas não sabe o

que aconteceu. SAMU vai até o local avaliar. Pode ser desmaio simples, pode ser trauma, pode ser intoxicação, pode ser até óbito. A equipe precisa ir verificar. Essas situações exigem preparo para qualquer cenário.

Acidentes de trânsito com múltiplas vítimas sobrecarregam sistema. USB sozinha não dá conta. Regulação aciona recursos de cidades vizinhas. Corpo de bombeiros é acionado para desencarceramento. Polícia para isolar área. Tudo coordenado pela regulação médica. Princípio do START (Simple Triage And Rapid Treatment) é aplicado: classifica vítimas por gravidade, prioriza atendimento dos mais graves com chance de sobreviver, deixa casos leves para depois.

Violência urbana também gera acionamentos. Agressões, esfaqueamentos, tiros. SAMU só entra na cena após polícia garantir segurança. Equipe não se expõe a risco desnecessário. Em algumas situações, polícia militar faz primeiro atendimento e transporta vítima. SAMU fica em ponto de apoio próximo aguardando liberação da cena. Esse protocolo protege profissionais. Infelizmente há casos de equipes de saúde que foram feitas reféns ou agredidas durante atendimentos em locais violentos.

Chamados para pacientes psiquiátricos exigem avaliação cautelosa. Pessoa em surto psicótico, agressiva, com risco de heteroagressão. A regulação orienta se SAMU deve ir sozinho ou se precisa apoio policial. Medicação sedativa na ambulância é limitada. Contenção mecânica pode ser necessária. Transporte é feito para serviço de saúde mental. Durante trajeto, equipe precisa vigilância redobrada.

Atendimento a crianças tem particularidades. Solicitante geralmente está muito ansioso. Criança chorando ao fundo. TARM acalma, orienta medidas simples. Médico regulador decide se envia ambulância ou orienta levar a criança à UPA por meios próprios. Muitas vezes pais entram em pânico com febres ou vômitos que não são emergências reais. Mas cada caso é avaliado individualmente. Não se pode negar atendimento por telefone.

Afogamentos exigem resposta rápida. Regulação já orienta manobras de reanimação para quem está no local. Ambulância sai imediatamente. Corpo de bombeiros é acionado simultaneamente. Vítima de afogamento pode estar em parada. RCP precisa começar o mais rápido possível. Cada minuto sem oxigenação aumenta risco de sequelas neurológicas ou óbito.

Queimaduras extensas são emergências. SAMU transporta para hospital com estrutura para queimados. Se não houver na região, regulação busca vaga em cidade com unidade especializada. Reposição volêmica durante transporte pode ser necessária. Regulador orienta equipe via rádio.

Picadas de animais peçonhentos (cobra, aranha, escorpião) geram muitos chamados em áreas rurais. SAMU vai até o local. Avalia gravidade. Transporta

para hospital que tenha soro antiveneno. O tempo de aplicação do soro é crítico. Regulador já avisa hospital para preparar antídoto específico.

Partos iminentes fazem equipe correr. Mulher em período expulsivo não pode ser transportada. Parto será na ambulância ou no local. Equipe se prepara. Médico regulador orienta passo a passo. Após nascimento, mãe e bebê são transportados para maternidade. Equipe registra detalhes do parto para documentação hospitalar.

Tentativas de suicídio exigem cuidado técnico e emocional. Vítima pode ter tomado medicamentos, cortado pulsos, se enforcado. Atendimento físico é prioridade: estabilizar, transportar. Mas abordagem psicológica também importa. Não julgar. Não fazer perguntas invasivas. Apenas garantir segurança e cuidado médico. Hospital fará avaliação psiquiátrica posterior.

Desabamentos, soterrados, vítimas presas em ferragens. SAMU aguarda bombeiros liberarem vítima. Atendimento começa assim que pessoa é acessível. Mas entrar em estrutura instável é proibido para equipe de saúde. Segurança vem primeiro. Bombeiros têm treinamento e equipamento para resgate técnico.

Integração com a Central de Regulação

A Central de Regulação Médica é o cérebro do SAMU. Localizada em Barretos, coordena todos os recursos da regional. Recebe chamados, avalia gravidade, define resposta apropriada, aciona ambulâncias, monitora deslocamentos, orienta equipes, busca vagas hospitalares, acompanha desfechos. O médico regulador trabalha com sistema informatizado. Mapa mostra localização de cada ambulância em tempo real. Rádio comunicador mantém contato constante.

A comunicação por rádio segue protocolo específico. Usa alfabeto fonético para evitar erros: Alpha, Bravo, Charlie, Delta. Identifica-se antes de falar: "USB Colina para Central Barretos, câmbio". Aguarda autorização para passar mensagem. Fala de forma clara, objetiva. Evita gírias ou termos ambíguos. Descreve situação clínica sem identificar paciente nominalmente. Respeita privacidade. Código de cores ou números podem ser usados para gravidades: código azul para parada, código vermelho para emergência, código amarelo para urgência.

Registros de atendimento são digitalizados. Cada chamada recebe número único. Horário do acionamento. Nome do TARM. Nome do médico regulador. Decisão tomada. Qual ambulância foi enviada. Horário de saída. Horário de chegada no local. Tempo de permanência na cena. Horário de saída do local. Destino (hospital, UPA). Horário de chegada no destino. Esses dados

alimentam indicadores de desempenho. Permitem análise da eficiência do serviço.

O tempo-resposta é indicador crítico. Mede intervalo entre acionamento e chegada da ambulância no local. Meta é menos de 10 minutos em área urbana. Menos de 20 minutos em área rural. Tempos prolongados indicam problemas: ambulância insuficiente, trânsito pesado, dificuldade de localizar endereço. A gestão monitora esse indicador mensalmente. Busca melhorias quando metas não são atingidas.

A comunicação entre USB e médico regulador é contínua. Equipe relata achados. Descreve sinais vitais. Informa procedimentos realizados. Solicita autorização para medicações. Regulador orienta conduta. Essa supervisão médica à distância é essencial. Garante que decisões corretas sejam tomadas. Protege juridicamente os profissionais. Tudo fica registrado em gravação de áudio.

Quando USB precisa de apoio avançado, regulador pode despachar USA para encontrar no caminho. Conceito de "rendição": ambulâncias se encontram, paciente é transferido para veículo com médico, suporte avançado é providenciado. Isso evita que USB fique muito tempo fora da área de cobertura. Retorna mais rápido para ficar disponível para novo chamado.

A regulação também resolve conflitos. Duas ambulâncias próximas de um local, qual vai? Regulador decide baseado em vários fatores: distância, tipo de ocorrência, especialidade da equipe, recursos disponíveis em cada veículo. Essa gestão dinâmica otimiza uso de recursos. Garante que casos mais graves recebam melhor equipamento disponível.

Quando não há ambulância disponível no momento, chamado entra em fila de espera. Casos são priorizados por gravidade. Parada cardíaca nunca espera. Fratura de tornozelo pode aguardar alguns minutos. Médico regulador reavalia constantemente. Assim que recurso fica livre, próximo caso da fila é despachado. Solicitante é informado sobre espera. Orientações de primeiros socorros são repassadas enquanto aguarda.

Feedback de casos atendidos ajuda no aprendizado. Médico regulador comunica hospital de destino para saber evolução do paciente. Condutas foram adequadas? Diagnóstico estava correto? Esse retorno melhora qualidade das decisões futuras. Mas nem sempre hospitais fornecem feedback. Isso dificulta fechamento de casos.

Educação continuada é responsabilidade da regulação. Periodicamente, casos complexos são discutidos. Protocolos são revisados. Mudanças de condutas são informadas às equipes. Essa atualização constante mantém serviço alinhado com melhores práticas.

Interface com UPA e Hospitais de Referência

A USB de Colina tem interface direta com a UPA local. Muitos pacientes atendidos são transportados para lá. Outros são encontrados pela equipe na rua e levados diretamente. A comunicação prévia é fundamental. Durante transporte, equipe informa UPA via rádio que está chegando com paciente. Descreve brevemente o caso. UPA se prepara. Separa leito de observação se necessário. Aciona médico plantonista. Recepção sabe que ambulância está chegando.

Na chegada à UPA, equipe transfere paciente para maca da unidade. Passa caso verbalmente para enfermeiro. Entrega ficha de atendimento pré-hospitalar. Documenta sinais vitais verificados durante transporte. Procedimentos realizados. Medicações administradas. Tempo decorrido desde início dos sintomas. Essa transição precisa ser rápida mas completa. Informações perdidas nesse momento podem prejudicar tratamento.

Se UPA está lotada, regulação precisa ser avisada. Ambulância não pode ficar aguardando vaga por tempo indeterminado. Isso tira recurso da rua. Impede atendimento a novas ocorrências. Médico regulador decide: transfere paciente para hospital de outra cidade, ou mantém na ambulância até vaga surgir, ou redefine prioridades. Situações de superlotação são complicadas. Exigem jogo de cintura da gestão.

Quando paciente precisa de hospital porque UPA não tem complexidade suficiente, regulação busca vaga. Liga para hospitais da regional. Descreve caso. Pergunta se tem leito disponível. Confirma especialidade necessária: traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cardiologia. Hospital aceita paciente. Autoriza transferência. SAMU realiza transporte. Esse processo pode levar minutos ou horas. Depende da disponibilidade de leitos na rede.

Hospitais de referência da região recebem pacientes mais graves. Têm UTI, centro cirúrgico, equipe especializada. A relação entre SAMU e esses hospitais é de parceria. Médicos conhecem uns aos outros. Comunicação flui melhor. Hospital sabe que quando SAMU diz que caso é grave, realmente é. Confiança é construída ao longo do tempo.

Devoluções de pacientes pela ambulância também acontecem. Hospital avalia e decide que não é caso de internação. Orienta retorno do paciente para casa ou para UPA. Ambulância faz transporte reverso. Isso é menos comum mas ocorre. Principalmente em situações onde família acionou SAMU por desespero mas quadro não era tão grave.

Protocolos de interface são estabelecidos. Definem responsabilidades de cada ponto da rede. SAMU é responsável até entregar paciente em serviço de saúde. Após passagem de caso, responsabilidade passa para hospital ou UPA.

Se USB deixou paciente e foi embora, não pode ser chamada de volta para ajudar. Já está livre para novo atendimento. Essa delimitação clara evita conflitos.

Casos de óbito no local do atendimento são delicados. Equipe constata ausência de sinais vitais. Verifica se há indicação de manobras de reanimação. Se paciente já apresenta sinais de morte há várias horas (rigidez cadavérica, livor mortis), reanimação não é feita. Médico regulador é comunicado. Pode declarar óbito à distância. Polícia e IML são acionados. Corpo fica no local até chegada da perícia. SAMU não transporta cadáveres, exceto em situações muito específicas.

Comunicação com familiares é habilidade necessária. Informar sobre gravidade. Explicar decisões. Acalmar ansiedade. Mas sem dar falsas esperanças. Equilíbrio é difícil. Treinamentos de comunicação são importantes. Empatia faz diferença no momento de maior vulnerabilidade das pessoas.

Integração com bombeiros é essencial. Em muitos atendimentos, ambos são acionados. Bombeiros fazem desencarceramento, SAMU faz atendimento médico. Bombeiros têm treinamento em primeiros socorros básicos. Iniciam atendimento se chegarem primeiro. SAMU continua quando chega. Parceria funciona bem na maioria das vezes. Eventuais atritos sobre quem comanda cena são resolvidos com protocolos claros.

Polícia militar também atua em conjunto. Garante segurança da cena. Isola área de acidente. Controla trânsito para ambulância passar. Às vezes faz primeiro transporte quando vida está em risco iminente e SAMU ainda não chegou. Essa colaboração salva vidas. Mas cada instituição tem sua função definida.

Defesa civil é acionada em desastres naturais. Enchentes, deslizamentos, vendavais. SAMU participa do atendimento a vítimas. Mas coordenação é da defesa civil. Plano de contingência define papéis de cada órgão. Simulados periódicos treinam resposta integrada.

A gestão da USB em Colina deve monitorar indicadores de desempenho. Número de atendimentos mensais. Tipos de ocorrências. Tempo-resposta médio. Taxa de cancelamento de chamados. Taxa de transporte efetivado. Destino dos pacientes (UPA, hospital, dispensado no local). Horários de maior demanda. Dias da semana com mais chamados. Esses dados orientam decisões. Permitem ajustes operacionais. Justificam necessidade de recursos adicionais quando pertinente.

Capacitação da equipe é permanente. Suporte básico de vida precisa ser revisado. Novos protocolos são implantados. Equipamentos novos chegam e precisam treinamento. Simulações de atendimento com bonecos aprimoram

habilidades. Discussão de casos reais melhora tomada de decisão. A educação continuada não pode parar. Urgência não perdoa erros.

Saúde mental da equipe merece atenção. Profissionais são expostos a situações traumáticas. Mortes, crianças feridas, violência. Estresse é alto. Burnout é risco real. Apoio psicológico deve estar disponível. Rodízio de funções alivia tensão. Folgas adequadas são essenciais. Equipe esgotada comete erros. Coloca vidas em risco.

O futuro do SAMU Colina pode incluir expansão. Segunda ambulância permitiria cobrir mais chamados simultaneamente. USA com médico ampliaria capacidade de procedimentos avançados. Mas isso depende de planejamento regional. Investimento necessário é significativo. Gestão precisa demonstrar necessidade com dados concretos. Justificar ampliação perante autoridades.

A comunidade precisa conhecer o SAMU. Saber quando ligar 192. Entender que é para emergências reais. Aprender primeiros socorros básicos para agir enquanto ambulância não chega. Campanhas educativas em escolas, empresas, comunidades. Divulgação em mídias locais. População bem informada usa serviço adequadamente. Reduz trotes. Aumenta efetividade.

A relação do SAMU com poder público é institucional. Secretaria de Saúde monitora serviço. Cobra resultados. Fornece recursos. Prefeito e vereadores são cobrados pela população sobre qualidade do atendimento. Pressão política existe. Mas decisões técnicas não podem ser politizadas. Médico regulador decide com base em protocolos, não em influências externas.

O contrato de gestão com organização social deve estabelecer metas claras para SAMU. Tempo-resposta, cobertura territorial, disponibilidade da ambulância, capacitação da equipe, manutenção do veículo. O não cumprimento pode gerar sanções contratuais. A OS precisa demonstrar regularmente que está entregando o serviço conforme pactuado.

A sustentabilidade financeira do SAMU depende de repasses governamentais. Não há cobrança aos usuários. É serviço público gratuito. Custos incluem: salários da equipe, combustível, manutenção do veículo, reposição de materiais, uniformes, EPIs, comunicação por rádio, seguro da ambulância, licenciamento. A gestão precisa controlar gastos. Prestar contas rigorosamente. Qualquer desvio é inaceitável em serviço essencial.

2.4 Diagnóstico de Riscos Assistenciais e Operacionais

A identificação e análise de riscos em serviços de urgência e emergência são fundamentais para planejamento adequado. Riscos existem em qualquer operação de saúde. Mas em UPA e SAMU, onde decisões precisam ser rápidas e consequências de erros podem ser fatais, o mapeamento detalhado de

vulnerabilidades torna-se crítico. Este diagnóstico não é exercício teórico. É ferramenta prática para gestão. Permite antecipar problemas. Preparar respostas. Alocar recursos preventivamente. Proteger pacientes e profissionais. Resguardar juridicamente a instituição.

Os riscos são classificados em quatro categorias principais: descontinuidade, falhas assistenciais, sobrecarga de equipe, aspectos regulatórios e jurídicos. Essas categorias se inter-relacionam. Um risco de sobrecarga pode levar a falhas assistenciais. Falhas repetidas geram processos jurídicos. Descontinuidade causa todos os outros problemas simultaneamente. A gestão precisa enxergar essas conexões. Atuar de forma sistêmica.

Riscos de Descontinuidade

A descontinuidade de serviços em UPA e SAMU configura risco extremo. A Lei 7.783/1989 classifica saúde como atividade essencial. A Constituição Federal garante direito à saúde. O Código de Defesa do Consumidor exige continuidade de serviços públicos. Qualquer interrupção, mesmo breve, viola direitos fundamentais. Coloca vidas em perigo. Expõe gestão pública a responsabilização.

A transição entre gestões contratuais é momento crítico. Contrato anterior encerra. Novo contrato inicia. Se não houver planejamento rigoroso, lacuna temporal pode ocorrer. Equipe antiga deixa o serviço. Equipe nova ainda não assumiu. Unidade fica sem profissionais. Pacientes ficam desassistidos. Esse cenário já aconteceu em várias cidades brasileiras. Resultou em tragédias. Mortes evitáveis. Processos judiciais. Escândalo na mídia. Desgaste político imenso.

A prevenção exige cronograma detalhado de transição. Novo contrato deve iniciar no dia seguinte ao término do anterior. Sobreposição de alguns dias é ideal. Permite passagem de plantão entre gestões. Equipamentos são conferidos juntos. Estoques inventariados. Documentos transferidos. Senhas de sistemas repassadas. Essa continuidade operacional protege população. Demonstra responsabilidade administrativa.

Greves e paralisações também ameaçam continuidade. Profissionais têm direito constitucional à greve. Mas serviços essenciais exigem equipe mínima. A Lei 7.783/1989 determina que sindicatos, empregadores e trabalhadores garantam atendimento das necessidades inadiáveis. O conceito de "necessidades inadiáveis" não é vago. Parágrafo único do artigo 11 define: aquelas que, não atendidas, coloquem em perigo iminente sobrevivência, saúde ou segurança da população.

Na prática, isso significa que UPA nunca pode fechar completamente. SAMU não pode parar de responder chamados. Mesmo em greve, escala mínima deve operar. Negociação prévia com sindicato é obrigatória. Define quantos profissionais ficam trabalhando. Quais setores mantêm funcionamento pleno. Sala de emergência sempre precisa ter médico, enfermeiro, técnico. Ambulância do SAMU deve ter tripulação completa. Essa negociação evita confrontos. Protege pacientes. Respeita direitos trabalhistas.

Falta de insumos críticos gera descontinuidade parcial. UPA sem medicação para hipertensão não consegue atender crises pressóricas adequadamente. SAMU sem oxigênio na ambulância não pode transportar paciente hipoxêmico. Falta de luvas e máscaras impede atendimentos por risco biológico. Esses desabastecimentos acontecem por diversas razões: atraso de licitação, fornecedor inadimplente, demanda inesperada, falta de planejamento, recursos insuficientes.

A gestão de estoque precisa ser rigorosa. Cada item crítico deve ter estoque mínimo definido. Sistema informatizado monitora consumo. Emite alerta quando estoque atinge ponto de reposição. Compras emergenciais são caras. Mas às vezes necessárias. Deixar faltar é pior. A alternativa é diversificação de fornecedores. Contratos com mais de uma empresa. Se uma falha, outra cobre. Registra-se ata de preços. Permite compra rápida quando necessário.

Quebra de equipamentos essenciais compromete serviços. Monitor multiparamétrico defeituoso impede observação adequada de paciente grave. Desfibrilador quebrado torna impossível atender parada cardíaca com ritmo chocável. Ventilador mecânico em manutenção limita capacidade de suporte respiratório. Ambulância com problema mecânico deixa SAMU sem recurso disponível. Esses equipamentos não podem faltar simultaneamente.

A manutenção preventiva reduz quebras inesperadas. Cronograma estabelece revisões periódicas. Empresa especializada executa serviço. Peças de desgaste são trocadas antes de falhar. Equipamento reserva cobre período de manutenção. O custo da prevenção é menor que custo da quebra. Equipamento parado gera atendimento inadequado. Risco para paciente. Potencial processo jurídico. A economia falsa sai cara no final.

Problemas estruturais no prédio podem forçar interdição. Teto com infiltração apresenta risco de desabamento. Instalação elétrica antiga causa curtos e princípios de incêndio. Encanamento rompido alaga setores inteiros. Ar condicionado quebrado em sala de observação torna ambiente insuportável no verão. Sistema de esgoto entupido gera mau cheiro e contaminação. Esses problemas de infraestrutura acumulam quando manutenção predial é negligenciada.

A vistoria periódica identifica problemas antes que se agravem. Engenheiro civil avalia estrutura anualmente. Eletricista verifica instalações. Encanador inspeciona hidráulica. Relatórios apontam necessidade de reformas. Gestão prioriza correções. Orçamento contempla manutenção predial. Prédio bem mantido dura décadas. Prédio abandonado vira sucata em poucos anos. Reformar após deterioração total custa muito mais.

Falta de pessoal por demissões em massa causa descontinuidade. Organização social anterior deixa serviço. Demite todos funcionários. Organização nova assume. Precisa contratar equipe inteira do zero. Processo seletivo leva semanas. Capacitação da equipe mais algumas semanas. Durante esse tempo, serviço opera precarizado. Equipe incompleta. Profissionais inexperientes. Sobrecarga dos que estão. Risco aumentado.

A solução é cláusula de continuidade de vínculos empregatícios. Contrato novo exige que organização mantenha funcionários da gestão anterior. Evita demissão em massa. Preserva conhecimento acumulado. Equipe já conhece rotinas, equipamentos, fluxos. Transição fica mais suave. Pacientes não sentem diferença. Serviço mantém qualidade. Funcionários mantêm emprego. Todo mundo ganha.

Desastres naturais ou eventos extraordinários também representam risco. Enchentes, vendavais, quedas de energia prolongadas, bloqueios de vias por manifestações. Esses eventos fogem do controle da gestão. Mas consequências precisam ser mitigadas. Plano de contingência define ações para cada cenário. Gerador de emergência supre energia por algumas horas. Estoque extra de insumos permite operar dias sem reabastecimento. Rotas alternativas garantem acesso à unidade.

Riscos de Falhas Assistenciais

Falhas assistenciais são erros ou omissões que causam dano ao paciente. Vão desde pequenos equívocos até erros fatais. A literatura médica reconhece que erro humano é inevitável. Profissionais cansam. Distraem. Esquecem. A questão não é eliminar totalmente erros. Isso é impossível. A questão é criar barreiras que impeçam erro de chegar no paciente. Sistemas redundantes de verificação. Protocolos claros. Checagens múltiplas. Cultura de segurança.

Erro de medicação é falha assistencial comum. Medicamento errado administrado. Dose errada. Via errada. Paciente errado. Horário errado. Cada um desses erros pode ter consequência grave. Antibiótico errado trata infecção inadequadamente. Dose excessiva de insulina causa hipoglicemia perigosa. Medicação endovenosa aplicada via intramuscular pode necrosar tecido. Medicação de um paciente dada em outro causa reação adversa.

A prevenção envolve múltiplas barreiras. Prescrição eletrônica evita erros de interpretação de letra ilegível. Sistema alerta interações medicamentosas. Farmacêutico revisa prescrições. Enfermeiro confere medicação antes de administrar. Segue regra dos cinco certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo. Pulseira de identificação no paciente evita troca. Código de barras em medicamentos permite rastreamento.

Mas mesmo com todas barreiras, erros acontecem. Sistema eletrônico cai. Pulseira se perde. Enfermeiro está sobrecarregado e pula etapa de checagem. Por isso cultura de segurança é fundamental. Profissional que comete erro deve relatar. Sem medo de punição. Ambiente punitivo faz pessoas esconderem erros. Erro escondido se repete. Erro relatado vira aprendizado. Comissão de segurança investiga. Identifica falha no sistema. Corrige processo. Protege futuros pacientes.

Diagnóstico incorreto é outra falha grave. Paciente chega com dor abdominal. Médico diagnostica gastrite. Na verdade é apendicite. Paciente não opera. Apêndice perfura. Peritonite generalizada. Óbito. Esse tipo de erro acontece por vários motivos: avaliação apressada, anamnese incompleta, exame físico superficial, não solicitar exames complementares adequados, interpretar mal resultado de exame, viés cognitivo.

A redução de erros diagnósticos passa por tempo adequado de consulta. Médico precisa ter minutos suficientes para ouvir paciente. Examinar bem. Raciocinar. Se atendimento é corrido demais, qualidade cai. Protocolo clínico ajuda. Orienta investigação passo a passo. Exames de imagem quando indicado. Segunda opinião em casos complexos. Discussão com colegas mais experientes. Humildade para reconhecer limites do próprio conhecimento.

Falha em reconhecer gravidade mata. Paciente classificado como verde quando deveria ser amarelo. Aguarda horas. Deteriora clinicamente enquanto espera. Quando finalmente é atendido, já está grave. Poderia ter sido evitado se classificação inicial fosse correta. O contrário também acontece. Paciente classificado como vermelho sendo que é verde. Recursos são desperdiçados. Caso realmente grave aguarda mais.

Treinamento contínuo da equipe de classificação de risco é essencial. Enfermeiro aplica protocolo de Manchester ou similar. Precisa reconhecer sinais de alerta. Dor torácica em homem de 50 anos é sempre suspeita. Criança prostrada pode estar em choque séptico. Idoso confuso pode ter AVC. Esses sinais não podem passar despercebidos. Supervisão do coordenador de enfermagem identifica profissionais com dificuldade. Oferece treinamento adicional.

Falha em procedimentos invasivos causa complicações. Punção venosa mal feita infiltra soro. Hematoma se forma. Braço incha. Intubação difícil lesa

cordas vocais. Drenagem torácica em local errado perfura órgão. Cateter vesical introduzido com trauma causa lesão uretral. Esses procedimentos exigem técnica correta. Profissional treinado. Material adequado. Não fazer em condições precárias.

A supervisão da enfermagem avalia competência técnica. Profissional inseguro não deve fazer procedimentos sozinho. Pede ajuda de colega mais experiente. Não há vergonha nisso. Vergonha é tentar e causar dano. Treinamento em simulador desenvolve habilidades. Boneco de intubação permite treinar sem risco. Braço de punção sintético ensina técnica correta. Investimento em educação permanente retorna em menos complicações.

Quedas de pacientes geram fraturas e traumas. Idoso confuso levanta sozinho da maca. Cai. Quebra fêmur. Criança pequena deixada sem acompanhante cai da cama. Corta cabeça. Paciente em pós-ictal após convulsão levanta ainda desorientado. Cambaleia e cai. Essas quedas são evitáveis. Grades da maca levantadas. Acompanhante sempre presente. Monitorização visual constante. Paciente de risco não pode ficar sozinho.

Infecção hospitalar é falha quando causada por precauções inadequadas. Profissional não higieniza mãos entre pacientes. Bactéria de um contamina outro. Cateter mantido além do necessário. Via de entrada para germes. Técnica asséptica malfeita durante procedimento. Introduz microrganismos. Essas infecções prolongam internação. Aumentam mortalidade. São preveníveis com medidas básicas.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) monitora taxas. Investiga surtos. Implementa bundles de prevenção. Higienização de mãos é obsessão. Cartazes lembram. Auditoria observa se profissionais fazem. Feedback é dado. Álcool gel disponível em todos pontos. Não pode faltar. Custo é mínimo comparado a custo de tratar infecção.

Falha de comunicação entre equipes causa erros. Passagem de plantão mal feita omite informação crítica. Paciente em observação tem alergia a dipirona. Informação não é repassada. Plantão seguinte prescreve dipirona. Paciente tem choque anafilático. Poderia ter morrido. Informação sobre transferência hospitalar não chega. Ambulância vai buscar paciente mas hospital não sabe. Vaga não está preparada. Paciente volta para UPA.

Padronização da passagem de plantão resolve isso. Checklist garante que pontos importantes sejam cobertos. Pacientes críticos são citados nominalmente. Pendências são destacadas. Passagem acontece face a face. Não por recado escrito. Dúvidas são tiradas na hora. Registro em prontuário complementa. Informação oral mais escrita reduz falhas.

Riscos de Sobrecarga de Equipe

Sobrecarga acontece quando demanda excede capacidade. Muitos pacientes, poucos profissionais. Jornadas longas sem descanso adequado. Pressão por produtividade. Ambiente estressante. Isso degrada qualidade do atendimento. Aumenta erros. Adoece trabalhadores. Gera rotatividade alta. Custa caro financeiramente e humanamente.

Subdimensionamento de equipe é causa raiz. Planilha de dimensionamento calcula quantos profissionais são necessários. Baseia-se em volume de atendimentos, complexidade, tempo médio por procedimento. Se cálculo é mal feito ou gestão não contrata conforme necessário, equipe fica pequena. Cada profissional assume carga excessiva. Não dá conta. Qualidade sofre. Profissional adoece.

O dimensionamento correto requer dados reais. Quantos atendimentos por dia? Qual distribuição por turno? Manhã tem mais demanda que madrugada? Quantos pacientes ficam em observação simultaneamente? Qual tempo médio de permanência? Essas informações alimentam fórmula de dimensionamento. Resultado indica equipe mínima necessária. Gestão não pode ignorar isso para economizar. Economia falsa cobra depois.

Absenteísmo agrava sobrecarga. Profissional falta ao plantão por doença, por problema familiar, simplesmente não comparece. Escala fica furada. Quem está presente assume carga dos ausentes. Trabalha dobrado. Estresse aumenta. Risco de erro aumenta. Absenteísmo gera mais absenteísmo. Profissionais sobrecarregados adoecem. Faltam. Sobrecarregam ainda mais os que ficam. Círculo vicioso.

A gestão precisa atacar causas do absenteísmo. Ambiente de trabalho ruim faz pessoas não quererem ir. Melhorar condições físicas, fornecer EPIs adequados, garantir pausas para descanso. Salários baixos fazem profissional buscar outros empregos. Múltiplos vínculos causam cansaço. Pessoa falta em um para descansar. Política salarial competitiva retém talentos. Problemas de saúde mental como ansiedade e depressão causam faltas. Apoio psicológico previne.

Falta de profissionais no mercado é problema estrutural. Algumas especialidades têm escassez. Médico emergencista é disputado. Enfermeiro com experiência em urgência também. Técnico de enfermagem qualificado idem. Oferta não acompanha demanda. Isso dificulta contratação. Equipe permanece incompleta por meses. Sobrecarga se perpetua.

Estratégias incluem formação própria. Contratar recém-formados. Treinar internamente. Em alguns meses, profissional inexperiente vira competente. Isso exige investimento. Período de treinamento tem custo. Mas resolve a longo prazo. Parcerias com universidades trazem residentes e estagiários. Não

substituem equipe efetiva mas ajudam. Bolsas de estudo vinculam profissional por período determinado.

Plantões muito longos causam fadiga. Profissional trabalha 24 horas seguidas. Nas últimas horas está exausto. Reflexos lentos. Raciocínio prejudicado. Mais propenso a erros. Legislação trabalhista limita jornada. Mas urgência tem peculiaridades. Plantões de 12 horas são comuns. Plantões de 24 horas ainda existem. Gestão precisa equilibrar operação com saúde do trabalhador.

Intervalos adequados entre plantões são obrigatórios. Profissional que sai às 7h não pode voltar às 19h. Precisa descansar. Dormir. Recuperar. Escala deve respeitar isso. Sistema informatizado ajuda. Impede alocação que viole intervalo mínimo. Supervisão da coordenação garante cumprimento. Profissional cansado se acidentando custa mais que pagar hora extra para substituto.

Pressão por produtividade desumaniza atendimento. Gestor cobra atendimentos rápidos. Médico se sente pressionado a liberar pacientes logo. Exames nem chegaram ainda. Prescrição feita às pressas. Reavaliação superficial. Paciente tem alta prematura. Retorna no dia seguinte pior. Teve que voltar. Não resolveu problema. Atendimento rápido não é necessariamente bom. Atendimento adequado pode levar tempo.

Indicadores de desempenho precisam ser balanceados. Tempo médio de atendimento é importante mas não único. Taxa de retorno em 24 horas indica qualidade. Se muitos pacientes voltam rapidamente, atendimento inicial foi insuficiente. Satisfação do usuário também conta. Paciente sentiu que foi bem atendido? Teve dúvidas esclarecidas? Saiu seguro sobre orientações? Esses indicadores qualitativos equilibram quantitativos.

Ambiente hostil adoecce profissionais. Pacientes agressivos verbalmente. Familiares exaltados. Ameaças de agressão física. Isso é comum em urgência. Pessoas estão estressadas. Doentes. Com dor. Ansiosas. Descontam na equipe. Profissional vira saco de pancada emocional. Desenvolve burnout. Depressão. Ansiedade. Afasta do trabalho. Abandona profissão.

A instituição precisa proteger trabalhadores. Segurança presente inibe violência. Polícia é acionada em casos graves. Protocolo de manejo de paciente agitado orienta abordagem. Treinamento em comunicação não violenta ajuda profissional a desescalar conflitos. Apoio psicológico trata quem foi exposto a situações traumáticas. Cultura organizacional que valoriza equipe reduz sensação de desamparo.

Falta de reconhecimento desmotiva. Profissional trabalha bem. Dedica-se. Mas nunca recebe feedback positivo. Só ouve quando erra. Não há plano de carreira. Salário estagna. Não vê futuro. Motivation cai. Engajamento diminui. Trabalho vira só obrigação. Qualidade sofre. Rotatividade aumenta.

Gestão de pessoas competente faz diferença. Elogiar publicamente acertos. Corrigir erros em particular. Oferecer oportunidades de crescimento. Curso, especialização, promoção. Criar senso de equipe. Todos remando na mesma direção. Celebrar conquistas coletivas. Indicador batido, comemoração. Isso custa pouco. Retorno em motivação é imenso.

Riscos Regulatórios e Jurídicos

Serviços de saúde são altamente regulados. Vigilância Sanitária, Conselhos Profissionais, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cada órgão tem normativas específicas. Não conformidade gera multas, interdições, processos administrativos. Em casos graves, responsabilização criminal. Gestão precisa conhecer legislação. Manter unidade em conformidade. Documentar tudo.

Alvará sanitário é documento essencial. Sem ele, unidade não pode funcionar legalmente. Vigilância Sanitária municipal faz vistoria. Verifica instalações físicas, fluxos, equipamentos, destino de resíduos, licenças de profissionais. Se tudo conforme, emite alvará. Validade geralmente anual. Renovação exige nova vistoria. Qualquer irregularidade pode resultar em negativa. Unidade fecha até regularizar.

Manutenção de conformidade requer vigilância constante. Não adianta arrumar tudo para vistoria e depois deixar relaxar. Inspeção surpresa pode acontecer qualquer dia. Responsável técnico garante padrões. Checklist interno verifica itens críticos periodicamente. Não conformidade encontrada é corrigida imediatamente. Evita surpresas desagradáveis em fiscalização oficial.

Cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) é obrigatório. Todas informações da unidade devem estar atualizadas. Serviços oferecidos, profissionais atuantes, equipamentos disponíveis. CNES alimenta base de dados nacional. Permite planejamento de políticas públicas. Unidade sem CNES não existe oficialmente. Não pode faturar procedimentos no SUS.

Atualização do CNES é responsabilidade da gestão. Mudou equipamento? Atualiza. Profissional saiu? Atualiza. Novo serviço foi implantado? Atualiza. Processo é feito via sistema online. Município valida informações. Ministério da Saúde homologa. Atraso na atualização pode impedir faturamento. Gestor precisa ficar atento a prazos.

Licenças profissionais devem estar válidas. Médico com CRM vencido não pode atuar. Enfermeiro sem COREN idem. Técnico de enfermagem precisa COREN de técnico. Farmacêutico precisa CRF. Motorista do SAMU precisa CNH categoria específica. Vencimento de qualquer documento compromete legalidade do atendimento.

Setor de RH gerencia documentação. Sistema alerta quando documento vai vencer. Profissional é notificado para renovar. Se não renova a tempo, não pode trabalhar até regularizar. Parece burocracia. Mas é proteção jurídica. Paciente atendido por profissional sem licença válida pode alegar atendimento irregular. Invalidar tratamento. Processar instituição.

Protocolos assistenciais desatualizados geram risco jurídico. Medicina evolui. Condutas mudam. Protocolo antigo pode recomendar conduta que hoje é considerada inadequada. Profissional seguiu protocolo. Mas protocolo estava errado. Quem responde? A instituição. Por manter protocolo obsoleto. Por não treinar equipe em diretrizes atualizadas.

Comitê técnico revisa protocolos anualmente. Busca evidências científicas recentes. Consensos de sociedades médicas. Diretrizes do Ministério da Saúde. Atualiza documento. Valida com corpo clínico. Publica versão nova. Treina equipe. Versões antigas são arquivadas com data de vigência. Rastreabilidade é importante para defesa futura.

Consentimento informado é proteção legal. Paciente tem direito de saber o que será feito. Riscos envolvidos. Alternativas disponíveis. Aceitar ou recusar procedimento. Esse direito é garantido constitucionalmente. Violar isso expõe instituição. Procedimento feito sem consentimento pode configurar lesão corporal. Mesmo que tenha salvado vida.

Termo de consentimento deve ser claro. Linguagem acessível. Não jargões médicos incompreensíveis. Paciente lê. Tem oportunidade de fazer perguntas. Assina quando realmente entendeu e aceitou. Familiar assina quando paciente não tem condições. Emergências extremas permitem procedimento sem consentimento. Mas isso deve ser exceção. Regra é sempre buscar autorização.

Prontuário incompleto é falha gravíssima. Documento legal que comprova atendimento. Evolução médica, prescrições, exames, condutas. Tudo deve estar registrado. Letra legível. Assinatura e carimbo do profissional. Data e hora. Prontuário mal feito não serve como defesa. Serve como evidência de negligência. "Se não está escrito, não foi feito" é máxima jurídica.

Prontuário eletrônico facilita. Letra digitada é legível. Sistema obriga preenchimento de campos essenciais. Logs registram quem fez o que e quando. Backup protege contra perda. Mas exige treinamento. Profissional precisa saber usar. Sistema lento frustra. Sistema que cai constantemente inviabiliza. Investimento em TI adequada é necessário.

Morte em unidade de saúde sempre gera investigação. Família quer explicações. Polícia pode instaurar inquérito. Ministério Público investiga. Perícia analisa prontuário. Busca indícios de negligência, imprudência, imperícia. Encontrando, denuncia. Processo criminal contra profissionais e instituição. Isso

pode durar anos. Gerar indenizações milionárias. Manchar reputação permanentemente.

A melhor defesa é prevenção. Atendimento adequado desde início. Documentação completa. Protocolos seguidos. Quando óbito é inevitável, família é comunicada com empatia. Médico explica evolução. Responde perguntas. Atestado de óbito preenchido corretamente. Corpo encaminhado conforme legislação. Transparência reduz desconfiança. Reduz probabilidade de processo.

Transferências inadequadas geram responsabilização. Paciente grave enviado para hospital sem vaga confirmada. Chega lá. Hospital recusa. Ambulância volta. Paciente piora durante transporte desnecessário. Família processa. Instituição que enviou é culpada por alta precoce sem garantia de continuidade. Instituição que recusou é culpada por negar atendimento. Ambas respondem.

Protocolo rigoroso de transferência previne. Médico regulador busca vaga. Hospital aceita formalmente. Confirma que tem leito, equipe, recursos. Só então transferência acontece. Documentação acompanha paciente. Ficha de transferência completa. Cópias de exames. Resumo do caso. Tudo rastreável. Se hospital depois alegar que não sabia da gravidade, documentação prova que sabia.

Desrespeito à legislação trabalhista gera passivos. Profissional trabalha sem registro. Horas extras não pagas. Intervalos não respeitados. Férias negadas. Equipamento de proteção não fornecido. Assédio moral tolerado. Isso tudo é bomba-relógio. Profissional demitido processa. Justiça do Trabalho é favorável ao empregado. Condenação é certa. Valores podem ser altos. Incluem danos morais além de direitos não pagos.

Gestão de RH profissional evita isso. Todos registrados corretamente. CLT cumprida integralmente. Folha de ponto eletrônica. Banco de horas transparente. CIPA atuante. Ouvidoria para denúncias. Investigação imparcial de reclamações. Punição de abusadores. Ambiente de trabalho respeitoso custa menos que processos.

Fiscalização de órgãos reguladores pode acontecer a qualquer momento. Vigilância Sanitária, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, Ministério do Trabalho. Cada um com competência específica. Todos podem autuar. Multas variam de leves a pesadas. Reincidência agrava penalidade. Interdição é possível em casos extremos.

Preparação para fiscalização é contínua. Documentação organizada. Fácil acesso. Responsável técnico conhece tudo. Responde fiscais prontamente. Mostra o que for solicitado. Colabora com inspeção. Postura defensiva ou omissiva piora situação. Transparência demonstra boa-fé. Não conformidade

encontrada? Assume. Apresenta plano de correção com prazo. Cumpre rigorosamente. Demonstra compromisso com regularização.

Ações judiciais de pacientes são realidade. Brasil é país litigioso. Erro médico, real ou alegado, vira processo. Indenização por dano moral e material. Valores podem ser altos. Processo dura anos. Desgaste emocional para todos. Reputação arranhada. Custo de defesa jurídica. Mesmo vencendo, instituição perde.

Prevenção é melhor caminho. Atendimento humanizado reduz processos. Paciente bem tratado não processa mesmo quando resultado não é perfeito. Comunicação clara evita mal-entendidos. Documentação robusta facilita defesa. Seguro de responsabilidade civil cobre indenizações. Não impede processo mas protege financeiramente.

Metas Internacionais de Segurança do Paciente

As metas de segurança do paciente não são criação recente. Foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde e adotadas mundialmente como padrão mínimo. No Brasil, a Anvisa consolidou essas diretrizes por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Para UPA e SAMU, essas metas ganham contornos específicos. Urgência não permite margem para erro. Paciente chega grave. Tempo é crítico. Equipe trabalha sob pressão. Justamente por isso, protocolos de segurança precisam ser rigorosos. Não são burocratização desnecessária. São salvaguardas que protegem vidas quando tudo ao redor está caótico.

A identificação correta do paciente é primeira meta. Parece óbvio, mas erros acontecem com frequência assustadora. Paciente sem identificação adequada pode receber medicação destinada a outro. Exame de sangue misturado com resultado de pessoa diferente. Procedimento feito em quem não era. Esses erros matam. A solução é simples mas exige disciplina: pulseira de identificação em todo paciente logo na chegada. Dois identificadores obrigatórios: nome completo e data de nascimento. Apenas nome não basta. Pode haver homônimos. Data de nascimento reduz drasticamente essa possibilidade. Antes de qualquer procedimento, medicação ou coleta de exame, profissional confere pulseira. Pergunta ao paciente nome e data de nascimento. Compara com prescrição. Só executa se coincidir perfeitamente. Esse hábito precisa virar automático. Checagem ativa, não passiva. Paciente inconsciente ou confuso não consegue confirmar. Nesses casos, pulseira é única garantia. Por isso não pode sair do pulso. Familiar não pode tirar porque incomoda. Acompanhante não pode guardar na bolsa. Fica no paciente até a alta. Sistema informatizado reforça. Código de barras na pulseira permite leitura eletrônica. Conecta paciente a prontuário. Reduz margem de erro humano.

Comunicação efetiva entre profissionais evita falhas perigosas. Informação perdida na passagem de plantão. Resultado de exame crítico que não chega ao médico. Transferência de paciente sem relatório completo. Essas falhas causam atrasos no tratamento, condutas equivocadas, duplicação de procedimentos desnecessários. A padronização de processos comunicacionais resolve grande parte. Passagem de plantão segue protocolo estruturado. SBAR é metodologia reconhecida: Situação (o que está acontecendo), Background (contexto clínico), Avaliação (análise do profissional), Recomendação (o que precisa ser feito). Esse formato organiza pensamento. Garante que informação essencial não seja esquecida. Passagem acontece beira-leito sempre que possível. Equipe que sai e equipe que entra juntas. Olham paciente. Discutem particularidades. Dúvidas são esclarecidas na hora. Registro escrito no prontuário complementa oral. Resultados de exames críticos têm protocolo de leitura obrigatória. Sistema eletrônico alerta médico. Exame crítico não visualizado gera alarme. Supervisão cobra visualização. Transferências hospitalares seguem ficha padronizada. Dados demográficos, motivo da transferência, exames realizados, medicações em uso, alergias conhecidas, resumo da evolução. Hospital que recebe tem informação completa. Pode preparar leito adequadamente. Equipe já sabe o que espera.

Segurança no uso de medicamentos é meta permanente. Erros de medicação são falhas assistenciais mais comuns e mais perigosas. Prescrição eletrônica é primeiro passo. Elimina problema de letra ilegível. Médico digita. Sistema padroniza formato. Nome genérico é obrigatório. Dose, via, frequência explícitas. Sistema tem biblioteca farmacológica integrada. Alerta interações medicamentosas perigosas. Avisa duplicidade terapêutica. Sinaliza dose acima do recomendado. Médico pode justificar e prescrever mesmo assim. Mas pelo menos foi alertado. Farmacêutico clínico revisa prescrições antes de dispensação. Identifica inconsistências. Entra em contato com prescritor quando necessário. Sugere ajustes de dose em pacientes com insuficiência renal. Aponta alternativas terapêuticas mais seguras. Medicamentos de alta vigilância recebem atenção especial. Heparina, insulina, potássio concentrado, opioides. Esses medicamentos causam dano grave se usados incorretamente. Armazenamento separado. Identificação visual diferenciada. Etiqueta vermelha de alerta. Checagem dupla antes de administração. Dois profissionais conferem independentemente. Só então administram. Administração segue regra dos cinco certos: paciente certo (confere pulseira), medicamento certo (confere rótulo), dose certa (confere prescrição), via certa (endovenosa não é intramuscular), horário certo (antibiótico tem janela terapêutica). Registro imediato após administração. Evita duplicação por esquecimento. Reações adversas são notificadas. Farmacovigilância investiga. Aprende com erros. Ajusta processos.

Cirurgia segura em UPA tem escopo limitado. Não é centro cirúrgico. Mas pequenos procedimentos acontecem. Sutura de ferimentos. Drenagem de abscessos. Redução de fraturas. Punções. Mesmo nesses procedimentos, princípios de segurança cirúrgica se aplicam. Checklist antes de iniciar. Confirma identidade do paciente. Local correto do procedimento. Lateralidade quando aplicável. Mão direita não é mão esquerda. Consentimento obtido. Material e equipamento disponíveis. Técnica asséptica preparada. Profissional qualificado. Esses itens são verificados em voz alta. Equipe toda participa. Qualquer dúvida interrompe procedimento até esclarecer. Marcação de sítio cirúrgico quando relevante. Caneta própria marca local exato. Evita erro de lateralidade. Paciente participa da marcação quando consciente. Confirma que aquele é local correto. Anestesia local tem cuidados específicos. Dose máxima respeitada. Aspiração antes de injetar evita injeção intravascular acidental. Paciente monitorizado durante procedimento. Sinais vitais acompanhados. Material de emergência disponível. Reação adversa é rapidamente tratada.

Prevenção de infecções relacionadas à assistência é meta crítica. Higienização das mãos é medida mais efetiva e mais negligenciada. Estudos mostram adesão baixa entre profissionais de saúde. Sempre abaixo de 50% em muitos serviços. Razões são várias: pressa, esquecimento, pele ressecada pelo álcool, falta de produto disponível. Mas consequências são graves. Transmissão de bactérias multirresistentes. Infecções evitáveis. Mortes desnecessárias. A estratégia multimodal funciona melhor que campanhas isoladas. Infraestrutura adequada: pias em locais estratégicos, dispensers de álcool gel em todos pontos de assistência, produto de qualidade que não resseca excessivamente. Educação permanente: treinamento na admissão, reciclagens periódicas, cartazes lembrando cinco momentos da higienização. Monitoramento e feedback: observadores treinados auditam adesão, resultados são compartilhados com equipes, serviços com melhor desempenho são reconhecidos. Cultura de segurança: líderes dão exemplo, higienizam mãos visivelmente, corrigem colegas que não fazem, valorizam quem adere. Cinco momentos são: antes de contato com paciente, antes de procedimento limpo ou asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com paciente, após contato com áreas próximas ao paciente. Técnica correta importa tanto quanto frequência. Friccionar todas superfícies das mãos. Palmas, dorso, entre dedos, polegares, unhas. Pelo menos 20 segundos. Álcool gel é prático mas tem limitações. Não remove sujidade visível. Nesses casos, lavar com água e sabão é obrigatório. Luvas não substituem higienização. Mãos são higienizadas antes de calçar luvas. Após retirar luvas também. Luva contamina durante uso. Não protege próximo paciente se mãos não forem higienizadas.

Redução de riscos de quedas e lesões por pressão completa as seis metas. Quedas em serviços de saúde causam fraturas, traumatismos cranianos, sangramentos, complicam quadro clínico, prolongam internação, geram custos

adicionais, expõem instituição juridicamente. Prevenção começa na avaliação de risco. Todo paciente é avaliado na admissão. Escala de Morse ou similar identifica fatores de risco: idade avançada, histórico de quedas, alteração da marcha, tontura, uso de medicações sedativas, déficit cognitivo. Pontuação indica nível de risco. Intervenções são proporcionais. Paciente de risco elevado não fica sozinho. Grades da maca permanecem levantadas. Campanha ao alcance. Orientações claras sobre não levantar sem ajuda. Piso antiderrapante. Iluminação adequada. Calçado apropriado. Nada de chinelos escorregadios. Banheiro com barras de apoio. Paciente com déficit de equilíbrio é auxiliado por profissional. Medicações que causam tontura são revisadas. Pode ser possível ajustar dose ou trocar por alternativa. Reavaliação periódica identifica mudança no risco. Paciente que melhora sai de protocolo. Paciente que piora entra. Lesões por pressão são úlceras que se formam em pontos de pressão prolongada. Pacientes acamados em observação por muitas horas desenvolvem. Calcâneos, sacro, cotovelos. Pele isquemia. Necrosa. Ferida aberta é porta de entrada para infecção. Tratamento é difícil e demorado. Prevenção é muito mais efetiva. Avaliação usa escala de Braden. Identifica risco conforme mobilidade, nutrição, umidade da pele, fricção. Intervenções incluem mudança de decúbito a cada duas horas, uso de colchão especial quando disponível, manter pele limpa e seca, atenção a incontinência urinária e fecal, hidratação adequada, suporte nutricional quando necessário. Paciente consciente é orientado a mudar de posição. Paciente inconsciente depende totalmente da equipe. Acompanhante pode ajudar sob orientação. Documentação rigorosa registra horário de cada mudança de decúbito. Comprova que cuidado foi feito. Protege instituição em caso de questionamento futuro.

A implementação dessas seis metas não é projeto pontual. É mudança cultural permanente. Protocolos existem. Mas precisam sair do papel. Virar prática diária. Cada profissional, de médico a auxiliar de limpeza, tem papel na segurança do paciente. Treinamento inicial apresenta metas. Educação continuada reforça. Indicadores monitoram adesão. Comissão de Segurança do Paciente coordena esforços. Investiga eventos adversos. Aprende com erros. Ajusta processos. Cultura justa encoraja relato de falhas. Sem punição por erros honestos. Com responsabilização por negligência repetida. Liderança engajada faz diferença. Diretor que valoriza segurança transmite isso para toda organização. Recursos são alocados. Tempo é dedicado. Segurança vira prioridade real, não apenas discurso.

C1 - ÁREA DE ATIVIDADE

3. Implantação de Fluxos

3.1 Fluxo de circulação em áreas restritas, externas e internas

3.1.1 Objetivo do Fluxo de Circulação

O fluxo de circulação da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e SAMU 192 tem como finalidade principal garantir a segurança do paciente através da organização sistemática e padronizada de todos os acessos e deslocamentos dentro e fora da unidade. Este planejamento criterioso visa eliminar riscos assistenciais decorrentes do cruzamento inadequado de fluxos, assegurando que pacientes, profissionais, materiais e resíduos sigam trajetos específicos e seguros.

A implementação adequada deste fluxo contribui diretamente para o controle sanitário e biossegurança da unidade, elementos fundamentais em um ambiente de saúde. A organização dos fluxos promove eficiência operacional ao reduzir tempos de deslocamento, evitar congestionamentos em corredores e otimizar o trabalho das equipes. O cumprimento rigoroso das normas sanitárias, assistenciais e de gestão hospitalar é assegurado através desta estruturação.

A definição clara dos fluxos também tem impacto direto na redução de riscos assistenciais, como infecções hospitalares e acidentes com pacientes. Do ponto de vista operacional, minimiza conflitos entre setores, melhora a comunicação interna e facilita a gestão de recursos. Legalmente, demonstra o compromisso da instituição com as boas práticas e normas vigentes, protegendo a organização de possíveis questionamentos ou autuações.

Outro aspecto relevante é a melhoria da experiência do usuário, que encontra um ambiente organizado, com sinalização clara e fluxo intuitivo. Isso reduz ansiedade, facilita o acesso aos serviços e transmite sensação de segurança e profissionalismo. Para os trabalhadores, um fluxo bem definido significa melhores condições de trabalho e menor exposição a riscos ocupacionais.

3.1.2 Princípios Técnicos Adotados

A organização dos fluxos na unidade seguirá princípios consagrados de gestão hospitalar e engenharia clínica. O primeiro e mais importante é a separação absoluta entre fluxos limpos e sujos, garantindo que materiais

esterilizados, medicamentos e alimentos nunca cruzem com o trajeto de resíduos ou materiais contaminados.

A segregação entre fluxo assistencial e administrativo é outro princípio fundamental. Profissionais administrativos não devem circular por áreas assistenciais sem necessidade, assim como pacientes e acompanhantes não devem ter acesso a áreas administrativas. Esta separação reduz riscos de contaminação e melhora a privacidade dos processos internos.

O controle de acesso às áreas restritas será rigoroso, com identificação obrigatória através de crachá funcional e, quando necessário, registro em livro de ocorrências. Apenas profissionais autorizados e devidamente identificados poderão acessar setores como farmácia, almoxarifado e sala de emergência.

A minimização de cruzamentos é essencial para evitar congestionamentos e reduzir riscos. Isso inclui separação entre fluxos de pacientes graves e não graves, profissionais de diferentes setores, materiais limpos e sujos, e resíduos de diferentes classificações. Cada categoria seguirá rota própria, com horários específicos quando necessário.

A sinalização clara e padronizada em toda unidade facilitará a orientação de todos os usuários. Serão utilizadas cores diferenciadas para cada tipo de fluxo, pictogramas universais e texto em português. A sinalização será posicionada em altura adequada e com iluminação suficiente para visualização diurna e noturna.

O monitoramento contínuo dos fluxos será realizado através de rondas da supervisão, análise de ocorrências e indicadores específicos. Desvios serão tratados imediatamente, com revisão dos processos quando identificadas falhas sistemáticas. A melhoria contínua será princípio norteador de toda gestão de fluxos.

3.1.3 Fluxo de Circulação em Áreas Externas

a) Acesso de Usuários e Acompanhantes

A entrada principal da unidade será o primeiro contato do usuário com nosso serviço, por isso receberá atenção especial. A identificação visual começará na via pública, com placas indicativas posicionadas estrategicamente para orientar pedestres e motoristas. O acesso será livre de obstáculos, com rampa para cadeirantes e corrimão para apoio.

Logo na entrada, haverá cobertura para proteção contra intempéries, com largura suficiente para acomodar várias pessoas simultaneamente. Bancos serão disponibilizados para idosos e pessoas com dificuldade de locomoção que

aguardam acompanhantes. A iluminação será reforçada para garantir segurança no período noturno.

O caminho da entrada até a recepção será direto e claramente sinalizado. Piso antiderrapante e nivelado garantirá segurança no deslocamento. Portas automáticas ou com abertura facilitada permitirão acesso mesmo para pessoas com mobilidade reduzida ou carregando crianças.

Na recepção, o primeiro acolhimento será realizado por profissional treinado para identificar casos de urgência. Pacientes com sinais evidentes de gravidade serão encaminhados imediatamente para classificação de risco ou atendimento direto. Os demais seguirão fluxo normal de registro e espera.

O controle de acompanhantes começará na recepção, com orientação clara sobre as regras da unidade. Menores de idade e idosos terão direito garantido a acompanhante. Casos especiais serão avaliados individualmente pela equipe assistencial. Crachás de identificação serão fornecidos aos acompanhantes autorizados.

Áreas de espera externas serão mantidas limpas e organizadas, com lixeiras identificadas para resíduos comuns. Bebedouros com água potável estarão disponíveis, assim como banheiros adaptados. Toda área externa será monitorada por câmeras de segurança, com imagens acompanhadas em tempo real.

b) Acesso de Ambulâncias (UPA e SAMU 192)

A entrada de ambulâncias será completamente independente do acesso de pedestres, localizada em área que permita manobras seguras. O portão será largo suficiente para passagem de veículos de grande porte, com acionamento remoto para agilizar a entrada em casos de emergência.

A área de desembarque será coberta com estrutura resistente, protegendo pacientes e equipe durante transferência. O piso será nivelado com a altura da maca, facilitando desembarque. Iluminação de emergência garantirá visibilidade adequada em qualquer horário. Tomadas elétricas estarão disponíveis para equipamentos portáteis.

O trajeto da ambulância até a sala de emergência será o mais curto possível, sem curvas acentuadas ou obstáculos. Portas largas com abertura automática ou tipo vai-e-vem permitirão passagem rápida de macas. O piso será liso, sem desníveis ou juntas que possam causar trepidação durante transporte do paciente.

A comunicação entre SAMU e UPA será integrada através de sistema de radiocomunicação e telefone direto. A equipe de plantão será notificada assim

que a ambulância sair do local de atendimento, permitindo preparação adequada para recebimento. Dados do paciente serão transmitidos antecipadamente quando possível.

Uma área específica para higienização de ambulâncias será disponibilizada, com ponto de água, ralo e produtos de limpeza. Equipe do SAMU poderá realizar limpeza básica do veículo antes de retornar para nova ocorrência. Lixeiras para descarte de materiais utilizados durante transporte estarão posicionadas estrategicamente.

O estacionamento de ambulâncias em espera será organizado, com vagas demarcadas e numeradas. Área de descanso para motoristas incluirá banheiro, bebedouro e local para refeições rápidas. A integração física entre UPA e base do SAMU facilitará trabalho conjunto das equipes.

c) Acesso de Fornecedores e Serviços

A entrada técnica para fornecedores será localizada em área oposta ao acesso principal, preferencialmente nos fundos ou lateral da unidade. Portão com controle de acesso impedirá entrada não autorizada. Interfone permitirá comunicação com setor administrativo para liberação de entrada.

Área de carga e descarga será dimensionada para receber caminhões de médio porte. Plataforma elevada facilitará movimentação de cargas. Cobertura protegerá materiais e pessoas durante operações. Carrinho hidráulico e outros equipamentos de movimentação estarão disponíveis.

O controle de acesso incluirá identificação completa do fornecedor, veículo e materiais transportados. Registro em livro próprio ou sistema informatizado documentará todas as entregas. Conferência preliminar será realizada na entrada, com verificação de notas fiscais e autorizações.

Horários de entrega serão estabelecidos preferencialmente entre 7h e 11h, período de menor movimento assistencial. Entregas emergenciais fora deste horário necessitarão autorização da coordenação. Fornecedores serão orientados sobre normas internas e trajeto até o local de entrega.

Prestadores de serviço como manutenção seguirão mesmo controle, com identificação e registro obrigatórios. Uso de uniforme e crachá da empresa será exigido. Acompanhamento por funcionário da unidade será obrigatório em áreas assistenciais. Ferramentas e equipamentos serão vistoriados na entrada e saída.

O trajeto interno de fornecedores será demarcado, evitando circulação por áreas assistenciais. Elevador de serviço ou escada específica será utilizado quando necessário acesso a outros pavimentos. Tempo de permanência será monitorado, com alerta para permanências prolongadas sem justificativa.

3.1.4 Fluxo de Circulação em Áreas Internas Assistenciais

a) Fluxo do Usuário Assistencial

O percurso do paciente dentro da unidade foi planejado para ser intuitivo e eficiente. Após entrada pela recepção principal, o usuário será direcionado ao guichê de atendimento onde realizará seu registro inicial. Funcionário treinado coletará dados básicos como nome, documento de identidade e motivo da procura pelo serviço.

Com a ficha de atendimento em mãos, o paciente será orientado a aguardar chamada para classificação de risco. Sala de espera próxima à recepção terá capacidade adequada, com assentos confortáveis e TV para entretenimento. Painel eletrônico exibirá senhas chamadas, facilitando organização.

O acolhimento com classificação de risco será realizado em sala privativa por enfermeiro capacitado. A avaliação seguirá protocolo de Manchester ou similar, com definição da prioridade clínica. Pacientes classificados como emergência (vermelho) serão encaminhados imediatamente à sala de emergência.

Casos urgentes (laranja) terão atendimento prioritário, com tempo máximo de espera estabelecido. Pouco urgentes (amarelo) e não urgentes (verde e azul) aguardarão em sala de espera específica, com reavaliação periódica pela enfermagem. Sistema informatizado controlará tempos e prioridades.

Após classificação, o encaminhamento seguirá fluxo específico para cada prioridade. Consultórios médicos estarão organizados por complexidade, com salas equipadas para atendimentos de maior gravidade próximas à emergência. Paciente será chamado nominalmente quando chegar sua vez.

Durante consulta médica, exames complementares poderão ser solicitados. Paciente será orientado sobre localização de laboratório, raio-x ou outros serviços. Após realização de exames, retornará ao consultório com resultados. Prescrições e orientações serão fornecidas por escrito.

Pacientes que necessitem observação serão encaminhados ao setor específico. Leitos numerados e identificados facilitarão controle. Acompanhante autorizado poderá permanecer, recebendo orientações sobre normas do setor. Reavaliações médicas ocorrerão conforme protocolo.

O desfecho do atendimento poderá ser alta hospitalar ou transferência. Em caso de alta, paciente receberá orientações detalhadas, receitas e encaminhamentos necessários. Agendamento de retorno será realizado quando indicado. Pesquisa de satisfação poderá ser aplicada.

Transferências para outros serviços seguirão protocolo específico. Central de regulação será acionada, com fornecimento de todos os dados clínicos. Paciente aguardará em local apropriado, com monitoramento contínuo. Familiares serão informados sobre procedimentos e destino.

b) Fluxo da Equipe Assistencial

A circulação dos profissionais de saúde será organizada para otimizar o trabalho e reduzir deslocamentos desnecessários. Entrada de funcionários ocorrerá preferencialmente por acesso lateral, evitando o fluxo de pacientes. Ponto eletrônico registrará horários de entrada e saída.

Vestiários masculino e feminino estarão localizados próximos à entrada de funcionários. Armários individuais com cadeado permitirão guarda segura de pertences. Chuveiros e sanitários em quantidade adequada atenderão necessidades da equipe. Área de descanso com copa permitirá refeições rápidas.

Após troca de roupa, profissionais se dirigirão aos seus postos através de corredores internos. Médicos acessarão consultórios sem passar por sala de espera de pacientes. Enfermagem utilizará posto central como base, com visão privilegiada dos leitos de observação.

Circulação entre setores seguirá rotas pré-definidas. Acesso à farmácia será restrito, com porta mantida fechada. Almoxarifado terá entrada controlada, com solicitações feitas preferencialmente por sistema informatizado. Sala de emergência terá acesso facilitado a partir de qualquer ponto da unidade.

Durante o plantão, deslocamentos serão minimizados através de organização eficiente. Materiais de uso frequente estarão disponíveis em cada setor. Prescrições eletrônicas evitarão idas desnecessárias à farmácia. Comunicação por telefone ou interfone reduzirá circulação.

Reuniões de equipe ocorrerão em sala específica, fora do horário de maior movimento. Passagem de plantão será realizada em local reservado, garantindo privacidade das informações. Check-list padronizado assegurará transmissão completa de pendências e ocorrências.

Intervalos para refeições serão organizados em escala, mantendo sempre cobertura assistencial adequada. Refeitório ou copa estarão equipados com micro-ondas, geladeira e utensílios básicos. Mesas e cadeiras em quantidade suficiente permitirão refeições confortáveis.

Em situações de emergência, todos os profissionais deverão conhecer rotas rápidas de acesso. Treinamentos periódicos simularão situações críticas.

Alarmes sonoros e visuais facilitarão comunicação rápida. Elevadores, quando existentes, terão prioridade para transporte de pacientes graves.

c) Fluxo de Materiais e Medicamentos (LIMPO)

O gerenciamento de materiais e medicamentos seguirá rigoroso controle para garantir qualidade e segurança. Recebimento ocorrerá exclusivamente pela entrada técnica, em horários programados. Conferência inicial verificará integridade de embalagens e conformidade com pedido.

Materiais serão transportados do local de recebimento ao almoxarifado em carrinhos exclusivos. Trajeto seguirá rota específica, sem cruzamento com áreas assistenciais em horário de atendimento. Elevador de serviço será utilizado quando necessário transporte entre andares.

No almoxarifado, armazenamento seguirá normas técnicas específicas. Prateleiras identificadas separarão materiais por categoria. Controle de temperatura e umidade será realizado em áreas sensíveis. Sistema PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) garantirá rotatividade adequada.

Medicamentos seguirão diretamente para a farmácia após conferência. Armazenamento respeitará exigências de cada fármaco, com geladeira exclusiva para termolábeis. Psicotrópicos ficarão em armário com chave dupla. Controle rigoroso de estoque evitará desperdícios e faltas.

Distribuição para setores assistenciais ocorrerá em horários definidos, preferencialmente três vezes ao dia. Kits de emergência serão verificados diariamente, com reposição imediata de itens utilizados. Carrinho de parada será lacrado, com conferência a cada troca de plantão.

Requisições seguirão fluxo informatizado sempre que possível. Papel será utilizado apenas como backup em caso de falha do sistema. Autorizações necessárias serão obtidas eletronicamente, agilizando processo. Rastreabilidade total permitirá identificar destino de cada item.

Materiais de alto custo terão controle adicional, com justificativa de uso obrigatória. Órteses, próteses e materiais especiais serão liberados mediante protocolo específico. Fotografias poderão ser exigidas para comprovação de uso adequado.

É expressamente proibido retorno de materiais ao estoque sem autorização e conferência. Sobras de materiais em setores serão recolhidas periodicamente por equipe do almoxarifado. Produtos com validade próxima serão sinalizados para uso prioritário.

3.1.5 Fluxo de Circulação em Áreas Restritas

As áreas restritas da unidade requerem controle rigoroso de acesso por questões de segurança, sigilo e proteção patrimonial. Cada área terá nível de restrição específico, com critérios claros de autorização. Portas permanecerão fechadas, com abertura apenas mediante identificação.

Sala de Emergência

O acesso à sala de emergência será o mais restrito da unidade, limitado a médicos e enfermeiros escalados para o setor. Durante atendimentos, apenas profissionais diretamente envolvidos no caso poderão permanecer. Estudantes e residentes necessitarão autorização do preceptor.

Famíliares só acessarão a sala em situações especiais, sempre acompanhados por profissional da equipe. Momento de despedida em casos de óbito será permitido, com suporte psicológico disponível. Registro de todos os acessos será mantido para controle e auditoria.

Equipamentos e materiais da sala de emergência serão de uso exclusivo do setor. Retirada para outros locais necessitará autorização da coordenação. Manutenção preventiva será programada para horários de menor movimento, com equipamento backup disponível.

Farmácia

A farmácia manterá controle de acesso através de porta com fechadura e interfone. Apenas farmacêutico e auxiliares autorizados terão chave. Atendimento a outros setores ocorrerá através de janela ou guichê, evitando entrada desnecessária.

Interior da farmácia será organizado com áreas específicas para cada tipo de medicamento. Bancada para manipulação quando necessário. Computador para controle de estoque e dispensação. Cofre para guarda de psicotrópicos conforme legislação.

Dispensação seguirá prescrição médica, com conferência de dose, via e frequência. Orientação farmacêutica será fornecida quando necessário. Registro eletrônico documentará todas as saídas, permitindo rastreabilidade completa.

Almoxarifado

Controle de acesso ao almoxarifado seguirá mesmo rigor da farmácia. Responsável pelo setor e auxiliares autorizados terão acesso livre. Demais funcionários só entrarão acompanhados e para atividades específicas como conferência de estoque.

Organização interna facilitará localização rápida de itens. Corredores largos permitirão movimentação de carrinhos. Prateleiras resistentes suportarão peso adequado. Identificação clara evitará erros de separação.

Área para materiais de limpeza será segregada de materiais assistenciais. Produtos químicos terão local específico com ventilação adequada. EPIs estarão disponíveis para manuseio seguro. Fichas de segurança estarão acessíveis.

Áreas Técnicas

Salas de máquinas, quadros elétricos e centrais de gases terão acesso restrito a pessoal técnico autorizado. Sinalização de segurança alertará sobre riscos. Chaves ficarão sob controle da manutenção, com cópia na administração.

Manutenções programadas serão comunicadas com antecedência. Registros de todas as intervenções serão mantidos. Check-lists específicos garantirão verificação completa de sistemas críticos. Plantão de manutenção estará disponível 24 horas.

Administração

Setor administrativo terá acesso controlado para proteção de informações confidenciais. Documentos financeiros, contratos e dados de pessoal requerem sigilo. Arquivo morto terá acesso ainda mais restrito, com controle de retirada de documentos.

Sala da coordenação e direção terão privacidade garantida para reuniões. Atendimento a funcionários e fornecedores seguirá agendamento. Cofre para guarda de valores e documentos importantes. Sistema de backup protegerá dados eletrônicos.

3.1.6 Fluxo de Resíduos de Serviços de Saúde (SUJO)

O gerenciamento de resíduos seguirá integralmente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), documento que detalha todos os procedimentos desde a geração até a destinação final. A segregação adequada na origem é fundamental para sucesso do processo.

Segregação e Acondicionamento

Cada ponto de geração terá lixeiras específicas conforme tipo de resíduo. Resíduos comuns (Grupo D) em lixeiras com saco preto. Resíduos infectantes (Grupo A) em saco branco leitoso. Perfurocortantes (Grupo E) em caixas rígidas amarelas. Químicos (Grupo B) conforme especificidade.

Treinamento contínuo garantirá que todos os profissionais saibam realizar segregação correta. Cartazes ilustrativos estarão afixados próximo aos pontos

de descarte. Supervisão verificará cumprimento das normas. Não conformidades serão tratadas imediatamente.

Sacos serão fechados quando atingirem 2/3 da capacidade. Caixas de perfurocortantes serão lacradas no limite de preenchimento. Identificação com data, setor e responsável facilitará rastreabilidade. Nunca haverá transferência de resíduos entre recipientes.

Coleta e Transporte Interno

A coleta interna seguirá cronograma rígido, com horários definidos para cada setor. Preferencialmente três vezes ao dia: início da manhã, meio da tarde e final da noite. Horários não coincidirão com distribuição de alimentação ou medicamentos.

Funcionários da limpeza utilizarão EPIs completos: luvas de borracha, avental impermeável, máscara, óculos de proteção e calçado fechado. Carrinho coletor será exclusivo para resíduos, com identificação clara. Limpeza e desinfecção do carrinho após cada coleta.

Rota de coleta será unidirecional, iniciando em áreas menos contaminadas e progredindo para mais contaminadas. Elevador de serviço será utilizado quando necessário, com higienização posterior. Portas corta-fogo serão mantidas fechadas após passagem.

Armazenamento Temporário

Abrigo externo de resíduos terá acesso restrito, com chave sob responsabilidade da equipe de limpeza. Construção atenderá normas técnicas, com piso impermeável, ralo sifonado e ponto de água. Ventilação natural evitará acúmulo de odores.

Separação física entre tipos de resíduos evitará contaminação cruzada. Resíduos comuns em container específico. Infectantes em área refrigerada quando tempo de armazenamento exceder 24 horas. Produtos químicos em local com contenção de vazamentos.

Higienização do abrigo será diária, após coleta externa. Produtos saneantes adequados serão utilizados. Controle de vetores será realizado periodicamente. Manutenção preventiva garantirá boas condições da estrutura.

Coleta Externa e Destinação Final

Empresa especializada realizará coleta externa conforme cronograma acordado. Documentação incluirá licenças ambientais, certificado de destinação e manifesto de transporte. Pesagem dos resíduos permitirá controle quantitativo.

Acompanhamento do processo garantirá destinação adequada. Resíduos infectantes seguirão para tratamento antes de disposição final. Recicláveis serão encaminhados quando possível. Certificados de destinação serão arquivados.

3.1.7 Fluxo de Limpeza e Higienização

A higienização hospitalar segue protocolos específicos que garantem ambiente seguro para pacientes e profissionais. Equipe de limpeza será dimensionada adequadamente, com treinamento inicial e reciclagens periódicas. Supervisão acompanhará qualidade dos serviços.

Organização das Rotinas

Limpeza concorrente será realizada diariamente em todos os ambientes, incluindo recolhimento de resíduos, limpeza de superfícies e reposição de materiais. Horários serão estabelecidos por setor, respeitando rotina assistencial. Registro de execução em planilhas específicas.

Limpeza terminal ocorrerá semanalmente ou conforme necessidade, com higienização completa incluindo paredes, teto e mobiliário. Cronograma garantirá que todos os ambientes sejam contemplados. Setores críticos terão frequência maior.

Limpeza imediata atenderá situações de derramamento de fluidos corporais ou outros incidentes. Kit de emergência estará disponível em cada setor. Profissional de plantão responderá rapidamente aos chamados. Isolamento da área durante procedimento.

Técnicas e Procedimentos

A técnica de limpeza seguirá princípio de progressão do limpo para o sujo. Em cada ambiente, iniciará do fundo para a porta, de cima para baixo, do centro para as laterais. Movimentos unidirecionais evitarão recontaminação de áreas limpas.

Panos serão exclusivos por ambiente e tipo de superfície. Código de cores facilitará identificação: azul para mobiliário, verde para banheiros, vermelho para áreas críticas. Lavagem e desinfecção após cada uso. Descarte quando deteriorados.

Produtos saneantes serão utilizados conforme indicação do fabricante. Diluição correta garantirá eficácia sem desperdício. Tempo de contato respeitado para ação adequada. Enxágue quando necessário. Armazenamento seguro dos produtos.

Equipamentos e Materiais

Carrinhos de limpeza serão completos e organizados. Baldes com divisória para água limpa e suja. MOPs e refis em quantidade suficiente. Produtos identificados e dentro da validade. EPIs disponíveis para reposição imediata.

Equipamentos como enceradeiras e aspiradores terão manutenção preventiva. Limpeza após cada uso evitará contaminação cruzada. Armazenamento em local específico, protegido de umidade. Registro de manutenções e substituições.

Central de material de limpeza (CML) será organizada e controlada. Estoque mínimo garantirá continuidade dos serviços. Requisições seguirão fluxo estabelecido. Inventário periódico controlará consumo e perdas.

3.1.8 Mecanismos de Monitoramento e Controle dos Fluxos

O monitoramento contínuo dos fluxos estabelecidos é essencial para garantir sua efetividade e promover melhorias. Coordenação da unidade estabelecerá programa de auditorias internas com periodicidade mensal, utilizando check-lists padronizados.

Auditorias e Inspeções

Auditorias avaliarão cumprimento dos fluxos em todos os turnos de trabalho. Observação direta documentará conformidades e desvios. Entrevistas com profissionais identificarão dificuldades operacionais. Registro fotográfico poderá complementar relatórios.

Inspeções surpresa verificarão manutenção das rotinas sem aviso prévio. Foco em horários de maior movimento e trocas de plantão. Aspectos críticos como segregação de resíduos e controle de acesso terão atenção especial. Feedback imediato para correções urgentes.

Indicadores de Desempenho

Indicadores quantitativos medirão efetividade dos fluxos. Taxa de cruzamento inadequado entre fluxos limpos e sujos. Número de acessos não autorizados a áreas restritas. Tempo médio de permanência de fornecedores. Incidentes relacionados a fluxos inadequados.

Indicadores qualitativos avaliarão satisfação e compreensão. Pesquisa com profissionais sobre clareza dos fluxos. Avaliação de usuários sobre organização da unidade. Sugestões de melhoria serão catalogadas e analisadas. Benchmarking com outras unidades.

Tratamento de Não Conformidades

Não conformidades identificadas serão classificadas por gravidade e risco. Desvios críticos terão correção imediata com registro em livro de ocorrências. Problemas recorrentes gerarão análise de causa raiz. Plano de ação definirá responsáveis e prazos.

Reuniões mensais da equipe de qualidade analisarão indicadores e ocorrências. Revisão de processos quando necessário. Atualização de POPs (Procedimentos Operacionais Padrão) conforme melhorias identificadas. Divulgação das mudanças para toda equipe.

Educação Continuada

Programa de educação permanente abordará fluxos regularmente. Integração de novos funcionários incluirá tour pela unidade. Reciclagens semestrais reforçarão conceitos. Simulações práticas testarão compreensão e adesão.

Material educativo será disponibilizado em murais e intranet. Vídeos instrucionais demonstrarão procedimentos corretos. Campanhas temáticas focarão aspectos específicos. Reconhecimento de boas práticas motivará equipe.

3.1.9 Conformidade Normativa

A organização dos fluxos de circulação atende integralmente às exigências normativas e legais aplicáveis aos serviços de saúde. O cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde é evidenciado através da garantia de acesso universal, equidade no atendimento e integralidade da assistência.

As boas práticas assistenciais recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde são incorporadas em todos os processos. Protocolos baseados em evidências científicas norteiam a organização dos fluxos. Padrões internacionais de qualidade e segurança são referência constante.

Normas sanitárias vigentes da ANVISA são rigorosamente observadas. RDC 50/2002 orienta aspectos arquitetônicos. RDC 222/2018 fundamenta gerenciamento de resíduos. Demais resoluções e portarias são monitoradas e implementadas conforme publicação.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde é documento vivo, atualizado anualmente ou quando mudanças significativas ocorrem. Treinamentos garantem conhecimento e aplicação por todos os envolvidos. Auditorias verificam conformidade contínua.

Princípios de segurança do paciente permeiam toda organização de fluxos. Identificação correta, comunicação efetiva, cirurgia segura (quando

aplicável), higienização das mãos, prevenção de quedas e lesões por pressão são contemplados. Notificação de eventos adversos permite aprendizado organizacional.

A certificação de conformidade será buscada através de acreditação hospitalar. Preparação incluirá adequação de todos os fluxos aos padrões exigidos. Melhoria contínua será demonstrada através de indicadores e ações implementadas. Compromisso com excelência será mantido permanentemente.

A implementação adequada dos fluxos de circulação representa investimento fundamental na qualidade e segurança dos serviços prestados. Benefícios se estendem a todos os envolvidos: pacientes recebem atendimento mais organizado, profissionais trabalham em ambiente mais seguro, e a gestão obtém maior controle e eficiência.

O sucesso depende do comprometimento de toda equipe. Lideranças devem dar exemplo no cumprimento dos fluxos. Supervisão deve ser constante mas construtiva. Reconhecimento de boas práticas motiva adesão. Cultura de segurança deve permear toda organização.

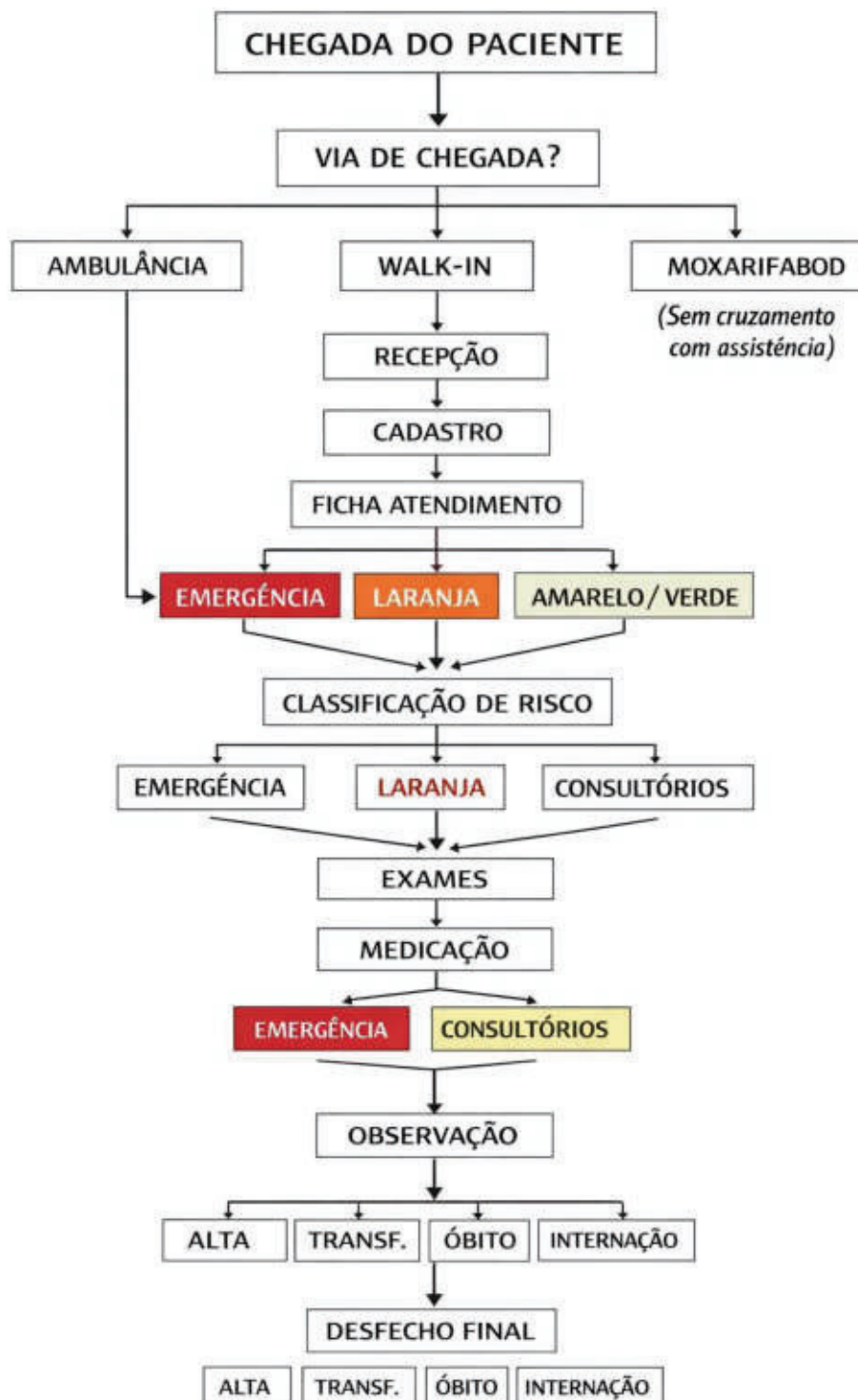
Revisões periódicas garantirão adequação contínua às necessidades da unidade. Mudanças no perfil de atendimento, incorporação de novas tecnologias ou alterações estruturais demandarão ajustes. Flexibilidade controlada permitirá adaptações sem comprometer princípios básicos.

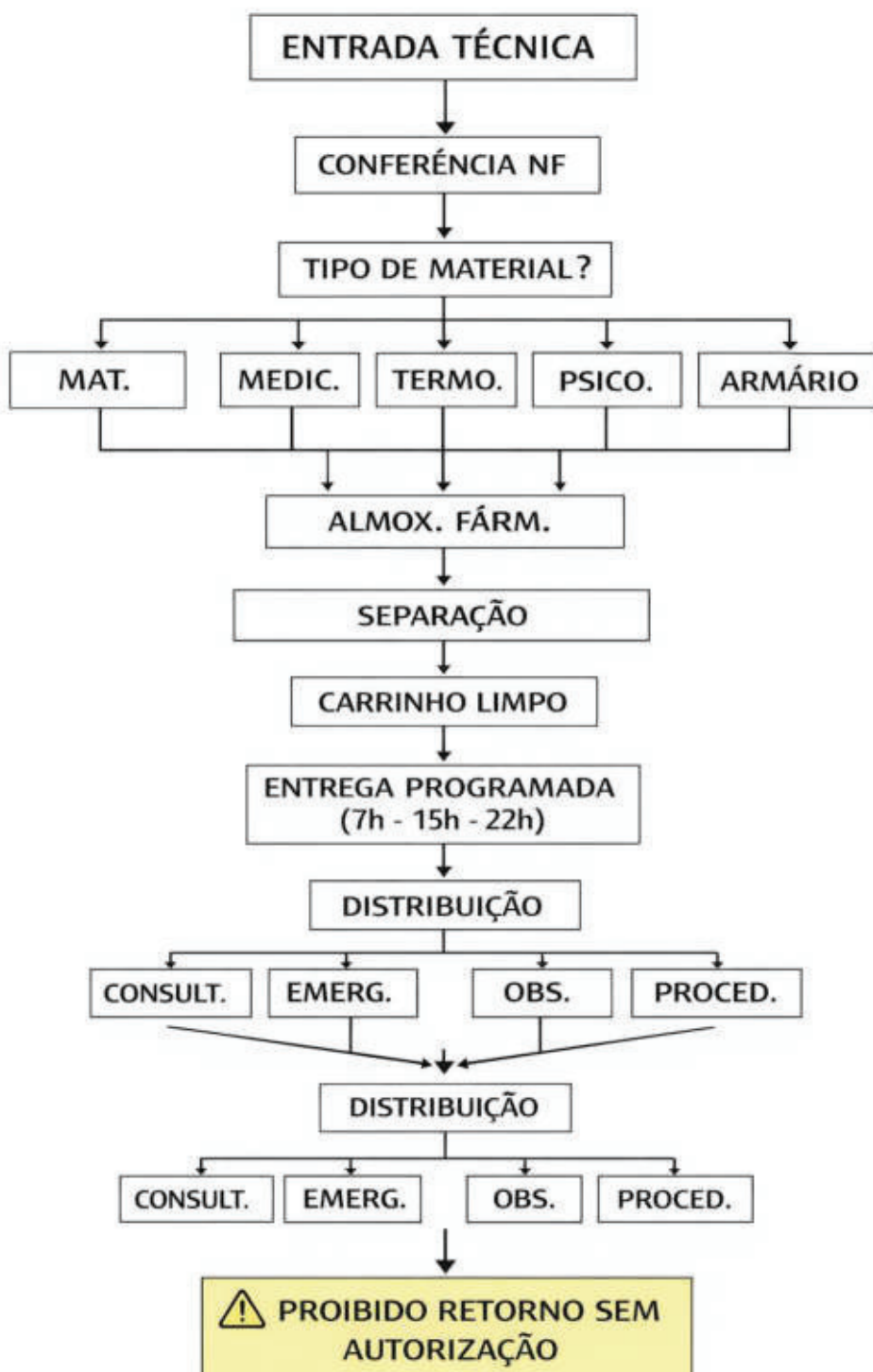
O investimento em sinalização, treinamento e infraestrutura será compensado pela redução de riscos, otimização de processos e melhoria da imagem institucional. Unidade organizada transmite confiança e profissionalismo. Certificações e reconhecimentos serão consequências naturais.

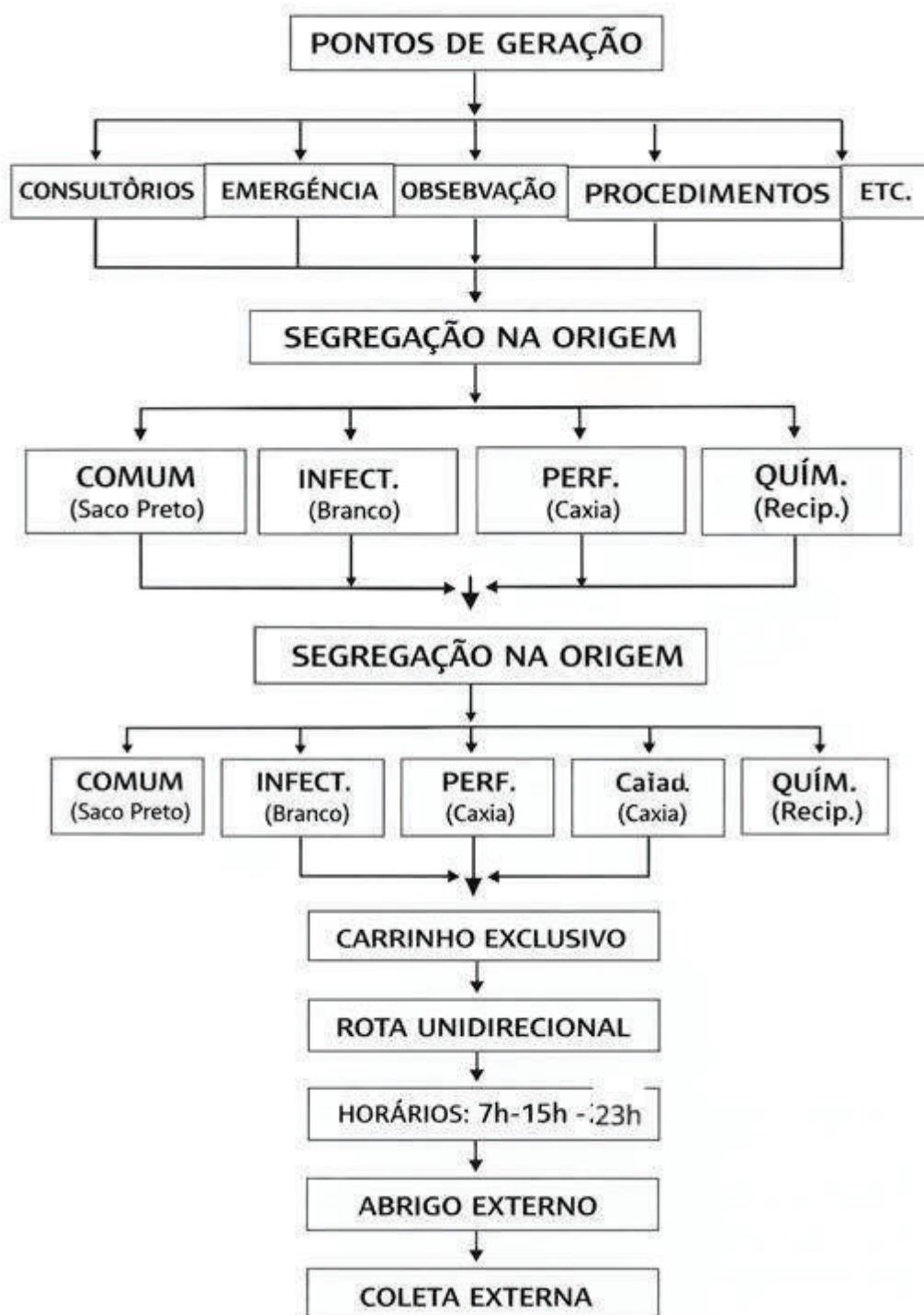
FLUXOGRAMA 1 - FLUXO GERAL DE CIRCULAÇÃO EM ÁREAS EXTERNAS

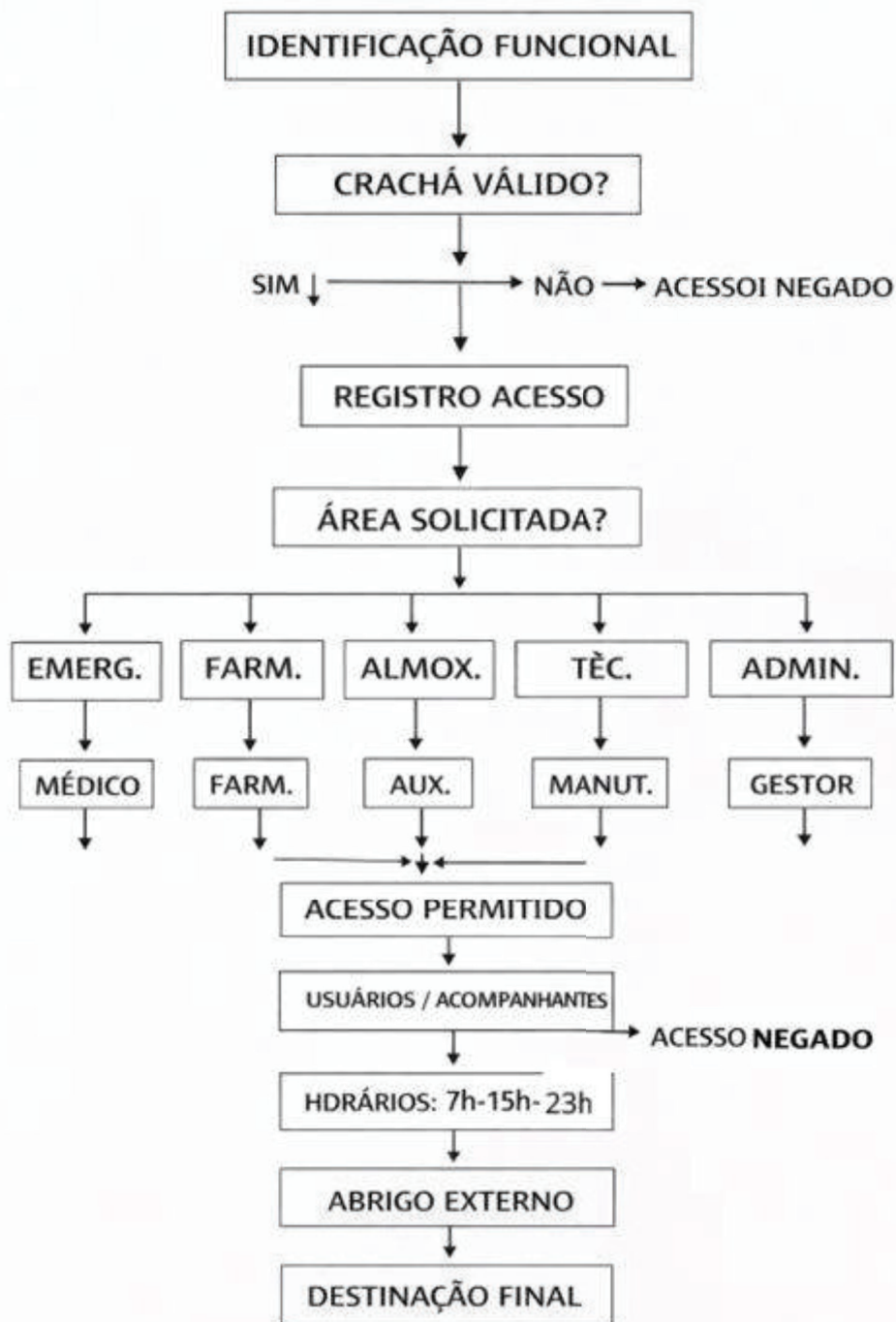


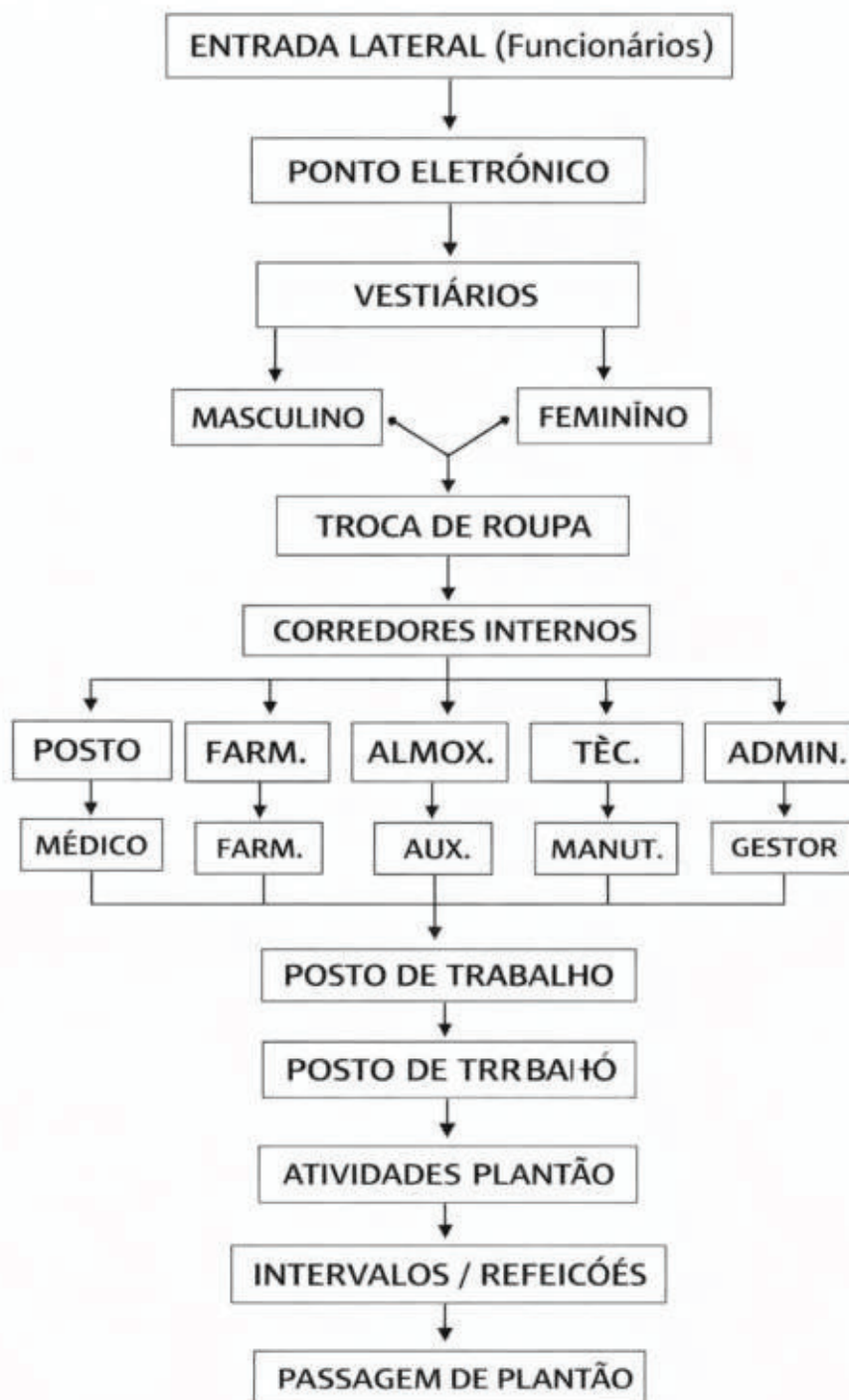
FLUXOGRAMA 2 - PERCURSO DETALHADO DO PACIENTE



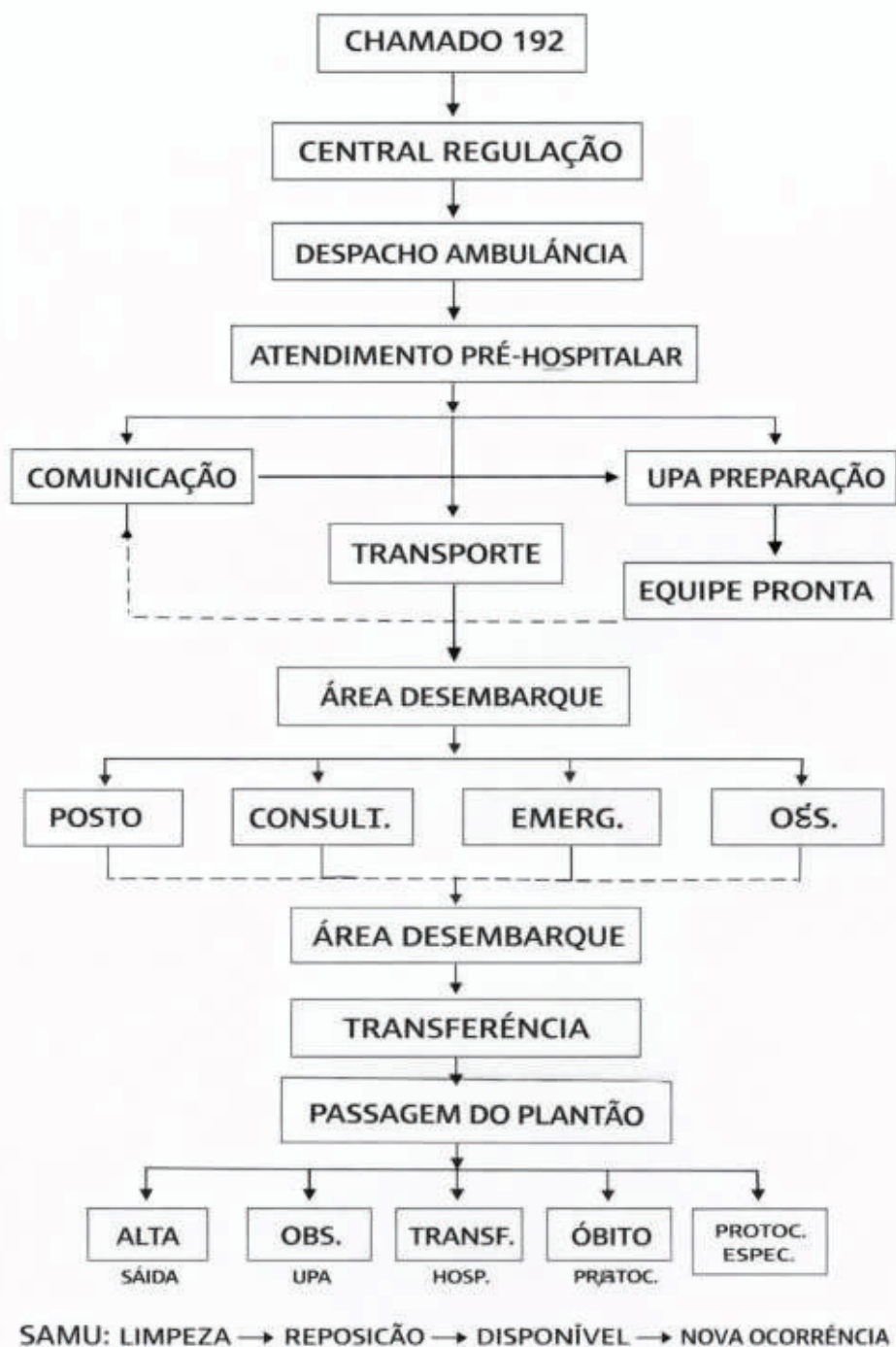
FLUXOGRAMA 3 - FLUXO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS (LIMPO)

FLUXOGRAMA 4 - FLUXO DE RESÍDUOS (SUJO)

FLUXOGRAMA 5 - CONTROLE DE ACESSO ÀS ÁREAS RESTRITAS

FLUXOGRAMA 6 - CIRCULAÇÃO DA EQUIPE ASSISTENCIAL

FLUXOGRAMA 7 - INTEGRAÇÃO UPA + SAMU 192



3.2 Fluxo de pacientes e acompanhantes

A organização do fluxo de pacientes e acompanhantes constitui um dos pilares estruturantes da gestão assistencial em unidades de urgência e emergência. Em ambientes caracterizados por alta demanda espontânea,

variabilidade clínica significativa e necessidade de resposta imediata, a inexistência de fluxos bem definidos resulta em desorganização do atendimento, aumento do tempo de espera, conflitos com usuários, sobrecarga das equipes e elevação do risco assistencial.

A Solution Gestão Pública, a partir de sua experiência prática na gestão de Unidades de Pronto Atendimento e serviços de urgência e emergência, adota um modelo de fluxo assistencial e gerencial estruturado, contínuo e permanentemente monitorado, compatível com a realidade operacional da unidade e alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde, à organização da Rede de Atenção às Urgências e às exigências estabelecidas no presente edital.

O fluxo aqui proposto não deve ser compreendido como um simples trajeto físico do paciente dentro da unidade, mas como um processo assistencial integrado, que organiza desde o primeiro contato do usuário com o serviço até a definição da conduta final, articulando acolhimento, classificação de risco, atendimento médico, permanência na unidade, comunicação com acompanhantes e integração com a rede assistencial.

Esse modelo de organização permite maior previsibilidade das rotinas, clareza de responsabilidades entre os profissionais, melhor aproveitamento da capacidade instalada e fortalecimento da segurança do paciente, além de contribuir diretamente para a humanização do atendimento e para a eficiência operacional da unidade.

3.2.1 Objetivo do Fluxo de Pacientes e Acompanhantes

O fluxo de pacientes e acompanhantes tem como objetivo central organizar de forma sistemática o acesso, a permanência e a circulação no interior da unidade, garantindo que o atendimento ocorra de maneira segura, ordenada, resolutiva e compatível com a gravidade clínica apresentada por cada usuário.

A implantação de um fluxo estruturado visa assegurar que a prioridade assistencial seja definida exclusivamente por critérios clínicos, reduzindo interferências externas, pressões indevidas e conflitos relacionados à ordem de atendimento. Esse princípio é fundamental em unidades de urgência e emergência, nas quais a percepção subjetiva do usuário nem sempre corresponde à gravidade real do quadro clínico.

Outro objetivo essencial do fluxo é a segurança assistencial, entendida como a redução de riscos decorrentes de atrasos no atendimento, falhas de comunicação, circulação inadequada de pessoas e desorganização dos ambientes assistenciais. Ao estabelecer rotinas claras e bem comunicadas, o

fluxo contribui para minimizar eventos adversos e melhorar a resposta da equipe frente às situações críticas.

A humanização do atendimento também constitui objetivo estruturante do fluxo. Para a Solution Gestão Pública, a humanização não se resume a ações pontuais, mas se materializa na organização do processo de trabalho, na previsibilidade do atendimento, na comunicação clara com usuários e acompanhantes e na redução de situações de tensão e incerteza durante a permanência na unidade.

O fluxo tem ainda como finalidade reduzir aglomerações e otimizar a ocupação dos espaços internos, favorecendo o controle sanitário e a organização do ambiente. A definição clara das áreas de espera, atendimento, observação e circulação restrita permite melhor controle do fluxo de pessoas, contribuindo para um ambiente mais seguro e funcional.

Por fim, o fluxo de pacientes e acompanhantes objetiva garantir eficiência operacional às equipes assistenciais e administrativas, organizando o trabalho, reduzindo retrabalho, otimizando o tempo dos profissionais e favorecendo a continuidade do cuidado, inclusive nos processos de transferência e articulação com a rede SUS.

3.2.2 Princípios Técnicos e Assistenciais do Fluxo

O fluxo de pacientes e acompanhantes será estruturado com base em princípios técnicos e assistenciais consolidados, compatíveis com a natureza da unidade e com a dinâmica dos serviços de urgência e emergência. Esses princípios orientam todas as etapas do atendimento e servem como referência para a atuação das equipes e para a gestão do serviço.

O primeiro princípio adotado é o atendimento orientado pela classificação de risco, garantindo que pacientes em situação de maior gravidade tenham prioridade assistencial, independentemente da ordem de chegada. Esse princípio assegura equidade no atendimento e contribui para a redução de desfechos desfavoráveis relacionados a atrasos assistenciais.

A separação entre fluxo assistencial e fluxo administrativo constitui outro princípio fundamental. Procedimentos administrativos, como cadastro e atualização de dados, não devem interferir na definição da prioridade clínica nem retardar o acesso ao acolhimento e à avaliação inicial. Essa separação reduz gargalos e favorece a fluidez do atendimento.

O controle da circulação de acompanhantes é adotado como princípio organizador do ambiente assistencial. A presença de acompanhantes será permitida de forma regulada, considerando a condição clínica do paciente, a

necessidade de apoio e as normas internas da unidade, sempre com foco na segurança e na organização do serviço.

A prioridade para situações de urgência e emergência será assegurada em todas as etapas do fluxo, desde a chegada do paciente até a definição da conduta. Esse princípio orienta a alocação de recursos, a organização das salas de atendimento e a atuação das equipes multiprofissionais.

O acolhimento humanizado é praticado como diretriz transversal, desde o primeiro contato do usuário com a unidade. A escuta qualificada, a orientação clara e a postura respeitosa da equipe são elementos essenciais para reduzir ansiedade, prevenir conflitos e fortalecer a relação entre o serviço e a população atendida.

A comunicação clara e contínua com usuários e acompanhantes é outro princípio estruturante do fluxo. A informação adequada sobre etapas do atendimento, tempo estimado de espera e condutas contribui para maior compreensão do funcionamento do serviço e melhora a experiência do usuário.

Por fim, a redução do tempo de espera e de conflitos assistenciais orienta a organização dos processos, buscando maior resolutividade, melhor aproveitamento da capacidade instalada e equilíbrio entre demanda e oferta de atendimento.

3.2.3 Fluxo do Paciente na Unidade de Pronto Atendimento

a) Entrada e Recepção

O fluxo do paciente tem início no acesso à unidade, que ocorrerá prioritariamente pela entrada principal, devidamente identificada e sinalizada. A organização desse ponto inicial é fundamental para evitar confusão, aglomeração e encaminhamentos inadequados logo na chegada do usuário.

Ao ingressar na unidade, o paciente será direcionado à recepção administrativa, onde será realizada sua identificação e a abertura da ficha de atendimento, conforme rotinas internas e sistemas adotados pela unidade. Essa etapa tem caráter organizacional e documental, não sendo responsável por qualquer definição de prioridade clínica.

A equipe administrativa atuará de forma orientativa, esclarecendo ao usuário e ao acompanhante as etapas do atendimento, a necessidade de aguardar o acolhimento com classificação de risco e a dinâmica geral do serviço. Essa orientação inicial contribui para reduzir expectativas equivocadas e conflitos relacionados à ordem de atendimento.

A Solution Gestão Pública adota como diretriz que a recepção administrativa funcione como elemento facilitador do fluxo, organizando o acesso

ao serviço sem criar barreiras ao atendimento assistencial. Sempre que identificado paciente em condição aparente de gravidade, a equipe administrativa deverá acionar imediatamente a equipe assistencial para garantir encaminhamento prioritário.

b) Acolhimento com Classificação de Risco

O acolhimento com classificação de risco constitui o núcleo técnico do fluxo assistencial da unidade. Essa etapa será realizada por profissional de enfermagem capacitado, com base em protocolos institucionais definidos pela gestão da unidade e alinhados às diretrizes assistenciais vigentes.

Durante o acolhimento, o profissional realizará avaliação clínica inicial, considerando sinais, sintomas, queixas principais, histórico breve e condições observadas no momento da chegada. Essa avaliação permite identificar situações de maior gravidade e definir a prioridade clínica de atendimento.

A classificação de risco será devidamente registrada em prontuário, garantindo rastreabilidade da decisão assistencial e suporte às etapas subsequentes do atendimento. O registro adequado também contribui para a análise posterior do fluxo e para o monitoramento de indicadores operacionais.

A comunicação com o paciente e o acompanhante é parte integrante dessa etapa. A equipe de enfermagem informará, de forma clara e objetiva, a prioridade atribuída, o tempo estimado de espera e a conduta inicial prevista, respeitando as limitações operacionais da unidade. Essa prática reforça a transparência do processo e contribui para a redução de ansiedade e conflitos.

A Solution Gestão Pública compreende o acolhimento como momento estratégico do atendimento, no qual se estabelece a relação inicial entre usuário e serviço, sendo determinante para a percepção de qualidade e para a segurança assistencial.

c) Encaminhamento Conforme Prioridade Clínica

Após a definição da prioridade clínica, o paciente será encaminhado conforme o fluxo estabelecido. Pacientes classificados como emergência serão direcionados imediatamente para atendimento em sala apropriada, com acionamento da equipe assistencial necessária.

Pacientes em situação de urgência serão encaminhados para atendimento médico conforme a ordem de prioridade definida, respeitando a capacidade operacional da unidade. Casos de menor gravidade permanecerão em área de espera monitorada, aguardando atendimento, com acompanhamento da equipe quando necessário.

Situações que não apresentem perfil de urgência ou emergência serão orientadas conforme protocolos institucionais e diretrizes da rede de atenção à saúde, garantindo uso racional do serviço e integração com outros pontos da rede SUS.

Esse encaminhamento estruturado contribui para a organização da demanda, para a redução do tempo de espera dos casos mais graves e para a eficiência do atendimento.

d) Atendimento Médico e Definição de Conduta

Após o atendimento médico, será definida a conduta assistencial mais adequada ao quadro clínico apresentado. O paciente poderá receber alta médica com orientações, ser encaminhado para observação clínica, realizar exames complementares, ser transferido para unidade de referência ou ser encaminhado para internação, conforme pactuação com a rede de atenção à saúde.

Todas as decisões clínicas serão registradas em prontuário, garantindo continuidade do cuidado, comunicação entre equipes e suporte à gestão assistencial.



3.2.4 Fluxo de Permanência do Paciente na Unidade

Após a realização do atendimento inicial e a definição da conduta assistencial, o paciente passa a integrar o fluxo de permanência na unidade, etapa que exige organização rigorosa para garantir segurança, continuidade do

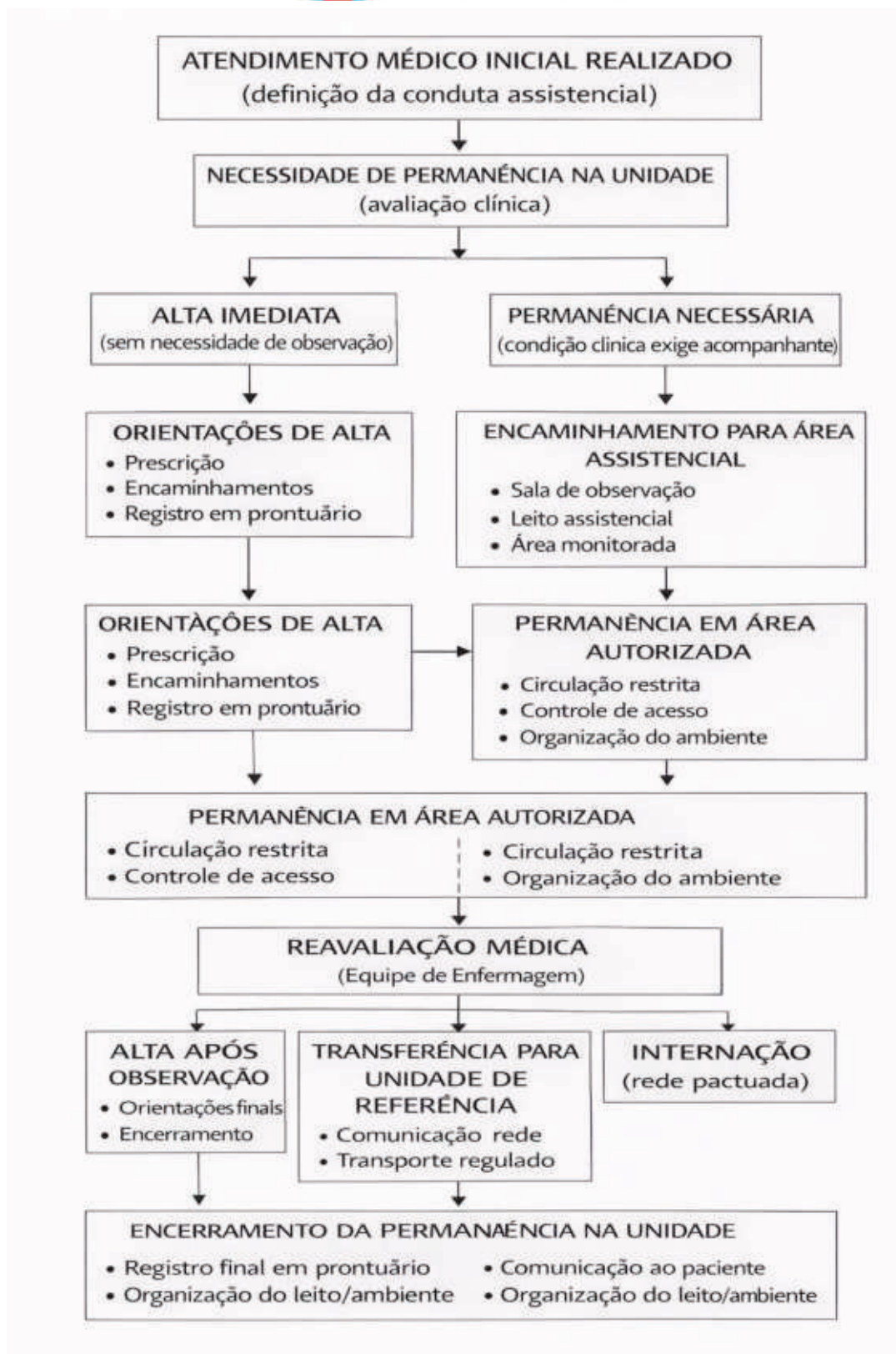
cuidado e eficiência operacional. Em unidades de urgência e emergência, a permanência desorganizada de pacientes é uma das principais causas de superlotação, conflitos e aumento do risco assistencial.

A Solution Gestão Pública adota diretriz de permanência controlada, na qual o paciente permanece exclusivamente nas áreas assistenciais compatíveis com sua condição clínica e com a conduta definida. Essa organização permite melhor gestão dos espaços, evita circulação desnecessária e contribui para a manutenção de um ambiente seguro e funcional.

Pacientes em observação clínica permanecerão em área específica, sob monitoramento contínuo da equipe assistencial, conforme necessidade clínica. A organização dessa área considera critérios de visibilidade, acesso rápido da equipe, controle do número de pacientes e fluxo ordenado para exames, reavaliações médicas e definição de desfecho.

A circulação interna do paciente será orientada e, quando necessário, acompanhada por profissional da unidade, evitando deslocamentos indevidos por áreas administrativas, técnicas ou restritas. Essa medida reduz riscos de quedas, extravios, falhas de comunicação e interferências no fluxo assistencial.

A comunicação periódica sobre a evolução clínica e as condutas adotadas será mantida sempre que possível, respeitando a dinâmica do serviço e as prioridades assistenciais. Essa prática contribui para a humanização do atendimento e para a redução da ansiedade do paciente e de seus acompanhantes.



3.2.5 Fluxo de Acompanhantes

O fluxo de acompanhantes constitui componente crítico da organização assistencial e é frequentemente subestimado em projetos de gestão. A ausência de regras claras para a presença e circulação de acompanhantes resulta em

aumento de conflitos, interferências no atendimento, aglomerações e comprometimento da segurança assistencial.

A Solution Gestão Pública estabelece normas internas claras e operacionais para o fluxo de acompanhantes, integradas ao fluxo do paciente e alinhadas às diretrizes de humanização e segurança.

a) Critérios para Permanência de Acompanhantes

A presença de acompanhantes será regulada por normas internas da unidade, considerando critérios assistenciais e operacionais. A permanência será permitida de acordo com a condição clínica do paciente, a faixa etária, a necessidade de apoio e situações específicas que demandem acompanhamento contínuo.

Serão priorizados os acompanhamentos de crianças, idosos, pessoas com deficiência, pacientes com limitações cognitivas ou em situação de vulnerabilidade. Em demais situações, a presença do acompanhante poderá ser autorizada conforme avaliação da equipe assistencial e disponibilidade do ambiente.

A quantidade de acompanhantes por paciente será limitada, de modo a preservar a organização dos espaços e a segurança do atendimento. A equipe assistencial terá autonomia para orientar, restringir ou reorganizar a permanência do acompanhante sempre que identificado risco ao paciente, à equipe ou ao fluxo assistencial.

b) Circulação de Acompanhantes

A circulação de acompanhantes será restrita às áreas expressamente autorizadas pela unidade. O acesso a áreas críticas, técnicas ou restritas será vedado, sendo controlado por meio de orientação ativa da equipe administrativa e assistencial.

A Solution Gestão Pública adota o conceito de “controle de acesso orientado”, no qual o acompanhante não é apenas restringido, mas continuamente orientado quanto aos limites de circulação, horários permitidos e condutas esperadas no interior da unidade.

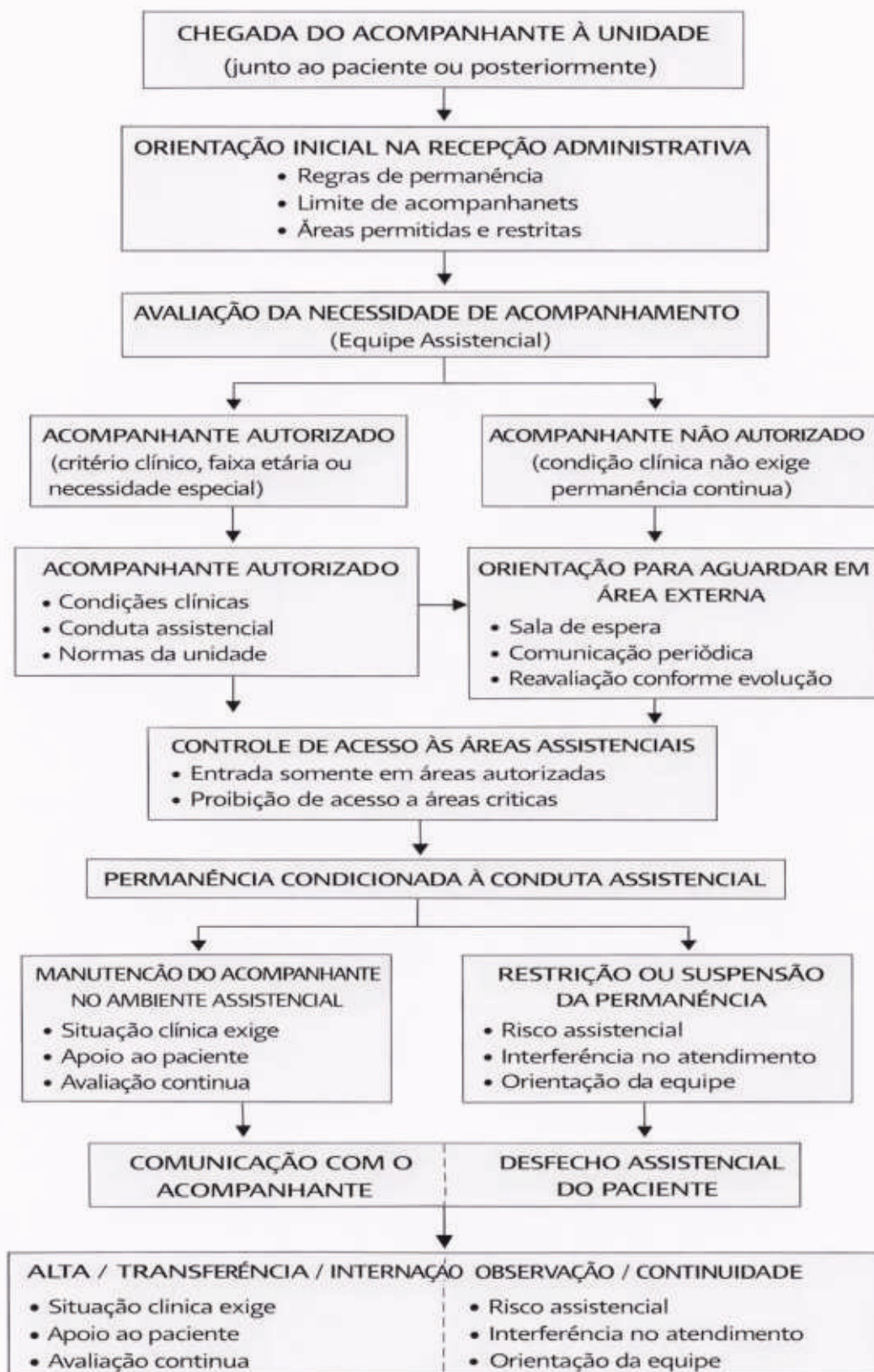
A sinalização interna será utilizada como instrumento de apoio ao controle do fluxo, auxiliando no direcionamento correto dos acompanhantes e reduzindo a necessidade de intervenções constantes da equipe. Essa organização contribui para a fluidez do atendimento e para a redução de conflitos.

c) Comunicação com Acompanhantes

A comunicação com acompanhantes será realizada de forma clara, objetiva e humanizada, respeitando as possibilidades operacionais da unidade e os limites éticos e assistenciais. Sempre que possível, serão fornecidas informações sobre o fluxo de atendimento, tempo estimado de espera e andamento das etapas assistenciais.

A atuação da equipe buscará reduzir a ansiedade dos acompanhantes, esclarecer dúvidas frequentes e prevenir situações de conflito. A **Solution Gestão Pública** entende que a comunicação estruturada com acompanhantes é ferramenta estratégica de humanização e organização do serviço, contribuindo para um ambiente mais seguro e cooperativo.





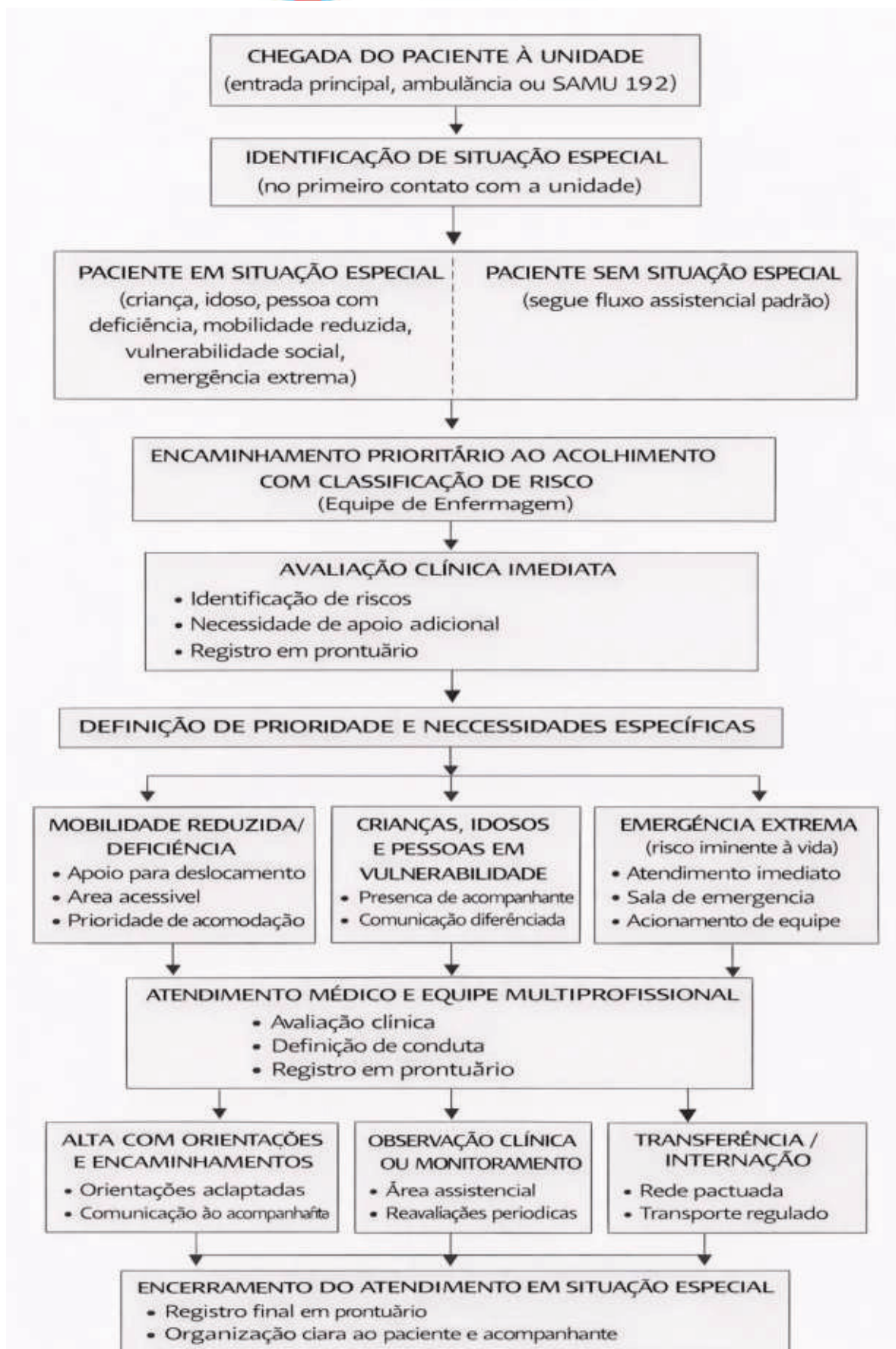
3.2.6 Fluxo de Pacientes em Situações Especiais

A organização do fluxo assistencial contempla, de forma específica, o atendimento a pacientes em situações especiais, reconhecendo que determinados perfis demandam abordagem diferenciada e maior apoio da equipe.

Pacientes com mobilidade reduzida terão prioridade no acesso às áreas assistenciais, com apoio da equipe para deslocamento seguro e acomodação adequada. Crianças, idosos e pessoas com deficiência receberão atenção diferenciada, considerando suas necessidades específicas e a presença de acompanhante quando indicado.

Pacientes em situação de emergência extrema terão fluxo prioritário e imediato, com acionamento rápido das equipes e liberação dos espaços necessários para atendimento. Situações de vulnerabilidade social ou emocional serão tratadas com abordagem humanizada e articulação com a equipe multiprofissional, quando aplicável.

Esses fluxos específicos reforçam o compromisso da **Solution Gestão Pública** com a equidade no atendimento e com a organização assistencial compatível com a diversidade do perfil dos usuários do serviço.



3.2.7 Medidas de Organização, Sinalização e Orientação

Para garantir a efetividade do fluxo de pacientes e acompanhantes, a unidade contará com medidas práticas de organização, sinalização e orientação. A sinalização visual interna será utilizada para identificar setores, áreas de espera, locais de atendimento e áreas restritas, facilitando a circulação e reduzindo dúvidas.

As orientações verbais serão realizadas de forma contínua pela equipe administrativa e assistencial, especialmente nos pontos de maior fluxo, como recepção e sala de espera. A equipe atuará de forma proativa na organização do ambiente, observando aglomerações, conflitos potenciais e necessidade de ajustes no fluxo.

O monitoramento da sala de espera permitirá identificar situações de desconforto, demora excessiva ou necessidade de reorientação dos usuários, contribuindo para a melhoria da experiência do atendimento e para a organização do serviço.

3.2.8 Monitoramento e Avaliação do Fluxo

O fluxo de pacientes e acompanhantes será objeto de monitoramento permanente pela gestão da unidade. A Solution Gestão Pública adota prática sistemática de avaliação dos processos assistenciais, identificando gargalos, falhas operacionais e oportunidades de melhoria.

Serão analisados indicadores operacionais relacionados ao fluxo, como tempo de espera, tempo de permanência, ocupação das áreas assistenciais e frequência de conflitos ou não conformidades. Esses dados subsidiarão ajustes contínuos no fluxo, conforme a demanda assistencial e a capacidade operacional da unidade.

As não conformidades identificadas serão registradas e analisadas, com adoção de ações corretivas imediatas quando necessário. Esse processo reforça a gestão ativa do fluxo e contribui para a melhoria contínua do serviço.

3.2.9 Integração do Fluxo com a Segurança do Paciente

O fluxo de pacientes e acompanhantes está diretamente integrado às ações de segurança do paciente, constituindo ferramenta essencial para a redução de riscos assistenciais. A organização do ambiente, o controle da circulação, a comunicação clara e a definição de prioridades contribuem para minimizar eventos adversos e falhas no cuidado.

A atuação da Solution Gestão Pública busca assegurar que o fluxo assistencial esteja alinhado às boas práticas de segurança, promovendo atendimento seguro, organizado e humanizado. A integração com a rede SUS, a articulação com outros pontos de atenção e a definição clara dos desfechos assistenciais reforçam a continuidade do cuidado e a resolutividade do serviço.

Dessa forma, o fluxo proposto não apenas organiza o atendimento, mas fortalece a governança assistencial da unidade, assegurando qualidade, segurança e eficiência na prestação dos serviços de urgência e emergência.

3.3 Registros e documentos de usuários e administrativos

A organização, o controle e a gestão adequada dos registros e documentos assistenciais e administrativos constituem elementos centrais para o funcionamento seguro, eficiente e transparente de unidades de saúde que atuam em regime de urgência e emergência. Em serviços com atendimento contínuo, alto volume assistencial e múltiplas interfaces operacionais, o registro não pode ser compreendido apenas como obrigação formal ou documental, mas sim como instrumento de gestão, segurança assistencial, rastreabilidade das ações e suporte à tomada de decisão.

Nesse contexto, a Solution Gestão Pública adota um sistema estruturado de registros e documentos que integra informações assistenciais, administrativas e gerenciais, assegurando continuidade do cuidado, confiabilidade dos dados produzidos, controle institucional e conformidade com as exigências legais, regulatórias e contratuais aplicáveis ao objeto deste certame.

O modelo proposto está alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), às normativas sanitárias vigentes e às boas práticas de gestão em saúde, sendo compatível com a rotina operacional de unidades de pronto atendimento e serviços de urgência, conforme previsto no Termo de Referência.

3.3.1 Objetivo do Sistema de Registros e Documentos

O sistema de registros e documentos a ser implantado e mantido pela Solution Gestão Pública tem por objetivo assegurar que todas as informações relacionadas ao atendimento dos usuários, à gestão da unidade e às atividades administrativas sejam registradas de forma organizada, fidedigna e rastreável, servindo como base para a assistência, para a gestão e para o controle institucional.

De forma prática, o sistema de registros tem como finalidades principais:

- Garantir a continuidade e a segurança da assistência, permitindo que as equipes tenham acesso ao histórico completo do atendimento do usuário;
- Assegurar a rastreabilidade das informações clínicas e administrativas, possibilitando a reconstrução de fluxos, decisões e condutas adotadas;
- Promover a confiabilidade dos dados, com registros claros, completos e realizados em tempo oportuno;
- Apoiar a tomada de decisão gerencial, fornecendo subsídios para planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços;
- Viabilizar a transparência e o controle institucional, tanto no âmbito interno quanto perante os órgãos de fiscalização e controle;
- Assegurar a conformidade legal, regulatória e contratual, atendendo às exigências do edital, do contrato de gestão e da legislação aplicável.

Dessa forma, o registro deixa de ser apenas um procedimento burocrático e passa a ser compreendido como ferramenta essencial de gestão, segurança do paciente e qualificação do serviço prestado.

3.3.2 Princípios Técnicos e Normativos Adotados

A gestão dos registros e documentos será orientada por princípios técnicos claros, amplamente reconhecidos e aplicáveis à rotina dos serviços de saúde, garantindo padronização, segurança e qualidade da informação produzida.

Os principais princípios adotados são:

- Registro completo, legível e tempestivo, realizado no momento do atendimento ou imediatamente após sua execução;
- Padronização documental, com utilização de formulários, campos e rotinas previamente definidos;
- Confidencialidade das informações, assegurando o sigilo dos dados assistenciais e administrativos;
- Acesso restrito por perfil profissional, conforme atribuições e responsabilidades de cada função;
- Integração entre registros assistenciais e administrativos, evitando duplicidades e inconsistências;
- Rastreabilidade e auditabilidade, permitindo a identificação de responsáveis, datas e conteúdos dos registros;

- Conformidade com normas sanitárias, assistenciais e legais, incluindo diretrizes do SUS e exigências contratuais.

Esses princípios orientam todas as etapas do ciclo documental, desde a produção do registro até seu arquivamento e eventual auditoria.

3.3.3 Registros e Documentos de Usuários (Assistenciais)

a) Prontuário do Paciente

A Solution Gestão Pública assegurará a manutenção de prontuário individual para cada paciente atendido na unidade, constituindo o principal instrumento de registro assistencial e de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado.

O prontuário do paciente será estruturado de forma a permitir um registro fidedigno e rastreável, contemplando, de maneira cronológica, todas as etapas do atendimento prestado ao usuário.

O prontuário conterá, no mínimo:

- Identificação completa do usuário;
- Registro de acolhimento e avaliação inicial;
- Avaliação de enfermagem;
- Classificação de risco;
- Evoluções médicas;
- Evoluções da equipe multiprofissional, quando aplicável;
- Prescrições médicas e de enfermagem;
- Registros de administração de medicamentos;
- Procedimentos realizados;
- Solicitação e resultados de exames;
- Registro de intercorrências;
- Definição de conduta;
- Desfecho do atendimento, incluindo alta, observação, transferência ou internação.

Todos os registros deverão conter identificação clara do profissional responsável, com data, horário e assinatura, garantindo a rastreabilidade das informações e a segurança jurídica e assistencial do prontuário.

b) Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

A unidade contará com Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), ferramenta essencial para qualificação dos registros, integração das informações e suporte à gestão assistencial e administrativa.

O prontuário eletrônico será utilizado de forma sistemática pelas equipes, permitindo:

- Registro das informações em tempo real;
- Controle de acesso por perfil profissional, conforme atribuições;
- Manutenção do histórico completo do atendimento do usuário;
- Integração dos dados assistenciais com relatórios operacionais e gerenciais;
- Armazenamento seguro das informações, com proteção contra perda ou alteração indevida.

A Solution Gestão Pública adota o prontuário eletrônico não apenas como meio de registro, mas como ferramenta de apoio à gestão, permitindo análise de produção, monitoramento de indicadores e acompanhamento dos fluxos assistenciais da unidade.

c) Registros Complementares Assistenciais

Além do prontuário principal, serão mantidos registros complementares que apoiam o cuidado e a organização do atendimento, tais como:

- Fichas de acolhimento e classificação de risco;
- Registros de observação clínica;
- Registros de administração de medicamentos;
- Registros de intercorrências assistenciais;
- Registros de transferência e alta;
- Registros de comunicação com serviços de referência e contra-referência.

Esses registros serão integrados ao prontuário do paciente, assegurando coerência das informações e continuidade do cuidado.

A gestão administrativa da unidade depende de registros consistentes e atualizados, capazes de sustentar o funcionamento diário, a continuidade do

serviço, a tomada de decisão e a prestação de contas. A Solution Gestão Pública organiza os documentos administrativos por “famílias” (produção e operação, pessoas, patrimônio/almoxxarifado, contratos/serviços, comunicação institucional e governança), com rotinas claras de atualização, conferência e guarda.

a) Registros Administrativos da Unidade

1) Registro de atendimentos e produção assistencial (operacional e gerencial)

A unidade manterá registros consolidados de produção assistencial e operacional, permitindo acompanhar volume, perfil de atendimento, tempos de fluxo e desfechos. Na prática, esse controle é feito por:

- Relatório diário de atendimentos (extraído do sistema/PEP e conferido pela coordenação administrativa): total de entradas, classificações de risco, altas, transferências, internações/observações, evasões e óbitos (quando houver).
- Relatório semanal de produção: consolida tendências (picos por dia/turno), compara com semanas anteriores e sinaliza gargalos.
- Relatório mensal de produção e desempenho: estrutura “visão contrato” (indicadores assistenciais, operacionais e qualidade), com evidências para auditorias.

Rotina e responsabilidade:

- Produção: automática via sistema + complementação por planilhas de apoio quando aplicável.
- Conferência: coordenação administrativa (diária/semanal) e direção da unidade (mensal).
- Uso: reunião de gestão (semanal) e reunião com SMS/contratante (conforme governança).

2) Relatórios operacionais da unidade (rotina do dia a dia)

Serão padronizados relatórios e registros para manter previsibilidade e controle do funcionamento, tais como:

- Livro/registro de ocorrências administrativas e operacionais: quedas de sistema, falta de insumo crítico, falha de equipamento, intercorrências prediais, ausências de pessoal, eventos adversos administrativos (ex.: pane elétrica).

- Relatório de passagem de plantão administrativo: pendências abertas, solicitações feitas, protocolos acionados, status de chamados.
- Registro de manutenção (chamados e ordens de serviço): número do chamado, data/hora, área, descrição, responsável, prazo e baixa com evidência.

Rotina e responsabilidade:

- Registro: plantonista/apoio administrativo (por turno).
- Validação e priorização: coordenação administrativa (diária).
- Encaminhamento/fechamento: manutenção/terceiros + ciência da direção.

3) Escalas e dimensionamento operacional (controle de cobertura)

A unidade manterá controle formal e rastreável de escalas e coberturas, com:

- Escalas mensais publicadas (por categoria) e arquivadas com versão e data.
- Mapa diário de cobertura: confirma presença real por turno (entrada/saída), substituições e reforços.
- Registro de trocas de plantão: sempre formalizadas (solicitação, autorização e registro final).

Rotina e responsabilidade:

- Elaboração: coordenação do setor (enfermagem/médica/administrativa) conforme competência.
- Consolidação e guarda: RH/Departamento Pessoal e coordenação administrativa.
- Auditoria: checagem cruzada (escala x frequência x produção).

4) Registro de frequência e controle de ponto

Será mantido controle de frequência com evidências, incluindo:

- Registro de ponto (eletrônico ou controle institucional definido), com relatórios por período.
- Justificativas formais para atrasos, saídas antecipadas, faltas e substituições.

- Controle de banco de horas/compensações (quando aplicável), com autorização e rastreabilidade.

Boas práticas operacionais:

- Conferência semanal para identificar inconsistências.
- Fechamento mensal para integração com folha e auditoria interna.

5) Registros de comunicação institucional e rotinas

Para evitar falhas de comunicação e “perda de recado”, serão adotados:

- Comunicados internos padronizados (processos, fluxos, avisos de risco, mudanças de protocolo).
- Atas e listas de presença de reuniões (gestão, comissões, treinamentos).
- Controle de leitura/ciente para documentos críticos (por exemplo: POP de identificação do paciente, fluxo de notificação).

b) Registros Financeiros e Contábeis (sem menção a valores)

A Solution Gestão Pública manterá registros financeiros e contábeis que assegurem rastreabilidade e transparência da execução do contrato de gestão, com foco em evidências verificáveis e trilha documental completa.

1) Execução financeira por rubrica e centro de custo (controle gerencial)

- Plano de contas gerencial alinhado às rubricas contratuais e às necessidades operacionais.
- Centro de custo por unidade/serviço (ex.: atendimento, apoio diagnóstico quando houver, administrativo, manutenção), para permitir análise de consumo e comparação histórica.
- Relatórios periódicos para gestão interna e para prestação de contas, com anexos de suporte (documentos comprobatórios).

2) Ciclo de compras e contratações (rastreabilidade do “pedido até o pagamento”)

Mesmo sem detalhar valores, o processo deve existir e ser auditável. A rotina prevê:

- Requisição interna (quem pediu, por que pediu, especificação, prioridade).

- Cotação/seleção conforme regulamento de compras da OS (com justificativas).
- Autorização por alçada (quem aprova o quê).
- Recebimento e conferência (quantidade/qualidade/nota), com registro de entrada.
- Liquidação (conferência documental) e pagamento (conforme fluxo interno).
- Arquivamento do dossiê da compra/contratação.

3) Prestação de contas e evidências organizadas

- Dossiê mensal de prestação de contas (padrão: capa, índice, relatórios, conciliações, comprovantes, justificativas).
- Conciliações e trilhas (ex.: notas fiscais x recebimento x consumo/entrada no almoxarifado).
- Controle de contratos e aditivos (vigência, objeto, responsáveis, evidências de entrega/execução).

4) Compliance e prontidão para fiscalização

A unidade manterá “pasta de fiscalização” física e digital com:

- contratos, relatórios, atas, evidências de execução, comprovantes e demonstrativos exigidos, permitindo resposta rápida a solicitações formais do contratante e órgãos de controle.

c) Registros de Recursos Humanos

A gestão de RH em urgência/emergência exige registro consistente para garantir cobertura assistencial, conformidade trabalhista e estabilidade operacional.

1) Dossiê do colaborador

Cada colaborador terá cadastro completo e atualizado, contendo:

- dados pessoais e de contato;
- comprovação de formação e habilitação (quando aplicável);
- documentos admissionais e periódicos ocupacionais (quando exigido);
- registro de função, lotação, jornada/escala e alterações;
- termos de ciência de normas internas (sigilo, conduta, rotinas críticas).

2) Escalas, substituições e cobertura (controle de continuidade)

- Matriz de cobertura mínima por setor/turno.
- Registro formal de substituições e plantões extras, com autorização e justificativa operacional.
- Controle de absenteísmo e plano de contingência (banco de profissionais/cadastro reserva), com registro de acionamentos.

3) Educação permanente e capacitações (evidência e rastreabilidade)

- Plano de treinamento anual/semestre com temas, público-alvo e metodologia.
- Lista de presença, avaliação pós-treinamento e registro de reciclagens.
- Controle de treinamentos obrigatórios por área (ex.: segurança do paciente, notificação, prontuário, LGPD, fluxos críticos).

4) Avaliação de desempenho e gestão de conduta

- Instrumento simples e objetivo (critérios: assiduidade, cumprimento de rotina, qualidade de registro, postura, trabalho em equipe).
- Registros de feedbacks formais, planos de melhoria e acompanhamentos.
- Registro de ocorrências disciplinares, quando aplicável, com fluxo de apuração e decisão.

3.3.5 Fluxo de Produção, Validação e Arquivamento dos Documentos

Para garantir que os documentos “nasçam” corretamente, circulem com controle e fiquem recuperáveis, a Solution Gestão Pública estabelece um fluxo padrão, com regras de responsabilidade, prazos e evidências.

1) Produção do registro (origem do documento)

Regra operacional: quem executa o ato registra o ato.

- Assistencial: enfermeiro registra acolhimento/classificação; médico registra evolução/condução; técnico registra administração conforme rotina; equipe multiprofissional registra avaliação e plano.
- Administrativo: quem abre chamado registra; quem recebe insumo registra; quem confere escala registra.

Prazos operacionais:

- Registro assistencial: no momento do atendimento ou imediatamente após.

- Registros administrativos: no turno em que ocorreu o fato (ocorrências, chamados) e no mesmo dia para recebimentos/entradas.

2) Validação técnica e checagens

Nem todo documento exige “carimbo de validação”, mas alguns exigem checagens formais:

- Prontuário: checagem de completude (campos obrigatórios, identificação, assinatura digital/usuário).
- Administração de medicamentos: conferência de registro completo (via sistema e checagem por amostragem).
- Transferências/altas: conferência de registros essenciais (documento de encaminhamento, resumo, comunicação).
- Relatórios gerenciais: validação por coordenação/direção antes de envio ao contratante.

Ferramenta prática: checklist de conferência (por tipo documental) e amostragem semanal.

3) Inserção no sistema / prontuário / repositório institucional

- Registros assistenciais: inseridos no PEP e vinculados ao atendimento do usuário.
- Registros administrativos: inseridos em repositório digital institucional, com pastas padronizadas e nomenclatura definida.
- Documentos híbridos (físico + digital): digitalização com indexação (tipo, data, setor, número/ID).

4) Conferência administrativa e controle de versão

- Controle de versão para documentos que mudam (ex.: POPs, fluxos, escalas publicadas).
- Identificação do documento: código, data, versão, responsável e setor.
- “Documento vigente” sempre destacado para evitar uso de versão antiga.

5) Arquivamento e guarda

- Arquivo físico: organizado por setor, com regras de acesso e registro de retirada/devolução.
- Arquivo digital: repositório com permissões por perfil, backups e padronização.

- Prazos de guarda: conforme normativas aplicáveis e exigências contratuais, com registro do início do prazo e controle de descarte seguro quando autorizado.

6) Disponibilização para auditorias e fiscalização

- Pasta de auditoria com documentos-chave (prontuários por amostragem, relatórios, atas, registros operacionais).
- Capacidade de resposta rápida a solicitações: localização por indexação, número de atendimento e data.

3.3.6 Controle de Acesso e Confidencialidade das Informações

O controle de acesso é estruturado para proteger dados sensíveis e, ao mesmo tempo, garantir que a equipe autorizada tenha acesso ao que precisa para atender com segurança. A Solution Gestão Pública aplica o princípio do menor privilégio: cada perfil acessa apenas o necessário.

1) Perfis de acesso e segregação de funções

- Assistencial (médico/enfermagem/multiprofissional): acesso ao prontuário conforme atuação e necessidade assistencial.
- Administrativo: acesso a relatórios operacionais e módulos administrativos, sem acesso indevido a dados clínicos sensíveis.
- Gestão/direção: acesso gerencial e a relatórios consolidados, respeitando trilhas de auditoria.
- TI/apoio técnico: acesso estritamente técnico, quando necessário e registrado.

2) Regras operacionais de confidencialidade

- Proibição de compartilhamento de senha.
- Bloqueio de sessão quando ausente do posto.
- Proibição de impressão indevida de prontuário e circulação de documentos clínicos fora do ambiente controlado.
- Uso de canais formais para comunicação de casos (sem exposição desnecessária).

3) Trilhas de auditoria (logs) e rastreabilidade

- O sistema deve registrar: usuário, data/hora, acesso, alteração e impressão/exportação (quando houver).

- Auditoria por amostragem para verificar acessos suspeitos (acesso fora do turno, acesso a paciente não relacionado à atuação).

4) Proteção de dados e resposta a incidentes

- Rotina de notificação interna de incidente de segurança da informação (ex.: acesso indevido, extravio, impressão não autorizada).
- Ação imediata: bloqueio de acesso, análise de logs, registro de ocorrência e plano de correção.
- Treinamento periódico sobre sigilo e uso adequado do sistema.

5) Termos de ciência e responsabilização

- Todo colaborador assina termo de sigilo e ciência de normas internas.
- Condutas inadequadas geram registro formal, apuração e medidas corretivas.

3.3.7 Gestão Documental e Arquivamento

A gestão documental organiza o “ciclo de vida” do documento: criação, uso, revisão, guarda e descarte. A Solution Gestão Pública padroniza isso para evitar perdas, duplicidades e documentos “sem dono”.

1) Classificação e padronização (estrutura simples e funcional)

Os documentos serão organizados em categorias operacionais:

- Assistenciais (prontuário e correlatos)
- Administrativos (produção, escalas, ocorrências)
- RH (dossiês, treinamentos, avaliações)
- Patrimônio/almocharifado (entradas/saídas, inventário, manutenção)
- Contratos/serviços (vigências, evidências de execução)
- Governança (atas, comissões, relatórios)

2) Nomenclatura e indexação

- Padrão de nomes para arquivos digitais: ANO-MÊS-DIA_TIPO_SETOR_ASSUNTO_VERSÃO.
- Indexação mínima: data, setor, responsável, assunto, ID de atendimento (quando aplicável).

3) Controle de versões e documentos vigentes

- POPs/fluxos: controle formal de revisão e versão.

- Documento substituído não é apagado: é arquivado como “histórico”, com registro do motivo da atualização.

4) Guarda, integridade e recuperação

- Arquivo físico: local identificado, controle de acesso, proteção contra umidade e extravio.
- Arquivo digital: repositório com permissões e backups, com rotina de verificação de integridade.
- Recuperação rápida: busca por data, tipo, setor e ID.

5) Descarte seguro

Quando aplicável e autorizado, o descarte seguirá:

- registro do que foi descartado, data, responsável e método seguro;
- preservação do que tem prazo de guarda vigente;
- impedimento de descarte informal.

3.3.8 Auditoria, Monitoramento e Avaliação dos Registros

Auditar registro não é “caçar erro”: é garantir qualidade, segurança e padronização. A Solution Gestão Pública executa auditoria com foco em melhoria contínua e em redução de risco assistencial e institucional.

1) Auditoria interna periódica (rotina e método)

- Amostragem semanal de prontuários (por risco, por turno e por tipo de desfecho).
- Checklist de auditoria por prontuário: identificação, acolhimento, classificação, evolução, prescrição, administração, desfecho, assinatura/registo do profissional.
- Auditoria administrativa: escalas, ocorrências, manutenção, entradas/saídas de almoxarifado, dossiês de compras/contratações (trilha completa).

2) Indicadores de qualidade do registro (monitoramento simples e útil)

Exemplos de métricas operacionais:

- % de prontuários com campos essenciais completos
- % de registros assinados/identificados corretamente
- tempo médio entre atendimento e registro final

- não conformidades recorrentes por setor/turno
- % de documentos com controle de versão atualizado

3) Tratamento de não conformidades

- Registro da não conformidade (tipo, setor, gravidade, evidência).
- Ação corretiva: orientação imediata + reforço em treinamento quando necessário.
- Ação preventiva: ajuste de formulário, ajuste de fluxo, revisão de POP.
- Reavaliação: checagem em auditoria seguinte para confirmar correção.

4) Integração com comissões e governança

- Comissão de análise e revisão de prontuários: recebe relatórios de auditoria e recomenda melhorias.
- Núcleo de qualidade/segurança do paciente: utiliza achados para reduzir risco (ex.: falha de identificação, falha de registro de alergia).

5) Evidências para fiscalização

- Pastas organizadas para auditorias externas, com trilha documental pronta: relatórios, checklists, atas, planos de ação e comprovações de melhoria.

3.3.9 Integração dos Registros com a Gestão da Unidade

Os registros só geram valor quando viram gestão: decisão, ajuste de fluxo, prevenção de risco e melhora do atendimento. A Solution Gestão Pública integra os registros ao ciclo de gestão em saúde (planejar–executar–monitorar–corrigir).

1) Gestão assistencial baseada em evidências do prontuário

- Identificação de gargalos no fluxo (ex.: tempo de espera por classificação, tempo até avaliação médica).
- Ajustes operacionais por turno conforme perfil de demanda.
- Melhoria de protocolos quando registros mostram inconsistência (ex.: falhas em registro de dor, alergias, sinais vitais).

2) Gestão operacional e produtividade

- Produção diária/semanal para redistribuição de recursos e priorização de ações.
- Monitoramento de permanência e desfechos para reduzir retrabalho e melhorar resolutividade.

- Análise de ocorrências operacionais (TI, manutenção, suprimentos) para reduzir interrupções.

3) Gestão de pessoas orientada por registros

- Absenteísmo e substituições correlacionados com risco operacional.
- Necessidade de treinamento identificada por auditoria (ex.: preenchimento de campos críticos).
- Avaliação de desempenho com base em evidências objetivas (qualidade de registro, cumprimento de rotinas).

4) Transparência, controle e prestação de contas

- Relatórios consolidados extraídos do sistema, com trilha documental para suportar informações apresentadas.
- Padronização do que é reportado e como é reportado, garantindo consistência e evitando divergências.

5) Melhoria contínua e cultura de qualidade

- O registro alimenta planos de ação reais (não “de papel”): cada achado gera correção, responsável, prazo e re Checagem.
- Reuniões de gestão utilizam relatórios como pauta fixa (não como “anexo”), fortalecendo cultura de acompanhamento.

Ao final, a integração entre registros assistenciais e administrativos fortalece a capacidade gerencial, assegura rastreabilidade e cria previsibilidade operacional, demonstrando exequibilidade e maturidade de gestão da Solution Gestão Pública no objeto deste edital.

3.4 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A gestão do fluxo unidirecional de materiais esterilizados é uma medida de controle sanitário que impacta diretamente a segurança do paciente e a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Em unidades de urgência e emergência, onde há alto giro de atendimentos e procedimentos, o risco de contaminação cruzada aumenta quando não existe segregação clara entre material sujo/contaminado, material limpo/processado e material estéril.

A Solution Gestão Pública propõe e executará um modelo de fluxo unidirecional que organiza a circulação dos materiais e define barreiras operacionais para impedir cruzamentos. O objetivo é garantir que, após o processamento (limpeza, preparo e esterilização ou desinfecção de alto nível, conforme aplicável), o material siga em sentido único, contínuo e sem retorno,

passando por áreas controladas e chegando às áreas assistenciais com integridade preservada.

Aqui descrevemos a estrutura do fluxo, as áreas envolvidas, as rotinas, as responsabilidades, os registros e o monitoramento. O texto foi desenhado para ser exequível e compatível com a realidade operacional da unidade, inclusive nos cenários em que a unidade não possui CME completa.

3.4.1 Objetivo do Fluxo Unidirecional de Materiais Esterilizados

O fluxo unidirecional de materiais esterilizados tem como objetivo garantir a segurança do paciente e a prevenção de infecção, assegurando que os materiais médico-hospitalares, após o processo de limpeza, preparo e esterilização/processamento, circulem exclusivamente em sentido único, sem cruzamento com materiais sujos, contaminados, resíduos ou áreas não controladas.

De forma objetiva e operacional, o fluxo unidirecional busca:

1. Evitar contaminação cruzada entre materiais estéreis/limpos e materiais sujos/contaminados.
2. Padronizar rotas e rotinas, reduzindo improvisos e falhas de processo.
3. Preservar a integridade da embalagem e a esterilidade até o momento do uso.
4. Estabelecer barreiras físicas e funcionais (área suja → área de limpeza/preparo → área limpa/estéril → armazenamento → distribuição).
5. Garantir rastreabilidade do ciclo do material (entrada, processamento, liberação, armazenamento e saída).
6. Facilitar auditoria e fiscalização, mantendo evidências do processo e de suas checagens.
7. Integrar o fluxo à rotina assistencial, evitando atrasos por falta de material e reduzindo risco de uso de material inadequado.

A banca precisa perceber desde o início que este fluxo não é “desenho bonito”, mas um mecanismo prático de controle de risco que a Solution sabe implementar e sustentar no dia a dia.

3.4.2 Princípios Técnicos e Sanitários Adotados

A Solution Gestão Pública adotará os seguintes princípios técnicos e sanitários para garantir um fluxo efetivo e auditável:

a) Separação física e funcional entre áreas

- Área suja: recepção e pré-triagem de materiais usados.
- Área de limpeza e preparo: limpeza, inspeção e preparo/embalagem.
- Área limpa/estéril: saída do processamento, conferência, identificação e armazenamento.

Mesmo quando não houver separação por paredes, haverá separação funcional (bancadas, barreiras, sinalização, fluxo de pessoas e carrinhos).

b) Sentido único, contínuo e sem retorno

- O material usado entra por uma ponta do fluxo e o material estéril sai por outra ponta.
- Não existe “atalho”: material processado não retorna à área suja.
- Material que perdeu integridade (embalagem danificada, umidade, violação) não segue adiante.

c) Proibição de cruzamento de fluxos

É proibido cruzar material esterilizado com:

- material contaminado/sujo;
- resíduos (comum/infectante/perfurocortante);
- roupa suja;
- equipamentos de limpeza e carrinhos de higienização;
- rotas de retirada de lixo/roupa.

d) Controle rigoroso de acesso e comportamento

- Acesso restrito às áreas de preparo e armazenamento.
- Proibição de circulação desnecessária.
- Uso de EPI adequado em área suja e conduta adequada em área limpa.
- Não manipular material estéril com luvas contaminadas, jaleco sujo ou em bancada “mista”.

e) Integridade do material esterilizado

- Embalagem adequada, identificada e íntegra.
- Armazenamento em condições adequadas (limpo, seco, protegido).
- Transporte em recipientes/carrinhos exclusivos e limpos.

f) Rastreabilidade e evidência documental

- Registro mínimo do processamento e liberação.
- Controle de lotes/ciclos quando aplicável.
- Registro de não conformidade e ação corretiva.

g) Exequibilidade e padronização

- Protocolos simples, treináveis e mantidos.
- Checklists curtos para reduzir erro humano.
- Rotinas definidas por turno e por responsável.

3.4.3 Áreas Envolvidas no Fluxo de Materiais Esterilizados

A Solution Gestão Pública estrutura as áreas envolvidas de acordo com o desenho físico existente, mas mantendo sempre o conceito de segregação e barreiras. A seguir, o modelo de áreas com requisitos mínimos e controles.

3.4.3.1 Área de recepção de materiais usados (Área Suja)

Finalidade: receber materiais após uso e iniciar segregação segura.

Requisitos operacionais mínimos:

- Local identificado como “Área Suja / Recepção de Materiais Usados”.
- Bancada de apoio para triagem inicial (não compartilhada com material limpo).
- Recipientes fechados para transporte interno (evitar material “exposto”).
- EPIs disponíveis e obrigatórios para manuseio.
- Pia e insumos para higiene de mãos e limpeza de superfície.

Controles:

- Registro de entrada (quando aplicável), ao menos por lote/turno.
- Proibição de permanência de materiais por tempo acima do definido em rotina (evitar acúmulo).

3.4.3.2 Área de limpeza e preparo

Finalidade: executar limpeza, enxágue, secagem, inspeção, montagem e embalagem.

Requisitos operacionais mínimos:

- Bancadas separadas por etapa (sujo → limpo).
- Materiais de limpeza e escovação adequados; rotina de troca de soluções.

- Ponto de secagem e inspeção.
- Iluminação adequada para inspeção visual.

Controles:

- Checklist de limpeza e inspeção.
- Critérios de rejeição (instrumento danificado, sujeira persistente, corrosão).

3.4.3.3 Área de esterilização/processamento (quando aplicável)

Em UPAs, nem sempre existe esterilização completa interna. A Solution trabalha com 2 cenários exequíveis:

Cenário A – Processamento interno (quando estrutura permitir):

- Esterilização por método definido, com monitoramento e registros do ciclo.
- Liberação após checagens.

Cenário B – Processamento externo/centralizado (quando aplicável):

- Material segue após limpeza/preparo para processamento externo, retornando como estéril.
- Ainda assim, o fluxo interno precisa ser unidirecional e sem cruzamento.

3.4.3.4 Área limpa / área estéril (pós-processamento)

Finalidade: receber material processado, conferir integridade, identificar e armazenar.

Requisitos mínimos:

- Acesso restrito e sinalizado.
- Bancada exclusiva para conferência e rotulagem.
- Proibição de entrada de material sujo.

Controles:

- Registro de liberação (lote/ciclo/quantidade).
- Critérios de quarentena (material úmido, embalagem violada, dúvida de processamento).

3.4.3.5 Área de armazenamento de materiais esterilizados

Finalidade: manter material protegido até a distribuição.

Requisitos mínimos:

- Armários/prateleiras limpas, íntegras e organizadas.

- Distância do piso e afastamento de áreas de umidade e fontes de contaminação.

- Controle de validade/rotatividade (primeiro que vence, primeiro que sai).

Controles:

- Inventário rotativo por categoria.
- Controle de acesso (chave/perfil).

3.4.3.6 Áreas assistenciais de destino

Finalidade: utilização segura do material no cuidado ao paciente.

Requisitos mínimos:

- Locais de guarda satélite (kits) apenas se controlados e limpos.
- Proibição de “estoque informal” em gavetas sem controle.

Controles:

- Reposição por demanda e conferência de validade/integridade antes do uso.

3.4.4 Descrição do Fluxo Unidirecional dos Materiais Esterilizados

A seguir, descreve-se o fluxo passo a passo, incluindo rotinas práticas, barreiras e checagens. A expressão chave aqui é fluxo contínuo **e sem retorno**.

Etapa 1 – Coleta imediata após uso (nas áreas assistenciais)

O que acontece: após o procedimento, o profissional responsável separa o material usado de forma segura.

Como fazer (padrão operacional):

- Remover resíduos visíveis grosseiros conforme rotina (sem “lavar” na pia da assistência).
- Acondicionar em recipiente fechado e identificado como “material usado”.
- Perfurocortantes descartados em coletor próprio (não entram no fluxo de processamento).

Barreiras:

- Não transportar material solto na mão/carrinho de medicação.
- Não deixar material usado em bancada de procedimento por tempo prolongado.

Etapa 2 – Transporte do material usado por rota exclusiva até a área suja

O que acontece: o material usado sai da assistência por rota definida para a área suja.

Como fazer:

- Usar carrinho/recipiente exclusivo para material contaminado.
- Rota definida evita cruzar com: área limpa, distribuição de material estéril, retirada de resíduos.

Controle:

- Rotas sinalizadas e informadas no treinamento de integração.
- Em horários de pico, prioridade para retirar material sujo para evitar acúmulo na assistência.

Etapa 3 – Recepção e triagem na área suja

O que acontece: conferência e separação por tipo.

Como fazer:

- Conferir quantidade e tipo (kit, instrumental, itens avulsos).
- Separar por criticidade (semicrítico/crítico), quando aplicável.
- Registrar entrada por lote/turno (mínimo: data/turno, setor de origem, tipo de material).

Barreiras:

- Proibido levar material estéril para essa área.
- Área suja não serve como “depósito” de itens limpos.

Etapa 4 – Limpeza (remoção de sujidade)

O que acontece: limpeza adequada do material é o que mais reduz falha de esterilização depois.

Como fazer (rotina simples e auditável):

- EPIs obrigatórios.
- Limpeza manual com escovação e detergente adequado conforme POP.
- Enxágue completo e secagem.
- Materiais com lúmens/canais: atenção especial (passagem de água/escova apropriada conforme POP).

Critérios de rejeição imediata:

- Sujidade persistente após limpeza → repetir processo.

- Dano estrutural (quebra, corrosão, desalinhamento) → retirar de uso e registrar ocorrência.

Etapas 5 – Inspeção, montagem e preparo

O que acontece: verificar se está limpo e íntegro, montar kits quando aplicável.

Como fazer:

- Inspeção visual sob boa iluminação.
- Montagem de kits padronizados (ex.: curativo, pequena sutura, procedimentos).
- Embalagem conforme padrão definido para manter integridade.

Controle:

- Checklist de preparo por kit (evita falta de item na hora do procedimento).
- Registro de kit montado (data, responsável).

Etapas 6 – Processamento/Esterilização (conforme aplicável)

Cenário A – Processamento interno:

- Iniciar ciclo conforme método e POP.
- Monitorar parâmetros exigidos (tempo/temperatura/indicadores conforme rotina).
- Registrar ciclo e liberar somente após checagens.

Cenário B – Processamento externo:

- Material segue em recipiente fechado, identificado, por rota definida de saída.
- Retorno do material esterilizado ocorre por rota de entrada específica para área limpa/estéril, sem passar pela área suja.

Etapas 7 – Conferência pós-processamento e liberação

O que acontece: checar integridade e liberar para armazenamento.

Como fazer:

- Conferir embalagem: seca, íntegra, sem violação.
- Conferir identificação: data, lote/ciclo (quando aplicável), responsável.
- Se houver dúvida → colocar em quarentena e reprocessar conforme decisão técnica.

Controle:

- Registro de liberação (lote/quantidade/tipo) e assinatura do responsável.

Etapa 8 – Armazenamento em área limpa/estéril

O que acontece: guardar de forma organizada para manter integridade.

Como fazer:

- Organizar por tipo, uso e validade.
- Aplicar regra de rotatividade (primeiro que vence, primeiro que sai).
- Evitar compressão excessiva que rasgue embalagem.

Controle:

- Inventário rotativo por categoria e inspeção semanal de integridade.

Etapa 9 – Distribuição por rota exclusiva para as áreas assistenciais

O que acontece: o material estéril sai do armazenamento para a assistência.

Como fazer:

- Carrinho/caixa exclusiva para material estéril (limpo e identificado).
- Rota não cruza com material sujo, resíduos ou roupa suja.
- Entrega com conferência (tipo/quantidade) e registro de saída, quando aplicável.

Etapa 10 – Uso na assistência com conferência antes do procedimento

O que acontece: a enfermagem confere antes de usar.

Como fazer:

- Conferir integridade da embalagem e validade.
- Se houver violação/umidade → não usar, registrar e devolver para reprocessamento.

Controle:

- Registro de não conformidade de material (quando ocorrer).

3.4.5 Controle de Circulação e Prevenção de Cruzamentos

A Solution implementa barreiras claras:

a) Rotas definidas e sinalizadas

- Rota suja: assistência → área suja → limpeza/preparo.
- Rota limpa: área limpa/estéril → armazenamento → assistência.
- Rotas não se cruzam. Quando o corredor é o mesmo, aplica-se controle por janela (horários), sentido de deslocamento e prioridade com barreira de carrinhos e sinalização.

b) Carrinhos e recipientes exclusivos

- Carrinho/ recipiente exclusivo para material contaminado (nunca usado para estéril).
- Carrinho/ recipiente exclusivo para material estéril (nunca entra na área suja).
- Rotina de limpeza do carrinho ao final do turno (registro simples).

c) Barreiras comportamentais e de acesso

- Profissional que manipulou material sujo não manipula material estéril sem higiene e troca de EPI.
- Área limpa/estéril com acesso restrito: “entra quem precisa”.
- Proibição de estoque informal em áreas sujas ou de passagem.

d) Proibição de cruzamento com fluxos críticos

Não pode cruzar com:

- retirada de resíduos;
- rota de roupa suja;
- carrinhos de limpeza/higienização;
- transporte de materiais contaminados.

e) Gestão de risco e contingência

Em situações de pico (alta demanda), a Solution aplica:

- reforço de coleta de sujo (para não acumular na assistência);
- reforço de distribuição de estéril em horários programados;
- priorização de kits essenciais (ex.: sutura/curativo) com reposição rápida.

3.4.6 Armazenamento e Conservação dos Materiais Esterilizados

Armazenamento não é “guardar em armário”; é manter condição de uso.

a) Condições do ambiente

- Local limpo, seco, arejado e organizado, protegido de poeira e umidade.
- Sem proximidade com pia, área de limpeza, expurgo, resíduos ou roupa suja.
- Prateleiras/armários íntegros, fáceis de higienizar.

b) Organização por tipo e uso

- Separar por categorias: kits de curativo, kits de procedimento, itens avulsos.
- Definir locais fixos (endereçamento simples) para reduzir erro e perda de tempo.

c) Controle de acesso

- Acesso restrito a equipe designada (normalmente enfermagem/apoio).
- Registro de retirada quando aplicável (especialmente para itens críticos).

d) Validade, integridade e rotatividade

- Regra prática: primeiro que vence, primeiro que sai.
- Inspeção periódica: embalagem intacta, sem umidade, sem violação.
- Material com embalagem comprometida → reprocessar e registrar ocorrência.

e) Transporte interno preservando integridade

- Carrinho exclusivo para estéril.
- Nada de transportar com caixas abertas “no meio” de outros materiais.
- Evitar empilhamento que rasgue embalagem.

3.4.7 Responsabilidades da Equipe Envolvida

A Solution trabalha com responsabilização objetiva:

a) Equipe assistencial (enfermagem e apoio)

- Acondicionar corretamente o material após uso.
- Garantir que material usado siga para rota suja.
- Conferir integridade/validade antes do uso.
- Registrar não conformidade quando houver.

b) Profissionais responsáveis pela limpeza e preparo

- Receber, triar e processar conforme POP.
- Executar limpeza, secagem, inspeção e montagem.
- Identificar e encaminhar corretamente para processamento/armazenamento.

- Registrar lotes/turnos e intercorrências.

c) Profissionais responsáveis pela distribuição

- Transportar material estéril por rota exclusiva.
- Evitar cruzamentos e garantir entrega correta.
- Registrar saída quando aplicável.

d) Supervisão técnica (enfermagem responsável/coordenação)

- Garantir que POPs estejam vigentes e seguidos.
- Treinar equipe e reciclar rotinas.
- Monitorar conformidade e agir sobre falhas.

e) CCIH/Qualidade

- Orientar tecnicamente o processo e revisar indicadores.
- Apoiar auditorias e planos de ação.
- Integrar achados com segurança do paciente.

f) Direção/gestão da unidade (Solution)

- Garantir estrutura mínima, rotas e barreiras funcionais.
- Validar relatórios e assegurar prontidão para fiscalização.
- Coordenar ações corretivas quando houver quebra de fluxo.

3.4.8 Registros e Rastreabilidade do Processo

Sem registro, não existe rastreabilidade. A Solution implementa um conjunto simples e eficiente de evidências:

a) Registro de entrada de material usado (por lote/turno)

Campos mínimos:

- data/turno; setor de origem; tipo/kit; quantidade; responsável pelo recebimento; observações (danos, falta).

b) Registro de processamento/limpeza e preparo

Campos mínimos:

- data; tipo de material; responsável; confirmação de limpeza/inspeção; ocorrência (se houver); destino (processamento interno/externo).

c) Registro de ciclo/lote de esterilização (quando aplicável)

Campos mínimos:

- data; ciclo/lote; tipo de carga; responsável; indicadores/checagens conforme POP; liberação ou reprovação.

d) Registro de liberação e armazenamento

Campos mínimos:

- data; material; quantidade; validade; responsável; condição da embalagem.

e) Registro de saída/distribuição

Campos mínimos:

- data; destino (setor); material/kit; quantidade; responsável.

f) Registro de não conformidade

Exemplos de motivo:

- embalagem violada; material úmido; suspeita de contaminação; erro de rota; carrinho inadequado; falta de identificação.

Regra: toda não conformidade gera ação imediata (reprocessar, retirar de uso, corrigir rota) e registro para auditoria.

3.4.9 Monitoramento e Avaliação do Fluxo

Fluxo sem monitoramento vira “cartaz na parede”. A Solution executa gestão ativa com rotinas objetivas:

a) Rondas sanitárias e checklists

- Checklist semanal (ou conforme rotina) verificando:
 - separação de carrinhos (sujo x estéril);
 - integridade do armazenamento;
 - ausência de material estéril em área suja;
 - sinalização e rotas respeitadas;
 - registros preenchidos.

b) Auditoria por amostragem

- Revisão de registros (entrada/processamento/liberação/saída) por amostragem quinzenal ou mensal.

- Identificação de falhas recorrentes (ex.: falta de identificação, ausência de registro de saída).

c) Indicadores operacionais simples

Exemplos práticos:

- % de materiais reprocessados por falha de embalagem;
- nº de não conformidades por mês (quebra de fluxo, cruzamento, falha de registro);
- tempo médio entre coleta e disponibilidade do material (quando aplicável);
- conformidade de armazenamento (inspeções sem achados).

d) Ações corretivas imediatas

Quando ocorrer falha crítica (cruzamento ou suspeita de contaminação):

- retirar material de uso;
- reprocessar;
- registrar ocorrência;
- reforçar orientação e ajustar rota/conduta.

e) Revisão de rotinas

- Atualização de POP quando houver mudança física, mudança de equipe ou falha recorrente.
- Treinamento de reciclagem direcionado (curto e prático).

f) Integração com CCIH

- Achados do fluxo entram como pauta de CCIH/qualidade.
- Quando aplicável, correlacionar achados com eventos assistenciais e reforçar prevenção.

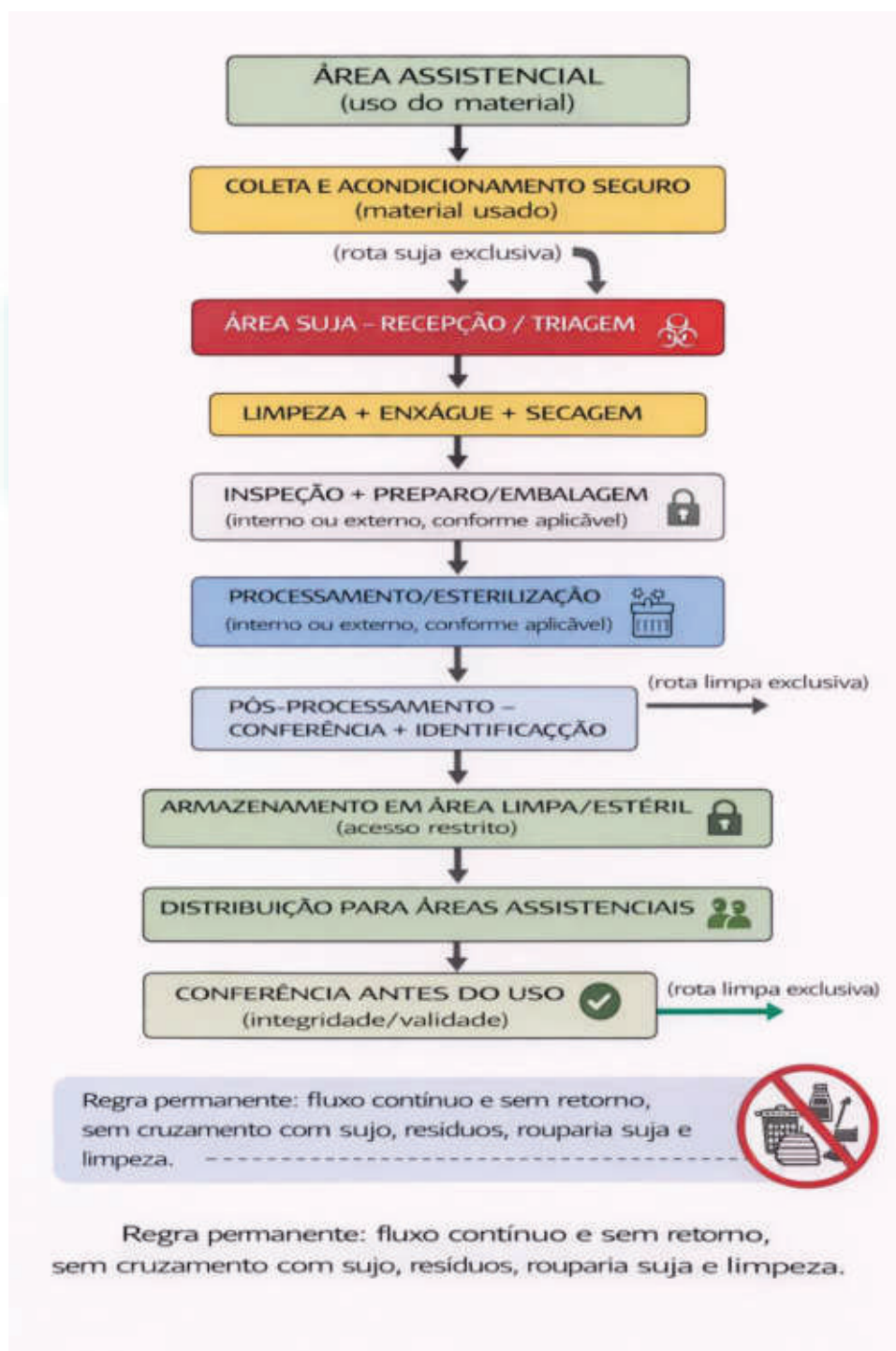
3.4.10 Integração com a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial

O fluxo unidirecional de materiais esterilizados integra diretamente o conjunto de ações voltadas à segurança do paciente, à prevenção de infecções relacionadas à assistência e à qualidade assistencial. Na prática, este fluxo:

- reduz risco de contaminação cruzada em procedimentos;
- melhora previsibilidade e disponibilidade de kits e materiais;

- reforça cultura de processo (cada etapa tem responsável e registro);
- fortalece auditoria e fiscalização, com evidências do controle sanitário;
- se integra aos treinamentos obrigatórios, às comissões internas e à gestão de risco.

A Solution Gestão Pública implementará esse fluxo como rotina viva da unidade, com barreiras funcionais claras, registros suficientes para rastreabilidade e monitoramento contínuo, garantindo exequibilidade real e aderência às boas práticas sanitárias.



3.5 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde

O fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde é parte do controle sanitário e ambiental da unidade e precisa funcionar de forma previsível no dia a dia, sem imprevistos. Em uma unidade de urgência e emergência, resíduos são gerados continuamente nas áreas assistenciais e de apoio. Quando o fluxo é mal desenhado, surgem riscos típicos: cruzamento com pacientes, passagem por área limpa, ruptura de saco, perfurocortante fora do coletor, armazenamento irregular e falhas de rastreabilidade.

A Solution Gestão Pública, com base em boas práticas e no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), implantará um fluxo contínuo, unidirecional e sem cruzamento, com segregação na origem, rotas exclusivas, horários programados, acondicionamento padronizado, abrigo de resíduos controlado e registros auditáveis, assegurando segurança do paciente, proteção do trabalhador e conformidade sanitária e ambiental, conforme exigido na contratação.

3.5.1 Objetivo do Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde

O fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde tem como finalidade assegurar o manejo seguro, organizado e sanitariamente adequado dos resíduos gerados na unidade, prevenindo riscos à saúde dos usuários, profissionais e ao meio ambiente, por meio da segregação na origem e da circulação em sentido único, sem cruzamento com fluxos limpos ou assistenciais.

Na prática, o objetivo do fluxo é garantir que:

- o resíduo seja separado no ponto onde nasce, sem “retriagem” depois;
- cada resíduo seja acondicionado em recipiente correto e identificado;
- a coleta interna ocorra em rota exclusiva, com carrinho exclusivo e EPI obrigatório;
- o resíduo siga para armazenamento temporário em local específico, restrito e sinalizado;
- a coleta externa e destinação final ocorram com documentação e rastreabilidade;
- qualquer falha (mistura, saco rompido, perfurocortante fora do coletor, cruzamento) gere ação corretiva imediata e registro.

3.5.2 Princípios Técnicos e Sanitários do Fluxo

A Solution Gestão Pública adotará princípios operacionais simples e eficazes, que evitam falhas comuns:

1. **Segregação na origem (ponto de geração)**

O resíduo é separado onde foi gerado (sala de medicação, consultório, sala de procedimento, observação, expurgo/apoio, ambulância, etc.). Não se “conserta” segregação errada no abrigo.

2. **Sentido único e sem retorno**

O resíduo sai do ponto de geração → passa pela rota de coleta interna → entra no armazenamento temporário → aguarda coleta externa → sai da unidade. Sem retorno às áreas assistenciais.

3. **Proibição de cruzamento com fluxos limpos e assistenciais**

O fluxo de resíduos **não cruza** com:

- circulação de pacientes e acompanhantes;
- distribuição de materiais esterilizados/limpos;
- rota de medicamentos e almoxarifado;
- fluxo de alimentação (cozinha, copa, carrinhos de dieta);
- rouparia limpa e material de hotelaria limpo.

4. **Rotas exclusivas e horários programados**

A coleta interna ocorre por rotas definidas e, quando necessário, em janelas de horário com menor circulação, reduzindo risco de contato com usuários.

5. **Recipientes e carrinhos exclusivos, íntegros e higienizáveis**

Carrinho de resíduo não transporta material limpo. Ponto.

6. **Proteção da equipe (biossegurança do trabalho)**

EPI obrigatório, treinamento, conduta em acidente e registro de ocorrência.

7. **Conformidade com o PGRSS e prontidão para fiscalização**

O fluxo operacional implementa o que está escrito no PGRSS, garantindo rastreabilidade e documentação de coleta/destinação, conforme exigido para gerenciamento adequado dos resíduos na contratação.

3.5.3 Classificação e Segregação dos Resíduos (visão operacional, sem “aula teórica”)

A unidade trabalhará com classificação prática, ligada ao que a equipe faz na rotina. O foco aqui é: o que vai em qual recipiente, como identificar e como evitar mistura.

a) Resíduos comuns

O que entra: papel toalha não contaminado, embalagens limpas, resíduos de escritório, restos de varrição não contaminados, materiais de copa sem contaminação biológica.

Regra simples: comum é comum quando não há sangue, secreção, fluido corporal, perfurocortante ou químico.

b) Resíduos infectantes

O que entra: gaze com sangue, compressas, materiais contaminados com secreções, descartáveis de procedimentos com contaminação evidente, itens de isolamento quando aplicável, sobras de material com presença de sangue/fluido.

Regra simples: se tem potencial biológico relevante, não vai no comum.

c) Resíduos perfurocortantes

O que entra: agulhas, lâminas, ampolas quebradas, escalpes, lancetas, qualquer material que perfure ou corte.

Regra de ouro: perfurocortante **não vai em saco**, vai em **coletor rígido**. Nunca reencapar agulha, nunca “empurrar” com a mão.

d) Resíduos químicos (quando aplicável)

O que entra: itens contaminados com substâncias químicas, resíduos de saneantes/soluções específicas quando aplicável, materiais que não podem ir como infectante/comum.

Regra simples: químico é tratado como químico quando o risco é químico (não “misturar” com infectante para sumir com o problema).

Como a segregação acontece na prática

- A segregação é **imediata** (no momento do descarte).
- Cada área terá **kits de descarte**: lixeira de comum, lixeira de infectante e coletor de perfurocortante (onde houver procedimento).
- Os recipientes serão **identificados e exclusivos** (evita “lixeira genérica”).
- Quando o saco atingir limite seguro (sem compactar), ele é fechado e segue para a coleta interna.

Erros críticos que o fluxo impede

- misturar comum com infectante (aumenta risco e bagunça rastreabilidade);
- perfurocortante em saco (causa acidente);
- resíduos circulando em corredor assistencial durante atendimento;
- armazenamento temporário em local improvisado (banheiro, expurgo, corredor).

3.5.4 Descrição do Fluxo Unidirecional dos Resíduos (núcleo do ponto)

A seguir, o fluxo passo a passo, com rotina e responsabilidades. A expressão padrão é: **fluxo contínuo, unidirecional e sem cruzamento**.

1) Geração do resíduo nas áreas assistenciais e de apoio

Onde gera: recepção, triagem, consultórios, sala de procedimento, medicação, observação, sala de emergência, expurgo/apoio, áreas administrativas e copa.

Quem gera: toda equipe (assistencial e apoio).

Regra: quem gerou, descarta corretamente no ponto de geração.

2) Segregação imediata no ponto de geração

- Comum → lixeira comum.
- Infectante → lixeira infectante.
- Perfurocortante → coletor rígido.
- Químico → recipiente específico, quando aplicável.

Barreira de segurança: jamais transferir resíduo de uma lixeira para outra “para corrigir depois”.

3) Acondicionamento adequado em recipientes identificados

- Saco adequado e identificado para infectante (sem compactar).
- Coletor de perfurocortante no limite seguro (sem ultrapassar marca).
- Lixeira com tampa e acionamento que reduza contato (quando aplicável).
- Fechamento correto do saco e identificação quando a rotina exigir (setor/turno).

4) Coleta interna realizada por equipe treinada

Quem faz: equipe de limpeza/apoio designada e treinada.

Quando faz: em horários programados + coleta extra quando houver pico.

Como faz:

- EPI completo.
- Coleta por setor, seguindo ordem do mapa (evita “pular” e cruzar rota).
- Conferência visual: saco íntegro, sem vazamento, sem perfurocortante indevido.
- Se houver não conformidade, aplicar protocolo (ver item 3.5.7 e 3.5.9).

5) Transporte por rota exclusiva de resíduos

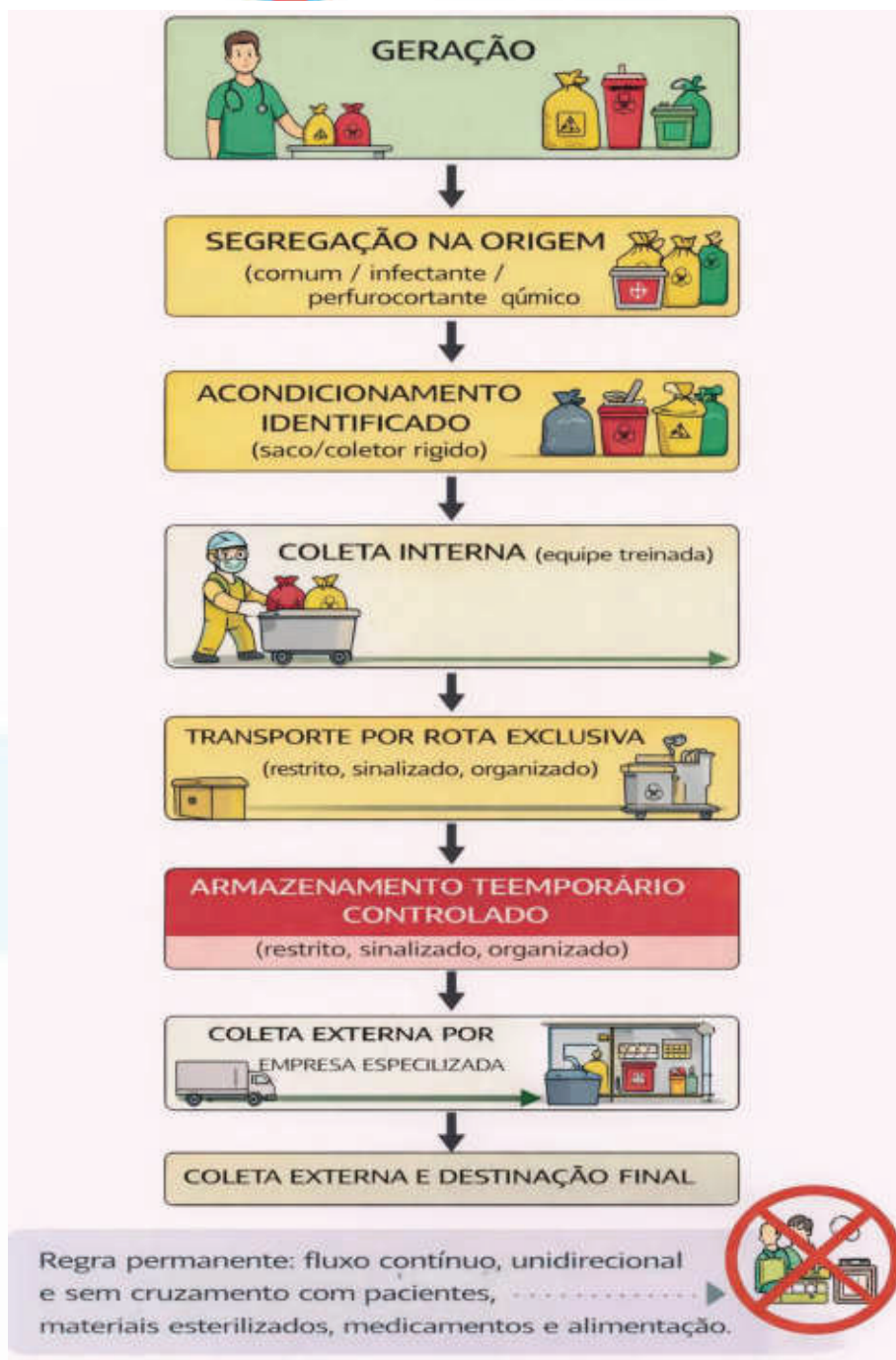
- Carrinho exclusivo e identificado “RESÍDUOS”.
- Carrinho higienizável, com contenção (evita saco arrastar no chão).
- **Rota exclusiva** (corredores/portas definidos) e, quando necessário, janelas de horário.
- Proibição de parada em área de pacientes.

6) Armazenamento temporário em local específico e controlado

- Entrada no abrigo/sala de resíduos.
- Organização por tipo (comum, infectante, perfurocortante e químico quando houver).
- Controle de tempo (não deixar “acumular” além do permitido pela rotina e condições locais).
- Restrição de acesso e sinalização.

7) Coleta externa por empresa especializada, conforme contrato

- A empresa coleta no abrigo de resíduos, com registro e documentação.
- A unidade arquiva comprovantes e mantém dossiê para fiscalização e auditoria.



3.5.5 Rotas de Circulação e Prevenção de Cruzamentos

A Solution trabalha com “mapa de rota” e barreiras simples.

a) Rotas previamente definidas

A unidade terá rotas definidas para:

- coleta interna de resíduos (rota suja);
- distribuição de materiais limpos/esterilizados (rota limpa);

- roupa suja e roupa limpa (quando aplicável);
- alimentação (copa/cozinha e carrinho de dieta).

O fluxo de resíduos usa rota própria e não entra em rotas limpas.

b) Janelas de horário

Para reduzir cruzamento com usuários:

- a coleta interna ocorre em janelas programadas (ex.: início de turno, meio do turno, final de turno) e reforço sob demanda;
- em horários de pico assistencial, a coleta se limita a pontos críticos e segue rota curta até o abrigo.

c) Carrinhos e recipientes exclusivos

- Carrinho de resíduo não carrega roupa suja, não carrega material de limpeza, não carrega material limpo.
- O carrinho é higienizado ao final do turno (registro simples de higienização).

d) Regras de circulação (o que é proibido)

- Proibido transportar saco de resíduo “na mão” em corredor assistencial.
- Proibido circular com resíduo em áreas assistenciais em uso (sala de procedimento em atendimento, sala de observação com pacientes em leito).
- Proibido cruzar com:
 - materiais esterilizados / kits limpos;
 - medicamentos (farmácia/dispensação);
 - alimentos (copa/cozinha);
 - roupa limpa.

e) Medidas de contingência

Quando houver fluxo intenso (ex.: múltiplos atendimentos críticos):

- priorizar retirada de resíduos perfurocortantes e infectantes das salas de procedimento;
- recolher em rota direta, com mínima exposição;
- reforçar equipe e tempo de coleta se necessário.

3.5.6 Armazenamento Temporário dos Resíduos

O armazenamento temporário não é “canto do fundo”. É um ponto de controle sanitário.

a) Local exclusivo, sinalizado e restrito

O abrigo/sala de resíduos deve:

- ser exclusivo para resíduos;
- ser sinalizado (acesso restrito);
- ter ventilação e condições que permitam higienização;
- ter superfície lavável e possibilidade de limpeza rotineira;
- possuir organização interna por classificação (setores/áreas demarcadas).

b) Organização por classificação

Dentro do abrigo:

- comum em área delimitada;
- infectante em área delimitada;
- perfurocortante em área delimitada e estável (sem risco de queda);
- químico (quando aplicável) em área segregada e identificada.

c) Controle de tempo

- A permanência é controlada por rotina (coleta externa programada e reforço quando necessário).
- Em períodos de aumento de demanda, a unidade aciona reforço de coleta externa conforme disponibilidade contratual e necessidade operacional, sempre mantendo o controle e a segurança.

d) Controle de acesso

- acesso apenas para equipe autorizada (limpeza/apoio, coordenação e equipe de coleta externa);
- registro de ocorrências no abrigo (saco rompido, vazamento, presença de resíduo em área errada).

e) Higienização do abrigo

- rotina de limpeza do abrigo com registro (diário ou conforme fluxo);
- limpeza imediata em caso de vazamento/rompimento;

- insumos de contenção e limpeza disponíveis (kit de derramamento quando aplicável).

3.5.7 Segurança da Equipe Envolvida

A Solution trabalha com regra simples: segurança do trabalhador é parte do fluxo.

a) EPIs obrigatórios

Para coleta interna e manejo no abrigo:

- luvas adequadas;
- avental impermeável quando houver risco de contato com fluido;
- máscara quando aplicável;
- calçado fechado;
- proteção ocular/facial quando houver risco de respingo.

b) Treinamento específico

Treinamento inicial e reciclagens (curtos e práticos) cobrindo:

- segregação correta e erros críticos;
- manuseio de perfurocortantes;
- fechamento e transporte de sacos sem compactar;
- conduta em vazamento/rompimento;
- fluxo e rotas (o que pode e o que não pode);
- registro de não conformidade.

c) Procedimentos padronizados

- POP de coleta interna;
- POP de manejo de perfurocortante;
- POP de limpeza do carrinho e do abrigo;
- POP de conduta em acidente.

d) Conduta em caso de acidentes

Exemplos de ocorrência:

- perfuração/corte;
- respingo em mucosa;

- rompimento de saco com contato potencial.

Conduta operacional:

1. interromper atividade e garantir segurança do local;
2. higiene imediata conforme protocolo;
3. comunicar liderança e registrar ocorrência;
4. encaminhar avaliação ocupacional conforme rotina do serviço;
5. abrir não conformidade para identificar causa e corrigir (ex.: coletor cheio, saco inadequado, falha de segregação).

e) Registro de ocorrências e não conformidades

Todo acidente ou quase-acidente vira:

- registro de ocorrência;
- análise de causa (rápida e objetiva);
- ação corretiva (ex.: reposicionar coletor, reforçar treinamento, mudar rota).

3.5.8 Registros, Controle e Rastreabilidade

A Solution Gestão Pública manterá registros mínimos, suficientes e auditáveis, evitando burocracia excessiva, mas garantindo rastreabilidade.

a) Registro das coletas internas

Livro/planilha simples por turno, com:

- data e turno;
- setores coletados;
- tipo de resíduo (comum/infectante/perfurocortante/químico);
- condição (sem intercorrência / com intercorrência);
- responsável pela coleta.

b) Registro do abrigo (entrada e organização)

- registro de entrada no abrigo (por lote/turno);
- registro de intercorrências (saco rompido, descarte inadequado, mistura).

c) Registro da coleta externa

- data/hora da coleta;

- identificação do coletor externo (empresa/conductor quando aplicável);
- tipos de resíduos coletados;
- comprovante/documento de coleta e destinação.

d) Controle de volumes gerados

- apuração periódica (semanal/mensal) por tipo de resíduo;
- correlação com produção assistencial (picos de atendimento geram mais infectante/perfurocortante);
- uso do dado para ajustar frequência de coleta e reforçar segregação.

e) Documentação de destinação final

Manter dossiê com:

- manifestos/relatórios/documentos de destinação emitidos pela empresa responsável;
- evidências exigidas por normas e por fiscalização, organizadas e fáceis de localizar.

f) Disponibilidade para fiscalização e auditoria

- pasta física/digital com registros do mês (coleta interna, abrigo, coleta externa, não conformidades e ações corretivas);
- prontidão para apresentar evidências sem “caçar papel” no dia da visita.

3.5.9 Monitoramento, Avaliação e Ações Corretivas

A Solution implanta gestão ativa, com checagens curtas e recorrentes.

a) Monitoramento contínuo

Rotinas:

- ronda diária rápida nos pontos críticos (sala de procedimento, medicação, expurgo/apoio);
- verificação de coletores de perfurocortante (nível seguro);
- verificação de lixeiras infectantes (troca antes de estourar).

b) Avaliação de conformidade com o PGRSS

- checagens programadas (semanal/mensal) conforme PGRSS;
- validação se segregação está correta e se rotas não estão sendo descumpridas.

c) Identificação de falhas (tipos mais comuns)

- perfurocortante fora do coletor;
- saco infectante em lixeira comum ou vice-versa;
- saco sem fechamento correto;
- transporte manual em corredor;
- abrigo desorganizado/misturado;
- carrinho sem higienização.

d) Ações corretivas imediatas

Exemplos práticos:

- achou perfurocortante indevido → interrompe, recolhe com segurança, registra e orienta equipe do setor.
- saco rompido → contenção imediata, limpeza do local, registro e revisão da forma de acondicionamento.
- cruzamento de rota → ajustar janela de horário, reforçar sinalização e reorientar equipe.

e) Revisão periódica das rotinas

- ajustar frequência de coleta interna quando houver aumento de demanda;
- reposicionar lixeiras e coletores para facilitar descarte correto (reduz erro);
- reforçar treinamento direcionado em setores que mais erram;
- atualizar POP/fluxo quando houver mudança física/operacional.

Indicadores simples (para colocar no capítulo)

- nº de não conformidades por mês (segregação/rota/abrigo);
- nº de acidentes com perfurocortante (e análise de causa);
- % de setores em conformidade nas rondas (checklist);
- frequência de coleta interna cumprida vs planejada.

3.5.10 Integração com Segurança do Paciente, Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente

O fluxo unidirecional de resíduos integra três frentes de gestão que a banca valoriza:

1. Segurança do paciente

- reduz risco de contaminação cruzada e presença de resíduos em área assistencial;
- evita perfurocortante exposto e eventos adversos ambientais no cuidado.

2. Saúde do trabalhador

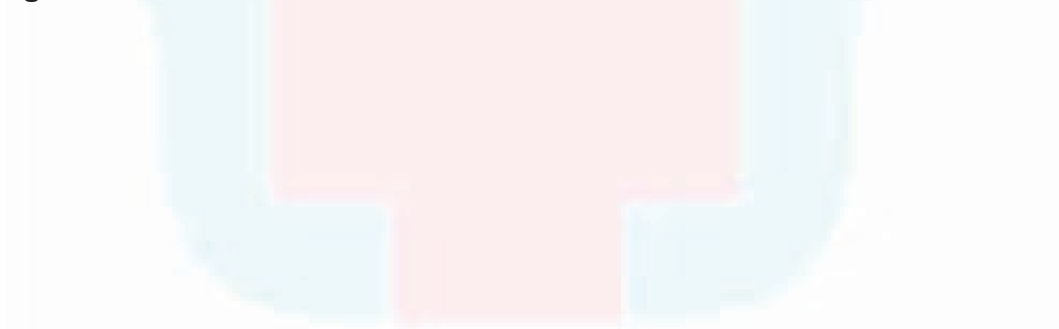
- reduz acidentes ocupacionais (especialmente perfurocortantes);
- padroniza EPI e conduta segura;
- fortalece cultura de notificação e ação corretiva.

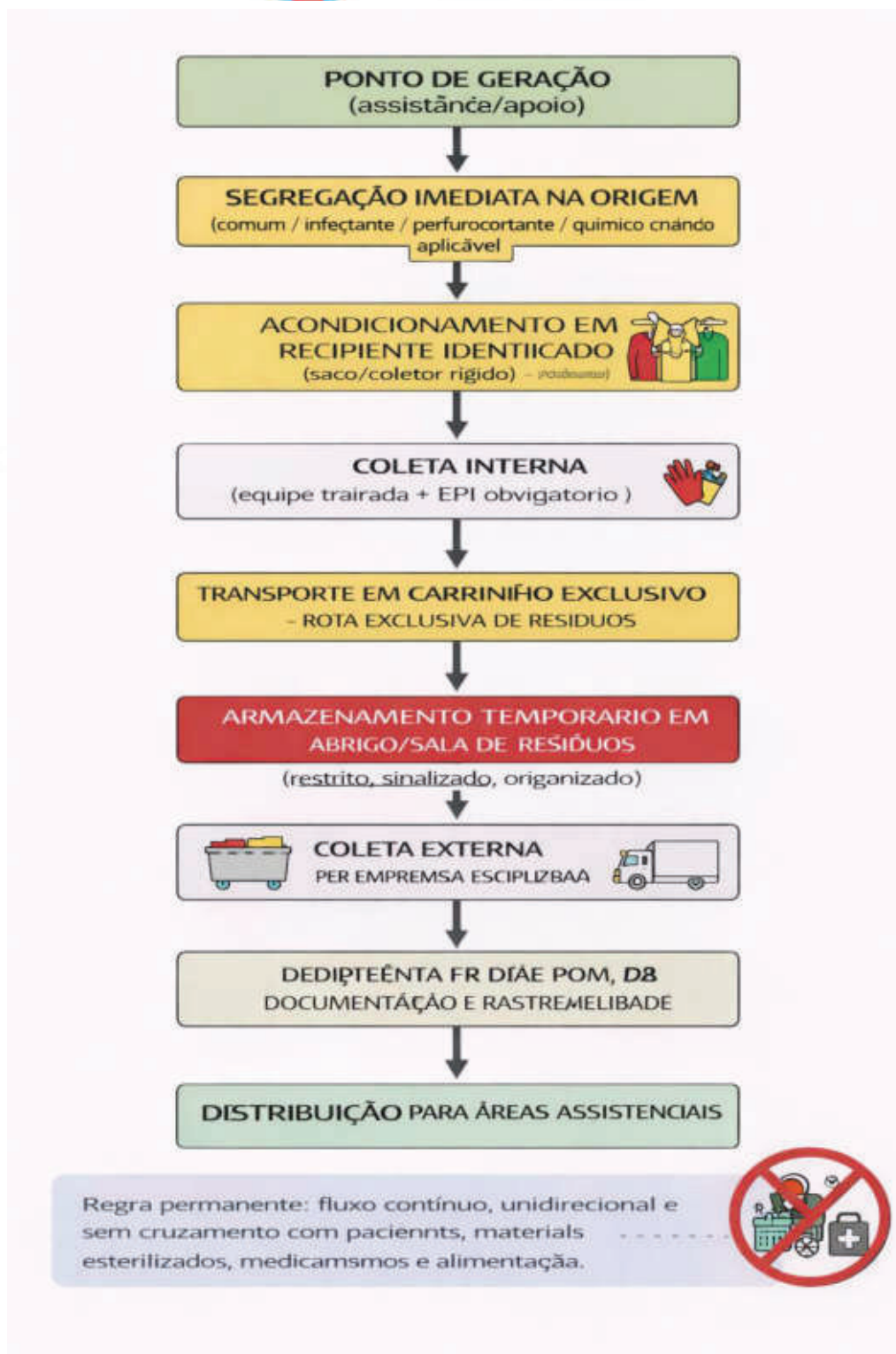
3. Responsabilidade ambiental e conformidade

- garante gerenciamento e destinação adequada conforme PGRSS e exigências de fiscalização;
- mantém rastreabilidade e documentação organizada, evitando risco institucional.

A Solution Gestão Pública operará esse fluxo como rotina estruturante da unidade, com segregação na origem, rotas exclusivas, abrigo controlado, registros auditáveis e monitoramento contínuo, alinhada ao PGRSS exigido e às obrigações ambientais e sanitárias do contrato.

Fluxograma





INSTRUMENTOS DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS)

1. Objetivo

Estabelecer procedimentos operacionais padronizados (POPs) e instrumentos de registro para assegurar o gerenciamento seguro, organizado e rastreável dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), desde a segregação na origem até o armazenamento temporário e coleta externa, garantindo fluxo unidirecional, controle de riscos e conformidade com o PGRSS.

2. Abrangência

Aplica-se a todos os setores da unidade, incluindo áreas assistenciais, apoio diagnóstico, farmácia/dispensação (quando houver), expurgo/apoio, higienização, áreas administrativas, copa/cozinha (quando houver) e áreas externas relacionadas ao abrigo/sala de resíduos.

3. Definições Operacionais (uso interno)

- RSS Comum: resíduos sem potencial de contaminação biológica relevante e sem risco químico/perfurocortante.
- RSS Infectante: resíduos com potencial biológico relevante (sangue, secreções e itens contaminados).
- Perfurocortante: resíduos que cortam/perfuram (agulhas, lâminas, ampolas quebradas, lancetas, escalpes).
- Químico (quando aplicável): resíduos que apresentam risco químico e requerem acondicionamento específico.
- Ponto de geração: local onde o resíduo é produzido (consultório, sala de procedimento, medicação, observação, etc.).
- Abrigo/Sala de Resíduos: local exclusivo para armazenamento temporário de RSS.
- Fluxo unidirecional: circulação em sentido único do resíduo (ponto de geração → coleta interna → abrigo → coleta externa), sem retorno e sem cruzamento com fluxos limpos.

4. Responsabilidades Gerais

- Direção/Coordenação (Solution Gestão Pública): garantir implantação, recursos operacionais, capacitações, auditorias internas, ações corretivas e disponibilidade documental.
- Enfermagem (responsável técnico/coordenação): garantir segregação correta nas áreas assistenciais, orientar equipe e comunicar não conformidades.
- Higienização/Equipe de coleta interna: executar coleta interna, transporte, higienização de carrinho e manutenção do abrigo conforme POPs.

- **Todos os colaboradores:** segregar corretamente no ponto de geração e notificar falhas/ocorrências imediatamente.
- **Empresa de coleta externa:** coletar e destinar conforme documentação e requisitos legais/contratuais.

SEGREGAÇÃO E ACONDICIONAMENTO POR SETOR (COM CHECKLIST POR AMBIENTE)

A.1 Objetivo

Padronizar a segregação imediata e o acondicionamento seguro de resíduos no ponto de geração, reduzindo riscos de contaminação, acidentes e mistura indevida de resíduos, assegurando rastreabilidade e fluxo unidirecional.

A.2 Materiais e Equipamentos Necessários

- Lixeiras com tampa e acionamento adequado (conforme estrutura do setor).
- Sacos para resíduos comuns e infectantes (conforme padronização institucional).
- Coletores rígidos para perfurocortantes (em todos os pontos com risco de perfuração/corte).
- Etiquetas/identificação (quando adotado pela unidade).
- Suporte de lixeira e suporte de coletor em altura adequada.
- EPIs mínimos para manuseio eventual: luvas, avental (quando aplicável), máscara e proteção ocular em caso de respingos.

A.3 Regras Operacionais Obrigatórias (todas as áreas)

1. Segregação imediata: o resíduo é descartado no recipiente correto no momento da geração.
2. Proibição de resegregação manual: não é permitido “abrir saco” e reclassificar resíduos após descarte.
3. Perfurocortante: obrigatoriamente em coletor rígido, sem reencapar agulhas e sem desconectar manualmente dispositivos perfurantes, quando não indicado.
4. Limite de enchimento:
 - saco: fechar quando atingir volume seguro sem compactar;
 - coletor perfurocortante: fechar ao atingir a marca de limite indicado no coletor.

5. Fechamento correto: saco fechado com amarração segura; coletor fechado conforme instrução do fabricante.
6. Integridade: saco rompido, vazamento, coletor danificado ou sem tampa = não conformidade (registrar e corrigir imediatamente).
7. Não cruzamento: saco/recipiente de resíduo não pode permanecer em bancada de preparo de medicação, bancada de procedimentos ou locais de circulação de pacientes.

A.4 Padrão de Descarte por Tipo de Resíduo (orientação prática)

- Comum: resíduos não contaminados e sem risco químico/perfurocortante.
- Infectante: materiais com contaminação biológica relevante (ex.: gaze com sangue, material descartável contaminado).
- Perfurocortante: agulhas, lâminas, ampolas quebradas, lancetas, escalpes e similares.
- Químico (quando aplicável): resíduos com risco químico definidos no PGRSS e nas fichas de segurança internas.

A.5 Checklist por Ambiente (preenchimento diário pelo responsável do setor ou por ronda)

Instrução: marcar **OK** / **NÃO OK** / **N/A** e registrar ação imediata quando “NÃO OK”.

A.5.1 Recepção / Triagem / Espera

- () Lixeira de comum disponível e identificada
- () Lixeira de infectante disponível (quando aplicável ao setor)
- () Não há saco de resíduo exposto em área de circulação
- () Não há descarte indevido (luvas com sangue em comum, por exemplo)
- () Sacos dentro do suporte, sem vazamento/rompimento
- () Coletor de perfurocortante presente quando houver procedimentos no setor (N/A se não)

A.5.2 Consultórios

- () Lixeira comum e infectante (conforme risco do consultório)
- () Coletor perfurocortante em local acessível e fixo
- () Coletor abaixo do limite de enchimento
- () Sacos fechados corretamente quando atingem volume seguro

- () Ausência de resíduos sobre bancada
- () Materiais perfurocortantes descartados imediatamente após uso

A.5.3 Sala de Procedimentos / Curativos / Pequena Cirurgia (quando houver)

- () Lixeira infectante junto ao campo de procedimento
- () Coletor perfurocortante próximo ao procedimento e fixo
- () Coletor abaixo do limite
- () Não há perfurocortante em saco
- () Sacos fechados e retirados no momento oportuno (sem acumular)
- () EPIs disponíveis para equipe

A.5.4 Sala de Medicação

- () Coletor perfurocortante acessível e fixo
- () Proibição de reencapar agulhas observada
- () Lixeira infectante disponível para material contaminado
- () Lixeira comum para materiais limpos
- () Bancadas livres de resíduos
- () Coletor abaixo do limite e com tampa íntegra

A.5.5 Sala de Emergência / Estabilização

- () Coletor perfurocortante acessível (preferência: um por leito/área)
- () Lixeira infectante disponível e funcional
- () Sacos sem vazamento e sem transbordo
- () Remoção de resíduos em intervalos menores devido ao alto giro
- () Materiais contaminados descartados imediatamente após uso

A.5.6 Observação / Internação de Curta Permanência (quando aplicável)

- () Pontos de descarte suficientes por área
- () Não há acúmulo de sacos no corredor
- () Lixeiras com tampa e em boas condições
- () Coletor perfurocortante em pontos estratégicos
- () Rotina de troca de sacos conforme volume

A.5.7 Expurgo / Apoio / Limpeza

- () Segregação reforçada por risco aumentado
- () Não há mistura de infectante com comum
- () Materiais perfurocortantes descartados somente no coletor rígido
- () Local organizado e sem saco no chão
- () Presença de kit de contenção (quando definido pela unidade)

A.5.8 Copa / Cozinha (quando houver)

- () Resíduo comum segregado e armazenado adequadamente
- () Proibição de resíduos infectantes na área
- () Não há trânsito de carrinho de resíduo infectante na área de alimentação
- () Lixeiras íntegras e higienizadas

A.5.9 Farmácia / Almoxarifado (quando houver)

- () Resíduos comuns segregados
- () Resíduos químicos (quando aplicável) em recipiente específico
- () Proibição de resíduo infectante na área de armazenamento de medicamentos
- () Bancadas e prateleiras livres de resíduos

COLETA INTERNA E HIGIENIZAÇÃO DO CARRINHO (POR TURNO)**B.1 Objetivo**

Padronizar a coleta interna de RSS, garantindo transporte por rota exclusiva, sem cruzamento com fluxos limpos/assistenciais, utilizando carrinho exclusivo e higienizado, com registro por turno.

B.2 Frequência e Janelas de Coleta

- Coletas programadas por turno (mínimo: início, meio e final do turno) e coleta adicional sob demanda.
- Prioridade para setores de maior geração: sala de procedimentos, medicação, emergência e expurgo/apoio.

B.3 EPIs Obrigatórios (coleta interna)

- Luvas resistentes adequadas

- Avental impermeável (quando risco de contato)
- Máscara (quando aplicável)
- Calçado fechado antiderrapante
- Proteção ocular/facial em caso de risco de respingo

B.4 Equipamentos e Materiais

- Carrinho exclusivo para resíduos, identificado e higienizável
- Suportes para sacos (evitar arraste)
- Kit de contenção de vazamento (quando definido)
- Solução e materiais para higienização do carrinho
- Sinalização móvel (quando necessário) para reduzir circulação próxima

B.5 Passo a Passo da Coleta Interna (por setor)

1. Preparação

- Vestir EPI completo.
- Verificar integridade do carrinho e presença de insumos.
- Conferir rota definida do turno.

2. Coleta no ponto de geração

- Verificar se os sacos estão corretamente fechados e dentro do suporte.
- Proibir compactação manual de sacos.
- Se identificar perfurocortante em saco: parar, aplicar POP 3.5-D e registrar não conformidade.

3. Remoção do saco/recipientes

- Retirar com cuidado, sem contato com o corpo.
- Colocar imediatamente no carrinho.
- Nunca apoiar saco no chão.

4. Transporte por rota exclusiva

- Seguir rota definida, evitando áreas de circulação de pacientes.
- Evitar cruzamento com: materiais esterilizados, medicamentos, alimentos e roupa limpa.

- Se ocorrer interrupção por emergência no corredor, aguardar em área segura definida (sem permanecer em sala assistencial).

5. Entrega no abrigo/sala de resíduos

- Organizar conforme classificação.
- Registrar entrada conforme formulário do abrigo.

B.6 Higienização do Carrinho (ao final de cada coleta e obrigatória ao final do turno)

1. Retirar resíduos remanescentes e conferir se não há vazamento.
2. Higienizar superfícies internas/externas do carrinho conforme rotina institucional.
3. Secar ou aguardar secagem em local próprio.
4. Registrar higienização no formulário de coleta interna (campo específico).
5. Se houver vazamento no carrinho: executar POP 3.5-D e registrar não conformidade.

B.7 Critérios de Aceitação / Não Conformidade (coleta)

Aceitável:

- saco íntegro, fechado corretamente, sem vazamento;
- coletor perfurocortante fechado quando atingir limite;
- carrinho higienizado e exclusivo.

Não conformidades típicas (registrar e corrigir):

- saco rompido ou vazamento;
- perfurocortante em saco;
- coletor perfurocortante acima do limite;
- carrinho utilizado para outra finalidade;
- transporte fora da rota definida;
- resíduos circulando em área assistencial em uso.

OPERAÇÃO DO ABRIGO/SALA DE RESÍDUOS (ROTINA DIÁRIA + SEMANAL)

C.1 Objetivo

Padronizar a operação do abrigo/sala de resíduos para armazenamento temporário seguro, segregado, organizado e rastreável, com controle de acesso, higiene e prontidão para coleta externa e fiscalização.

C.2 Requisitos Operacionais do Abrigo

- Área exclusiva, sinalizada e com acesso restrito
- Condições de ventilação e limpeza
- Superfícies laváveis e manutenção de integridade do ambiente
- Organização interna por tipo de resíduo (comum, infectante, perfurocortante e químico quando aplicável)
- Proibição de armazenamento de qualquer material limpo no abrigo

C.3 Acesso e Responsáveis

- Acesso permitido somente a: equipe de coleta interna, coordenação designada, e equipe de coleta externa autorizada.
- O responsável pelo abrigo no turno registra entradas/saídas e intercorrências.

C.4 Rotina Diária (padrão)

C.4.1 Recebimento de resíduos (cada entrada)

1. Conferir integridade dos sacos/recipientes.
2. Organizar conforme classificação em área demarcada.
3. Registrar entrada no **Registro do Abrigo** (data/hora, tipo, quantidade/volumes, origem/turno, responsável).
4. Em caso de irregularidade (rompimento, vazamento, mistura): aplicar POP 3.5-D e registrar não conformidade.

C.4.2 Organização e controle

- Manter corredores livres para circulação segura.
- Proibir sacos no chão fora de área definida.
- Manter coletores perfurocortantes em posição estável (sem risco de queda).
- Garantir separação clara entre classes de resíduos.

C.4.3 Higiênização diária

- Limpeza do piso e superfícies conforme rotina institucional.
- Em caso de derramamento, limpeza imediata conforme POP 3.5-D.

- Registrar higienização (pode ser no próprio Registro do Abrigo ou livro de limpeza do setor, conforme padronização).

C.4.4 Prontidão para coleta externa

- Organizar resíduos para facilitar coleta externa (sem retrabalho).
- Conferir se todos os sacos/recipientes estão identificados conforme rotina.
- Garantir que documentos do dia estejam disponíveis (registro de entradas, intercorrências).

C.5 Rotina Semanal (padrão)

1. Inspeção estrutural do abrigo

- integridade de portas/fechaduras;
- sinalização;
- ventilação/iluminação;
- condição de pisos e ralos (quando houver).

2. Revisão de organização interna

- manter demarcações visíveis;
- revisar “pontos de acúmulo” e ajustar prática.

3. Auditoria rápida de registros

- verificar preenchimento do Registro do Abrigo;
- verificar registros de intercorrências e ações corretivas.

4. Checklist de conformidade do abrigo

- registrar achados e plano de ação com responsável e prazo.

C.6 Critérios de Não Conformidade no Abrigo

- mistura de classes no mesmo espaço;
- sacos no chão fora de área definida;
- presença de material limpo no abrigo;
- acesso de pessoa não autorizada;
- ausência de registro de entrada/saída;
- vazamento sem contenção e registro.

CONDUTA EM DERRAMAMENTO/ROMPIMENTO E ACIDENTE COM PERFUROCORTANTE

D.1 Objetivo

Definir conduta imediata e padronizada em casos de derramamento, rompimento de saco, vazamento, presença indevida de perfurocortante em saco e acidentes com perfurocortantes, garantindo segurança, contenção, registro e ação corretiva.

D.2 Situações Abrangidas

- Saco rompido com extravasamento
- Vazamento no carrinho ou no abrigo
- Resíduo derramado em corredor/área assistencial
- Perfurocortante descartado indevidamente (em saco ou lixeira inadequada)
- Acidente com perfurocortante (perfuração/corte)
- Respingo em mucosa/pele não íntegra (quando aplicável)

D.3 Conduta em Derramamento/Rompimento (passo a passo)

- 1. Interromper a circulação na área**
 - delimitar local (afastar pessoas, evitar trânsito);
 - se necessário, sinalizar e bloquear passagem.
- 2. Vestir EPIs adequados**
 - luvas resistentes, avental impermeável, máscara e proteção ocular se houver risco de respingo.
- 3. Conter o resíduo**
 - recolher resíduos sólidos com instrumento apropriado (nunca com a mão);
 - perfurocortantes devem ser recolhidos com cuidado e colocados no coletor rígido.
- 4. Reacondicionar**
 - transferir conteúdo para saco/recipiente íntegro adequado à classe;
 - se for perfurocortante, usar coletor rígido.
- 5. Higienizar o local**

- limpar e desinfetar conforme rotina institucional e conforme risco do material.

6. Higienizar carrinho (se houver vazamento no carrinho)

- limpar e desinfetar todas as superfícies afetadas;
- secar e liberar para uso somente após finalização.

7. Registrar a ocorrência

- preencher Registro de Não Conformidade (resíduo);
- registrar no Registro do Abrigo (se ocorreu no abrigo) e/ou Registro de Coleta Interna (se ocorreu no transporte).

8. Ação corretiva

- identificar causa (saco inadequado, excesso de peso, compactação, rota inadequada, coletor lotado);
- corrigir imediatamente (troca de recipiente, reforço de orientação, ajuste de frequência de coleta, reposicionamento de lixeiras/coletores).

D.4 Conduta em Perfurocortante Descartado Indevidamente

1. Interromper manuseio do saco/lixreira.
2. Recolher perfurocortante com segurança (instrumento apropriado) e descartar no coletor rígido.
3. Reacondicionar o saco, se houver risco de ruptura.
4. Registrar não conformidade e orientar setor de origem.
5. Verificar coletor do setor (se está cheio, mal posicionado ou ausente) e corrigir.

D.5 Conduta em Acidente com Perfurocortante (passo a passo)**1. Interromper a atividade e garantir segurança****2. Higiene imediata**

- lavar local com água e sabão; não espremer lesão; seguir protocolo interno de saúde do trabalhador.

3. Comunicação imediata

- informar liderança do setor e responsável de saúde ocupacional (quando existente).

4. Registro formal

- registrar ocorrência conforme rotina institucional (livro de ocorrências e formulário interno).

5. Encaminhamento

- avaliação e condutas conforme protocolo de saúde ocupacional da unidade/município.

6. Ação corretiva

- investigar causa (coletor cheio, descarte incorreto, falta de EPI, compactação de saco, pressa, rota inadequada);
- implementar ações (reposição/reposicionamento de coletores, treinamento, ajuste de coleta).

MODELO DE FORMULÁRIOS PRONTOS

1) REGISTRO DE COLETA INTERNA (POR TURNO)

Unidade: _____

Data: // _____ Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Responsável pela coleta: _____

Carrinho exclusivo: () Sim () Não

EPI completo: () Sim () Não

Setores coletados (marcar e registrar observações)

Horário	Setor	Comum (volumes)	Infectante (volumes)	Perfurante (coletores retirados)	Químico (volumes)	Intercorrência? (S/N)	Observações
:	Recepção/Triagem	_____	_____	_____	_____	() S () N	_____ _____
:	Consultórios	_____	_____	_____	_____	() S () N	_____ _____
:	Medicação	_____	_____	_____	_____	() S () N	_____ _____
:	Procedimentos /Curativos	_____	_____	_____	_____	() S () N	_____ _____

Horário	Setor	Comum (volumes)	Infectante (volumes)	Perfurocortante (coletores retirados)	Químico (volumes)	Intercorrência? (S/N)	Observações
:	Emergência/Estabilização	—	—	—	—	() S () N	_____
:	Observação	—	—	—	—	() S () N	_____
:	Expurgo/Apoio	—	—	—	—	() S () N	_____
:	Adm/Copa/Outros	—	—	—	—	() S () N	_____

Rota exclusiva utilizada: () Sim () Não
 Houve cruzamento com fluxo limpo/assistencial? () Não () Sim → detalhar: _____

Higienização do carrinho

- Higienização após coleta: () Sim () Não
 - Higienização final do turno: () Sim () Não
- Produto/rotina aplicada: _____
 Assinatura do responsável: _____

2) REGISTRO DO ABRIGO (ENTRADA / SAÍDA / INTERCORRÊNCIA)

Unidade: _____

Mês/Ano: /__

Responsável pelo abrigo (turno): _____

A) Entradas no abrigo

Data	Horário	Origem/Setor	Comum (volumes)	Infectante (volumes)	Perfurocortante (coletores)	Químico (volumes)	Condição (Íntegro?)	Observações	Assinatura
//_	:	_____	—	—	—	—	() Sim () Não	_____	_____

B) Saídas – Coleta externa

Data	Hora	Empresa / Coletor	Tipos coletados	Quantidade/volumes	Documento de coleta (nº)	Observações	Assinatura responsável unidade
// _ _	: _ _	_____	_____	_____	_____	_____	_____

C) Intercorrências no abrigo

Data	Hora	Tipo de ocorrência	Descrição	Ação imediata	Registro de NC nº	Responsável	Assinatura
// _ _	: _ _	() Rompimento () Vazamento () Mistura () Acesso indevido () Outro	_____	_____	_____	_____	_____

3) REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADE (RESÍDUO)

Unidade: _____

Data: // _____ Hora: : _____

Setor: _____

Identificado por: _____ (Função: _____)

Tipo de não conformidade (marcar)

- () Mistura de resíduos (comum/infectante/químico)
- () Perfurocortante em saco/lixeria inadequada
- () Coletor perfurocortante acima do limite
- () Saco rompido / vazamento
- () Transporte fora da rota exclusiva
- () Resíduo circulando em área assistencial em uso
- () Abrigo desorganizado / mistura no abrigo

- () Falha de EPI / conduta insegura
- () Falha de registro (coleta interna/abrigo)
- () Outros: _____

Descrição objetiva do ocorrido**Ação imediata adotada****Causa provável (marcar)**

- () Falta de recipiente/coletores
- () Coletor cheio/ausente/mal posicionado
- () Falta de orientação/treinamento
- () Pressa/pico assistencial sem reforço de coleta
- () Saco inadequado/excesso de peso/compactação
- () Rota não respeitada
- () Falha de supervisão
- () Outros: _____

Ação corretiva definida

- Responsável: _____
- Prazo: //_____
- Medida: _____

Verificação de eficácia (após prazo)

- () Resolvido () Parcial () Não resolvido
- Evidência/observação: _____
- Assinatura coordenação: _____

4) CHECKLIST DE RONDA DE RESÍDUOS (SETORES CRÍTICOS)

Unidade: _____

Data: //_____ Hora: :

Responsável pela ronda: _____

Item verificado	Procedimentos	Medic ação	Emerg ência	Obser vação	Expurgo /Apoio	Abr igo	Observaçõ es/Ações imediatas
Lixeira comum presente e íntegra	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NO K	
Lixeira infectante presente e íntegra	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NO K	
Coletor perfurocortant e presente e fixo	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	N/A	
Coletor perfurocortant e abaixo do limite	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	N/A	
Ausência de perfurocortant e em saco	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NO K	
Sacos fechados corretamente (sem transbordo)	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NO K	
Resíduos fora de área adequada (bancada/chão/corredor)	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NOK	()OK ()NO K	

Item verificado	Procedimentos	Medic ação	Emerg ência	Obser vação	Expurgo /Apoio	Abr igo	Observaçõ es/Ações imediatas
Carrinho exclusivo e higienizado	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	()OK ()NO K	
Abrigo organizado por classificação e restrito	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	()OK ()NO K	

Não conformidades registradas hoje: () Não () Sim → nº(s): _____

Assinatura: _____

MATRIZ RACI – RESÍDUOS (QUEM FAZ / QUEM SUPERVISONA / QUEM AUDITA)

Legenda:

- R (Responsável – executa)
- A (Aprovador/Accountable – responde pelo resultado)
- C (Consultado – participa/apoia)
- I (Informado – recebe informação)

Atividade Processo	Enfermagem Assistencial	Coord. Enfermagem RT	Higienização / Coleta interna	Coord. Administrativa (Solution)	CCIH/Qualidade (quando houver)	Empresa Coleta Externa
Segregação no ponto de geração	R	A	I	I	C	I
Acondicionamento correto (sacos/coletores)	R	A	C	I	C	I

Atividade Processo	Enfermagem Assistencial	Coord. Enfermagem RT	Higienização ação / Coleta interna	Coord. Administrativa (Solution)	CCIH/Qualidade (quando houver)	Empresa Coleta Externa
Reposição de recipientes/coletores no setor	C	A	R	I	C	I
Coleta interna por turno	I	C	R	A	C	I
Transporte por rota exclusiva	I	C	R	A	C	I
Higienização do carrinho	I	C	R	A	C	I
Operação do abrigo (entrada/organização/limpeza)	I	C	R	A	C	I
Registro de coleta interna	I	C	R	A	C	I
Registro do abrigo e intercorrências	I	C	R	A	C	I
Registro de não conformidade	R	A	R	A	C	I
Investigação e ação corretiva	C	A	C	A	C	I
Auditoria interna e rondas	C	C	C	A	R/C	I
Coleta externa e documentação	I	I	I	A	C	R
Organização do dossiê para fiscalização	I	C	C	A	C	I

Atividade / Processo	Enfermagem / Assistência	Coord. Enfermagem / RT	Higienização / Coleta interna	Coord. Administrativa (Solution)	CCIH/Qualidade (quando houver)	Empresa Coleta Externa
Treinamento inicial e reciclagem	C	A	C	A	C	I

PLANO DE TREINAMENTO DE RESÍDUOS (INTEGRAÇÃO + RECICLAGEM TRIMESTRAL)

Objetivo

Capacitar e manter a equipe apta a executar segregação, acondicionamento, coleta interna, operação do abrigo e condutas de emergência, reduzindo não conformidades e acidentes.

Público-alvo

- Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares)
- Higienização / equipe de coleta interna
- Apoio administrativo (quando atua em áreas de apoio)
- Profissionais que realizam procedimentos com perfurocortantes
- Lideranças (coordenação e responsáveis de turno)

Estrutura do Programa

1) Treinamento de Integração (na admissão do colaborador)

Carga horária sugerida: 60–90 minutos

Conteúdo mínimo:

- Fluxo unidirecional de resíduos (ponto de geração → abrigo → coleta externa)
- Segregação e acondicionamento por classe (comum, infectante, perfurocortante e químico quando aplicável)
- Regras críticas: perfurocortante somente em coletor rígido; proibição de compactar saco; fechamento e limite de enchimento
- Rotas exclusivas e proibição de cruzamento com fluxos limpos (materiais esterilizados, medicamentos, alimentos)

- EPIs obrigatórios e condutas seguras
- Como preencher registros (coleta interna, abrigo e não conformidade)
- Conduta em derramamento/rompimento e acidente perfurocortante (POP 3.5-D)

Metodologia:

- Aula breve + demonstração prática no setor + checklist de verificação do entendimento

Evidências:

- Lista de presença
- Registro de conteúdo aplicado
- Avaliação rápida (5 a 10 questões objetivas ou validação prática por checklist)

2) Reciclagem Trimestral (todos os setores críticos)

Carga horária sugerida: 30–45 minutos

Conteúdo mínimo:

- Reforço das regras críticas e rotas
- Principais não conformidades do trimestre e ações implementadas
- Reforço de conduta em perfurocortante e acidentes
- Ajustes de rotina (mudança de local de lixeira/coletor, frequência de coleta, etc.)
- Reforço do preenchimento de registros

Evidências:

- Lista de presença
- Ata/resumo do treinamento
- Indicadores pré e pós (ex.: redução de não conformidades/ocorrências)

3) Treinamento Direcionado (quando houver aumento de falhas)
Disparo do treinamento:

- aumento de acidentes com perfurocortantes
- recorrência de mistura de resíduos
- falhas repetidas em setores específicos
- ruptura frequente de sacos (peso/compactação)

Conteúdo:

- focado no erro recorrente, com demonstração prática e verificação no local

Cronograma (modelo anual)

- Integração: contínuo (na admissão)
- Reciclagem Trimestral: 1º, 2º, 3º e 4º trimestre (datas definidas em cronograma interno)
- Direcionados: conforme necessidade

Responsáveis e Registros

- Coordenação (Solution Gestão Pública) + Coordenação de Enfermagem: planejamento e execução
- Higienização: participação obrigatória e reforço de práticas
- Registros de treinamento arquivados em pasta física/digital (lista de presença, conteúdo, avaliação, evidências)

ORGANIZAÇÃO PARA FISCALIZAÇÃO E AUDITORIA

Manter pasta física/digital mensal com:

1. Registros de Coleta Interna (por turno)
2. Registro do Abrigo (entradas/saídas/intercorrências)
3. Registros de Não Conformidade e ações corretivas (com verificação de eficácia)
4. Checklists de Ronda (setores críticos)
5. Evidências de treinamento (listas, avaliações, atas)
6. Documentos de coleta externa e destinação (conforme fornecido pela empresa responsável)

3.6 Limpeza da unidade

A limpeza em serviços de saúde é uma atividade assistencial indireta e contínua, essencial para garantir condições adequadas de higiene, biossegurança e conforto durante todo o funcionamento da unidade. Em ambientes de urgência e emergência, com alto fluxo de usuários e múltiplos procedimentos, a limpeza precisa acompanhar o ritmo operacional 24 horas,

com rotinas concorrentes, intervenções imediatas quando necessário e limpezas terminais programadas, respeitando a criticidade de cada área.

A Solution Gestão Pública implementará um serviço de limpeza estruturado por criticidade, com fluxo lógico e unidirecional, materiais e equipamentos exclusivos por área, padronização de produtos e técnicas, integração com os fluxos assistenciais e com o gerenciamento de resíduos, além de registros diários e supervisão contínua. O objetivo é manter ambientes seguros para usuários, acompanhantes e profissionais, reduzindo riscos sanitários e contribuindo para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

3.6.1 Objetivo do Serviço de Limpeza da Unidade

O serviço de limpeza da unidade tem como objetivo assegurar condições adequadas de higiene, biossegurança e conforto, prevenindo riscos sanitários, reduzindo a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde e garantindo um ambiente seguro para usuários, acompanhantes e profissionais, em conformidade com as normas sanitárias vigentes e com as rotinas institucionais.

De forma prática, o serviço de limpeza tem como objetivos operacionais:

- Manter pisos, superfícies e mobiliários em condições adequadas de higiene e organização ao longo de todo o funcionamento da unidade;
- Reduzir a carga de sujeira e matéria orgânica em áreas assistenciais, com técnicas e frequências compatíveis com o risco;
- Prevenir contaminação cruzada por meio de fluxo unidirecional de limpeza e materiais exclusivos por área;
- Atender prontamente intercorrências (derramamentos, sujeiras por fluidos corporais, eventos em sanitários, áreas de procedimento);
- Assegurar limpeza terminal periódica e sempre que necessário (alta, troca de leito, isolamento, contaminação evidente);
- Integrar a limpeza aos fluxos de resíduos, roupa e materiais, mantendo rotas e horários que preservem segurança e organização da unidade;
- Registrar e monitorar as atividades, permitindo rastreabilidade, supervisão e melhoria contínua.

A Solution Gestão Pública executará a limpeza como processo de rotina institucional, com treinamento, supervisão e instrumentos de controle que garantam padronização e continuidade, inclusive em cenários de alta demanda assistencial.

3.6.2 Princípios Técnicos e Sanitários Adotados

A execução do serviço seguirá princípios técnicos e sanitários que orientam o planejamento, a rotina e o controle da limpeza:

1. Organização por criticidade das áreas

As áreas são classificadas em não críticas, semi críticas e críticas, com rotinas e frequências compatíveis com o risco sanitário.

2. Fluxo lógico e unidirecional

A limpeza segue sequência definida: inicia em áreas de menor risco e finaliza em áreas de maior risco e áreas sujas, sem retorno às áreas já higienizadas.

3. Não cruzamento entre áreas limpas e áreas sujas

Materiais, panos, mopas e carrinhos são dedicados por área/criticidade e não circulam livremente entre setores com diferentes riscos.

4. Materiais e equipamentos exclusivos por área

Uso de codificação/identificação (por etiquetas, cores e/ou marcação) para diferenciar panos, mopas, baldes e acessórios por tipo de área.

5. Padronização de rotinas, técnicas e produtos

Rotinas descritas em POPs, com passo a passo, diluição e tempo de contato conforme orientação técnica do produto regularizado.

6. Foco em pontos de alto toque

Priorização de superfícies frequentemente tocadas (maçanetas, grades, bancadas, interruptores, botões, barras de apoio) com frequência aumentada conforme fluxo.

7. Intervenção imediata em sujidade por fluidos

Qualquer sujidade por sangue, secreções ou vômito recebe intervenção imediata e controle do local, seguindo procedimento padronizado.

8. Registro, rastreabilidade e supervisão

Limpezas concorrentes e terminais são registradas; checklists e auditorias internas permitem identificar não conformidades e aplicar ações corretivas.

9. Segurança do trabalhador

EPIs obrigatórios, treinamento contínuo, conduta em acidentes e integração com o gerenciamento de resíduos e saúde do trabalhador.

3.6.3 Classificação das Áreas da Unidade

A unidade será organizada em níveis de criticidade, definindo rotina e frequência de limpeza compatíveis com o risco e com o uso do ambiente.

a) Áreas Não Críticas

Áreas com menor risco sanitário, sem realização de procedimentos invasivos e com menor probabilidade de contato com material biológico.

- Salas administrativas e de apoio administrativo;
- Corredores administrativos e áreas de circulação interna não assistencial;
- Áreas externas e acessos (quando sob responsabilidade do contrato);
- Salas de espera e recepção (parte não assistencial);
- Copa administrativa (quando houver);
- Depósitos e áreas técnicas não assistenciais (quando aplicável).

Foco da limpeza: organização, remoção de poeira e sujeira comum, manutenção do conforto e limpeza de pontos de alto toque.

b) Áreas Semi Críticas

Áreas assistenciais onde ocorre atendimento, avaliação e permanência de usuários, com possibilidade de contato com secreções e materiais assistenciais, mas sem ser, necessariamente, local de procedimentos de maior invasividade.

- Consultórios;
- Salas de observação e áreas de permanência/monitoramento;
- Postos de enfermagem;
- Salas de medicação (quando não configuradas como área crítica pelo uso local);
- Corredores assistenciais;
- Sanitários de uso assistencial (podem ser tratados como críticos pela natureza de contaminação).

Foco da limpeza: controle de sujeira e reforço em superfícies de contato, com frequência compatível com o fluxo assistencial.

c) Áreas Críticas

Áreas com maior risco sanitário por realização de procedimentos, atendimento de urgências, manipulação de materiais e maior probabilidade de contaminação biológica.

- Sala de emergência/estabilização;
- Salas de procedimentos/curativos;
- Áreas de preparo e apoio de materiais;
- Expurgo/apoio (quando existir);
- Sanitários assistenciais e sanitários de grande circulação;
- Áreas com manipulação de fluidos e maior risco de contaminação.

Foco da limpeza: técnicas padronizadas, frequência reforçada e limpeza terminal quando indicada, com intervenção imediata em intercorrências.

3.6.4 Fluxo de Limpeza da Unidade (Unidirecional)

A limpeza seguirá um fluxo contínuo, em sentido único, com sequência lógica definida por criticidade, reduzindo risco de contaminação cruzada e mantendo o controle operacional.

3.6.4.1 Sequência padrão do fluxo

1. Início pelas áreas não críticas
2. Continuidade para as áreas semi críticas
3. Finalização nas áreas críticas
4. Limpeza de sanitários e áreas sujas por último
5. Encerramento com higienização de materiais/equipamentos e reabastecimento do carrinho

A sequência é respeitada dentro do turno. Caso seja necessária intervenção imediata em área crítica por intercorrência, a equipe executa o atendimento pontual e, ao término, retoma a sequência conforme orientação do responsável do turno.

3.6.4.2 Regras de fluxo e barreiras operacionais

- Não retornar com mopas/panos já utilizados em área crítica para áreas não críticas;
- Manter panos, mopas e baldes identificados para o tipo de área;
- Separar os kits de limpeza por criticidade (ex.: kit não crítico, kit semi crítico, kit crítico, kit sanitários);
- Evitar circulação do carrinho de limpeza por áreas assistenciais em uso quando houver alternativa de rota; quando a passagem for necessária, o

deslocamento é rápido e sem estacionar em frente a leitos ou salas em atendimento;

- Priorizar limpeza de pontos de alto toque em áreas de maior circulação, sem interromper assistência e sem cruzar com fluxo de resíduos.

3.6.4.3 Fluxo



3.6.5 Rotinas e Frequência de Limpeza

A limpeza será realizada por meio de rotinas concorrentes durante o funcionamento e limpezas terminais programadas ou sempre que indicadas. As frequências são ajustadas conforme criticidade, fluxo assistencial e intercorrências.

3.6.5.1 Limpeza concorrente (rotineira)

Executada continuamente ao longo dos turnos, incluindo:

- varrição úmida e/ou remoção de sujeira visível;

- limpeza e desinfecção de superfícies de alto toque;
- limpeza de pisos conforme necessidade e criticidade;
- reposição de insumos de higiene em sanitários (papel, sabonete, etc., conforme padronização);
- remoção de resíduos conforme fluxo de resíduos (sem substituir o procedimento de coleta interna).

Exemplos de frequência sugerida (ajustada à rotina local):

- Áreas não críticas: concorrente por turno e reforço conforme necessidade;
- Áreas semi críticas: concorrente em intervalos menores e reforço em pontos de alto toque;
- Áreas críticas: concorrente reforçada, com atenção a bancadas, macas e pisos próximos a procedimentos;
- Sanitários assistenciais: concorrente com alta frequência e intervenção imediata quando houver sujidade evidente.

3.6.5.2 Limpeza terminal

Executada de forma completa, com foco em ambiente e mobiliários, incluindo:

- limpeza e desinfecção completa de superfícies, mobiliário e equipamentos não eletromédicos sob responsabilidade da higienização;
- limpeza de rodapés, cantos, áreas menos acessadas;
- troca de panos e mopas conforme procedimento;
- reordenação do ambiente e liberação após inspeção.

Quando realizar:

- após alta, transferência ou troca de leito (quando aplicável);
- após procedimento com sujidade importante;
- após ocorrência de fluidos corporais em área assistencial;
- em programação periódica (por escala) para áreas críticas e semi críticas;
- em situações específicas definidas pela coordenação e rotinas institucionais.

3.6.5.3 Reforço em situações de maior fluxo assistencial

Em períodos de pico (alta demanda, surtos sazonais, eventos), a Solution implementa reforço operacional:

- aumento da frequência de limpeza de pontos de alto toque;
- reforço de limpeza em sala de espera/recepção;
- intensificação de limpeza de sanitários de alta circulação;
- acionamento rápido para intercorrências em emergência e procedimentos.

3.6.5.4 Limpeza imediata por intercorrência

Sempre que ocorrer:

- derramamento de sangue, secreções, vômito ou urina;
- sujidade significativa em piso, maca, cadeira ou banheiro;
- contaminação localizada;

A equipe executa limpeza imediata com isolamento do ponto, uso de EPIs adequados, técnica padronizada e registro da ocorrência.

3.6.6 Equipamentos, Materiais e Produtos Utilizados

A Solution utilizará equipamentos e materiais padronizados, com identificação por área e controle de armazenamento.

3.6.6.1 Carrinhos e organização do posto de limpeza

- Carrinhos de limpeza exclusivos e organizados por kits:
 - kit áreas não críticas;
 - kit áreas semi críticas;
 - kit áreas críticas;
 - kit sanitários/áreas sujas.
- Separação de panos e mopas por identificação (etiquetas e/ou codificação definida).
- Compartimentos para produtos, panos limpos e panos usados.
- Suporte para saco de resíduos comuns gerados na limpeza (sem misturar com resíduos infectantes, conforme fluxo de resíduos).

3.6.6.2 Panos, mopas e acessórios

- Panos de microfibra ou material equivalente, conforme padronização;
- Mop úmido e mop seco, com identificação por área;
- Baldes e espremedores, quando aplicável, com identificação;

- Escovas e acessórios específicos para sanitários;
- Rodos e pás de uso controlado por área.

Regras de uso:

- panos e mopas de área crítica não retornam para área não crítica sem processamento adequado;
- substituição de pano/mopa quando saturado, sujo ou após atendimento de intercorrência;
- armazenamento de panos limpos separado de panos usados.

3.6.6.3 Produtos saneantes regularizados

- Produtos de limpeza e desinfecção regularizados e utilizados conforme orientação técnica (diluição, tempo de contato, compatibilidade com superfície).
- A Solution adotará padronização de:
 - detergente neutro para limpeza;
 - desinfetante apropriado conforme risco e rotina;
 - produto específico para sanitários (quando aplicável);
 - álcool a 70% para superfícies indicadas, quando compatível e previsto na rotina.

Regras operacionais:

- diluição conforme rotulagem e procedimento interno;
- identificação de frascos diluídos (nome, data, responsável);
- proibição de misturar produtos sem orientação técnica;
- armazenamento seguro em local restrito, ventilado e identificado.

3.6.6.4 Armazenamento e controle

- Depósito de materiais de limpeza organizado, com prateleiras e identificação.
- Separação entre produtos químicos e materiais de pano/mopa.
- Controle de reposição e conferência por turno (evitar falta em horário crítico).

3.6.7 Segurança da Equipe de Limpeza

A segurança da equipe é parte do processo de limpeza e será tratada com rotinas padronizadas pela Solution.

3.6.7.1 EPIs obrigatórios

Conforme risco da atividade e área:

- luvas adequadas para limpeza;
- avental impermeável para sanitários e intercorrências com fluidos;
- máscara quando houver risco de aerossóis/odores fortes ou conforme rotina;
- proteção ocular/facial em risco de respingo;
- calçado fechado e antiderrapante.

3.6.7.2 Treinamento específico

Treinamentos iniciais e periódicos abrangendo:

- técnica de limpeza concorrente e terminal por criticidade;
- preparo e diluição de produtos e identificação de frascos;
- limpeza e desinfecção de pontos de alto toque;
- conduta em derramamento de fluidos e isolamento de área;
- fluxo de resíduos e descarte correto durante a limpeza;
- ergonomia e prevenção de acidentes (quedas, esforço repetitivo);
- conduta em acidentes com material perfurocortante encontrado indevidamente.

3.6.7.3 Conduta em acidentes e ocorrências

- Em caso de queda, corte, contato com fluido, respingo ou perfuração: interromper atividade, realizar higiene imediata, comunicar liderança e registrar ocorrência conforme rotina.
- Qualquer exposição ocupacional recebe registro e encaminhamento conforme protocolo institucional.

3.6.7.4 Registros

- Registro de ocorrência ocupacional (quando houver);
- Registro de não conformidade de limpeza (falha de técnica, falta de EPI, produto inadequado, etc.);
- Registro de treinamento e reciclagem.

3.6.8 Integração da Limpeza com Outros Fluxos da Unidade

A limpeza é planejada e executada de forma integrada aos fluxos internos para preservar segurança e organização.

3.6.8.1 Integração com fluxo de pacientes e acompanhantes

- A limpeza concorrente é ajustada para minimizar interferência no atendimento e circulação.
- Em sala de espera e corredores, a limpeza é feita preferencialmente em intervalos de menor concentração e com sinalização de piso molhado quando aplicável.
- A equipe evita estacionar carrinho em locais de passagem estreita e próximos à assistência direta.

3.6.8.2 Integração com fluxo de materiais esterilizados/limpos

- Rotas e horários de limpeza não se sobrepõem ao transporte de materiais limpos/esterilizados.
- Panos e mopas de área crítica não transitam para áreas limpas sem processamento.
- Em áreas de preparo de materiais, a limpeza segue técnica e frequência reforçadas, mantendo bancada e superfícies organizadas e desinfetadas conforme rotina do setor.

3.6.8.3 Integração com fluxo de resíduos de serviços de saúde

- A limpeza respeita o fluxo unidirecional de resíduos: resíduos gerados na limpeza são segregados e acondicionados corretamente.
- Carrinho de limpeza não é utilizado para transporte de resíduos.
- Em intercorrências com fluidos, a segregação e descarte seguem POP específico e registros.

3.6.8.4 Integração com fluxo de roupa

- A limpeza mantém separação entre fluxo de roupa suja e roupa limpa (quando aplicável).
- Não ocorre cruzamento de carrinho de limpeza com transporte de roupa limpa.
- Em caso de contato de roupa suja com piso/superfície, ocorre limpeza imediata do local e registro conforme necessário.

3.6.8.5 Integração com manutenção e segurança patrimonial

- A limpeza comunica à manutenção ocorrências recorrentes (infiltração, vazamento, piso danificado, ralos com retorno, iluminação insuficiente).
- Em áreas externas, a limpeza observa segurança de acesso e iluminação, comunicando riscos identificados.

3.6.9 Monitoramento, Controle e Avaliação da Limpeza

A Solution adotará monitoramento contínuo, com instrumentos simples e eficazes, garantindo rastreabilidade e melhoria do serviço.

3.6.9.1 Supervisão contínua

- Supervisão por liderança do serviço (ou liderança designada) com rondas diárias nos pontos críticos.
- Verificação de cumprimento de rotinas concorrentes e terminais.
- Checagem de carrinhos, EPIs e organização do depósito.

3.6.9.2 Checklists de limpeza

- Checklists por área e por criticidade (não crítica, semi crítica, crítica e sanitários).
- Checklists de limpeza terminal (por ocorrência/por programação).
- Checklist de preparo do carrinho e reabastecimento.

3.6.9.3 Registros diários

- Registro de limpeza concorrente por turno (setores atendidos, horários e responsável).
- Registro de limpezas terminais (local, motivo, horário, responsável).
- Registro de intercorrências (derramamentos, contaminações, eventos em sanitários).
- Registro de não conformidades e ações corretivas.

3.6.9.4 Identificação de não conformidades

Exemplos:

- falha de reposição de insumos em sanitários;
- presença de sujeira persistente em pontos de alto toque;
- uso inadequado de pano/mopa (troca insuficiente, cruzamento de área);
- falta de EPI;

- produto sem identificação/diluição fora do padrão.

3.6.9.5 Ações corretivas imediatas

- Reorientação imediata no posto de trabalho quando identificado erro.
- Reexecução da limpeza quando necessário.
- Ajuste de frequência/escala em períodos de pico.
- Reforço de treinamento direcionado ao item com recorrência.

3.6.9.6 Avaliação periódica da qualidade

- Auditorias internas com amostragem (semanal/mensal).
- Avaliação visual estruturada e, quando aplicável, instrumentos de inspeção definidos pela unidade.
- Consolidação de resultados e plano de ação (responsável, prazo, evidência de correção).

3.6.9.7 Indicadores operacionais sugeridos

- Percentual de checklists preenchidos por turno;
- Número de não conformidades por tipo (EPI, técnica, produto, reposição);
- Tempo de resposta para limpeza por intercorrência;
- Conformidade de sanitários (insumos e condição geral) por auditoria;
- Conformidade de pontos de alto toque em áreas críticas.

3.6.10 Contribuição da Limpeza para a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial

O serviço de limpeza integra as ações institucionais de segurança do paciente, controle de infecção e qualidade assistencial, contribuindo diretamente para a redução de riscos sanitários, a manutenção de ambientes seguros e a melhoria das condições de atendimento. Ao manter áreas assistenciais e de circulação em condições adequadas de higiene e organização, com rotinas concorrentes e terminais, resposta rápida a intercorrências, segregação correta de resíduos e controle de processos, a **Solution Gestão Pública** assegura suporte operacional essencial ao cuidado, preservando a segurança dos usuários, acompanhantes e profissionais, e garantindo a continuidade do funcionamento da unidade em regime 24 horas.

POPs e Formulários do Serviço de Limpeza

POP 3.6-A – Limpeza Concorrente por Criticidade (Não Crítica / Semi Crítica / Crítica)

1. Objetivo

Estabelecer rotina de limpeza concorrente por criticidade, garantindo execução padronizada, fluxo unidirecional, controle de materiais e registros por turno.

2. Abrangência

Todas as áreas internas e externas sob responsabilidade do contrato, conforme classificação de criticidade.

3. Materiais e equipamentos

- Carrinho de limpeza organizado por kits (não crítica, semi crítica, crítica, sanitários);
- Panos/microfibras identificados por área;
- Mop úmido e mop seco identificados;
- Baldes/espremedores quando aplicável;
- Produtos regularizados e frascos identificados (nome, diluição, data, responsável);
- EPIs: luvas, avental impermeável (quando aplicável), máscara, óculos/protetor facial (quando risco de respingo), calçado fechado.

4. Procedimento – sequência unidirecional

1. Iniciar por **áreas não críticas**
2. Seguir para **áreas semi críticas**
3. Finalizar em **áreas críticas**
4. Concluir com **sanitários e áreas sujas**
5. Higienizar equipamentos e reorganizar carrinho

5. Técnica operacional (padrão)

- Remover sujeira visível;
- Limpar superfícies com pano adequado (do menos sujo para o mais sujo);
- Priorizar pontos de alto toque;
- Limpar piso conforme técnica e necessidade;

- Trocar pano/mopa quando sujo/saturado ou ao mudar de criticidade;
- Registrar execução no checklist do turno.

6. Pontos de alto toque (lista mínima)

Maçanetas, interruptores, corrimãos, grades, botões, bancadas, cadeiras, mesas, balcões, telefones, teclados/mouses (quando aplicável), torneiras, descargas, barras de apoio.

7. Critérios de aceitação

- Ausência de sujeira visível em pisos e superfícies;
- Pontos de alto toque limpos conforme rotina;
- Materiais e panos compatíveis com criticidade;
- Produtos identificados e usados conforme orientação técnica;
- Checklist preenchido.

POP 3.6-B – Limpeza Terminal (Leitos/Observação/Procedimentos/Salas Críticas)

1. Objetivo

Padronizar limpeza terminal completa, garantindo remoção de sujeira e desinfecção conforme área e ocorrência.

2. Quando realizar

- Após alta/transferência/troca de leito (quando aplicável);
- Após procedimento com sujeira importante;
- Após contaminação por fluidos;
- Programação periódica definida pela coordenação.

3. Procedimento (passo a passo)

1. Preparar materiais e EPIs; sinalizar área se necessário;
2. Retirar resíduos e itens descartáveis, segregando corretamente;
3. Limpar do alto para baixo e do menos sujo para o mais sujo;
4. Desinfetar superfícies e mobiliário (maca, grades, mesas, cadeiras, suportes);
5. Limpar piso e rodapés;
6. Verificar pontos de alto toque e sanitários associados;

7. Repor insumos do ambiente (quando previsto);
8. Registrar limpeza terminal (local, motivo, horário, responsável).

4. Critérios de liberação

- Ambiente organizado, seco e sem sujidade visível;
- Pontos de alto toque limpos;
- Registro preenchido.

POP 3.6-C – Intercorrências com Fluidos Corporais (Sangue/Secreções/Vômito/Urina)

1. Objetivo

Definir resposta rápida e segura para limpeza e desinfecção de intercorrências com fluidos, com isolamento do ponto e descarte correto.

2. Procedimento

1. Isolar o local e sinalizar (evitar circulação);
2. Vestir EPIs adequados (incluindo proteção ocular quando risco de respingo);
3. Remover matéria orgânica com material absorvente;
4. Aplicar produto conforme rotina e tempo de contato;
5. Recolher e descartar resíduos como infectantes, quando aplicável;
6. Higienizar mop/panos usados conforme rotina e não reutilizar em área limpa;
7. Registrar ocorrência e local.

POP 3.6-D – Limpeza e Desinfecção de Sanitários Assistenciais

1. Objetivo

Padronizar limpeza concorrente e terminal de sanitários, com alta frequência e controle de insumos.

2. Procedimento

- Limpeza concorrente: vaso, pia, torneiras, barras, maçanetas, espelhos e piso;
- Reposição de insumos (papel, sabonete, outros previstos);

- Limpeza terminal programada: aprofundamento em cantos, rodapés e áreas menos acessíveis;
- Registro por turno e por intercorrência.

FORMULÁRIOS – LIMPEZA

F1 – Registro de Limpeza Concorrente (por turno)

Data: //____ Turno: () M () T () N

Responsável: _____

Setor	Não Crítica (OK/N OK)	Semi Crítica (OK/N OK)	Crítica (OK/N OK)	Sanitários (OK/N OK)	Intercorrências (S/N)	Observações
Recepção/Espera	—	—	—	—	—	—
Consultórios	—	—	—	—	—	—
Medicação	—	—	—	—	—	—
Procedimentos	—	—	—	—	—	—
Emergência	—	—	—	—	—	—
Observação	—	—	—	—	—	—
Corredores	—	—	—	—	—	—
Adm/Outros	—	—	—	—	—	—
Assinatura:						

F2 – Registro de Limpeza Terminal

Data: // _____ **Hora início:** : **Hora fim:** :**Local:** _____ **Motivo:** _____**Responsável:** _____**Itens executados:** () superfícies () mobiliário () piso () alto toque () sanitário associado**Observações:** _____**Assinatura:** _____**F3 – Registro de Intercorrência (Fluidos)****Data:** // _____ **Hora:** :**Local:** _____ **Tipo:** () sangue () secreção () vômito () urina () outro**Isolamento/sinalização:** () Sim () Não**EPI adequado:** () Sim () Não**Registro de descarte:** _____**Assinatura:** _____**F4 – Checklist de Carrinho e Depósito****Data:** // _____ **Turno:** ____ **Responsável:** _____

- () Carrinho organizado por kits/área
- () Panos/mopas identificados
- () Produtos identificados (nome/diluição/data)
- () EPIs disponíveis
- () Depósito organizado e restrito
- () Higienização de equipamentos realizada

Observações: _____ **Assinatura:** _____

4. Implantação da Gestão

4.1 Logística de suprimento

A logística de suprimento é um componente estruturante da gestão da unidade, pois sustenta o funcionamento 24h/7 dias e garante que as equipes assistenciais e administrativas tenham materiais, medicamentos, insumos e bens disponíveis no momento certo, na quantidade necessária e em condições adequadas de uso. Para evitar desabastecimento, desperdício e perdas por validade, a logística precisa operar com planejamento, padronização, rotinas bem definidas, rastreabilidade e monitoramento contínuo.

A Solution Gestão Pública implantará e conduzirá a logística de suprimento com foco em continuidade assistencial, segurança do paciente, uso racional de recursos e conformidade com as exigências contratuais. O modelo proposto combina planejamento de compras, gestão de estoque com níveis mínimos e máximos, organização física do almoxarifado e da farmácia, padronização de itens, controle de validade e condições de armazenamento, além de mecanismos de reposição e atendimento a demandas emergenciais sem comprometer a rastreabilidade.

4.1.1 Objetivo da Logística de Suprimento

A logística de suprimento tem como objetivo assegurar o abastecimento contínuo, oportuno e racional de materiais, medicamentos, insumos e bens patrimoniais necessários ao funcionamento ininterrupto da unidade, garantindo suporte adequado às atividades assistenciais e administrativas, com rastreabilidade, controle de estoques, conformidade sanitária e aderência ao contrato de gestão.

De forma operacional, a logística de suprimento implantada pela Solution Gestão Pública tem por objetivos:

- Garantir disponibilidade contínua de itens essenciais para atendimento, observação, procedimentos, medicação e suporte diagnóstico, conforme perfil da unidade.
- Manter estoques mínimos e estoques de segurança para itens críticos, reduzindo risco de ruptura.
- Padronizar itens e processos, reduzindo variação desnecessária e aumentando previsibilidade de consumo.
- Controlar entrada, saída, saldo, validade, lote e condições de armazenamento, com rastreabilidade para auditorias internas e externas.
- Atender demandas programadas e demandas emergenciais com fluxo de aprovação e registro.
- Reduzir perdas por vencimento, avarias, extravio e uso inadequado, com ações preventivas e corretivas.
- Integrar suprimentos à rotina assistencial, garantindo que o abastecimento acompanhe a operação 24 horas e a variação de demanda ao longo da semana.

4.1.2 Princípios Técnicos e Gerenciais Adotados

A logística de suprimento será conduzida pela Solution Gestão Pública com base em princípios gerenciais aplicáveis à rotina de uma unidade de urgência e emergência:

1. Planejamento prévio e compras programadas
As aquisições são planejadas com antecedência, apoiadas em histórico de consumo, perfil assistencial e estoque disponível, evitando compras reativas como padrão de gestão.
2. Abastecimento contínuo e seguro
Os itens essenciais permanecem disponíveis, com reposição orientada por níveis mínimos, segurança e prazos de entrega, e com plano de contingência para itens críticos.
3. Controle rigoroso de estoques
Entradas e saídas registradas, com controle de saldo, inventários periódicos, apuração de divergências e rastreabilidade por lote/validade quando aplicável.
4. Rastreabilidade e transparência do ciclo do item
Do recebimento ao consumo/distribuição, com trilha de auditoria (requisição, aprovação, entrega, consumo e ajuste quando necessário).
5. Economicidade e uso racional
Padronização de itens, controle de perdas, uso conforme protocolos e prevenção de desperdício por excesso de estoque ou distribuição inadequada.
6. Prevenção de desabastecimento e desperdício
Itens críticos com estoque de segurança, revisão de pontos de ressuprimento, monitoramento de validade e redistribuição interna quando necessário.
7. Integração com operação assistencial e áreas técnicas
A logística responde ao plano operacional: enfermagem, coordenação médica, farmácia/dispensação, procedimentos e apoio.
8. Conformidade sanitária e documental
Armazenamento, transporte interno e distribuição seguem boas práticas, e documentos de aquisição, recebimento e movimentação ficam organizados e disponíveis.

4.1.3 Planejamento de Compras (versão aprofundada)

O planejamento de compras será conduzido pela Solution Gestão Pública como rotina permanente de gestão, vinculada ao consumo real, ao perfil assistencial e à capacidade operacional da unidade. O objetivo é manter

abastecimento contínuo sem depender de aquisições emergenciais como regra, garantindo previsibilidade, rastreabilidade e resposta rápida em situações de pico.

Para isso, o planejamento será estruturado em quatro frentes integradas:

1. Inteligência de demanda (levantamento de necessidades e previsão de consumo)
2. Parâmetros de estoque (mínimo, máximo, segurança, ponto de pedido e cobertura)
3. Programação e calendário (ciclos de compra e recebimento por categoria)
4. Governança do processo (critérios técnicos, fluxo de aprovação, recebimento e monitoramento)

A Solution adotará rotinas semanais e mensais de revisão de itens críticos e itens de alto giro, além de revisões extraordinárias quando houver mudança de perfil assistencial, sazonalidade, aumento de atendimentos ou alteração de protocolos internos.

4.1.3.1 Levantamento de Necessidades (aprimorado)

O levantamento de necessidades será elaborado e atualizado pela Solution Gestão Pública a partir de fontes operacionais e de validação técnica, formando uma base confiável para compras programadas e controle de estoque.

a) Construção da “linha de base” inicial

No início da gestão, a Solution estabelecerá uma linha de base (baseline) composta por:

- Mapa de setores consumidores: quais áreas consomem quais itens (emergência, procedimentos/curativos, medicação, observação, recepção, apoio, limpeza, administrativo, manutenção, etc.).
- Lista padronizada por setor: itens indispensáveis por ambiente, organizada em “kits” (por exemplo, kit sala de emergência, kit sala de procedimentos, kit medicação) e itens avulsos.
- Classificação por categoria logística:
 - Materiais médico-hospitalares e insumos assistenciais
 - Curativos e dispositivos
 - Soluções, antissépticos e itens de preparo
 - EPIs e itens de biossegurança

- Materiais administrativos e impressos (quando aplicável)
- Materiais de limpeza e higiene
- Bens de consumo e itens de manutenção leve (quando aplicável)
- Estrutura do estoque: almoxarifado central + estoques satélites (quando houver), definindo “onde” o item fica e “quem” controla.

Essa linha de base reduz improvisos e garante que o planejamento não seja apenas reativo.

b) Levantamento por perfil assistencial e protocolos

O consumo não é definido só por “quantidade de pessoas”, mas também pelo tipo de atendimento. Por isso, a Solution correlacionará necessidades com:

- Perfil assistencial predominante (clínico, trauma, pediatria quando houver atendimento, procedimentos mais comuns, taxa de observação).
- Protocolos e rotinas internas (por exemplo: padrão de curativo, medicação na sala de emergência, uso de EPIs em procedimentos, materiais para estabilização).
- Pontos de maior criticidade (sala de emergência, procedimento, medicação e observação).

Sempre que houver atualização de protocolo assistencial ou mudança de fluxo, a lista de itens e parâmetros de estoque será revisada.

c) Uso do histórico de consumo e “curva de giro”

Quando houver histórico disponível, a Solution utilizará:

- Consumo médio diário e mensal por item e por setor.
- Variação por dia da semana e por turnos, identificando picos.
- Itens de alto giro (consumo constante e elevado) x baixo giro (consumo eventual).
- Itens sem movimentação (risco de vencimento e estoque parado), revisando necessidade real e níveis máximos.

Na ausência de histórico, a linha de base será construída com observação estruturada das primeiras semanas, com contagem de consumo por turno para itens críticos e de alto giro.

d) Identificação de criticidade e risco de ruptura

A Solution manterá uma classificação operacional para orientar prioridade de compra e nível de segurança:

- Críticos Nível 1 (assistência não pode parar): itens indispensáveis para atendimento imediato e procedimentos essenciais.
- Críticos Nível 2 (mantêm fluxo e segurança): itens que, se faltarem, prejudicam assistência e geram imprevisto e risco.
- Não críticos: itens substituíveis ou de consumo administrativo/apoio, com menor risco assistencial.

Essa classificação define o nível de estoque de segurança, a frequência de revisão e o tratamento de contingência.

e) Consideração do funcionamento 24h/7 dias e de feriados

A unidade não “para” em fins de semana e feriados. O levantamento de necessidade considerará:

- Cobertura de estoque para períodos sem recebimento (ex.: finais de semana prolongados).
- Tempo de reposição (lead time) por item/categoria, incluindo risco de atrasos.
- Consumo esperado em picos sazonais, com ajuste de estoque de segurança.

f) Validação com áreas técnicas e rotina de revisão

A lista de necessidades não fica “congelada”. A Solution manterá rotina de revisão com:

- Coordenação de enfermagem e setores consumidores (validação prática).
- Farmácia/dispensação (quando aplicável) para itens controlados por validade e rastreabilidade.
- Apoio administrativo/logística para ajustes de armazenagem e reposição.

4.1.3.2 Programação de Compras (aprimorado)

A programação de compras será estruturada como rotina de ressuprimento, com ciclos definidos por categoria de item, sempre conectada aos parâmetros de estoque e ao consumo real. A Solution Gestão Pública adotará calendário interno para evitar compras concentradas em horários críticos e para manter recebimentos organizados.

a) Parâmetros operacionais: mínimo, máximo, segurança e ponto de pedido

A programação será guiada por parâmetros claros:

- Estoque mínimo: nível que aciona reposição antes do risco de falta.
- Estoque de segurança: margem para cobrir variações de consumo e atrasos de entrega.
- Estoque máximo: limite para evitar excesso, perdas por validade e ocupação desnecessária.
- Ponto de pedido (gatilho de compra): nível em que a compra deve ser iniciada para que o material chegue antes do estoque mínimo ser consumido.

A Solution utilizará, como regra prática, o conceito de cobertura de estoque (quantos dias o estoque atual sustenta o consumo médio) e revisará os parâmetros conforme estabilidade do consumo.

b) Definição de ciclos por natureza do item

A programação será diferenciada por categoria:

- Itens críticos e alto giro: revisão e programação semanal (ou mais frequente, se necessário).
- Itens de giro médio: programação quinzenal.
- Itens de baixo giro e maior validade: programação mensal, com atenção para validade e giro real.
- Itens com validade curta ou risco de vencimento: compras fracionadas, evitando excesso.
- Itens com tempo de reposição maior: compra antecipada com estoque de segurança maior.

c) Previsão de sazonalidade e picos assistenciais

A Solution ajustará níveis de segurança e frequência de compra considerando:

- Períodos de maior demanda (respiratória, eventos locais, feriados).
- Aumento de permanência em observação.
- Mudanças temporárias no perfil de atendimento.

Nesses períodos, a programação prioriza disponibilidade de itens críticos e amplia o monitoramento diário/semanal dos principais consumos.

d) Programação por “estoque central” e “estoques satélites”

Quando houver estoques satélites (emergência, procedimentos, medicação), a programação terá duas camadas:

1. Compra para o estoque central (almoxarifado/farmácia)
2. Reposição interna para setores (por checklist e cronograma)

A reposição interna será planejada para evitar “falta no setor com estoque no almoxarifado”.

e) Calendário operacional de compras e recebimentos

A Solution estabelecerá um calendário interno, por exemplo:

- Dia fixo de consolidação de requisições (semanal)
- Dia fixo de emissão de pedidos (semanal/quinzenal)
- Janelas de recebimento e conferência em horários de menor pico
- Dia fixo de inventário rotativo (semanal para críticos)
- Dia fixo de revisão de validade e itens parados (quinzenal/mensal)

Esse calendário é ajustado à operação 24h e à disponibilidade física de equipe e espaços.

f) Tratamento de exceções (compra emergencial)

Compras emergenciais não serão rotina, mas terão procedimento claro:

- Critérios de acionamento (ruptura iminente de item crítico, aumento inesperado de demanda, falha de entrega).
- Registro do motivo e do item.
- Regularização documental imediata (requisição, aprovação e registro de recebimento/entrada).

4.1.3.3 Critérios Técnicos de Aquisição (aprimorado)

Os critérios técnicos de aquisição padronizam qualidade, evitam variação de itens incompatíveis com a rotina assistencial e garantem conformidade sanitária e documental. A Solution Gestão Pública aplicará critérios mínimos por categoria de compra.

a) Padronização e compatibilidade assistencial

- Manter catálogo padronizado com especificações mínimas de cada item (apresentação, unidade de medida, características essenciais).
- Evitar substituições sem validação quando o item impacta procedimento, segurança e qualidade assistencial.
- Garantir compatibilidade com equipamentos e rotinas existentes.

b) Regularidade sanitária e condições do produto

- Itens sujeitos a controle sanitário devem cumprir requisitos aplicáveis e ser recebidos com integridade, validade adequada e condições apropriadas de armazenamento e transporte.
- A Solution verificará, no recebimento, critérios essenciais: embalagem íntegra, lote/validade quando aplicável, ausência de avarias e conformidade com especificação.

c) Avaliação e cadastro de fornecedores

A Solution manterá critérios operacionais de avaliação:

- Capacidade de entrega dentro do prazo acordado (pontualidade).
- Conformidade do item entregue (sem divergência de marca/apresentação quando padronizado).
- Taxa de avarias e capacidade de troca/substituição.
- Atendimento e suporte em casos de urgência.
- Consistência de fornecimento em períodos de pico.

Fornecedores com recorrência de divergências, avarias ou atrasos serão reavaliados e, quando necessário, substituídos conforme processo interno.

d) Especificação clara e critérios de aceite no recebimento

Cada item terá especificação mínima para reduzir erros e divergências, contemplando:

- Nome do item e descrição objetiva.
- Unidade de medida e apresentação (caixa, unidade, frasco, pacote).
- Características essenciais (dimensões quando necessário, tipo, material, esterilidade quando aplicável).
- Critérios de aceite: embalagem íntegra, validade mínima aceitável, conformidade com especificação.

e) Conformidade contratual e rastreabilidade

A aquisição e o recebimento serão documentados com:

- requisição interna, aprovação conforme alçada, pedido/ordem de compra;
- registro de recebimento e conferência;
- entrada em estoque com rastreio mínimo necessário (lote/validade quando aplicável);

- registros organizados para auditoria e prestação de contas, conforme contrato.

4.1.3.4 Processo de compras (fluxo de trabalho) – detalhado

A Solution Gestão Pública executará o processo de compras por fluxo padronizado, com responsabilidades e registros por etapa, garantindo previsibilidade e controle.

Etapa 1 – Identificação e disparo da necessidade

A necessidade pode ser identificada por:

- saldo abaixo do ponto de pedido;
- consumo acima do previsto;
- reposição programada do ciclo;
- demanda assistencial extraordinária;
- ajustes por validade (evitar vencimento e falta simultânea).

O responsável do almoxarifado/farmácia consolida lista de itens a comprar, indicando criticidade e urgência.

Etapa 2 – Requisição interna do setor demandante

O setor solicitante formaliza requisição, informando:

- item, unidade, quantidade solicitada;
- motivo (reposição de rotina, aumento de consumo, substituição por validade/avaria, demanda extraordinária);
- prioridade (normal/alta), quando aplicável.

Requisições emergenciais são permitidas, porém sempre registradas e regularizadas.

Etapa 3 – Validação técnica

Quando necessário, ocorre validação por área técnica (ex.: enfermagem/farmácia/coordenação), especialmente para:

- itens críticos e padronizados;
- substituições de itens por indisponibilidade;
- mudanças de especificação que impactem procedimento.

A validação evita compras inadequadas e padroniza o consumo.

Etapa 4 – Aprovação gerencial por matriz de alçada

A aprovação seguirá matriz interna definida pela Solution, com critérios objetivos:

- urgência e criticidade;
- aderência ao planejamento e ao estoque mínimo/segurança;
- conformidade com a padronização.

A aprovação gera trilha de auditoria e reduz decisões informais.

Etapa 5 – Cotação/seleção e emissão do pedido

A aquisição será registrada documentalmente, incluindo:

- solicitação, cotações quando aplicável e justificativas;
- seleção de fornecedor com base em critérios de qualidade, prazo e conformidade;
- emissão de pedido/ordem de compra com especificação clara e prazo.

Itens críticos podem ter fornecedores alternativos previamente avaliados para reduzir risco de ruptura.

Etapa 6 – Recebimento e conferência no almoxarifado/farmácia

O recebimento seguirá checklist mínimo:

- quantidade conforme pedido;
- integridade da embalagem;
- validade adequada e lote quando aplicável;
- conformidade com especificação;
- registro de não conformidade e quarentena quando necessário.

Divergências são tratadas imediatamente com fornecedor (troca/devolução/regularização).

Etapa 7 – Entrada em estoque e endereçamento

Após aceite:

- registrar entrada no sistema/controle;
- endereçar item (local de prateleira/posição);
- organizar por validade e categoria;
- atualizar parâmetros de reposição quando o consumo indicar necessidade.

Etapa 8 – Distribuição aos setores e controle de saída

A distribuição seguirá rotina:

- entrega mediante requisição e conferência;
- registro de saída por setor;
- reposição de estoques satélites por checklist;
- controle de itens críticos com conferência mais frequente.

Etapa 9 – Monitoramento pós-compra

Após o ciclo:

- verificar nível de atendimento (evitou ruptura?);
- comparar consumo real com consumo previsto;
- ajustar mínimo/segurança se necessário;
- registrar ocorrências (atrasos, avarias, substituições) e atualizar avaliação de fornecedor.

4.1.4 Controle de Estoque

O controle de estoque constitui um dos pilares da logística de suprimento da unidade, pois assegura a disponibilidade contínua de materiais, medicamentos e insumos necessários à assistência, ao mesmo tempo em que preserva a rastreabilidade, a segurança do paciente, o uso racional dos recursos e a conformidade com o contrato de gestão. A **Solution Gestão Pública** implantará um modelo de controle de estoque estruturado, sistemático e integrado à rotina assistencial e administrativa, garantindo aderência entre estoque físico e estoque registrado.

O controle será realizado por meio de sistema informatizado ou sistema sistematizado, conforme a estrutura disponível, sempre com registros formais, padronização de rotinas, definição clara de responsabilidades e mecanismos de verificação contínua. A gestão do estoque será orientada por critérios técnicos de criticidade, níveis mínimos e máximos, estoque de segurança, validade dos produtos e análise permanente do consumo real.

4.1.4.1 Estrutura do Controle de Estoque

A estrutura do controle de estoque adotada pela **Solution Gestão Pública** será organizada de forma a permitir rastreabilidade completa do ciclo do item,

desde o recebimento até a utilização final, contemplando registros consistentes, padronizados e auditáveis.

a) Cadastro estruturado de itens

Todos os materiais, medicamentos, insumos e itens de consumo serão cadastrados previamente em base única, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- Descrição padronizada do item, evitando duplicidade de nomenclaturas
- Unidade de medida adotada para controle e distribuição
- Categoria logística (assistencial, apoio, EPI, limpeza, administrativo, entre outras)
- Classificação de criticidade conforme impacto assistencial
- Local de armazenamento principal (almoxarifado, farmácia, estoque satélite)
- Setor consumidor predominante
- Validade média ou padrão do item, quando aplicável
- Parâmetros logísticos associados (mínimo, máximo e segurança)

Esse cadastro é revisado periodicamente para exclusão de itens obsoletos, ajuste de descrições e alinhamento com a padronização assistencial vigente.

b) Registro de entrada

Todo material recebido será obrigatoriamente registrado no momento do recebimento, com conferência física e documental, contendo:

- Data de entrada
- Origem do material (fornecedor ou remanejamento interno)
- Quantidade recebida
- Número de lote e validade, quando aplicável
- Identificação do responsável pela conferência
- Observações de conformidade ou intercorrências

A entrada em estoque somente será efetivada após conferência de quantidade, integridade e validade, evitando incorreções no saldo registrado.

c) Registro de saída

A saída de materiais do estoque será realizada exclusivamente mediante registro formal, garantindo rastreabilidade do consumo. O registro conterá:

- Data da saída
- Setor solicitante
- Quantidade liberada
- Identificação do colaborador responsável pela entrega
- Identificação do responsável pelo recebimento no setor

Saídas emergenciais seguirão fluxo específico, com posterior regularização documental, assegurando que nenhuma movimentação permaneça sem registro.

d) Controle de saldo por local

O controle de estoque será realizado por item e por local de armazenamento, permitindo:

- Visualização do saldo no almoxarifado central
- Controle de estoque em farmácia, quando aplicável
- Monitoramento de estoques satélites em áreas assistenciais
- Comparação entre saldo físico e saldo registrado

Essa estrutura evita concentração de material em setores sem controle e permite atuação preventiva em situações de risco de ruptura.

4.1.4.2 Estoques Mínimos, Máximos e de Segurança

A definição e o monitoramento dos níveis de estoque constituem instrumento central para prevenir desabastecimento e desperdício. A **Solution Gestão Pública** adotará metodologia técnica para definição e revisão contínua desses parâmetros.

a) Definição inicial dos parâmetros

Os níveis iniciais de estoque mínimo, máximo e de segurança serão definidos a partir de:

- Consumo médio diário e mensal do item
- Tempo médio de reposição (lead time)
- Criticidade assistencial do material
- Variabilidade histórica de consumo

- Funcionamento contínuo da unidade (24h/7 dias)

Esses parâmetros não são fixos e serão ajustados conforme comportamento real do consumo.

b) Estoque mínimo

O estoque mínimo corresponde ao nível que, ao ser atingido, aciona imediatamente o processo de reposição, garantindo que o item seja repostado antes da ruptura. Esse nível considera o consumo médio durante o tempo necessário para nova aquisição.

c) Estoque de segurança

O estoque de segurança representa uma margem adicional destinada a cobrir variações inesperadas de consumo, atrasos de entrega ou aumento súbito da demanda assistencial. Itens classificados como críticos terão estoque de segurança mais robusto e monitoramento mais frequente.

d) Estoque máximo

O estoque máximo estabelece o limite superior de armazenamento, prevenindo excesso de materiais, perdas por vencimento, dificuldade de organização física e imobilização desnecessária de recursos. Esse limite será revisado conforme giro real do item.

e) Monitoramento contínuo

Os níveis de estoque serão monitorados regularmente, com:

- Revisão semanal para itens críticos e de alto giro
- Revisão quinzenal para itens de giro médio
- Revisão mensal para itens de baixo giro

Sempre que identificado consumo fora do padrão, os parâmetros serão recalibrados.

4.1.4.3 Validade e Condições de Armazenamento

A gestão da validade e das condições de armazenamento é essencial para garantir segurança do paciente, eficácia dos insumos e conformidade sanitária. A Solution Gestão Pública adotará rotinas específicas para esse controle.

a) Controle de validade

- Registro de validade por lote, quando aplicável
- Identificação visual de itens com vencimento próximo

- Planejamento de consumo priorizando itens com menor prazo restante

Será adotado método de saída por validade, assegurando que itens com vencimento mais próximo sejam utilizados primeiro.

b) Inspeções periódicas

Serão realizadas inspeções regulares para verificação de:

- Validade dos produtos
- Integridade das embalagens
- Presença de avarias ou sinais de comprometimento

A periodicidade das inspeções variará conforme o giro do item, podendo ser semanal, quinzenal ou mensal.

c) Condições ambientais

Os ambientes de armazenamento manterão:

- Limpeza regular e organização padronizada
- Ventilação adequada
- Prateleiras íntegras e identificadas
- Afastamento do piso e das paredes, conforme estrutura disponível
- Proteção contra umidade, poeira e exposição indevida

Essas condições são verificadas durante inspeções e registradas quando necessário.

d) Quarentena e não conformidades

Itens vencidos, avariados ou com suspeita de não conformidade serão imediatamente segregados em área de quarentena identificada, com registro formal e encaminhamento conforme rotina interna, evitando uso indevido.

4.1.4.4 Inventários e Conciliações

A Solution Gestão Pública realizará inventários como ferramenta permanente de controle e prevenção de divergências entre estoque físico e estoque registrado.

a) Inventário rotativo

O inventário rotativo consistirá em contagens frequentes de grupos de itens selecionados, priorizando:

- Itens críticos

- Itens de alto giro
- Itens com histórico de divergência

Essa prática permite correções rápidas e evita acúmulo de inconsistências.

b) Inventário geral

O inventário geral será realizado em períodos definidos, abrangendo todo o estoque da unidade, com conferência física item a item e conciliação com os registros.

c) Tratamento de divergências

Quando identificadas divergências, será realizada análise de causa, considerando:

- Erros de lançamento
- Saídas sem requisição formal
- Falhas no recebimento
- Extravio ou uso inadequado

Com base na análise, serão implementadas ações corretivas para evitar recorrência.

d) Ajustes de estoque

Os ajustes de estoque somente serão realizados mediante:

- Justificativa formal
- Identificação do responsável
- Registro em sistema ou formulário próprio

Esses registros garantem trilha de auditoria e transparência.

4.1.4.5 Perdas, Avarias e Controle de Desperdício

A prevenção de perdas e o controle de desperdício são tratados como rotina de gestão pela Solution Gestão Pública, integrando logística, assistência e supervisão operacional.

a) Registro de perdas

Serão registrados todos os eventos de perda, classificados por:

- Vencimento

- Avaria
- Extravio
- Consumo incompatível com o padrão assistencial

Esses registros permitem análise sistemática das causas.

b) Ações preventivas

As ações preventivas incluem:

- Revisão periódica dos níveis máximos de estoque
- Fracionamento de compras para itens sensíveis à validade
- Melhoria do endereçamento e organização física
- Reforço do controle de saída por setor
- Orientação contínua das equipes quanto ao uso racional dos materiais

c) Ações corretivas

Quando identificadas falhas recorrentes, serão adotadas ações corretivas, como:

- Revisão de rotinas de distribuição
- Ajuste de fluxos internos
- Reforço de rastreabilidade
- Capacitação pontual das equipes envolvidas

Essas ações visam reduzir desperdícios e fortalecer o controle operacional.

4.1.5 Almoxarifado

O almoxarifado constitui a base física e operacional da logística de suprimento da unidade, sendo responsável por centralizar o recebimento, o armazenamento, o controle, a separação e a distribuição de materiais, insumos e bens de consumo necessários ao funcionamento contínuo da unidade. A Solution Gestão Pública estruturará o almoxarifado como área estratégica de controle logístico, com organização física padronizada, rotinas claras e registros sistemáticos, assegurando rastreabilidade, segurança, uso racional dos recursos e suporte permanente às atividades assistenciais e administrativas.

O modelo adotado não trata o almoxarifado como espaço passivo de guarda, mas como núcleo ativo de gestão, responsável por monitorar consumo, antecipar necessidades, prevenir perdas e garantir que os setores assistenciais

tenham acesso oportuno aos insumos necessários, sem improvisações ou interrupções do fluxo de atendimento.

4.1.5.1 Organização Física e Setorização

A organização física do almoxarifado será planejada de forma funcional, lógica e adaptada ao volume de materiais e à dinâmica da unidade, garantindo fluidez nas operações, redução de erros e facilidade de controle.

a) Estrutura física e layout funcional

O almoxarifado contará com:

- Área exclusiva, delimitada e identificada, destinada exclusivamente ao armazenamento de materiais e insumos.
- Layout organizado por corredores, prateleiras e posições, permitindo endereçamento preciso de cada item.
- Prateleiras resistentes, íntegras e compatíveis com o peso e o tipo de material armazenado.
- Caixas organizadoras e recipientes identificados quando necessário, especialmente para itens de pequeno volume ou alto giro.

O layout será definido de modo a permitir circulação segura, separação clara de categorias e acesso facilitado aos itens de maior criticidade.

b) Setorização por categoria logística

Os materiais serão organizados por categorias, de forma a evitar mistura de itens com finalidades distintas e reduzir riscos de erro na separação e distribuição. A setorização contemplará, conforme aplicável:

- Materiais médico-hospitalares e insumos assistenciais
- Equipamentos de proteção individual (EPI)
- Materiais administrativos e de expediente
- Materiais de limpeza e higiene (quando armazenados no mesmo espaço)
- Itens de apoio e consumo geral

Cada categoria possuirá área definida, identificada visualmente e registrada no mapa de endereçamento do almoxarifado.

c) Separação por risco e criticidade

Itens classificados como críticos para a assistência serão posicionados em locais de fácil acesso, com controle reforçado, permitindo reposição rápida

em situações de maior demanda. Essa separação reduz tempo de atendimento às requisições e minimiza risco de ruptura.

d) Área de quarentena

Será mantida área específica e claramente identificada para quarentena de materiais, destinada ao armazenamento temporário de itens que apresentem:

- Avarias físicas ou embalagens comprometidas
- Validade suspeita ou inadequada
- Divergência entre quantidade recebida e registrada
- Inconformidade técnica ou documental

Materiais em quarentena não serão utilizados nem distribuídos até conclusão da análise e definição de destino, com registro formal da ocorrência.

4.1.5.2 Controle de Acesso

O controle de acesso ao almoxarifado é medida essencial para preservar a integridade do estoque, evitar extravios e garantir rastreabilidade das movimentações.

- O acesso será restrito aos profissionais formalmente autorizados, vinculados às funções de almoxarifado, farmácia (quando aplicável) e gestão.
- As regras de acesso serão definidas em rotina interna, com controle de chaves, senhas ou outro mecanismo disponível.
- A entrada de pessoas não autorizadas será permitida apenas em situações justificadas, acompanhadas por responsável designado.
- Retiradas informais de materiais não serão permitidas. Toda movimentação deverá ser precedida de requisição, conferência e registro de saída.

Esse controle reduz perdas, fortalece a disciplina operacional e assegura coerência entre estoque físico e registros.

4.1.5.3 Rotina de Recebimento e Conferência

O recebimento de materiais no almoxarifado seguirá rotina padronizada, garantindo que somente itens conformes ingressem no estoque da unidade.

a) Etapas do recebimento

No momento do recebimento, o responsável realizará, obrigatoriamente:

- Conferência da quantidade recebida, verificando unidades, caixas e volumes em relação ao pedido ou documento de entrega.
- Avaliação da integridade das embalagens, observando lacres, sinais de violação, amassados, umidade ou avarias.
- Verificação da validade, quando aplicável, assegurando prazo adequado para uso.
- Conferência da conformidade do item com a especificação cadastrada, incluindo apresentação, tipo e características essenciais.

b) Registro e tratamento de divergências

Qualquer divergência identificada no recebimento será registrada formalmente, com descrição da ocorrência e definição de encaminhamento, que poderá incluir devolução, substituição ou regularização documental, conforme rotina interna. Materiais não conformes serão direcionados à área de quarentena até solução definitiva.

c) Responsabilidade pelo recebimento

O recebimento será realizado por profissional designado, devidamente treinado, garantindo padronização do procedimento e responsabilização clara pela conferência inicial.

4.1.5.4 Rotina de Armazenamento

Após conferência e aceite, os materiais serão armazenados conforme padrões definidos pela Solution Gestão Pública, preservando integridade, validade e organização.

- Os itens serão endereçados de acordo com o mapa do almoxarifado, respeitando categoria e criticidade.
- Será adotado método de organização por validade, posicionando os itens com vencimento mais próximo em locais de retirada prioritária.
- O ambiente será mantido limpo, organizado e livre de poeira e umidade, com rotina de higienização definida.
- Os materiais permanecerão afastados do piso e organizados de forma estável, prevenindo quedas, esmagamentos e danos às embalagens.

Inspeções periódicas verificarão a manutenção dessas condições, com registros quando necessário.

4.1.5.5 Rotina de Distribuição Interna

A distribuição de materiais aos setores da unidade será realizada de forma controlada, rastreável e alinhada à rotina assistencial.

a) Distribuição por requisição

- Os setores solicitarão materiais por meio de requisição formal, conforme rotina definida.
- O almoxarifado realizará a separação dos itens, conferindo quantidade e conformidade.
- A entrega será registrada, com identificação do responsável pela entrega e pelo recebimento no setor.

b) Reposição de estoques satélites

Quando existirem estoques satélites em áreas assistenciais (como sala de emergência, procedimentos ou medicação), a reposição será realizada:

- Em horários previamente definidos, evitando interferência no atendimento.
- Com base em checklists padronizados por setor, assegurando reposição do mínimo necessário.
- Com registro da quantidade repostada e conferência pelo responsável do setor.

c) Controle específico de itens críticos

Itens críticos terão reposição mais frequente e monitoramento contínuo do saldo nos setores, permitindo atuação preventiva antes da ruptura. Sempre que identificado consumo acima do esperado, o almoxarifado comunicará a gestão para ajuste de parâmetros de estoque e programação de compras.

4.1.5.6 Integração do Almoxarifado com a Gestão da Unidade

O almoxarifado atuará de forma integrada à gestão operacional, fornecendo informações que subsidiam decisões gerenciais, tais como:

- Tendências de consumo por setor
- Riscos de ruptura de itens críticos
- Ocorrências de perdas e avarias
- Necessidade de revisão de parâmetros logísticos

Essas informações permitem ajustes contínuos no planejamento de compras, no controle de estoque e na organização dos fluxos internos, fortalecendo a sustentabilidade da gestão e a continuidade do serviço.

4.1.6 Gestão Patrimonial

A gestão patrimonial constitui componente essencial da implantação da gestão da unidade, pois assegura o controle sistemático, a rastreabilidade, a conservação e a disponibilidade permanente dos bens móveis e equipamentos utilizados na prestação dos serviços de saúde. A adequada gestão do patrimônio preserva o bem público, reduz riscos de extravio e deterioração, garante continuidade operacional e fornece base segura para processos de fiscalização, auditoria e prestação de contas.

A **Solution Gestão Pública** executará a gestão patrimonial de forma estruturada, contínua e integrada às rotinas administrativas, assistenciais e de manutenção da unidade, contemplando cadastro completo dos bens, identificação física padronizada, controle formal de movimentações, acompanhamento do estado de conservação, inventários periódicos e relatórios gerenciais consolidados. Todo o processo será orientado por registros consistentes e responsabilidades claramente definidas.

4.1.6.1 Cadastro e Identificação dos Bens

O cadastro patrimonial será a base estruturante do controle de bens da unidade, permitindo a rastreabilidade individualizada de cada item desde sua incorporação até sua eventual baixa ou substituição.

a) Cadastro patrimonial estruturado

Todos os bens móveis e equipamentos sob responsabilidade da unidade serão cadastrados em sistema informatizado ou controle sistematizado, contendo, no mínimo:

- Identificação única do bem (número patrimonial ou código interno)
- Descrição detalhada do item, incluindo marca, modelo e características relevantes
- Categoria do bem (equipamento assistencial, mobiliário, informática, eletroeletrônico, apoio administrativo, entre outros)
- Localização física inicial (setor, sala ou ambiente)
- Responsável pelo setor de uso

- Estado de conservação no momento do cadastro (novo, bom, regular, necessidade de reparo)
- Data de incorporação ao patrimônio da unidade
- Observações pertinentes ao uso ou condição do bem

Esse cadastro será mantido atualizado e servirá como referência oficial para controle, inventário e prestação de contas.

b) Identificação física dos bens

Cada bem cadastrado receberá identificação física padronizada, por meio de etiqueta, plaqueta ou outro método compatível com o tipo de equipamento, contendo número patrimonial visível e legível. A identificação permitirá associação direta entre o bem físico e o cadastro correspondente, facilitando conferências, movimentações e inventários.

A aplicação da identificação será realizada de forma a não comprometer o funcionamento, a segurança ou a higienização do equipamento.

c) Constituição da linha de base patrimonial

No início da gestão, a Solution Gestão Pública realizará levantamento completo dos bens existentes na unidade, consolidando a linha de base patrimonial. Esse levantamento contemplará:

- Bens já existentes antes do início da gestão
- Bens recebidos no momento da implantação ou posteriormente incorporados
- Conferência física e documental
- Registro do estado de conservação inicial

A linha de base permitirá acompanhamento da evolução do patrimônio ao longo da gestão e comparações em inventários futuros.

4.1.6.2 Controle de Movimentações Patrimoniais

O controle de movimentações internas é fundamental para evitar extravio, uso indevido e desorganização do patrimônio. A Solution Gestão Pública adotará rotina formal e padronizada para qualquer movimentação de bens.

a) Registro de movimentações

Toda movimentação de bem patrimonial será registrada previamente ou imediatamente após sua ocorrência, incluindo situações como:

- Transferência de sala ou ambiente

- Remanejamento entre setores
- Retirada temporária para manutenção preventiva ou corretiva
- Substituição provisória por equipamento reserva

O registro conterá data, identificação do bem, local de origem, local de destino, motivo da movimentação e responsáveis envolvidos.

b) Termo de movimentação

Será utilizado termo simples de movimentação patrimonial, assinado pelo responsável do setor de origem e pelo responsável do setor de destino, quando aplicável. Esse documento assegura formalização da responsabilidade pelo bem e mantém a rastreabilidade do histórico de uso.

c) Prevenção de alocação informal

Movimentações não registradas não serão permitidas. Qualquer alteração de localização sem registro será tratada como não conformidade e analisada para correção de fluxo, reforço de orientação ou ajuste de rotinas internas.

4.1.6.3 Conservação, Uso e Integração com Manutenção

A conservação adequada dos bens patrimoniais está diretamente relacionada à continuidade dos serviços e à segurança do ambiente assistencial. A Solution Gestão Pública integrará a gestão patrimonial às rotinas de uso e manutenção da unidade.

a) Orientação de uso adequado

Os setores usuários receberão orientações quanto ao uso correto dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade, visando:

- Prevenção de danos por manuseio inadequado
- Uso compatível com a finalidade do bem
- Comunicação imediata de falhas ou anomalias

Essas orientações poderão ocorrer por meio de treinamentos operacionais, comunicados internos ou instruções junto aos responsáveis setoriais.

b) Registro de ocorrências patrimoniais

Qualquer ocorrência envolvendo dano, quebra, mau funcionamento ou perda de desempenho de bem patrimonial será registrada formalmente, permitindo:

- Identificação do tipo de ocorrência

- Avaliação do impacto operacional
- Definição de providências (reparo, substituição, ajuste de uso)

O registro de ocorrências subsidia ações preventivas e corretivas e contribui para melhoria da gestão dos ativos.

c) Integração com manutenção preventiva e corretiva

Cada bem patrimonial terá histórico associado às ações de manutenção realizadas, contemplando:

- Chamados de manutenção preventiva
- Intervenções corretivas
- Substituições temporárias ou definitivas
- Avaliação recorrente do estado de conservação

Essa integração permite planejamento de manutenção, redução de paradas inesperadas e prolongamento da vida útil dos equipamentos.

4.1.6.4 Inventário Patrimonial

O inventário patrimonial é instrumento central de verificação e controle, permitindo conferir a existência física dos bens, sua localização e estado de conservação. A Solution Gestão Pública realizará inventários periódicos, com metodologia definida e registros formais.

a) Periodicidade e escopo

Os inventários poderão ser realizados:

- De forma periódica, em intervalos definidos
- De forma extraordinária, quando houver necessidade específica

O escopo incluirá todos os bens cadastrados, com conferência física item a item.

b) Procedimento de inventário

Durante o inventário, será verificado:

- Existência física do bem
- Conformidade entre identificação física e cadastro
- Localização atual
- Estado de conservação

As informações levantadas serão comparadas com o cadastro patrimonial para identificação de divergências.

c) Tratamento de divergências

Divergências identificadas durante o inventário serão analisadas quanto à causa, podendo envolver:

- Falha de registro de movimentação
- Extravio ou perda
- Erro de cadastro

Após apuração, será realizada regularização documental e, quando necessário, revisão de rotinas para evitar recorrência.

d) Relatórios gerenciais

Os resultados do inventário serão consolidados em relatórios gerenciais, contendo:

- Relação de bens inventariados
- Situação de conservação
- Divergências encontradas e providências adotadas
- Evolução do patrimônio ao longo do período

Esses relatórios subsidiarão o acompanhamento da gestão, a integração com a manutenção e os processos de prestação de contas.

4.1.6.5 Integração da Gestão Patrimonial com a Gestão da Unidade

A gestão patrimonial será integrada às demais áreas da gestão da unidade, fornecendo informações relevantes para:

- Planejamento de manutenção e substituição de equipamentos
- Organização dos ambientes assistenciais e administrativos
- Avaliação da necessidade de reposição ou reforço de bens
- Prestação de contas e atendimento a fiscalizações

Ao adotar um modelo estruturado de gestão patrimonial, a Solution Gestão Pública assegura controle efetivo dos bens sob sua responsabilidade, preservação do patrimônio público e suporte permanente às atividades assistenciais, contribuindo para a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

4.1.7 Integração da Logística com a Operação Assistencial

A integração da logística de suprimento com a operação assistencial é fundamental para assegurar que o abastecimento da unidade acompanhe, de forma dinâmica e contínua, a realidade do atendimento prestado à população. Em uma unidade de urgência e emergência, onde a demanda é variável e imprevisível, a logística não pode operar de forma isolada ou apenas reativa, devendo estar permanentemente alinhada aos fluxos assistenciais, às rotinas de enfermagem e às necessidades operacionais do serviço.

A Solution Gestão Pública implantará um modelo de integração direta e funcional entre o almoxarifado, a farmácia/dispensação (quando existente), a coordenação de enfermagem e a coordenação operacional da unidade, garantindo comunicação fluida, reposição oportuna de insumos e resposta rápida às variações do perfil assistencial. Essa integração permitirá antecipar necessidades, reduzir interrupções do cuidado e manter estabilidade operacional mesmo em cenários de pico de atendimento.

4.1.7.1 Integração com a Rotina Assistencial

A integração com a rotina assistencial será estruturada a partir do entendimento detalhado dos fluxos de atendimento e do consumo real de materiais em cada etapa do cuidado.

a) Estruturação de kits assistenciais por setor

A Solution Gestão Pública definirá, em conjunto com as equipes assistenciais, kits padronizados de materiais e insumos por setor, considerando o tipo de atendimento realizado e o nível de criticidade da área. Esses kits terão composição previamente definida e revisada periodicamente, contemplando:

- Setores de emergência, com materiais indispensáveis para atendimento imediato e estabilização
- Salas de procedimentos e curativos, com insumos compatíveis com os procedimentos mais frequentes
- Áreas de medicação, com itens necessários à administração segura de medicamentos
- Salas de observação, com materiais de uso contínuo para acompanhamento clínico

A padronização de kits reduz improvisações, agiliza o atendimento e facilita o controle de consumo e reposição.

b) Reposição programada alinhada ao fluxo assistencial

A reposição de materiais será programada em horários previamente definidos, levando em consideração os períodos de maior movimento assistencial. Sempre que possível, a reposição ocorrerá fora dos horários de pico, minimizando interferência no atendimento e circulação desnecessária em áreas assistenciais.

A programação de reposição será ajustada conforme o comportamento do consumo, podendo ser diária, por turno ou em intervalos definidos para cada setor.

c) Gatilhos operacionais para ajuste de reposição

A logística atuará de forma responsiva a partir de gatilhos operacionais claros, tais como:

- Consumo acima do padrão histórico do setor
- Aumento do número de pacientes em observação
- Crescimento do volume de procedimentos realizados
- Alteração temporária do perfil assistencial da unidade

Quando esses gatilhos forem identificados, a reposição será ajustada imediatamente, com redistribuição interna ou reforço de abastecimento, evitando risco de descontinuidade do atendimento.

4.1.7.2 Integração com a Enfermagem

A enfermagem desempenha papel central na interface entre logística e assistência, pois está diretamente envolvida no uso e controle diário dos insumos. A Solution Gestão Pública estabelecerá integração estruturada com a coordenação de enfermagem e as equipes de linha de frente.

a) Padronização conjunta de itens por procedimento e área

Os itens padronizados por procedimento e por ambiente assistencial serão definidos em conjunto com a enfermagem, garantindo compatibilidade entre protocolos assistenciais e disponibilidade logística. Essa definição conjunta evita divergências entre o material disponível e o material efetivamente utilizado no cuidado ao paciente.

Sempre que houver atualização de protocolos ou mudança no perfil assistencial, a lista de itens padronizados será revisada e comunicada à logística para ajuste de estoque e programação de compras.

b) Checklists operacionais de conferência

Serão adotados checklists de conferência periódica dos carrinhos, armários e pontos de armazenamento dos setores assistenciais, especialmente em áreas críticas como sala de emergência e salas de procedimentos. Esses checklists permitirão:

- Verificar presença e quantidade mínima de itens essenciais
- Identificar precocemente risco de falta de insumos
- Registrar necessidades de reposição de forma objetiva

Os checklists serão utilizados como ferramenta de rotina da enfermagem e como insumo para a atuação preventiva do almoxarifado.

c) Canal de comunicação direto para itens críticos

A comunicação entre enfermagem e logística será mantida por canal direto e definido, permitindo sinalização imediata de itens críticos em baixa. Essa comunicação possibilita priorização da reposição, redistribuição interna quando necessário e ajuste rápido dos parâmetros de estoque.

4.1.7.3 Integração com Farmácia e Dispensação (quando aplicável)

Quando a unidade dispuser de farmácia ou rotina de dispensação, a integração com a logística será essencial para garantir controle adequado de itens sensíveis, rastreabilidade e segurança assistencial.

a) Rotina integrada de dispensação e reposição

A dispensação de materiais e medicamentos aos setores será realizada com registro formal, permitindo acompanhamento do consumo por área e por período. A reposição será planejada conforme consumo real e níveis mínimos definidos, evitando tanto a falta quanto o acúmulo excessivo nos setores.

b) Controle de validade e rastreabilidade

A logística e a farmácia atuarão de forma integrada no controle de validade e, quando aplicável, de lotes, assegurando que itens com vencimento mais próximo sejam priorizados no uso. Esse controle reduz perdas e fortalece a segurança do paciente.

c) Monitoramento de consumo de itens de maior impacto

Itens de maior impacto assistencial ou logístico terão consumo monitorado de forma contínua, permitindo:

- Identificação de variações fora do padrão
- Revisão de níveis mínimos e de segurança

- Ajuste de programação de compras e reposição

Essa atuação integrada possibilita tomada de decisão baseada em dados reais de uso.

4.1.7.4 Atendimento a Demandas Emergenciais

Em unidades de urgência e emergência, situações excepcionais exigem resposta logística imediata. A Solution Gestão Pública estabelecerá procedimentos claros para atendimento a demandas emergenciais, garantindo rapidez sem perda de controle.

a) Procedimento de requisição emergencial

Será adotado procedimento específico para requisições emergenciais fora do horário padrão ou em situações críticas, contemplando:

- Autorização por responsável designado
- Liberação imediata do material necessário
- Registro mínimo da saída para posterior regularização

Esse procedimento assegura continuidade do atendimento mesmo em cenários imprevistos.

b) Estoque de contingência

A unidade manterá estoque de contingência para itens críticos previamente definidos, destinado exclusivamente a situações emergenciais. Esse estoque terá:

- Acesso restrito
- Controle rigoroso de entradas e saídas
- Monitoramento frequente do saldo

A utilização do estoque de contingência será registrada e comunicada à gestão para reposição imediata.

c) Regularização documental e rastreabilidade

Toda saída emergencial será regularizada documentalmente no primeiro período útil subsequente, garantindo rastreabilidade completa da movimentação e aderência aos controles internos. Essa prática evita lacunas de informação e mantém a integridade do sistema de controle de estoque.

4.1.7.5 Comunicação, Monitoramento e Ajustes Operacionais

A integração entre logística e assistência será sustentada por comunicação contínua e monitoramento sistemático:

- Reuniões periódicas entre logística, enfermagem e coordenação operacional para avaliação de consumo, ocorrências e ajustes necessários
- Análise conjunta de situações de pico assistencial e impacto no abastecimento
- Revisão de kits, checklists e parâmetros logísticos sempre que identificado descompasso entre consumo e planejamento

Essa dinâmica de integração assegura que a logística de suprimento opere de forma sincronizada com a realidade assistencial da unidade, fortalecendo a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a eficiência operacional.

4.1.8 Monitoramento, Controle e Avaliação da Logística

A Solution Gestão Pública estabelecerá rotina de monitoramento com indicadores, revisões periódicas e ações corretivas para manter a logística estável e confiável.

4.1.8.1 Acompanhamento de níveis de estoque

- Revisão periódica de itens críticos e de alto giro.
- Relatórios de itens abaixo do mínimo, itens próximos da validade e itens sem movimentação relevante.
- Lista de reposição programada por ciclo (semanal/quinzenal/mensal).

4.1.8.2 Avaliação de consumo e perdas

- Análise de consumo por setor e por período.
- Identificação de picos fora do padrão e investigação de causa (mudança de perfil assistencial, falha de controle de saída, desperdício).
- Controle de perdas (vencimento, avaria, extravio) com registro e plano de ação.

4.1.8.3 Identificação de gargalos logísticos

Exemplos de gargalos monitorados:

- atraso de entrega e impacto no estoque de segurança;

- itens críticos com consumo acima do previsto;
- falhas no registro de saída;
- dificuldade de armazenamento por falta de endereçamento/organização;
- devoluções por inconformidade no recebimento.

4.1.8.4 Ações corretivas

- Ajuste de níveis mínimos/máximos e frequência de compra;
- Revisão de itens padronizados e substituições quando necessário;
- Reforço de controle de saída por requisição;
- Reorganização física do almoxarifado e criação de áreas de quarentena;
- Treinamento rápido com setores sobre uso racional, controle e requisições.

4.1.8.5 Rotina de reuniões e governança

- Reuniões periódicas internas para revisão de consumo, itens críticos e eventos de ruptura.
- Registro de decisões (ajustes de estoque, revisão de lista crítica, mudanças de fluxo).
- Integração com qualidade, segurança do paciente e manutenção patrimonial, quando aplicável.

4.1.8.6 Indicadores operacionais sugeridos

- Taxa de ruptura de estoque (itens críticos e gerais).
- Percentual de itens próximos do vencimento (por categoria).
- Percentual de divergências em inventário (por período).
- Tempo médio de atendimento de requisição interna (por setor).
- Volume de perdas por vencimento/avaria (com classificação de causa).
- Conformidade de recebimento (entregas sem divergência / com divergência).

4.1.9 Contribuição da Logística de Suprimento para a Qualidade e Sustentabilidade do Serviço

A gestão adequada da logística de suprimento contribui diretamente para a qualidade assistencial, a segurança do paciente, a eficiência operacional e a sustentabilidade da gestão. Ao garantir abastecimento contínuo, controle de

estoque por níveis mínimos e de segurança, rastreabilidade de entradas e saídas, organização de almoxarifado e gestão patrimonial estruturada, a **Solution Gestão Pública** assegura a continuidade dos serviços prestados à população, reduz riscos de interrupção assistencial e fortalece o uso racional dos recursos, mantendo conformidade com o contrato de gestão e com as rotinas institucionais.

OPERACIONAL

A – Planejamento de Compras e Reposição

Objetivo: padronizar levantamento de necessidade, programação de compras e reposição por estoque mínimo/segurança.

Periodicidade: semanal (itens críticos e alto giro), quinzenal/mensal (demais itens).

Passos:

1. Extrair relatório de saldo e itens abaixo do mínimo.
2. Verificar consumo do período e variações por setor.
3. Revisar lista de itens críticos e itens com risco de ruptura.
4. Consolidar requisição interna de compras com especificação e quantidade.
5. Validar tecnicamente itens padronizados (quando aplicável).
6. Submeter para aprovação conforme alçada interna definida pela Solution.
7. Registrar pedido e prazo estimado de recebimento.
8. Atualizar quadro de controle de itens críticos até o recebimento.

Critérios de aceitação: requisição consolidada com itens, unidades, justificativa de reposição e nível de estoque (mínimo/segurança/consumo).

B – Recebimento e Conferência de Materiais

Objetivo: assegurar recebimento com conferência de quantidade, integridade, validade e conformidade.

Passos:

1. Receber volumes em local definido.
2. Conferir nota/guia com pedido interno.
3. Conferir quantidade, integridade, apresentação e validade (quando aplicável).

4. Registrar não conformidade em caso de divergência (quantidade, avaria, validade inadequada).
5. Encaminhar itens conformes para entrada em estoque e endereçamento.
6. Encaminhar itens não conformes para quarentena e tratativa de devolução/substituição.

Registros: checklist de recebimento, registro de não conformidade (quando houver), entrada em estoque.

C – Armazenamento e Endereçamento

Objetivo: organizar itens por categoria e validade, com endereçamento e quarentena.

Passos:

1. Definir local por categoria e risco.
2. Armazenar priorizando acesso a itens críticos.
3. Aplicar regra de saída por validade (vencimento mais próximo na frente).
4. Manter itens fora do chão e organizados.
5. Separar área de quarentena para itens avariados, vencidos ou com divergência documental.

Registros: mapa de endereçamento, controle de validade (itens críticos e itens de validade curta).

D – Distribuição Interna e Requisição por Setor

Objetivo: padronizar requisição, separação, entrega e registro de saída.

Passos:

1. Setor solicita por requisição (rotina ou emergencial).
2. Almoxarifado separa itens e confere quantidades.
3. Entrega ao setor com conferência e assinatura de recebimento.
4. Lança saída no controle de estoque.
5. Reposição de estoques satélites conforme cronograma e checklist do setor.

Registros: requisição interna, comprovante de entrega, registro de saída.

E – Inventário Rotativo e Tratativa de Divergências

Objetivo: manter aderência entre estoque físico e sistema/controle, reduzindo perdas.

Passos:

1. Selecionar itens por criticidade e giro para contagem.
2. Realizar contagem física com dupla conferência quando aplicável.
3. Comparar com saldo registrado.
4. Investigar divergências (recebimento, saídas, extravio).
5. Realizar ajuste com justificativa e assinatura de responsáveis.
6. Implantar ação corretiva quando houver recorrência.

Registros: planilha/relatório de inventário, registro de ajuste, plano de ação.

F – Gestão Patrimonial (Cadastro, Movimentação e Inventário)

Objetivo: controlar bens patrimoniais com rastreabilidade e conservação.

Passos:

1. Cadastrar bens e identificar local/setor.
2. Etiquetar/tombar conforme padrão local.
3. Registrar movimentações internas (origem, destino, motivo).
4. Registrar ocorrências e encaminhar para manutenção.
5. Realizar inventário periódico e conciliar divergências.

Registros: cadastro patrimonial, termo de movimentação, relatório de inventário, registro de ocorrências.

FORMULÁRIOS – LOGÍSTICA (modelos)

F-4.1.1 Requisição Interna de Materiais/Insumos

Data: // ____ **Setor:** ____ **Solicitante:** ____

Item	Unidade	Quantidade	Justificativa (rotina/pico/reposição)	Prioridade (Normal/Alta)

Aprovação: ____ **Data:** // ____

Entrega realizada por: ____ **Recebido por:** ____ **Data/Hora:**

// ____ :

F-4.1.2 Checklist de Recebimento e Conferência

Data: // _____ **Fornecedor:** _____ **Documento:** _____

- () Quantidade conforme pedido
- () Embalagens íntegras
- () Validade adequada (quando aplicável)
- () Itens conformes com especificação
- () Sem avarias / sem divergência

Ocorrência: () Não () Sim → descrever: _____

Responsável conferência: _____ **Assinatura:** _____

F-4.1.3 Registro de Não Conformidade – Suprimentos

Data/Hora: // _____ : **Local:** _____

Tipo: () Divergência quantidade () Avaria () Validade () Item incorreto () Outro

Descrição: _____

Ação imediata: _____

Destino: () Quarentena () Devolução () Substituição () Regularização

Responsável: _____ **Assinatura:** _____

F-4.1.4 Mapa de Itens Críticos – Controle Diário/Semanal

Período: // _____ a // _____

Item crítico	Saldo atual	Mínimo	Segurança	Ação (comprar/redistribuir/monitorar)	Responsável

F-4.1.5 Termo de Movimentação Patrimonial

Data: _____ **//** _____

Bem: _____ **Patrimônio/Identificação:** _____

Origem: _____ **Destino:** _____

Motivo: () Troca de setor () Manutenção () Substituição () Outro: _____

Responsável origem: _____ **Responsável destino:** _____

4.2 Proposta para regimento interno da unidade

4.2.1 Finalidade do Regimento Interno

O Regimento Interno da Unidade de Pronto Atendimento Municipal tem por finalidade estabelecer a organização, o funcionamento, as competências, as responsabilidades e os fluxos decisórios da unidade, assegurando a padronização das rotinas, a clareza das atribuições institucionais, a eficiência administrativa e a qualidade da assistência prestada à população.

Este documento constitui instrumento fundamental para a estruturação e operacionalização dos serviços de saúde. Estabelece as diretrizes gerais que norteiam o funcionamento da unidade, definindo parâmetros claros para a atuação de todos os profissionais envolvidos na prestação do atendimento. A finalidade do regimento vai além da simples formalização de processos. Representa o compromisso institucional com a qualidade, segurança e efetividade dos serviços prestados.

O regimento interno serve como referencial para a tomada de decisões administrativas e assistenciais. Define a estrutura hierárquica e funcional da unidade, estabelecendo as linhas de comando e os canais de comunicação. Determina as responsabilidades de cada setor e profissional, evitando sobreposições ou lacunas nas atribuições. Estabelece os procedimentos operacionais padrão que devem ser seguidos no desenvolvimento das atividades cotidianas.

A padronização das rotinas através do regimento contribui para a redução de erros e inconsistências na prestação dos serviços. Permite que todos os profissionais conheçam claramente suas atribuições e responsabilidades. Facilita a integração de novos colaboradores, que encontram no documento um guia completo sobre o funcionamento da unidade. Promove a uniformização dos processos de trabalho, independentemente do profissional que esteja executando a atividade.

O documento estabelece os princípios éticos e profissionais que devem orientar a conduta de todos os colaboradores. Define as normas de relacionamento interpessoal, tanto entre os membros da equipe quanto no atendimento aos usuários. Determina os padrões de qualidade que devem ser mantidos em todas as atividades desenvolvidas. Estabelece os mecanismos de controle e avaliação que permitem o monitoramento contínuo do desempenho institucional.

A segurança jurídica proporcionada pelo regimento interno protege tanto a instituição quanto os profissionais que nela atuam. Define claramente os limites de atuação de cada categoria profissional, respeitando as legislações específicas. Estabelece os procedimentos administrativos que devem ser

seguidos em situações específicas. Determina as instâncias decisórias e os fluxos de aprovação para diferentes tipos de decisões.

O regimento também funciona como instrumento de transparência institucional. Torna públicas as regras de funcionamento da unidade, permitindo que usuários, familiares e órgãos de controle conheçam a organização dos serviços. Facilita o exercício do controle social, estabelecendo canais claros de comunicação e participação. Define os mecanismos de prestação de contas e responsabilização pelos resultados alcançados.

A elaboração do regimento interno considera as especificidades da Unidade de Pronto Atendimento. Reconhece a natureza urgente e emergencial dos atendimentos prestados. Contempla a necessidade de agilidade nos processos decisórios. Estabelece protocolos específicos para situações de alta demanda ou emergências sanitárias. Define os critérios de priorização no atendimento, respeitando os princípios da classificação de risco.

O documento incorpora as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantindo o alinhamento com as políticas públicas de saúde. Assegura a observância dos princípios da universalidade, integralidade e equidade no atendimento. Estabelece mecanismos de articulação com a rede de atenção à saúde. Define os fluxos de referência e contrarreferência com outros pontos de atenção.

A atualização periódica do regimento garante sua adequação às mudanças normativas e operacionais. Permite a incorporação de novas práticas e tecnologias. Possibilita ajustes baseados na experiência acumulada e nas lições aprendidas. Mantém o documento sempre alinhado com as melhores práticas em gestão de serviços de saúde.

O regimento interno estabelece os fundamentos para uma gestão profissional e eficiente. Define indicadores de desempenho e metas institucionais. Estabelece os processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação. Determina as responsabilidades pela gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros. Cria as condições necessárias para o alcance dos objetivos institucionais.

4.2.2 Estrutura Organizacional da Unidade

a) Organização Hierárquica

A estrutura organizacional da Unidade de Pronto Atendimento Municipal segue modelo hierárquico funcional que assegura a adequada distribuição de responsabilidades e a eficiência operacional. A organização hierárquica estabelece níveis claros de autoridade e responsabilidade, facilitando o fluxo de informações e decisões.

No nível estratégico, a Direção Geral da Unidade exerce a função de comando superior, respondendo diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. Esta posição concentra as responsabilidades pela gestão global da unidade, incluindo o planejamento estratégico, a representação institucional e a articulação com os demais órgãos do sistema de saúde. A Direção Geral coordena todas as atividades desenvolvidas na unidade, garantindo o cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão.

A Direção Técnica Médica constitui o segundo nível hierárquico, responsável pela supervisão técnica de todos os processos assistenciais. Este cargo deve ser ocupado por profissional médico devidamente habilitado, que assume a responsabilidade técnica perante os conselhos de classe e órgãos de vigilância sanitária. A Direção Técnica supervisiona a atuação de toda a equipe médica, garantindo a observância dos protocolos clínicos e das normas técnicas vigentes.

A Coordenação de Enfermagem ocupa posição equivalente à Direção Técnica Médica no organograma, sendo responsável pela gestão de toda a equipe de enfermagem. Esta coordenação responde pela organização das escalas de trabalho, supervisão das atividades de enfermagem, implementação dos procedimentos operacionais padrão e garantia da qualidade assistencial. A Coordenação de Enfermagem trabalha em estreita colaboração com a Direção Técnica Médica para assegurar a integração das ações assistenciais.

A Coordenação Administrativa completa o nível tático da estrutura organizacional. Esta coordenação responde pelos processos administrativos e de apoio, incluindo a gestão de recursos materiais, controle patrimonial, serviços gerais e apoio logístico. Trabalha de forma integrada com as coordenações assistenciais para garantir o suprimento adequado de materiais e a manutenção da infraestrutura necessária ao funcionamento dos serviços.

As equipes assistenciais e multiprofissionais constituem o nível operacional da estrutura. Incluem médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e demais profissionais de saúde. Estas equipes executam diretamente as atividades de atendimento aos usuários, seguindo as orientações e protocolos estabelecidos pelas coordenações.

A equipe administrativa e operacional completa a estrutura organizacional, incluindo profissionais de apoio administrativo, recepção, segurança, limpeza, manutenção e outros serviços essenciais ao funcionamento da unidade. Estes profissionais, embora não atuem diretamente na assistência, são fundamentais para criar as condições adequadas para a prestação dos serviços de saúde.

A estrutura organizacional estabelece claramente as linhas de subordinação e os canais de comunicação. Cada profissional conhece seu

superior imediato e os limites de sua autoridade. Os fluxos de informação seguem os canais hierárquicos estabelecidos, garantindo que as decisões sejam tomadas no nível apropriado e comunicadas adequadamente a todos os envolvidos.

A definição clara da estrutura organizacional evita conflitos de competência e sobreposição de funções. Cada cargo tem suas atribuições específicas definidas, com delimitação precisa das responsabilidades. Isto permite que os profissionais atuem com segurança, conhecendo exatamente o escopo de suas atividades e os limites de sua autoridade decisória.

A estrutura contempla mecanismos de substituição para garantir a continuidade dos serviços. Define claramente quem assume as responsabilidades em caso de ausência ou impedimento dos titulares dos cargos. Estabelece a cadeia de comando em situações de emergência ou crise. Assegura que sempre haja um responsável presente para tomar as decisões necessárias ao funcionamento da unidade.

b) Organograma Institucional

O organograma institucional da Unidade de Pronto Atendimento Municipal representa graficamente a estrutura organizacional, facilitando a compreensão das relações hierárquicas e funcionais. Este documento visual explicita as linhas de autoridade, os níveis hierárquicos e a distribuição das áreas de responsabilidade.

A unidade contará com organograma formal, devidamente aprovado e divulgado a todos os colaboradores. Este organograma será afixado em locais estratégicos da unidade e disponibilizado em formato digital para consulta. A representação gráfica incluirá todos os cargos e funções previstos na estrutura organizacional, com identificação clara das linhas de subordinação.

O organograma estabelece a relação hierárquica entre os diferentes níveis organizacionais. Demonstra claramente que a Direção Geral ocupa o nível mais elevado da estrutura, com autoridade sobre todas as demais áreas. As direções e coordenações técnicas aparecem no segundo nível, com suas respectivas áreas de responsabilidade claramente delimitadas. As equipes operacionais são representadas nos níveis subsequentes, mostrando sua vinculação às coordenações específicas.

A relação funcional entre as diferentes áreas também é explicitada no organograma. Embora mantenham sua subordinação hierárquica, as áreas estabelecem relações de colaboração e interdependência. O organograma demonstra estas conexões através de linhas pontilhadas ou outros recursos gráficos, indicando os fluxos de trabalho e comunicação que transcendem a hierarquia formal.

A definição das linhas de subordinação no organograma elimina dúvidas sobre a cadeia de comando. Cada profissional pode identificar claramente seu superior imediato e sua posição na estrutura organizacional. Isto facilita o fluxo de comunicação ascendente e descendente, garantindo que as informações circulem adequadamente pelos canais apropriados.

A articulação entre áreas assistenciais e administrativas é especialmente destacada no organograma. Demonstra como os setores de apoio se integram às atividades assistenciais, fornecendo o suporte necessário para a prestação dos serviços. Esta representação reforça o conceito de que todas as áreas trabalham de forma integrada para o alcance dos objetivos institucionais.

O organograma também serve como ferramenta de gestão e planejamento. Permite visualizar a distribuição de recursos humanos entre as diferentes áreas. Facilita a identificação de possíveis gargalos ou sobrecargas em determinados setores. Auxilia no dimensionamento adequado das equipes e na distribuição equilibrada de responsabilidades.

A atualização do organograma acompanha as mudanças na estrutura organizacional. Sempre que houver criação, extinção ou modificação de cargos ou áreas, o organograma é revisado. Esta atualização constante garante que o documento mantenha sua utilidade como ferramenta de comunicação e gestão.

O organograma institucional integra o conjunto de documentos oficiais da unidade. É referenciado em outros documentos normativos, como procedimentos operacionais e descrições de cargo. Serve como base para a elaboração de outros instrumentos de gestão, como a matriz de responsabilidades e os fluxogramas de processo.

4.2.3 Normas de Funcionamento da Unidade

a) Funcionamento Geral

A Unidade de Pronto Atendimento Municipal opera em regime de funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, sete dias por semana, incluindo feriados e pontos facultativos. Esta característica de funcionamento contínuo exige organização específica que garanta a disponibilidade permanente de recursos humanos e materiais para o atendimento à população.

O atendimento ininterrupto é garantido através da organização por turnos e escalas de trabalho. Os plantões são organizados de forma a assegurar a presença de equipe completa em todos os períodos. As escalas são elaboradas com antecedência mínima de 30 dias, permitindo que os profissionais organizem suas atividades pessoais. A distribuição dos plantões considera critérios de equidade, respeitando as limitações legais de jornada de trabalho.

A organização dos turnos segue padrão que otimiza a utilização dos recursos humanos. Os plantões diurnos e noturnos são dimensionados conforme

o perfil de demanda da unidade. Nos períodos de maior movimento, as equipes são reforçadas. A passagem de plantão é realizada de forma estruturada, com transmissão adequada de informações sobre os pacientes em atendimento.

O cumprimento das diretrizes assistenciais é assegurado através de protocolos e procedimentos operacionais padrão. Todos os profissionais são orientados sobre as rotinas estabelecidas. A adesão aos protocolos é monitorada regularmente. Desvios são identificados e corrigidos através de ações educativas e, quando necessário, medidas administrativas.

A integração com a Rede de Atenção à Saúde é elemento fundamental do funcionamento da unidade. Estabelecem-se fluxos claros de referência e contrarreferência com outros serviços. Os casos que demandam continuidade de cuidados são adequadamente encaminhados. A comunicação com outros pontos de atenção é mantida através de instrumentos padronizados.

A unidade mantém sistema de comunicação interna que permite a rápida mobilização de recursos em situações de emergência. Códigos específicos são estabelecidos para diferentes tipos de ocorrências. Todos os profissionais são treinados para reconhecer e responder adequadamente a estes códigos. Simulados periódicos garantem a prontidão das equipes.

O controle de acesso às dependências da unidade segue normas específicas de segurança. Áreas restritas são claramente identificadas. O acesso de visitantes é controlado e registrado. Profissionais utilizam identificação visível. Medidas de segurança patrimonial e pessoal são implementadas em todos os turnos.

A manutenção da infraestrutura física e dos equipamentos segue cronograma estabelecido. Manutenções preventivas são realizadas regularmente. Reparos emergenciais são executados com prioridade. Equipamentos críticos contam com redundância ou planos de contingência. O funcionamento adequado de todas as instalações é verificado diariamente.

O abastecimento de materiais e medicamentos segue rotina estabelecida que garante a disponibilidade contínua. Estoques mínimos são definidos para todos os itens críticos. Reposições são realizadas automaticamente ao atingir o ponto de pedido. Conferências periódicas garantem a adequação dos estoques. Medicamentos controlados seguem legislação específica.

A gestão de resíduos de serviços de saúde obedece às normas sanitárias vigentes. Segregação adequada é realizada no momento da geração. Acondicionamento segue padrões estabelecidos. Coleta e destinação final são realizadas por empresa especializada. Todos os profissionais são treinados sobre o gerenciamento de resíduos.

b) Normas Assistenciais

As normas assistenciais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal estabelecem os padrões de qualidade e segurança que devem ser observados em todos os atendimentos. Estas normas baseiam-se nas melhores práticas em medicina de urgência e emergência, incorporando as diretrizes nacionais e internacionais aplicáveis.

A observância de protocolos assistenciais é obrigatória para todos os profissionais. Os protocolos são elaborados com base em evidências científicas atualizadas. Contemplam as principais situações clínicas atendidas na unidade. São revisados periodicamente para incorporar novos conhecimentos. A adesão aos protocolos é monitorada através de indicadores específicos.

O acolhimento com classificação de risco constitui a porta de entrada do atendimento. Todos os usuários são avaliados por profissional capacitado logo na chegada. A classificação segue protocolo validado que estratifica o risco em níveis de prioridade. O tempo de espera para atendimento médico é determinado pela classificação atribuída. Reavaliações são realizadas conforme protocolo para identificar mudanças no quadro clínico.

A segurança do paciente permeia todas as atividades assistenciais. Protocolos específicos são implementados para prevenção de eventos adversos. A identificação correta do paciente é verificada antes de qualquer procedimento. Alergias e condições especiais são claramente sinalizadas. A comunicação entre profissionais segue padrão estruturado para evitar falhas.

O registro adequado das informações é requisito fundamental para a qualidade assistencial. Prontuários são preenchidos de forma completa e legível. Todas as condutas são registradas com identificação do profissional responsável. Exames e procedimentos são documentados. A evolução do quadro clínico é acompanhada através de registros sistemáticos.

A atuação multiprofissional integrada garante a abordagem integral do paciente. Diferentes categorias profissionais contribuem com suas competências específicas. A comunicação entre os membros da equipe é fluida e constante. Decisões são tomadas de forma compartilhada quando apropriado. O plano terapêutico considera todas as dimensões do cuidado.

Os procedimentos invasivos seguem normas rígidas de segurança. Consentimento informado é obtido sempre que possível. Técnicas assépticas são rigorosamente observadas. Materiais utilizados seguem padrões de qualidade estabelecidos. Complicações são prontamente identificadas e tratadas. Todos os procedimentos são registrados detalhadamente.

A prescrição e administração de medicamentos obedecem a protocolos específicos. Prescrições são claras e completas, evitando abreviaturas ambíguas. Conferência é realizada antes da administração. Reações adversas

são monitoradas e notificadas. Interações medicamentosas são verificadas. O aprazamento considera as características farmacocinéticas.

O atendimento a populações vulneráveis recebe atenção especial. Crianças, idosos, gestantes e pessoas com deficiência têm suas necessidades específicas consideradas. Adaptações no atendimento são realizadas conforme necessário. Familiares ou cuidadores são incluídos quando apropriado. Direitos especiais são respeitados e garantidos.

A humanização do atendimento é valor fundamental das normas assistenciais. Privacidade e dignidade dos pacientes são preservadas. Informações são fornecidas de forma clara e acessível. Preferências e valores dos pacientes são considerados nas decisões. O acolhimento é realizado com empatia e respeito. O sofrimento físico e emocional é adequadamente abordado.

c) Normas Administrativas

As normas administrativas estabelecem os procedimentos e controles necessários para a gestão eficiente dos recursos e processos da unidade. Estas normas garantem a regularidade administrativa, o uso adequado dos recursos públicos e a transparência na gestão.

As rotinas administrativas padronizadas abrangem todos os processos de apoio ao funcionamento da unidade. Procedimentos são documentados e divulgados a todos os envolvidos. Formulários e instrumentos de controle são padronizados. Prazos e responsabilidades são claramente definidos. Revisões periódicas garantem a atualização das rotinas.

O controle de documentos segue sistemática que garante a rastreabilidade e preservação das informações. Documentos são classificados conforme sua natureza e importância. Arquivamento obedece a critérios estabelecidos. Prazos de guarda respeitam a legislação aplicável. Acesso é controlado conforme o nível de confidencialidade. Backups regulares garantem a segurança das informações digitais.

A gestão de recursos humanos contempla todos os aspectos relacionados aos colaboradores da unidade. Admissões seguem processo seletivo transparente e criterioso. Documentação funcional é mantida atualizada. Avaliações de desempenho são realizadas periodicamente. Capacitações são planejadas conforme as necessidades identificadas. Direitos e deveres são claramente comunicados.

O controle de frequência e pontualidade utiliza sistemas que garantem a fidedignidade dos registros. Todos os profissionais registram entrada e saída. Atrasos e faltas são adequadamente justificados. Horas extras são autorizadas previamente. Escalas de plantão são rigorosamente cumpridas. Substituições são providenciadas tempestivamente.

A gestão financeira e patrimonial segue princípios de responsabilidade fiscal e transparência. Recursos são utilizados exclusivamente para os fins previstos. Prestações de contas são elaboradas conforme cronograma estabelecido. Bens patrimoniais são adequadamente identificados e controlados. Inventários periódicos verificam a integridade do patrimônio. Manutenções preservam o valor dos ativos.

A comunicação interna formal utiliza canais estabelecidos que garantem o alcance de todos os colaboradores. Comunicados oficiais são numerados e registrados. Murais e sistemas eletrônicos divulgam informações relevantes. Reuniões seguem pauta prévia e geram registros. Decisões importantes são formalizadas e comunicadas. Feedback é estimulado através de canais apropriados.

Os processos de compras e contratações respeitam os princípios da administração pública. Necessidades são adequadamente especificadas. Pesquisas de preço garantem economicidade. Fornecedores são selecionados com base em critérios objetivos. Contratos são gerenciados para garantir o cumprimento das obrigações. Pagamentos são realizados mediante ateste da execução.

O atendimento a demandas de órgãos externos segue fluxo estabelecido. Solicitações são protocoladas e distribuídas aos responsáveis. Prazos de resposta são rigorosamente observados. Informações fornecidas são verificadas quanto à exatidão. Documentação comprobatória é adequadamente organizada. Interlocução é mantida através de canais oficiais.

A gestão da informação e tecnologia garante o suporte adequado aos processos institucionais. Sistemas são mantidos atualizados e seguros. Acessos são concedidos conforme perfil funcional. Dados são protegidos contra perda ou acesso não autorizado. Suporte técnico é disponibilizado aos usuários. Inovações tecnológicas são avaliadas e implementadas quando pertinentes.

d) Normas Disciplinares e Éticas

As normas disciplinares e éticas estabelecem os padrões de conduta esperados de todos os profissionais da unidade, bem como as consequências do descumprimento destes padrões. Estas normas baseiam-se nos princípios éticos universais da área da saúde e nas legislações específicas de cada categoria profissional.

A conduta ética dos profissionais deve pautar-se pelos princípios da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Todas as ações devem visar o bem-estar dos pacientes. Danos devem ser evitados através de práticas seguras. A autonomia dos pacientes deve ser respeitada nas decisões sobre seu cuidado. Recursos devem ser distribuídos de forma justa e equitativa.

O respeito aos usuários e acompanhantes é requisito fundamental do atendimento. Tratamento digno e cortês deve ser dispensado a todos. Diversidades culturais, religiosas e sociais devem ser respeitadas. Informações devem ser fornecidas de forma clara e acessível. Privacidade e confidencialidade devem ser rigorosamente preservadas. Discriminação de qualquer natureza é inaceitável.

O cumprimento das normas institucionais é obrigação de todos os colaboradores. Regulamentos e procedimentos devem ser conhecidos e observados. Orientações das chefias devem ser acatadas. Uso de uniformes e equipamentos de proteção é mandatório. Patrimônio institucional deve ser preservado. Recursos devem ser utilizados com responsabilidade.

A apuração de não conformidades segue processo estruturado que garante o direito de defesa. Denúncias são recebidas e investigadas com imparcialidade. Evidências são coletadas e analisadas objetivamente. Oportunidade de manifestação é garantida aos envolvidos. Decisões são fundamentadas e proporcionais à gravidade da falta. Recursos são apreciados por instância superior.

As medidas administrativas cabíveis variam conforme a natureza e gravidade da infração. Orientações verbais são aplicadas em faltas leves. Advertências escritas formalizam repreensões. Suspensões são aplicadas em casos mais graves. Demissões ocorrem em situações que comprometem irreversivelmente a confiança. Medidas educativas podem substituir punições em casos apropriados.

O sigilo profissional deve ser rigorosamente observado por todos os colaboradores. Informações sobre pacientes não podem ser divulgadas sem autorização. Discussões sobre casos clínicos devem ocorrer em ambientes apropriados. Redes sociais não devem ser utilizadas para compartilhar informações do trabalho. Violações do sigilo são consideradas faltas graves.

As relações interprofissionais devem basear-se no respeito mútuo e colaboração. Conflitos devem ser resolvidos através do diálogo. Assédio moral ou sexual não é tolerado. Competências profissionais devem ser respeitadas. Críticas devem ser construtivas e realizadas em foro apropriado. Trabalho em equipe deve ser valorizado e praticado.

O uso de recursos tecnológicos e redes sociais deve seguir política específica. Equipamentos institucionais devem ser utilizados exclusivamente para fins profissionais. Publicações sobre a instituição devem ser autorizadas. Opiniões pessoais não devem ser confundidas com posicionamentos institucionais. Imagem da instituição deve ser preservada.

A participação em atividades de educação e pesquisa deve respeitar princípios éticos estabelecidos. Projetos devem ser aprovados por comitê de

ética quando aplicável. Consentimento dos participantes deve ser obtido. Resultados devem ser divulgados com responsabilidade. Autoria deve ser adequadamente atribuída. Conflitos de interesse devem ser declarados.

4.2.4 Responsabilidades Institucionais

a) Responsabilidades da Direção da Unidade

A Direção da Unidade assume a responsabilidade integral pela gestão e funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Esta posição de liderança concentra atribuições estratégicas, táticas e operacionais que garantem o alcance dos objetivos institucionais e o cumprimento das obrigações contratuais.

A gestão geral da unidade envolve o planejamento, organização, direção e controle de todas as atividades desenvolvidas. O diretor elabora o planejamento estratégico em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde. Define as prioridades institucionais considerando as necessidades da população e os recursos disponíveis. Estabelece metas e indicadores que permitem o monitoramento do desempenho. Implementa ações corretivas quando os resultados divergem do planejado.

O cumprimento do contrato de gestão constitui responsabilidade primária da direção. Todas as cláusulas contratuais devem ser rigorosamente observadas. Metas quantitativas e qualitativas estabelecidas devem ser alcançadas. Relatórios de acompanhamento devem ser elaborados e apresentados nos prazos estabelecidos. Prestações de contas devem demonstrar a regular aplicação dos recursos. Ajustes necessários devem ser negociados tempestivamente.

A articulação com a Secretaria Municipal de Saúde mantém o alinhamento entre a unidade e a política municipal de saúde. Participação em reuniões de coordenação é regular. Informações sobre o funcionamento da unidade são compartilhadas sistematicamente. Diretrizes emanadas da secretaria são implementadas. Necessidades e dificuldades são comunicadas para busca de soluções conjuntas. Parcerias são estabelecidas para potencializar resultados.

A garantia da qualidade assistencial permeia todas as ações da direção. Processos assistenciais são monitorados através de indicadores específicos. Não conformidades são analisadas e corrigidas. Investimentos em capacitação e tecnologia são direcionados para melhoria da assistência. Satisfação dos usuários é regularmente avaliada. Certificações e creditações podem ser buscadas como reconhecimento da qualidade.

A supervisão das equipes garante o alinhamento de todos os profissionais com os objetivos institucionais. Reuniões regulares com as coordenações mantêm a comunicação fluida. Decisões são comunicadas e seu cumprimento é

verificado. Conflitos são mediados buscando soluções construtivas. Desempenho das áreas é avaliado sistematicamente. Reconhecimento é oferecido pelos resultados alcançados.

A representação institucional projeta a imagem da unidade perante a comunidade e parceiros. O diretor participa de eventos e reuniões relevantes. Estabelece parcerias que beneficiam a instituição. Mantém relacionamento cordial com outros serviços de saúde. Representa a unidade perante órgãos de controle. Comunica-se com a imprensa quando necessário.

A gestão de crises e situações emergenciais exige liderança efetiva da direção. Planos de contingência são elaborados antecipadamente. Decisões rápidas são tomadas em situações críticas. Recursos são mobilizados conforme a necessidade. Comunicação com autoridades é mantida. Lições aprendidas são incorporadas aos processos.

O desenvolvimento institucional é promovido através de iniciativas de melhoria contínua. Inovações são incentivadas e avaliadas. Boas práticas são identificadas e disseminadas. Processos são redesenhados para maior eficiência. Cultura organizacional positiva é cultivada. Sustentabilidade institucional é perseguida.

A gestão financeira responsável garante a viabilidade da unidade. Orçamento é elaborado com base em critérios técnicos. Execução financeira é monitorada mensalmente. Economia é buscada sem comprometimento da qualidade. Investimentos são priorizados conforme impacto nos resultados. Transparência na gestão dos recursos é mantida.

b) Responsabilidades da Direção Técnica

A Direção Técnica assume a responsabilidade técnica pelos serviços assistenciais prestados na unidade, respondendo perante os conselhos profissionais e órgãos de vigilância sanitária. Esta função requer profissional médico com qualificação e experiência compatíveis com a complexidade dos serviços.

A responsabilidade técnica pelos serviços assistenciais abrange todos os aspectos relacionados à prática médica na unidade. O diretor técnico responde pela qualidade técnica dos atendimentos realizados. Garante que todos os profissionais médicos estejam devidamente habilitados. Verifica a adequação das condutas aos protocolos estabelecidos. Supervisiona a prescrição e uso de medicamentos. Assegura o cumprimento das normas técnicas e legais.

O cumprimento das normas sanitárias e profissionais é verificado continuamente. Alvarás e licenças são mantidos atualizados. Notificações compulsórias são realizadas conforme legislação. Normas de biossegurança são implementadas e monitoradas. Fiscalizações são acompanhadas e suas

recomendações implementadas. Documentação técnica é mantida organizada e acessível.

A supervisão técnica das equipes médicas garante a uniformidade e qualidade dos atendimentos. Plantões são supervisionados regularmente. Dúvidas técnicas são esclarecidas prontamente. Condutas inadequadas são corrigidas através de orientação. Educação continuada é promovida. Avaliação de desempenho técnico é realizada periodicamente.

A implantação e acompanhamento dos protocolos clínicos assegura a padronização das condutas. Protocolos são selecionados com base em evidências científicas. Adaptações à realidade local são realizadas quando necessárias. Treinamento sobre os protocolos é providenciado. Adesão é monitorada através de auditorias. Atualizações são implementadas conforme evolução do conhecimento.

A interface com outros serviços médicos da rede facilita a continuidade do cuidado. Critérios de encaminhamento são estabelecidos claramente. Comunicação com serviços de referência é mantida. Contrarreferências são solicitadas e analisadas. Reuniões técnicas com outros serviços são realizadas. Protocolos integrados podem ser desenvolvidos.

A gestão de eventos adversos relacionados à assistência médica segue protocolo específico. Eventos são notificados e investigados. Causas raiz são identificadas através de análise sistemática. Medidas preventivas são implementadas. Comunicação com pacientes e familiares é realizada com transparência. Aprendizado organizacional é promovido.

O desenvolvimento técnico-científico da equipe médica é incentivado. Participação em congressos e cursos é facilitada. Discussões de casos clínicos são organizadas regularmente. Acesso a literatura científica é disponibilizado. Pesquisas podem ser desenvolvidas respeitando normas éticas. Publicações científicas são estimuladas.

A garantia da disponibilidade de recursos técnicos adequados é perseguida constantemente. Equipamentos médicos são especificados tecnicamente. Manutenções são acompanhadas para garantir funcionamento adequado. Necessidades de novos recursos são identificadas e justificadas. Uso racional e adequado é orientado. Obsolescência é monitorada para planejamento de substituições.

c) Responsabilidades das Coordenações

As coordenações setoriais exercem papel fundamental na gestão intermediária da unidade, traduzindo as diretrizes estratégicas em ações operacionais efetivas. Cada coordenação responde por sua área específica, mantendo visão integrada do funcionamento institucional.

A Coordenação de Enfermagem gerencia a maior categoria profissional da unidade, sendo responsável por organizar e supervisionar todas as atividades de enfermagem. Elabora as escalas de trabalho considerando as competências individuais e as necessidades do serviço. Distribui as equipes pelos diversos setores garantindo cobertura adequada. Monitora a assiduidade e pontualidade dos profissionais. Providencia substituições quando necessário. Avalia periodicamente o dimensionamento de pessoal.

A organização das equipes de enfermagem segue critérios técnicos e administrativos. Profissionais são alocados conforme seu perfil e experiência. Novos colaboradores recebem orientação específica. Rodízio entre setores é promovido para desenvolvimento de competências. Lideranças naturais são identificadas e desenvolvidas. Trabalho em equipe é constantemente reforçado.

O acompanhamento das rotinas de enfermagem garante a padronização e qualidade dos cuidados. Procedimentos são executados conforme protocolos estabelecidos. Registros de enfermagem são verificados quanto à completude e qualidade. Passagens de plantão são supervisionadas. Não conformidades são identificadas e corrigidas. Indicadores de qualidade são monitorados.

A Coordenação Administrativa organiza todos os processos de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Supervisiona as áreas de recursos humanos, compras, almoxarifado, patrimônio e serviços gerais. Garante o suprimento adequado de materiais e insumos. Coordena os serviços de manutenção e conservação. Gerencia contratos de prestação de serviços. Mantém a documentação administrativa organizada.

A gestão de materiais e suprimentos requer planejamento cuidadoso e controle rigoroso. Necessidades são identificadas junto às áreas assistenciais. Especificações técnicas são elaboradas adequadamente. Processos de compra são conduzidos com transparência. Recebimento de materiais é conferido criteriosamente. Armazenamento segue boas práticas. Distribuição é controlada para evitar desperdícios.

As coordenações de apoio, quando existentes, respondem por serviços específicos como farmácia, laboratório, imagem ou nutrição. Cada coordenação organiza seu serviço conforme as normas técnicas aplicáveis. Integração com as áreas assistenciais é mantida. Qualidade dos serviços é monitorada através de indicadores específicos. Capacitação das equipes é promovida regularmente.

A comunicação com a Direção mantém o alinhamento das coordenações com as diretrizes institucionais. Reuniões regulares são realizadas para discussão de temas relevantes. Informações sobre o desempenho das áreas são compartilhadas. Decisões da direção são disseminadas para as equipes. Necessidades e dificuldades são comunicadas para busca de soluções. Propostas de melhoria são apresentadas e discutidas.

d) Responsabilidades dos Profissionais

Todos os profissionais da unidade, independentemente de sua categoria ou função, compartilham responsabilidades fundamentais para o adequado funcionamento dos serviços e a qualidade do atendimento prestado à população.

O cumprimento das normas institucionais é obrigação primária de todos os colaboradores. Cada profissional deve conhecer e observar o regimento interno, os procedimentos operacionais padrão e demais normas aplicáveis à sua função. Orientações e determinações superiores devem ser acatadas. Horários de trabalho devem ser rigorosamente cumpridos. Uso adequado de uniformes e equipamentos de proteção individual é mandatório. Participação em treinamentos obrigatórios é exigida.

O registro adequado das informações constitui responsabilidade legal e ética. Todos os atendimentos e procedimentos realizados devem ser documentados. Registros devem ser claros, completos e verídicos. Prontuários devem ser preenchidos com letra legível ou digitados. Rasuras devem ser evitadas e, quando necessárias, devidamente justificadas. Assinatura e carimbo devem identificar o profissional responsável.

A atuação ética e responsável permeia todas as atividades profissionais. Sigilo sobre informações de pacientes deve ser absoluto. Relacionamento com usuários e colegas deve ser respeitoso. Limites de competência profissional devem ser observados. Conflitos de interesse devem ser evitados. Denúncias de irregularidades devem ser realizadas pelos canais apropriados.

A participação em treinamentos e avaliações contribui para o desenvolvimento profissional e institucional. Capacitações oferecidas devem ser aproveitadas com dedicação. Conhecimentos adquiridos devem ser aplicados na prática. Avaliações de desempenho devem ser encaradas como oportunidade de melhoria. Feedback deve ser aceito construtivamente. Autodesenvolvimento deve ser buscado continuamente.

A colaboração com colegas e trabalho em equipe são essenciais para a qualidade dos serviços. Conhecimentos devem ser compartilhados generosamente. Ajuda mútua deve ser praticada. Comunicação deve ser clara e respeitosa. Conflitos devem ser resolvidos profissionalmente. Objetivos institucionais devem prevalecer sobre interesses individuais.

A preservação do patrimônio institucional é responsabilidade de todos. Equipamentos devem ser utilizados adequadamente e com cuidado. Desperdícios devem ser evitados. Danos devem ser comunicados imediatamente. Manutenções preventivas devem ser solicitadas quando necessário. Economia de recursos deve ser praticada.

O atendimento humanizado aos usuários deve ser prioridade constante. Acolhimento deve ser realizado com empatia. Informações devem ser fornecidas de forma clara e acessível. Privacidade e dignidade devem ser preservadas. Necessidades especiais devem ser identificadas e atendidas. Satisfação do usuário deve ser buscada.

A contribuição para a melhoria contínua dos processos é esperada de todos. Sugestões de melhorias devem ser apresentadas. Problemas identificados devem ser comunicados. Participação em grupos de trabalho deve ser ativa. Mudanças implementadas devem ser apoiadas. Resistências desnecessárias devem ser evitadas.

4.2.5 Fluxos Decisórios e Comunicação Institucional

Os fluxos decisórios e de comunicação institucional estabelecem os caminhos pelos quais as informações circulam e as decisões são tomadas na unidade. A definição clara destes fluxos evita ruídos de comunicação, atrasos nas decisões e conflitos de competência.

A cadeia formal de decisão segue a hierarquia estabelecida no organograma institucional. Decisões estratégicas são tomadas pela Direção Geral, com subsídio das coordenações quando necessário. Decisões técnicas específicas são delegadas às direções e coordenações técnicas conforme sua área de competência. Decisões operacionais rotineiras são tomadas pelos supervisores e profissionais dentro de sua alçada. Situações excepcionais ou não previstas são escaladas para o nível hierárquico apropriado.

A comunicação hierárquica segue fluxo ascendente e descendente bem definido. Informações sobem através da cadeia de comando, permitindo que a direção mantenha-se informada sobre o funcionamento da unidade. Decisões e orientações descem pela mesma cadeia, garantindo que cheguem a todos os envolvidos. Cada nível hierárquico é responsável por filtrar e direcionar adequadamente as informações.

A comunicação funcional complementa a comunicação hierárquica, permitindo interação direta entre áreas que precisam trabalhar de forma integrada. Setores assistenciais comunicam-se diretamente para coordenar o atendimento aos pacientes. Áreas administrativas interagem para garantir o suporte necessário. Esta comunicação horizontal agiliza processos sem comprometer a hierarquia.

Os registros das decisões relevantes garantem a memória institucional e a possibilidade de auditoria. Atas de reunião documentam discussões e deliberações. Memorandos e comunicações internas formalizam decisões administrativas. Prontuários registram decisões clínicas. Sistemas informatizados mantêm log de alterações e autorizações.

A atuação integrada entre setores é facilitada por mecanismos formais de coordenação. Reuniões interdisciplinares são realizadas regularmente. Comitês e comissões reúnem representantes de diferentes áreas. Grupos de trabalho são formados para projetos específicos. Rounds multidisciplinares discutem casos complexos. Protocolos integrados definem responsabilidades compartilhadas.

Os canais de comunicação institucional são diversificados para garantir alcance efetivo. Murais físicos em locais estratégicos divulgam informações gerais. Sistema de e-mail institucional permite comunicação rápida e documentada. Grupos de mensagens instantâneas agilizam comunicações urgentes. Reuniões presenciais permitem discussão aprofundada. Intranet centraliza documentos e informações.

A comunicação em situações de emergência segue protocolo específico que garante rapidez e efetividade. Códigos de emergência são padronizados e conhecidos por todos. Sistema de som permite comunicação simultânea para toda a unidade. Lideranças são imediatamente acionadas. Decisões são tomadas e comunicadas rapidamente. Registro posterior documenta as ações tomadas.

A comunicação externa segue fluxo controlado para garantir consistência e adequação das informações. Porta-vozes oficiais são designados para contato com imprensa. Respostas a órgãos oficiais são centralizadas e revisadas. Comunicação com outros serviços de saúde segue canais estabelecidos. Informações ao público são padronizadas e autorizadas.

O feedback institucional é estimulado através de diversos mecanismos. Caixas de sugestões permitem contribuições anônimas. Pesquisas de clima organizacional avaliam a satisfação dos colaboradores. Reuniões de equipe incluem espaço para manifestações. Ouvidoria recebe e encaminha demandas. Avaliações de desempenho incluem feedback bidirecional.

4.2.6 Monitoramento e Atualização do Regimento Interno

O regimento interno, como documento vivo e dinâmico, requer monitoramento constante e atualizações periódicas para manter sua relevância e efetividade. Este processo contínuo garante que o documento permaneça alinhado com as mudanças legais, tecnológicas e organizacionais.

A avaliação periódica do regimento é realizada no mínimo anualmente, podendo ocorrer em intervalos menores quando mudanças significativas justifiquem. Esta avaliação envolve análise crítica de cada seção do documento. Verifica-se a aderência das práticas atuais ao estabelecido no regimento. Identificam-se pontos que necessitam clarificação ou atualização. Coletam-se sugestões de todas as áreas da instituição.

O processo de avaliação é conduzido por comissão especialmente designada, incluindo representantes da direção, coordenações e profissionais de diferentes áreas. Esta composição diversificada garante visão abrangente das necessidades de ajuste. A comissão analisa relatórios de não conformidades relacionadas ao regimento. Considera mudanças na legislação e normas técnicas. Avalia sugestões recebidas ao longo do período.

A atualização conforme necessidade operacional responde às demandas práticas do funcionamento da unidade. Quando novos processos são implementados, o regimento é ajustado para contemplá-los. Mudanças na estrutura organizacional são imediatamente refletidas. Lições aprendidas com incidentes ou auditorias são incorporadas. Melhorias identificadas são formalizadas através da atualização do documento.

A adequação às normativas vigentes é verificada continuamente. Mudanças na legislação federal, estadual ou municipal são analisadas quanto ao impacto no regimento. Novas portarias e resoluções dos órgãos reguladores são consideradas. Orientações de conselhos profissionais são incorporadas. Recomendações de órgãos de controle são implementadas.

O processo de aprovação formal das alterações garante legitimidade e compromisso institucional. Propostas de alteração são amplamente discutidas antes da aprovação. Direção da unidade analisa e aprova as mudanças propostas. Secretaria Municipal de Saúde é consultada quando alterações são substanciais. Nova versão é formalmente publicada com identificação clara das alterações.

A divulgação das atualizações é realizada de forma sistemática para garantir conhecimento por todos os afetados. Comunicados oficiais informam sobre as mudanças realizadas. Treinamentos são organizados quando as alterações são significativas. Versão atualizada é disponibilizada em todos os pontos de acesso. Período de transição pode ser estabelecido para adaptação às novas regras.

O controle de versões mantém o histórico de todas as alterações realizadas. Cada versão é numerada e datada. Alterações são destacadas para fácil identificação. Justificativas para as mudanças são documentadas. Versões anteriores são arquivadas para consulta histórica. Rastreabilidade completa é mantida.

O impacto das alterações é monitorado após implementação. Indicadores relacionados às mudanças são acompanhados. Dificuldades na implementação são identificadas e tratadas. Ajustes finos podem ser necessários após período de experiência. Efetividade das mudanças é avaliada objetivamente.

A integração com outros documentos normativos é verificada a cada atualização. Procedimentos operacionais padrão são revisados para manter

consistência. Descrições de cargo são ajustadas se necessário. Contratos e termos de compromisso são atualizados. Materiais de treinamento são revisados. Coerência do sistema normativo é preservada.

4.2.7 Contribuição do Regimento Interno para a Governança e Qualidade do Serviço

O Regimento Interno constitui instrumento fundamental de governança da unidade, contribuindo decisivamente para a organização institucional, a clareza das responsabilidades, a padronização das rotinas e a qualidade dos serviços prestados, em alinhamento com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com o contrato de gestão.

A contribuição para a governança institucional manifesta-se através do estabelecimento de regras claras e transparentes para o funcionamento da unidade. O regimento define a estrutura de poder e os mecanismos de controle. Estabelece os processos decisórios e os limites de autoridade. Cria mecanismos de prestação de contas e responsabilização. Promove a transparência ao tornar públicas as regras de funcionamento.

O fortalecimento da organização institucional ocorre pela definição precisa de papéis e responsabilidades. Cada profissional conhece exatamente suas atribuições e limites. Sobreposições e lacunas de responsabilidade são eliminadas. Fluxos de trabalho são claramente estabelecidos. Interfaces entre áreas são definidas. Eficiência organizacional é potencializada.

A clareza das responsabilidades contribui para a segurança jurídica e operacional. Gestores sabem exatamente pelo que respondem. Profissionais conhecem seus deveres e direitos. Usuários sabem o que podem esperar do serviço. Órgãos de controle encontram parâmetros claros para avaliação. Conflitos são minimizados pela clareza das regras.

A padronização das rotinas através do regimento garante consistência e previsibilidade nos serviços. Independentemente do profissional de plantão, os processos seguem o mesmo padrão. Usuários recebem atendimento uniforme. Novos colaboradores encontram orientações claras. Variabilidade desnecessária é eliminada. Qualidade é mais facilmente mantida.

A qualidade dos serviços prestados é diretamente impactada pela existência de regras e processos bem definidos. Padrões mínimos de qualidade são estabelecidos. Mecanismos de monitoramento são instituídos. Não conformidades são rapidamente identificadas. Melhorias são sistematicamente implementadas. Cultura de qualidade é fortalecida.

O alinhamento com as diretrizes do Sistema Único de Saúde é garantido pela incorporação dos princípios e diretrizes do SUS no regimento. Universalidade, integralidade e equidade orientam todas as normas.

Participação social é contemplada. Descentralização e regionalização são respeitadas. Integração com a rede é facilitada.

O cumprimento do contrato de gestão é facilitado pelo regimento que operacionaliza seus termos. Metas contratuais são desdobradas em rotinas operacionais. Indicadores são incorporados aos processos de monitoramento. Obrigações são traduzidas em responsabilidades específicas. Prestação de contas é sistematizada. Conformidade é mais facilmente demonstrada.

A melhoria contínua é estimulada pelo processo de atualização do regimento. Aprendizados são incorporados formalmente. Inovações são institucionalizadas. Boas práticas são disseminadas. Evolução organizacional é documentada. Memória institucional é preservada.

O regimento como instrumento de gestão transcende sua função normativa. Serve como ferramenta de planejamento ao definir a estrutura necessária. Orienta a execução através dos processos estabelecidos. Facilita o controle pelo estabelecimento de parâmetros. Subsidiaria a avaliação através dos critérios definidos.

A sustentabilidade institucional é fortalecida pelo regimento que cria estruturas e processos resilientes. Mudanças de gestão não comprometem o funcionamento. Conhecimento organizacional é preservado. Continuidade dos serviços é garantida. Identidade institucional é mantida. Legado organizacional é construído.

Em conclusão, o Regimento Interno representa muito mais que um documento normativo. Constitui a espinha dorsal da organização, o guia para a ação cotidiana, o parâmetro para a avaliação e o instrumento para a melhoria contínua. Sua adequada elaboração, implementação e manutenção são fundamentais para o sucesso da unidade em sua missão de prestar serviços de saúde de qualidade à população, cumprindo seu papel no Sistema Único de Saúde e honrando os compromissos assumidos no contrato de gestão. Através deste instrumento, a Unidade de Pronto Atendimento Municipal estabelece as bases sólidas para uma gestão profissional, transparente e focada em resultados, sempre orientada pelo compromisso maior com a saúde e o bem-estar da população atendida.

4.2.1 Modelo de Regimento interno da Unidade de Pronto Atendimento municipal de Colina/SP e Base Descentralizada SAMU 192 (USB)

PREÂMBULO

O presente Regimento Interno estabelece a organização, a estrutura, o funcionamento, as competências, as responsabilidades, os fluxos decisórios e

os mecanismos de governança da **Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP**, integrante da Rede de Atenção às Urgências do SUS, com atendimento **ininterrupto (24h/dia, 7 dias/semana)**, **100% SUS**, com **regime de observação por no máximo 24 horas**, bem como disciplina diretrizes operacionais e de integração para a **sede descentralizada do SAMU 192 (Unidade de Suporte Básico)**.

O Regimento alinha-se às diretrizes de continuidade, segurança do paciente, padronização de protocolos, humanização e governança com acompanhamento do Gestor do Contrato e da Comissão Técnica de Avaliação.

CAPÍTULO I — DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º — Finalidade

- I. Padronizar rotinas e processos assistenciais, administrativos, logísticos e de apoio;
- II. Definir estrutura hierárquica, competências e responsabilidades;
- III. Estabelecer fluxos decisórios e canais formais de comunicação;
- IV. Garantir qualidade assistencial, segurança do paciente, humanização e eficiência;
- V. Fortalecer transparência, controle e prestação de contas no âmbito do Contrato de Gestão.

Art. 2º — Abrangência

Aplica-se a todos os profissionais e prestadores que atuem na UPA Municipal de Colina/SP e na base descentralizada do SAMU 192 (USB), independentemente do vínculo (CLT, PJ, terceirizados, credenciados, cooperados, residentes/estagiários quando aplicável).

Art. 3º — Princípios institucionais

- I. Universalidade, integralidade e equidade (SUS);
- II. Acolhimento e classificação de risco;
- III. Segurança do paciente e gestão de riscos;
- IV. Humanização do cuidado e respeito à dignidade;
- V. Eficiência, economicidade e continuidade do serviço público essencial.

Art. 4º — Definições operacionais

Para fins deste Regimento:

- **UPA:** Unidade de pronto atendimento municipal 24h, 100% SUS, observação até 24h;
- **SAMU 192 (USB):** base descentralizada com unidade de suporte básico vinculada à rede regulada;
- **Classificação de risco:** dispositivo de priorização clínica;
- **Gestor do Contrato e Comissão Técnica de Avaliação (CTA):** instâncias de acompanhamento pela Administração Pública Municipal.

CAPÍTULO II — NATUREZA E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

Art. 5º — Regime de funcionamento

- I. A UPA funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;
- II. A UPA prestará atendimento exclusivamente SUS, com observação de pacientes por até 24 horas;
- III. A base SAMU 192 (USB) operará conforme diretrizes e acionamentos regulados, integrada ao fluxo de urgência municipal.

Art. 6º — Perfil assistencial e integração em rede

- I. A UPA integra a Rede de Atenção às Urgências, articulando referência/contrarreferência com unidades da rede (atenção básica, hospital, especialidades);
- II. Encaminhamentos e transferências devem seguir protocolos e pactuações vigentes, com registro formal em prontuário e instrumentos de regulação quando aplicáveis.

Art. 7º — Portas de entrada e priorização

- I. Todo usuário será acolhido e classificado por risco;
- II. O tempo de espera e a priorização serão definidos pela classificação;
- III. Casos especiais (vulneráveis, urgências específicas, violência, saúde mental, intoxicações) seguirão POPs e linhas de cuidado.

CAPÍTULO III — ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E GOVERNANÇA

Art. 8º — Estrutura hierárquico-funcional

A UPA adota modelo hierárquico funcional com integração assistencial e administrativa, contendo, no mínimo:

I. Nível Estratégico

1. **Direção Geral/Administrativa da Unidade** (responsável global pelo Contrato de Gestão e resultados);

II. Nível Tático

2. Direção Técnica Médica (RT);
3. Coordenação de Enfermagem (RT Enfermagem);
4. Coordenação Administrativa/Operacional;

III. Nível Operacional

5. Equipes assistenciais (médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos, outros profissionais de saúde);
6. Equipes administrativas e apoio (recepção, faturamento quando aplicável, almoxarifado, patrimônio, limpeza, segurança, manutenção, etc.).

Art. 9º — Organograma institucional

- I. O organograma será formalizado, aprovado internamente e divulgado;
- II. Deve explicitar linhas de subordinação e articulações funcionais;
- III. Deve contemplar, além da UPA, o **núcleo de integração operacional com a base SAMU 192 (USB)**, especialmente para: acionamentos, tempos-resposta, comunicação de eventos e interface com regulação.

Art. 10 — Mecanismos de governança e acompanhamento

- I. Reuniões de direção e coordenações (semanal);
- II. Reuniões de indicadores e metas (mensal);
- III. Auditorias internas e rounds de segurança (mensal);
- IV. Prestação de informações à Administração Municipal, com interface ao **Gestor do Contrato** e à **Comissão Técnica de Avaliação** conforme cronograma contratual.

CAPÍTULO IV — COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Seção I — Direção Geral

Art. 11 — Competências

- I. Responder pelo desempenho global da unidade e cumprimento do Contrato de Gestão;
- II. Implantar rotinas de planejamento, coordenação, monitoramento e avaliação;
- III. Garantir suprimento, infraestrutura, escalas e continuidade 24/7;
- IV. Implementar plano de qualidade, humanização, segurança do paciente e gestão de riscos;
- V. Garantir transparência, controle interno e disponibilização de documentos para auditorias, órgãos de controle e CTA.

ETP

Seção II — Direção Técnica Médica (Responsável Técnico)**Art. 12 — Competências**

- I. Responder tecnicamente pelos atos médicos e conformidade ética e sanitária;
- II. Implantar e revisar protocolos clínicos;
- III. Supervisionar equipe médica, aderência a protocolos, registros, prescrição e notificação;
- IV. Conduzir análise técnica de eventos adversos, óbitos e revisões clínicas, em articulação com comissões.

Seção III — Coordenação de Enfermagem (RT Enfermagem)**Art. 13 — Competências**

- I. Gerir escalas e alocação por setor;
- II. Implantar POPs de enfermagem e checagens de segurança;
- III. Garantir registros, passagem de plantão, padronização de procedimentos e controle de materiais críticos;
- IV. Conduzir educação permanente e avaliações de competências;
- V. Atuar com a Comissão de Ética de Enfermagem.

Seção IV — Coordenação Administrativa/Operacional**Art. 14 — Competências**

- I. Gestão de RH administrativo, compras, almoxarifado, patrimônio, contratos, manutenção e serviços gerais;
- II. Fluxos de documentos, arquivos, relatórios e rotinas de controle;
- III. Garantia de abastecimento e logística de suprimentos (ponto de pedido, estoque mínimo, rastreabilidade);
- IV. Interface com prestação de contas e evidências para fiscalização.

Seção V — Equipes Assistenciais e Apoio**Art. 15 — Deveres gerais**

- I. Cumprir este Regimento, POPs, protocolos e rotinas;
- II. Manter postura ética, humanizada e respeitosa;
- III. Garantir registro adequado e tempestivo em prontuário;
- IV. Utilizar corretamente EPI e zelar pelo patrimônio;
- V. Participar de treinamentos obrigatórios e avaliações.

CAPÍTULO V — NORMAS ASSISTENCIAIS (PADRÕES MÍNIMOS)**Art. 16 — Acolhimento e classificação de risco**

- I. Acolhimento com classificação de risco é obrigatório e estruturante do fluxo assistencial;
- II. Reavaliações devem ocorrer conforme protocolo e condição clínica;
- III. O usuário deve receber orientação clara e acessível.

Art. 17 — Segurança do paciente

- I. Identificação correta do paciente antes de procedimentos;
- II. Comunicação segura (passagem de plantão estruturada, registros completos);
- III. Notificação e análise de incidentes e eventos adversos;
- IV. Práticas seguras de medicação (prescrição legível/eletrônica, dupla checagem de alto risco, rastreabilidade).

Art. 18 — Humanização

- I. Respeito à privacidade, dignidade e direitos;
- II. Comunicação clara com usuário e acompanhante;
- III. Manejo de filas e ambiência com acolhimento;
- IV. Garantia de fluxo e orientação a acompanhantes conforme regras internas.

Art. 19 — Registros clínicos e prontuário

- I. Todo atendimento deve ser registrado;
- II. Evoluções, exames, procedimentos e medicações devem constar no prontuário;
- III. Auditoria de prontuários será realizada conforme comissão específica.

CAPÍTULO VI — NORMAS ADMINISTRATIVAS, DOCUMENTAIS E CONTROLES**Art. 20 — Gestão documental e rastreabilidade**

- I. Padronização de formulários e registros;
- II. Classificação de documentos e prazos de guarda;
- III. Controle de versões, acesso por perfil e backup.

Art. 21 — Compras, recebimento e contratos

- I. Compras devem observar economicidade, transparência, especificação técnica e controle de recebimento;
- II. Atesto de execução para pagamento, com evidências.

Art. 22 — Patrimônio e inventário

- I. Bens patrimoniais identificados, controlados e inventariados;
- II. Danos e extravios devem ser comunicados e apurados;
- III. Manutenção preventiva e corretiva conforme criticidade.

Art. 23 — Prestação de contas e transparência

- I. Relatórios gerenciais e assistenciais com indicadores, metas e evidências;
- II. Interface com Gestor do Contrato e CTA, com disponibilidade de documentos e dados para acompanhamento sistemático.

CAPÍTULO VII — LOGÍSTICA, INSUMOS, MEDICAMENTOS E RESÍDUOS**Art. 24 — Logística de suprimento**

- I. Estoque mínimo e ponto de pedido para itens críticos;
- II. Rotina de conferência, armazenamento adequado e rastreabilidade;
- III. Integração com coordenações assistenciais para reposição por setor.

Art. 25 — Medicamentos e controlados

- I. Controle de validade (PEPS/FIFO), rastreio e cadeia de custódia;
- II. Livros e controles específicos quando aplicável;
- III. Dispensação conforme prescrição e rotinas internas.

Art. 26 — Resíduos de serviços de saúde

- I. Segregação na origem, acondicionamento, armazenamento temporário e destinação final;
- II. Treinamento e monitoramento conforme PGRSS, com acompanhamento pela Administração via gestor/CTA quando necessário.

CAPÍTULO VIII — COMISSÕES E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS (QUALIDADE OBJETIVA)**Art. 27 — Instituição de comissões**

A unidade manterá, com composição mínima, periodicidade e atas, as seguintes comissões (conforme critérios de qualidade):

- I. CIPA;
- II. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- III. Comissão de Verificação de Óbitos;
- IV. CCIH;
- V. Comissão de Ética Médica;
- VI. Comissão de Ética de Enfermagem.

ratificado (1)

Art. 28 — Regras comuns às comissões

- I. Nomeação formal dos membros e coordenação;
- II. Regimento/termo de referência interno por comissão;

- III. Reuniões periódicas com atas e plano de ação;
- IV. Indicadores e auditorias vinculadas ao plano de qualidade.

CAPÍTULO IX — FLUXOS DECISÓRIOS E COMUNICAÇÃO

Art. 29 — Fluxo hierárquico decisório

- I. Decisões estratégicas: Direção Geral;
- II. Decisões técnicas assistenciais: Direção Técnica e Coordenação de Enfermagem;
- III. Decisões operacionais: coordenações e lideranças de turno;
- IV. Situações excepcionais: escalonamento imediato à Direção.

Art. 30 — Comunicação institucional

- I. Canais formais: e-mail institucional, comunicados numerados, atas;
- II. Canais operacionais: grupo funcional para urgências (com regras), sistema interno e quadro de avisos;
- III. Comunicação externa: porta-voz designado; respostas oficiais centralizadas.

Art. 31 — Comunicação e resposta a emergências

- I. Códigos internos (ex.: emergência clínica, violência, incêndio, pane elétrica) definidos em POP;
- II. Simulados e treinamentos periódicos;
- III. Registros de ocorrência e lições aprendidas.

CAPÍTULO X — NORMAS DISCIPLINARES E ÉTICAS

Art. 32 — Conduta ética e sigilo

- I. Sigilo profissional absoluto;
- II. Proibição de exposição de pacientes e ambientes em redes sociais;
- III. Tratamento respeitoso, sem discriminação;
- IV. Vedação de assédio moral/sexual e violência institucional.

Art. 33 — Apuração de não conformidades

- I. Registro, apuração, contraditório e ampla defesa;
- II. Medidas proporcionais: orientação, advertência, suspensão, desligamento;
- III. Encaminhamentos a conselhos profissionais quando aplicável.

CAPÍTULO XI — INTEGRAÇÃO OPERACIONAL COM O SAMU 192 (USB)

Art. 34 — Diretrizes de integração UPA–SAMU

I. A base descentralizada do SAMU 192 (USB) manterá interface operacional com a UPA para:

- a) comunicação de ocorrências e status de disponibilidade;
- b) apoio a transferências e encaminhamentos quando regulados;
- c) comunicação de eventos críticos (múltiplas vítimas, surtos, emergências).

II. A comunicação com a regulação seguirá fluxos e registros padronizados;

III. Indicadores operacionais do SAMU (quando exigidos contratualmente) integrarão o painel gerencial.

CAPÍTULO XII — MONITORAMENTO, INDICADORES E MELHORIA CONTÍNUA

Art. 35 — Sistema de monitoramento

I. Monitoramento mensal de indicadores assistenciais e operacionais;

II. Auditorias internas;

III. Planos de ação com prazos e responsáveis;

IV. Evidências disponíveis para acompanhamento e avaliação pela Administração.

Art. 36 — Indicadores mínimos sugeridos (exemplos)

- Tempo porta-classificação; tempo porta-médico por cor;
- Taxa de retorno em 72h; tempo de permanência;
- Eventos adversos notificados; aderência a protocolos;
- Satisfação do usuário; absenteísmo/turnover;
- Consumo de itens críticos/rupturas de estoque;
- Indicadores de comissões (prontuários auditados, óbitos analisados etc.).

CAPÍTULO XIII — ATUALIZAÇÃO, CONTROLE DE VERSÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37 — Revisão e atualização

I. Revisão anual mínima ou extraordinária quando houver: mudança legal/normativa, alteração contratual, reestruturação interna, achados de auditoria ou incidentes relevantes;

II. Comissão de revisão designada pela Direção;

III. Aprovação formal e divulgação ampla.

Art. 38 — Publicidade interna

- I. Disponibilização digital e afixação em local de acesso;
- II. Treinamento de integração de novos colaboradores com assinatura de ciência.

Art. 39 — Vigência

Este Regimento entra em vigor na data definida pela Direção da Unidade, vinculada à implantação do Contrato de Gestão e início operacional.

4.3 Proposta para regimento do serviço de enfermagem

4.3.1 Finalidade do Regimento do Serviço de Enfermagem

O Regimento do Serviço de Enfermagem tem por finalidade organizar, normatizar e orientar a atuação da equipe de enfermagem da unidade, assegurando a prestação de cuidados contínuos, seguros e humanizados, com definição clara de responsabilidades, organização das escalas, supervisão permanente e cumprimento das normas técnicas e assistenciais vigentes.

Este documento estabelece as diretrizes fundamentais que norteiam todas as atividades de enfermagem desenvolvidas na Unidade de Pronto Atendimento Municipal. A enfermagem constitui o eixo estruturante dos serviços de urgência e emergência, representando a categoria profissional com maior contingente e com presença permanente em todos os setores assistenciais. A organização adequada deste serviço determina em grande medida a qualidade e efetividade dos cuidados prestados à população.

O regimento define a estrutura organizacional do serviço de enfermagem, estabelecendo níveis hierárquicos claros e linhas de responsabilidade bem definidas. Determina os processos de trabalho que devem ser seguidos para garantir a padronização e qualidade dos cuidados. Estabelece os mecanismos de supervisão e controle que asseguram o cumprimento das normas técnicas e legais. Define os critérios para dimensionamento e distribuição das equipes nos diversos setores da unidade.

A normatização das atividades de enfermagem através do regimento contribui para a segurança dos pacientes e dos próprios profissionais. Estabelece protocolos claros para as diversas situações assistenciais. Define os limites de atuação de cada categoria profissional conforme legislação vigente. Determina os procedimentos a serem seguidos em situações de rotina e emergência. Cria mecanismos para identificação e correção de não conformidades.

O documento contempla as especificidades do atendimento de urgência e emergência, reconhecendo a dinâmica particular deste tipo de serviço.

Considera a necessidade de resposta rápida às demandas. Estabelece mecanismos para priorização do atendimento conforme gravidade. Define fluxos ágeis para situações críticas. Contempla a interface com outros serviços da rede de atenção.

A orientação da atuação profissional através do regimento promove o alinhamento de toda a equipe com os objetivos institucionais. Todos os profissionais conhecem claramente suas atribuições e responsabilidades. Os processos de trabalho são executados de forma uniforme. A comunicação entre os membros da equipe é facilitada. Os resultados assistenciais são otimizados.

O regimento incorpora os princípios da humanização do cuidado, reconhecendo que a qualidade técnica deve estar associada ao acolhimento e respeito aos usuários. Estabelece diretrizes para o relacionamento com pacientes e familiares. Define padrões de comunicação empática. Determina a consideração das necessidades psicossociais dos usuários. Promove o cuidado integral e centrado na pessoa.

A definição clara de responsabilidades evita conflitos de competência e garante que todas as atividades sejam adequadamente executadas. Cada profissional conhece exatamente seu papel na equipe. As interfaces entre diferentes categorias são claramente estabelecidas. A cadeia de comando é respeitada. A responsabilização pelos resultados é facilitada.

A organização das escalas através de critérios técnicos estabelecidos no regimento garante a cobertura assistencial adequada em todos os períodos. O dimensionamento correto das equipes é assegurado. A distribuição equilibrada de profissionais experientes é garantida. A continuidade do cuidado é preservada. O desgaste excessivo dos profissionais é evitado.

A supervisão permanente estabelecida no regimento assegura a manutenção dos padrões de qualidade. Desvios são prontamente identificados e corrigidos. O desenvolvimento profissional é estimulado. O suporte técnico necessário é fornecido. A melhoria contínua é promovida.

O cumprimento das normas técnicas e assistenciais vigentes protege juridicamente a instituição e os profissionais. Todas as atividades são executadas conforme a legislação aplicável. Os conselhos profissionais encontram suas determinações respeitadas. As normas sanitárias são rigorosamente observadas. A regularidade do serviço perante os órgãos fiscalizadores é mantida.

4.3.2 Estrutura do Serviço de Enfermagem

A estrutura do Serviço de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento Municipal é organizada de forma hierárquica e funcional, garantindo a adequada

distribuição de responsabilidades e a cobertura assistencial integral durante as 24 horas de funcionamento da unidade, todos os dias da semana.

O Responsável Técnico de Enfermagem ocupa a posição de maior responsabilidade no serviço, respondendo técnica e legalmente perante o Conselho Regional de Enfermagem e demais órgãos reguladores. Este profissional deve ser enfermeiro com registro ativo no conselho de classe, experiência comprovada em urgência e emergência e capacitação em gestão de serviços de saúde. Suas responsabilidades abrangem o planejamento, organização, direção e avaliação de todas as atividades de enfermagem desenvolvidas na unidade.

A responsabilidade técnica envolve garantir que todos os procedimentos de enfermagem sejam executados conforme as normas técnicas e legais vigentes. O responsável técnico elabora e atualiza os protocolos assistenciais. Supervisiona a implementação das rotinas estabelecidas. Responde às solicitações e fiscalizações dos órgãos reguladores. Assina documentos técnicos relativos ao serviço. Representa a enfermagem nas instâncias deliberativas da unidade.

A Coordenação de Enfermagem constitui o nível gerencial do serviço, responsável pela operacionalização das diretrizes estabelecidas. O coordenador de enfermagem trabalha em estreita colaboração com o responsável técnico, podendo inclusive acumular ambas as funções conforme porte da unidade. Esta coordenação gerencia o cotidiano do serviço, incluindo elaboração de escalas, distribuição de tarefas, resolução de conflitos e interface com outras áreas.

As atribuições da coordenação incluem a gestão dos recursos humanos de enfermagem. Realiza processos seletivos para contratação de novos profissionais. Promove a integração de novos colaboradores. Avalia o desempenho das equipes. Identifica necessidades de treinamento. Aplica medidas disciplinares quando necessário. Reconhece e valoriza o bom desempenho.

Os Enfermeiros Assistenciais constituem o nível de execução especializada do cuidado de enfermagem. Estes profissionais são distribuídos pelos diversos setores da unidade e pelos diferentes turnos de trabalho. Cada enfermeiro assistencial responde pela supervisão direta da equipe de técnicos e auxiliares de seu setor e turno. Executam procedimentos privativos da categoria. Realizam a sistematização da assistência de enfermagem.

A atuação dos enfermeiros assistenciais abrange atividades de alta complexidade técnica. Realizam a classificação de risco dos pacientes. Executam procedimentos invasivos conforme protocolo. Administram medicamentos de alta vigilância. Coordenam o atendimento em situações de

emergência. Orientam e supervisionam a equipe técnica. Mantêm interface constante com a equipe médica e multiprofissional.

Os Técnicos de Enfermagem representam o maior contingente numérico do serviço, executando cuidados diretos aos pacientes sob supervisão dos enfermeiros. Estes profissionais desenvolvem atividades de média complexidade conforme sua formação e legislação profissional. Administram medicamentos prescritos. Realizam curativos. Preparam pacientes para procedimentos. Auxiliam em procedimentos de maior complexidade. Mantêm a organização e limpeza das unidades.

A distribuição dos técnicos de enfermagem considera as necessidades específicas de cada setor. Observação e medicação demandam maior número de profissionais. Classificação de risco requer técnicos com perfil específico. Procedimentos especializados necessitam profissionais capacitados. A versatilidade é estimulada através de rodízio entre setores. A especialização em determinadas áreas também é valorizada.

Os Auxiliares de Enfermagem, quando presentes no quadro, desenvolvem atividades de menor complexidade sempre sob supervisão. Embora a tendência seja a composição das equipes prioritariamente com técnicos de enfermagem, auxiliares podem compor o quadro conforme disponibilidade regional. Suas atividades incluem cuidados básicos de higiene e conforto, auxílio na alimentação, transporte de pacientes e organização do ambiente.

A estrutura garante cobertura assistencial 24 horas através de adequada distribuição dos profissionais em plantões. Cada turno conta com número suficiente de profissionais de cada categoria. A proporção entre enfermeiros e técnicos respeita parâmetros técnicos e legais. Plantões diurnos e noturnos são dimensionados conforme perfil de demanda. Fins de semana e feriados recebem atenção especial no dimensionamento.

A organização por setores permite melhor gerenciamento das atividades. Cada setor conta com enfermeiro responsável e equipe técnica proporcional. Classificação de risco, observação, medicação, procedimentos e outros setores têm suas equipes específicas. A mobilidade entre setores é prevista para situações de alta demanda. Profissionais polivalentes garantem flexibilidade operacional.

A hierarquia estabelecida não impede o trabalho colaborativo e integrado. Decisões assistenciais são compartilhadas quando apropriado. Comunicação horizontal entre profissionais do mesmo nível é estimulada. Sugestões de todos os níveis são valorizadas. Trabalho em equipe é constantemente reforçado. Liderança situacional é exercida conforme necessidade.

4.3.3 Dimensionamento da Equipe de Enfermagem

O dimensionamento da equipe de enfermagem constitui processo fundamental para garantir a segurança e qualidade da assistência prestada na Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Este processo técnico-científico determina o quantitativo e qualitativo de profissionais necessários para atender adequadamente a demanda de cuidados da população assistida.

O perfil assistencial da unidade representa o primeiro critério considerado no dimensionamento. A caracterização dos tipos de atendimentos realizados permite identificar as necessidades de cuidados de enfermagem. Atendimentos de urgência demandam resposta rápida e profissionais capacitados. Casos de emergência requerem equipes completas e treinadas. Procedimentos especializados necessitam profissionais com competências específicas. A complexidade dos casos atendidos determina o nível de qualificação exigido.

A análise do perfil epidemiológico da região permite antecipar as principais demandas. Áreas com alta incidência de violência demandam equipes preparadas para trauma. Regiões com população idosa significativa requerem profissionais capacitados em geriatria. Localidades com problemas específicos de saúde pública necessitam abordagens direcionadas. Variações sazonais são consideradas no planejamento.

O volume médio de atendimentos constitui base quantitativa fundamental para o dimensionamento. Dados históricos de atendimentos são analisados. Médias diárias, semanais e mensais são calculadas. Picos de demanda são identificados. Tendências de crescimento são projetadas. Séries temporais permitem identificar padrões. Eventos especiais que impactam a demanda são considerados.

A estratificação dos atendimentos por tipo e complexidade refina o dimensionamento. Percentual de casos graves versus leves é determinado. Tempo médio de permanência por tipo de caso é calculado. Procedimentos mais frequentes são identificados. Necessidade de cuidados intensivos é quantificada. Demanda por procedimentos especializados é mapeada.

O grau de complexidade dos casos impacta diretamente o dimensionamento. Casos de alta complexidade demandam maior número de profissionais. Relação enfermeiro/paciente varia conforme gravidade. Pacientes críticos requerem atenção individualizada. Procedimentos complexos necessitam equipes completas. Situações de emergência demandam mobilização rápida de recursos.

A classificação dos pacientes segundo grau de dependência orienta a distribuição dos profissionais. Pacientes com dependência total requerem cuidados integrais. Dependência parcial permite algum grau de autonomia. Pacientes ambulatoriais demandam menos tempo de enfermagem. Idosos e

crianças geralmente necessitam maior atenção. Portadores de necessidades especiais requerem cuidados específicos.

O funcionamento ininterrupto 24 horas por dia, sete dias por semana, impõe características específicas ao dimensionamento. Cobertura integral de todos os postos deve ser garantida. Plantões noturnos, fins de semana e feriados devem ser adequadamente cobertos. Férias, licenças e afastamentos devem ser considerados. Taxa de absenteísmo deve ser incluída nos cálculos. Margem de segurança para imprevistos é necessária.

O cálculo do quadro necessário considera múltiplos turnos de trabalho. Jornadas de 12x36 horas são comuns em urgência. Plantões de 6 ou 8 horas também podem ser utilizados. Cada posto de trabalho 24 horas requer múltiplos profissionais. Cobertura de folgas e férias demanda quadro adicional. Índice de Segurança Técnica (IST) é aplicado para garantir continuidade.

As exigências do Termo de Referência estabelecem parâmetros mínimos obrigatórios. Quantitativo mínimo por categoria pode estar definido. Proporções entre categorias devem ser respeitadas. Qualificações específicas podem ser exigidas. Experiência mínima pode ser requerida. Certificações e especializações podem ser solicitadas.

O alinhamento com normas técnicas e legais é imperativo. Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem são observadas. Parecer técnico COREN sobre dimensionamento é considerado. Normas da vigilância sanitária são respeitadas. Legislação trabalhista é rigorosamente cumprida. Acordos coletivos da categoria são considerados.

O quantitativo de profissionais definido assegura atendimento seguro através de adequada proporção profissional/paciente. Enfermeiros em número suficiente garantem supervisão adequada. Técnicos em quantidade apropriada executam cuidados diretos. Distribuição por turnos evita sobrecarga. Cobertura de picos de demanda é prevista. Qualidade da assistência é preservada mesmo em alta demanda.

A metodologia de cálculo utilizada baseia-se em parâmetros científicos reconhecidos. Horas de enfermagem por tipo de paciente são estabelecidas. Produtividade esperada é definida realisticamente. Jornada efetiva de trabalho é calculada. Taxa de ocupação dos leitos/postos é projetada. Margem para variações é incluída.

A previsão de reforço conforme aumento de demanda demonstra flexibilidade gerencial. Banco de horas permite ajustes rápidos. Profissionais diaristas podem ser convocados. Horas extras são autorizadas em situações específicas. Contratações temporárias são previstas para situações especiais. Remanejamento entre setores otimiza recursos.

Situações especiais que demandam reforço são antecipadamente identificadas. Epidemias sazonais aumentam significativamente a demanda. Eventos de massa na região impactam atendimentos. Acidentes com múltiplas vítimas requerem mobilização extra. Fechamento temporário de outros serviços sobrecarrega a unidade. Planos de contingência contemplam estas situações.

O dimensionamento alinhado ao quadro de RH apresentado no projeto garante coerência da proposta. Números apresentados são tecnicamente justificados. Custos são compatíveis com orçamento previsto. Viabilidade operacional é demonstrada. Sustentabilidade do quadro é assegurada. Qualidade assistencial é garantida com recursos propostos.

A revisão periódica do dimensionamento mantém adequação à realidade. Indicadores assistenciais são monitorados continuamente. Mudanças no perfil de atendimentos são identificadas. Ajustes no quadro são propostos quando necessário. Otimização constante dos recursos é buscada. Equilíbrio entre qualidade e eficiência é mantido.

4.3.4 Organização das Escalas de Trabalho

A organização das escalas de trabalho constitui instrumento gerencial fundamental para garantir a continuidade assistencial e a adequada distribuição dos recursos humanos de enfermagem ao longo de todos os períodos de funcionamento da unidade. Este processo requer planejamento criterioso, considerando múltiplas variáveis que impactam tanto a qualidade da assistência quanto a satisfação profissional.

A elaboração de escalas mensais estabelece previsibilidade e permite adequado planejamento pessoal e profissional. As escalas são elaboradas até o dia 20 do mês anterior. Todos os profissionais têm acesso à escala com antecedência mínima de 10 dias. Alterações posteriores à publicação são minimizadas e, quando necessárias, negociadas com os envolvidos. Sistema de consulta permite verificação remota das escalas. Transparência no processo gera confiança e comprometimento.

O processo de elaboração considera múltiplos critérios técnicos e legais. Legislação trabalhista é rigorosamente observada quanto a intervalos e descansos. Convenções coletivas da categoria são respeitadas. Preferências individuais são consideradas quando possível. Necessidades do serviço têm prioridade na definição. Equidade na distribuição de plantões é buscada. Situações especiais de profissionais são contempladas quando viável.

A distribuição equilibrada de turnos evita sobrecarga e favorece a qualidade de vida no trabalho. Plantões diurnos e noturnos são alternados adequadamente. Fins de semana são distribuídos equitativamente. Feriados

seguem rodízio justo entre todos. Períodos de maior demanda são compartilhados. Plantões considerados mais desgastantes são compensados. Preferências individuais são atendidas mediante compensações.

A metodologia de distribuição utiliza critérios objetivos e transparentes. Sistema de pontuação pode ser adotado para garantir equidade. Plantões em feriados recebem pontuação diferenciada. Trocas entre profissionais são permitidas com autorização. Banco de horas facilita ajustes e compensações. Flexibilidade é oferecida dentro dos limites legais e operacionais.

A cobertura integral dos períodos diurno e noturno assegura assistência contínua e de qualidade. Quantitativo adequado em todos os horários é garantido. Transição entre turnos é realizada com sobreposição mínima. Horários de maior demanda recebem reforço. Madrugadas mantêm equipe completa. Primeiras horas da manhã, tradicionalmente movimentadas, são adequadamente cobertas.

O dimensionamento por turno considera as características específicas de cada período. Manhãs geralmente apresentam maior número de procedimentos programados. Tardes concentram demanda espontânea. Noites demandam profissionais com perfil específico. Madrugadas requerem autonomia e capacidade decisória. Fins de semana apresentam perfil diferenciado de atendimentos.

A previsão de substituições e coberturas garante que nenhum posto fique descoberto. Cada escala prevê profissionais de sobreaviso. Critérios para convocação são claramente estabelecidos. Lista de voluntários para horas extras é mantida. Contatos de emergência são atualizados regularmente. Tempo de resposta para convocações é definido. Sistema de comunicação rápida é estabelecido.

O gerenciamento de ausências programadas e não programadas segue protocolo específico. Férias são planejadas anualmente com antecedência. Licenças previsíveis são incorporadas ao planejamento. Ausências imprevistas acionam protocolo de substituição. Atestados médicos são prontamente comunicados. Cobertura é providenciada com mínimo impacto. Registro de todas as ocorrências é mantido.

A adequação das escalas à legislação trabalhista protege tanto profissionais quanto instituição. Intervalos interjornadas são rigorosamente respeitados. Descanso semanal remunerado é garantido. Horas extras respeitam limites legais. Adicional noturno é corretamente aplicado. Trabalho em feriados segue legislação específica. Documentação trabalhista é mantida em ordem.

Os aspectos específicos da CLT e acordos coletivos são integralmente observados. Jornada máxima permitida não é ultrapassada. Intervalo para

alimentação é garantido. Condições especiais para mulheres são respeitadas. Profissionais com restrições médicas são adequadamente alocados. Direitos trabalhistas são escrupulosamente observados.

A interface com o departamento de recursos humanos garante regularidade administrativa. Registro de ponto é realizado conforme normas. Inconsistências são prontamente identificadas e corrigidas. Documentação para folha de pagamento é preparada. Horas extras e adicionais são corretamente calculados. Comunicação com RH é fluida e constante.

A continuidade assistencial é prioritariamente preservada através da organização das escalas. Passagem de plantão é realizada com tempo adequado. Informações sobre pacientes são transmitidas sistematicamente. Profissionais de referência para casos complexos são mantidos. Rodízio excessivo em setores críticos é evitado. Memória institucional é preservada.

As estratégias para garantir continuidade incluem múltiplas abordagens. Duplas ou trios fixos podem ser formados. Profissionais referência por setor são designados. Plantões consecutivos do mesmo profissional são limitados. Retorno ao mesmo setor após folga é priorizado. Comunicação entre plantões é facilitada por instrumentos padronizados.

A segurança do paciente é diretamente impactada pela adequada organização das escalas. Profissionais descansados cometem menos erros. Equipes estáveis desenvolvem melhor entrosamento. Supervisão adequada é garantida em todos os turnos. Profissionais experientes são distribuídos equilibradamente. Situações de risco são antecipadas e prevenidas.

Os indicadores relacionados às escalas são monitorados continuamente. Taxa de absenteísmo é calculada mensalmente. Horas extras são analisadas quanto a causas. Satisfação profissional com escalas é avaliada. Incidentes relacionados a falhas de cobertura são investigados. Custos com substituições são controlados. Melhorias são implementadas baseadas em dados.

A tecnologia é utilizada para otimizar o processo de elaboração e gestão das escalas. Softwares específicos podem ser adotados. Algoritmos auxiliam na distribuição equitativa. Aplicativos permitem consulta remota. Trocas de plantão são facilitadas digitalmente. Alertas automáticos previnem falhas de cobertura. Relatórios gerenciais são gerados automaticamente.

A participação dos profissionais no processo de elaboração das escalas promove engajamento. Sugestões são coletadas e consideradas. Comissão de escalas pode incluir representantes das equipes. Critérios são discutidos e pactuados coletivamente. Transparência no processo reduz conflitos. Corresponsabilidade é desenvolvida.

4.3.5 Supervisão e Acompanhamento do Serviço de Enfermagem

A supervisão e acompanhamento do serviço de enfermagem constituem processos gerenciais essenciais para garantir a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados. Estas atividades, longe de representarem mero controle burocrático, configuram-se como instrumentos de desenvolvimento profissional, melhoria contínua e garantia de padrões assistenciais elevados.

A supervisão será exercida de forma compartilhada entre a Coordenação de Enfermagem e o Enfermeiro Responsável Técnico, cada qual com suas atribuições específicas mas atuando de forma integrada e complementar. A Coordenação de Enfermagem foca nos aspectos gerenciais e administrativos do serviço, incluindo gestão de pessoas, recursos materiais e processos de trabalho. O Responsável Técnico concentra-se nos aspectos técnico-assistenciais, garantindo a qualidade técnica dos procedimentos e o cumprimento das normas profissionais.

O acompanhamento das rotinas assistenciais é realizado através de múltiplas estratégias que permitem visão abrangente do funcionamento do serviço. Rounds diários pelos setores permitem observação direta das práticas. Análise de indicadores fornece dados objetivos sobre desempenho. Feedback de outros profissionais complementa a avaliação. Relatos de pacientes e familiares são considerados. Auditorias de prontuários revelam qualidade dos registros.

A presença física nos setores durante diferentes turnos permite conhecimento real das condições de trabalho. Visitas são realizadas em horários variados, incluindo noites e fins de semana. Observação participante identifica dificuldades não relatadas. Diálogo informal com as equipes revela aspectos importantes. Acompanhamento de procedimentos permite avaliação técnica. Participação em passagens de plantão mantém supervisores informados.

A verificação do cumprimento de protocolos constitui atividade central da supervisão técnica. Protocolos assistenciais são regularmente revisados quanto à adesão. Técnicas de execução são observadas e comparadas ao padrão. Desvios são identificados e suas causas investigadas. Orientações corretivas são fornecidas imediatamente. Reforço positivo é oferecido quando protocolos são adequadamente seguidos.

A metodologia de verificação combina diferentes abordagens para garantir avaliação completa. Observação direta durante procedimentos é realizada. Check-lists padronizados orientam a avaliação. Análise de resultados indica efetividade dos protocolos. Indicadores de processo e resultado são monitorados. Tendências são identificadas através de séries temporais.

A avaliação da qualidade do cuidado transcende aspectos meramente técnicos. Dimensões da qualidade incluem segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Cada dimensão é avaliada através de indicadores específicos. Integração das diferentes dimensões fornece visão holística. Benchmarking com padrões reconhecidos orienta melhorias.

Os instrumentos de avaliação são diversificados e complementares. Indicadores quantitativos medem aspectos objetivos. Avaliações qualitativas capturam nuances importantes. Pesquisas de satisfação revelam percepção dos usuários. Análise de eventos adversos identifica fragilidades. Auditorias clínicas avaliam conformidade com melhores práticas.

O apoio técnico à equipe representa função fundamental da supervisão. Dúvidas técnicas são prontamente esclarecidas. Situações complexas recebem suporte especializado. Novos procedimentos são demonstrados e acompanhados. Dificuldades individuais são identificadas e trabalhadas. Desenvolvimento de competências é continuamente promovido.

As estratégias de apoio são individualizadas conforme necessidades identificadas. Orientação individual para dificuldades específicas. Demonstrações práticas para procedimentos complexos. Grupos de estudo para temas relevantes. Mentoria para profissionais em desenvolvimento. Materiais de consulta rápida disponibilizados. Simulações para situações críticas.

A correção imediata de não conformidades previne perpetuação de práticas inadequadas. Erros são abordados como oportunidades de aprendizado. Causas raiz são investigadas sem busca de culpados. Medidas corretivas são implementadas prontamente. Efetividade das correções é verificada. Disseminação do aprendizado previne recorrências.

O processo de correção segue abordagem educativa sempre que possível. Feedback é fornecido privativamente e com respeito. Orientação técnica é oferecida de forma construtiva. Reforço de boas práticas acompanha correções. Planos de melhoria individual são elaborados quando necessário. Acompanhamento próximo garante evolução.

A documentação da supervisão mantém registro histórico e permite acompanhamento longitudinal. Relatórios periódicos consolidam observações. Planos de ação são formalizados e monitorados. Evolução de indicadores é graficamente apresentada. Atas de reuniões registram discussões e decisões. Portfolio de melhorias implementadas é mantido.

O sistema de registro utiliza ferramentas que facilitam análise e recuperação de informações. Formulários padronizados garantem completude. Sistemas informatizados permitem análises cruzadas. Dashboards apresentam informações em tempo real. Relatórios automáticos alertam para desvios. Acesso às informações respeita níveis hierárquicos.

A integração entre supervisão e educação permanente potencializa resultados. Necessidades educacionais identificadas geram ações de capacitação. Temas recorrentes nas supervisões orientam conteúdos programáticos. Profissionais com melhor desempenho tornam-se multiplicadores. Casos reais subsidiam discussões educativas. Aprendizagem no trabalho é valorizada.

A comunicação efetiva permeia todo processo de supervisão. Canais de comunicação são claramente estabelecidos. Feedback é fornecido tempestivamente. Linguagem é adaptada ao público. Escuta ativa é praticada. Diálogo aberto é encorajado. Sigilo é mantido quando apropriado.

O desenvolvimento de lideranças é resultado natural da supervisão efetiva. Potenciais líderes são identificados. Oportunidades de desenvolvimento são oferecidas. Delegação progressiva desenvolve autonomia. Projetos especiais permitem demonstração de capacidades. Sucessão é planejada para posições-chave.

A supervisão contribui para criação de ambiente de trabalho positivo. Reconhecimento de bom desempenho motiva equipes. Suporte em dificuldades gera segurança. Justiça nas avaliações promove confiança. Transparência nos critérios reduz conflitos. Desenvolvimento profissional retém talentos.

4.3.6 Responsabilidade Técnica do Serviço de Enfermagem

A responsabilidade técnica do serviço de enfermagem representa compromisso legal, ético e profissional fundamental para o funcionamento regular e qualificado das atividades de enfermagem na Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Esta responsabilidade, formalmente instituída, garante que todos os procedimentos e cuidados de enfermagem sejam executados dentro dos mais rigorosos padrões técnicos e legais.

O serviço contará com Enfermeiro Responsável Técnico devidamente habilitado, com formação superior em enfermagem e registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem da jurisdição. Este profissional assume perante o conselho de classe e demais órgãos reguladores a responsabilidade integral pela qualidade técnica de todos os serviços de enfermagem prestados na unidade, independentemente do profissional executor.

A designação do responsável técnico segue processo formal que inclui análise curricular rigorosa. Experiência mínima em urgência e emergência é verificada. Especialização na área é valorizada. Histórico profissional sem infrações éticas é requisito. Capacidade de liderança e gestão é avaliada. Disponibilidade para exercer a função com dedicação adequada é garantida.

O registro da responsabilidade técnica junto ao Conselho Regional de Enfermagem é providenciado imediatamente após a designação. Documentação completa é preparada conforme exigências do conselho. Certidão de responsabilidade técnica é obtida e mantida atualizada. Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) é recolhida quando aplicável. Toda documentação é arquivada adequadamente. Renovações são realizadas tempestivamente.

As atribuições do responsável técnico abrangem amplo espectro de atividades técnicas e administrativas. Elabora e atualiza todos os protocolos assistenciais de enfermagem. Garante que procedimentos sejam executados conforme técnica adequada. Supervisiona cumprimento de normas de biossegurança. Coordena programas de educação permanente. Participa de comissões técnicas institucionais. Representa o serviço perante órgãos externos.

O cumprimento das normas profissionais é monitorado continuamente pelo responsável técnico. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem é divulgado e seu cumprimento exigido. Legislação do exercício profissional é rigorosamente observada. Resoluções e pareceres técnicos do sistema COFEN/COREN são implementados. Atualizações normativas são prontamente incorporadas. Orientações são fornecidas para garantir conformidade.

A interface com órgãos reguladores é mantida pelo responsável técnico. Fiscalizações do COREN são acompanhadas. Documentação solicitada é prontamente fornecida. Notificações são respondidas dentro dos prazos. Recomendações são implementadas. Relacionamento cordial e profissional é mantido. Transparência marca todas as interações.

A qualidade da assistência de enfermagem é responsabilidade primária do RT. Padrões de qualidade são estabelecidos e monitorados. Indicadores assistenciais são regularmente analisados. Não conformidades são investigadas. Planos de melhoria são elaborados e acompanhados. Benchmarking com melhores práticas é realizado. Certificações de qualidade podem ser buscadas.

Os instrumentos de garantia da qualidade são diversificados e complementares. Protocolos baseados em evidências são implementados. Treinamentos regulares mantêm equipe atualizada. Auditorias internas identificam oportunidades de melhoria. Gestão de riscos previne eventos adversos. Cultura de segurança é promovida. Melhoria contínua é institucionalizada.

A supervisão técnica do serviço é exercida de forma sistemática e abrangente. Visitas técnicas aos setores são realizadas regularmente. Procedimentos são observados quanto à técnica. Registros de enfermagem são

auditados. Equipamentos e materiais são verificados quanto adequação. Condições de trabalho são avaliadas. Sugestões de melhorias são documentadas.

A metodologia de supervisão técnica combina diferentes abordagens. Supervisão direta permite observação in loco. Supervisão indireta utiliza indicadores e relatórios. Reuniões técnicas discutem casos e procedimentos. Rounds multiprofissionais integram visões. Feedback 360 graus enriquece avaliação. Autoavaliação promove reflexão profissional.

A responsabilidade pela gestão de riscos assistenciais relacionados à enfermagem é assumida pelo RT. Riscos potenciais são identificados e classificados. Medidas preventivas são implementadas. Barreiras de segurança são estabelecidas. Eventos adversos são analisados sistemicamente. Aprendizado organizacional é promovido. Cultura justa é desenvolvida.

O gerenciamento de tecnologias em enfermagem é coordenado pelo responsável técnico. Novas tecnologias são avaliadas quanto a custo-benefício. Pareceres técnicos orientam aquisições. Treinamentos para novas tecnologias são organizados. Uso seguro é garantido através de protocolos. Manutenções preventivas são acompanhadas. Obsolescência é monitorada para planejamento.

A responsabilidade técnica formalmente instituída confere legitimidade e segurança ao serviço. Usuários têm garantia de atendimento qualificado. Profissionais trabalham com respaldo técnico. Instituição opera com segurança jurídica. Órgãos reguladores encontram interlocutor qualificado. Sociedade tem serviço tecnicamente responsável.

A documentação da responsabilidade técnica é mantida organizada e acessível. Portarias de designação são arquivadas. Certificados e registros são atualizados. Relatórios técnicos são elaborados periodicamente. Pareceres técnicos são emitidos quando necessário. Correspondências oficiais são adequadamente respondidas. Arquivo histórico é preservado.

O desenvolvimento e manutenção de competências do RT é processo contínuo. Participação em eventos científicos é facilitada. Atualizações normativas são acompanhadas. Literatura técnica especializada é acessada. Networking profissional é mantido. Educação continuada é priorizada. Certificações profissionais são buscadas.

A sucessão da responsabilidade técnica é planejada para garantir continuidade. Potenciais sucessores são identificados e desenvolvidos. Documentação e conhecimento são compartilhados. Transição é realizada com período de sobreposição. Histórico e pendências são formalmente transmitidos. Continuidade do serviço é assegurada.

4.3.7 Atribuições da Equipe de Enfermagem

As atribuições da equipe de enfermagem na Unidade de Pronto Atendimento Municipal são definidas com clareza, respeitando as competências legais de cada categoria profissional e garantindo a integralidade e qualidade dos cuidados prestados. Cada membro da equipe desempenha papel fundamental no processo assistencial, contribuindo com suas competências específicas para o resultado final do cuidado.

A execução dos cuidados de enfermagem constitui a essência da atuação profissional, envolvendo ampla gama de atividades que vão desde cuidados básicos até procedimentos de alta complexidade. Os cuidados são prestados de forma sistematizada, seguindo metodologia científica que inclui avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos resultados. Cada categoria profissional atua dentro de suas competências legais, garantindo segurança e qualidade.

Os enfermeiros executam cuidados de maior complexidade técnica, incluindo avaliação clínica inicial, elaboração do plano de cuidados, realização de procedimentos invasivos privativos da categoria, administração de medicamentos de alta vigilância e coordenação da assistência. Avaliam continuamente a evolução dos pacientes, ajustando condutas conforme necessário. Tomam decisões rápidas em situações críticas. Coordenam a atuação da equipe durante emergências.

Os técnicos de enfermagem desenvolvem cuidados de média complexidade sob supervisão do enfermeiro. Administram medicamentos prescritos, realizando cálculos e diluições conforme protocolo. Executam curativos de diferentes complexidades. Realizam punções venosas periféricas. Monitoram sinais vitais e parâmetros clínicos. Preparam e auxiliam em procedimentos. Mantêm organização e provisão das unidades.

O acolhimento e classificação de risco representam atividades cruciais no contexto da urgência e emergência. O enfermeiro classificador, especialmente capacitado, realiza a avaliação inicial de todos os pacientes que chegam à unidade. Utiliza protocolo validado para estratificar o risco e determinar a prioridade de atendimento. Identifica situações que demandam atendimento imediato. Orienta pacientes e familiares sobre tempos de espera e fluxos.

O processo de acolhimento vai além da classificação técnica do risco. Inclui recepção humanizada que reconhece a vulnerabilidade do usuário em situação de urgência. Escuta qualificada identifica necessidades não expressas. Orientações claras reduzem ansiedade. Conforto possível é providenciado durante espera. Comunicação empática estabelece vínculo terapêutico inicial.

A administração de medicamentos segue rigorosos protocolos de segurança. Conferência dos "certos" da medicação é realizada sistematicamente: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, orientação certa, forma certa, resposta certa. Cálculos de medicação são verificados. Diluições seguem padrões estabelecidos. Incompatibilidades são verificadas. Reações adversas são monitoradas e notificadas.

Os cuidados específicos com medicamentos de alta vigilância incluem dupla checagem, armazenamento diferenciado, identificação visual destacada e protocolos específicos de administração. Medicamentos potencialmente perigosos recebem atenção redobrada. Psicotrópicos seguem controle rigoroso. Quimioterápicos, quando utilizados, seguem protocolos especiais. Eletrólitos concentrados são adequadamente diluídos.

O monitoramento dos pacientes é realizado continuamente, com frequência determinada pela gravidade e instabilidade clínica. Sinais vitais são aferidos conforme protocolo. Alterações são prontamente identificadas e comunicadas. Escalas de avaliação específicas são aplicadas. Evolução clínica é acompanhada sistematicamente. Deterioração clínica é precocemente detectada.

As técnicas de monitoramento incluem desde métodos simples até tecnologias avançadas. Observação clínica direta permanece fundamental. Monitores multiparamétricos fornecem dados contínuos. Escalas de dor orientam analgesia. Scores de gravidade estratificam risco. Balanço hídrico é rigorosamente controlado quando indicado.

O registro adequado das informações constitui obrigação legal e ferramenta essencial para continuidade do cuidado. Todos os procedimentos realizados são documentados. Intercorrências são detalhadamente descritas. Respostas às intervenções são registradas. Comunicações relevantes são documentadas. Pendências são claramente sinalizadas para próximo plantão.

A qualidade dos registros de enfermagem reflete diretamente a qualidade da assistência. Registros completos permitem avaliação adequada da evolução. Linguagem técnica apropriada confere credibilidade. Clareza e objetividade facilitam compreensão. Cronologia dos eventos permite rastreabilidade. Assinatura e carimbo garantem responsabilização.

A atuação integrada com a equipe multiprofissional potencializa os resultados assistenciais. Comunicação efetiva com médicos agiliza condutas. Articulação com assistente social facilita resolução de questões sociais. Interface com psicologia apoia abordagem integral. Trabalho conjunto com fisioterapia otimiza mobilização. Colaboração com farmácia garante uso racional de medicamentos.

As estratégias de integração incluem múltiplas abordagens. Rounds multiprofissionais discutem casos complexos. Prontuário único facilita comunicação. Reuniões de equipe alinham condutas. Protocolos multiprofissionais padronizam abordagens. Educação interprofissional desenvolve competências colaborativas.

A educação em saúde permeia todas as atividades de enfermagem. Orientações sobre cuidados são fornecidas continuamente. Medicações prescritas têm uso explicado. Sinais de alerta são ensinados. Cuidados pós-alta são detalhados. Prevenção de agravos é enfatizada. Autonomia do paciente é promovida.

O atendimento às urgências e emergências exige competências específicas da equipe. Reconhecimento rápido de sinais de gravidade. Ação coordenada em equipe. Execução precisa de protocolos. Manutenção da calma sob pressão. Tomada de decisão rápida. Habilidades técnicas avançadas.

4.3.8 Educação Permanente e Atualização da Equipe

A educação permanente e atualização da equipe de enfermagem constituem pilares fundamentais para manutenção da qualidade assistencial e desenvolvimento profissional contínuo. Na dinâmica ambiente da urgência e emergência, onde protocolos evoluem rapidamente e novas tecnologias são constantemente introduzidas, a capacitação contínua não representa luxo, mas necessidade imperativa.

Os treinamentos periódicos são organizados de forma sistemática, contemplando tanto aspectos técnicos quanto comportamentais do cuidado. O programa anual de capacitação é elaborado com base em múltiplas fontes: análise de indicadores assistenciais que revelam fragilidades, sugestões das equipes sobre necessidades percebidas, atualizações de protocolos e guidelines, introdução de novas tecnologias ou procedimentos, e requisitos regulatórios ou de acreditação.

A periodicidade dos treinamentos varia conforme a natureza do conteúdo. Temas críticos como ressuscitação cardiopulmonar recebem reciclagem semestral. Protocolos de segurança do paciente são revisados trimestralmente. Atualizações clínicas específicas ocorrem conforme surgimento de evidências relevantes. Treinamentos comportamentais são oferecidos regularmente. Capacitações obrigatórias seguem cronograma legal.

A metodologia educacional adotada privilegia aprendizagem ativa e significativa. Aulas expositivas são minimizadas em favor de metodologias participativas. Simulações realísticas permitem prática em ambiente seguro. Estudos de caso baseados em situações reais promovem reflexão. Oficinas

práticas desenvolvem habilidades psicomotoras. Discussões em grupo estimulam pensamento crítico.

A atualização de protocolos constitui processo contínuo que mantém as práticas alinhadas com melhores evidências disponíveis. Revisões sistemáticas da literatura são realizadas periodicamente. Guidelines de sociedades científicas são analisados quanto aplicabilidade. Experiências de outros serviços são consideradas. Adaptações à realidade local são criteriosamente realizadas. Validação por especialistas garante qualidade técnica.

O processo de atualização envolve toda equipe, promovendo engajamento e adesão. Grupos de trabalho multidisciplinares elaboram propostas. Período de teste permite ajustes práticos. Feedback das equipes é incorporado. Versão final é amplamente divulgada. Treinamento específico precede implementação. Monitoramento pós-implementação verifica efetividade.

A capacitação em urgência e emergência abrange competências técnicas e não técnicas essenciais. Suporte básico e avançado de vida são fundamentais. Protocolos de trauma são exaustivamente treinados. Emergências clínicas específicas recebem atenção. Manejo de vias aéreas é praticado. Trabalho em equipe sob pressão é desenvolvido. Comunicação em situações críticas é aprimorada.

As simulações de atendimento a emergências reproduzem fielmente situações reais. Cenários de múltiplas vítimas testam capacidade organizacional. Paradas cardiorrespiratórias em diferentes contextos são simuladas. Emergências obstétricas preparam para situações específicas. Crises de saúde mental desenvolvem abordagem adequada. Debriefing pós-simulação consolida aprendizado.

A educação permanente em segurança do paciente permeia todos os programas educacionais. Cultura de segurança é constantemente reforçada. Identificação e prevenção de riscos são enfatizadas. Notificação de eventos adversos é estimulada. Análise de causa raiz desenvolve pensamento sistêmico. Implementação de barreiras de segurança é praticada.

Os temas específicos de segurança incluem: prevenção de quedas, lesões por pressão, erros de medicação, infecções relacionadas à assistência, identificação correta do paciente, comunicação efetiva, cirurgia segura quando aplicável, e prevenção de tromboembolismo. Cada tema é abordado considerando especificidades da urgência e emergência.

O desenvolvimento de competências comportamentais recebe atenção equivalente às técnicas. Comunicação terapêutica melhora interação com pacientes. Inteligência emocional ajuda manejo do estresse. Trabalho em equipe otimiza resultados. Liderança situacional prepara para diferentes contextos. Resiliência é desenvolvida para ambiente desafiador.

A educação interprofissional promove integração e colaboração entre diferentes categorias. Atividades conjuntas com equipe médica alinham condutas. Capacitações multiprofissionais desenvolvem visão integral. Simulações integradas melhoram coordenação. Discussões de caso multidisciplinares enriquecem perspectivas. Protocolos compartilhados são conjuntamente estudados.

A utilização de tecnologias educacionais moderniza e flexibiliza o aprendizado. Plataformas de e-learning permitem estudo assíncrono. Aplicativos móveis disponibilizam conteúdo na palma da mão. Realidade virtual permite simulações imersivas. Vídeos educacionais demonstram procedimentos. Podcasts aproveitam tempo de deslocamento.

A avaliação do impacto educacional utiliza múltiplos indicadores. Pré e pós-testes mensuram ganho cognitivo. Avaliações práticas verificam desenvolvimento de habilidades. Indicadores assistenciais demonstram impacto na prática. Satisfação dos participantes orienta melhorias metodológicas. Retorno sobre investimento justifica recursos aplicados.

O registro e certificação das atividades educacionais valoriza participação e desenvolvimento profissional. Histórico individual de capacitações é mantido. Certificados são emitidos para atividades concluídas. Carga horária é contabilizada para progressão funcional. Portfolio profissional é estimulado. Reconhecimento público valoriza dedicação ao aprendizado.

A criação de multiplicadores internos sustenta o programa educacional. Profissionais com melhor desempenho são identificados. Capacitação adicional os prepara como instrutores. Materiais didáticos são desenvolvidos internamente. Conhecimento institucional é preservado. Custos com instrutores externos são reduzidos.

4.3.9 Avaliação, Monitoramento e Melhoria do Serviço de Enfermagem

A avaliação, monitoramento e melhoria contínua do serviço de enfermagem constituem processos sistemáticos e integrados que garantem a manutenção e elevação constante dos padrões de qualidade assistencial. Estes processos, fundamentados em metodologias científicas e melhores práticas gerenciais, transformam dados em informações e informações em ações efetivas de melhoria.

A avaliação contínua da assistência utiliza abordagem multidimensional que captura diferentes aspectos do cuidado de enfermagem. Estrutura, processo e resultado são avaliados de forma integrada. Recursos disponíveis são analisados quanto à adequação. Processos de trabalho são observados quanto

à conformidade. Resultados alcançados são mensurados objetivamente. Correlações entre dimensões orientam intervenções.

Os métodos de avaliação combinam abordagens quantitativas e qualitativas para visão abrangente. Indicadores numéricos fornecem dados objetivos e comparáveis. Observações estruturadas capturam nuances dos processos. Entrevistas com profissionais revelam percepções importantes. Grupos focais exploram temas em profundidade. Análise documental verifica registros e conformidade.

Os indicadores de desempenho são cuidadosamente selecionados para refletir aspectos críticos do serviço. Indicadores de estrutura incluem taxa de ocupação de postos, proporção enfermeiro/paciente, disponibilidade de materiais e equipamentos. Indicadores de processo abrangem adesão a protocolos, tempo de triagem, completude de registros. Indicadores de resultado medem satisfação dos usuários, eventos adversos, resolutividade.

A construção dos indicadores segue metodologia padronizada que garante validade e confiabilidade. Definição operacional clara especifica numerador e denominador. Fonte de dados é claramente identificada. Periodicidade de coleta é estabelecida. Meta ou padrão de referência é definido. Responsável pela coleta é designado. Sistema de registro é implementado.

A coleta sistemática de dados alimenta o sistema de monitoramento. Dados primários são coletados diretamente nos processos. Sistemas informatizados automatizam parte da coleta. Auditorias periódicas verificam qualidade dos dados. Inconsistências são investigadas e corrigidas. Série histórica é construída progressivamente. Dados são protegidos e preservados adequadamente.

A análise dos indicadores transforma dados brutos em informações gerenciais relevantes. Estatísticas descritivas resumem situação atual. Análises de tendência identificam melhorias ou deteriorações. Comparações com padrões revelam gaps de desempenho. Estratificações identificam variações entre setores ou turnos. Correlações sugerem relações causais.

A identificação de fragilidades constitui etapa crucial do processo de melhoria. Indicadores fora da meta sinalizam problemas potenciais. Análise detalhada revela causas subjacentes. Observação direta confirma ou refuta hipóteses. Entrevistas com envolvidos esclarecem contextos. Priorização foca esforços nos problemas mais críticos.

As ferramentas de qualidade são amplamente utilizadas na análise de problemas. Diagramas de Ishikawa exploram causas potenciais. Análise de Pareto identifica principais contribuintes. Fluxogramas mapeiam processos problemáticos. Folhas de verificação coletam dados específicos. Gráficos de controle monitoram estabilidade de processos.

A implementação de melhorias segue metodologia estruturada que maximiza chances de sucesso. Soluções são desenvolvidas com participação dos envolvidos. Viabilidade técnica e econômica é avaliada. Plano de implementação detalha etapas e responsáveis. Projeto piloto testa solução em escala reduzida. Ajustes são realizados baseados em resultados. Expansão ocorre após validação.

O ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) orienta projetos de melhoria. Planejamento detalha objetivos e métodos. Execução implementa mudanças propostas. Verificação avalia resultados alcançados. Ação padroniza sucessos e corrige falhas. Ciclos sucessivos promovem melhoria contínua. Aprendizado acumulado acelera melhorias futuras.

A gestão de mudanças considera aspectos técnicos e humanos. Resistências naturais são antecipadas e trabalhadas. Comunicação clara explica razões e benefícios. Treinamento capacita para novas práticas. Suporte durante transição facilita adaptação. Reforço positivo consolida novos comportamentos. Monitoramento previne retrocessos.

A revisão periódica do regimento mantém documento alinhado com evolução do serviço. Análise crítica anual avalia adequação atual. Mudanças no perfil assistencial são consideradas. Novas evidências científicas são incorporadas. Alterações normativas são refletidas. Sugestões das equipes são avaliadas. Atualizações são formalmente aprovadas e divulgadas.

O benchmarking com serviços de excelência orienta estabelecimento de metas. Indicadores de referência são pesquisados. Visitas técnicas permitem observação de boas práticas. Participação em redes colaborativas facilita trocas. Adaptações à realidade local são criteriosamente realizadas. Metas desafiadoras mas alcançáveis são estabelecidas.

A cultura de melhoria contínua é cultivada através de múltiplas estratégias. Erros são tratados como oportunidades de aprendizado. Sugestões são incentivadas e valorizadas. Sucessos são celebrados e compartilhados. Inovações são estimuladas e testadas. Participação em melhorias é reconhecida. Resultados positivos reforçam comportamentos desejados.

O sistema de melhoria contínua integra-se aos demais processos gerenciais. Planejamento estratégico incorpora objetivos de melhoria. Gestão de pessoas inclui competências para melhoria. Gestão financeira aloca recursos para projetos. Gestão de riscos identifica oportunidades. Comunicação institucional divulga resultados. Governança supervisiona todo processo.

4.3.10 Contribuição do Serviço de Enfermagem para a Qualidade Assistencial

O Serviço de Enfermagem desempenha papel fundamental na organização da assistência, na segurança do paciente e na continuidade do cuidado, contribuindo de forma decisiva para a qualidade dos serviços prestados e para o cumprimento das metas assistenciais estabelecidas no contrato de gestão.

A enfermagem, como profissão que mantém contato ininterrupto com os pacientes durante toda sua permanência na unidade, constitui-se como elo fundamental na cadeia assistencial. Esta presença constante permite identificação precoce de alterações clínicas, intervenção oportuna em situações de deterioração e manutenção da vigilância necessária para garantir segurança. A continuidade da observação profissional qualificada representa diferencial significativo nos resultados assistenciais.

A organização da assistência pela enfermagem estrutura todo fluxo de atendimento na unidade. Desde o momento da chegada, com acolhimento e classificação de risco, até a alta ou transferência, a enfermagem coordena e executa cuidados essenciais. A sistematização da assistência de enfermagem garante que todos os pacientes recebam cuidados padronizados e de qualidade. O planejamento individualizado considera necessidades específicas sem perder a eficiência operacional.

A contribuição para a segurança do paciente manifesta-se em múltiplas dimensões. A correta identificação dos pacientes previne erros. A administração segura de medicamentos evita eventos adversos. A prevenção de quedas protege pacientes vulneráveis. O controle de infecções reduz complicações. A comunicação efetiva evita falhas na assistência. Cada uma dessas ações, executadas sistematicamente pela enfermagem, constrói ambiente seguro de cuidado.

A implementação de protocolos de segurança pela enfermagem transforma diretrizes em práticas concretas. Bundles de prevenção são rigorosamente aplicados. Checklists garantem completude de procedimentos. Barreiras de segurança interrompem cadeias de erro. Cultura de notificação identifica riscos potenciais. Análise sistemática de eventos promove aprendizado organizacional. A enfermagem lidera pelo exemplo na construção de cultura de segurança.

A continuidade do cuidado, garantida pela enfermagem 24 horas, elimina fragmentações prejudiciais à qualidade. Passagens de plantão estruturadas transmitem informações cruciais. Registros detalhados preservam histórico de cuidados. Planos de cuidados são atualizados dinamicamente. Pendências são adequadamente sinalizadas e resolvidas. Evolução clínica é acompanhada sistematicamente. Esta continuidade permite detecção precoce de complicações e ajustes oportunos de condutas.

A interface da enfermagem com todas as áreas assistenciais e de apoio facilita a integração necessária para cuidado integral. Com a equipe médica, a enfermagem compartilha observações clínicas relevantes. Com a farmácia, garante uso racional e seguro de medicamentos. Com a nutrição, assegura suporte nutricional adequado. Com a limpeza, mantém ambiente terapêutico. Com a manutenção, garante funcionamento de equipamentos vitais. Esta articulação multiplica a efetividade de cada serviço.

O impacto nos indicadores de qualidade é mensurável e significativo. Redução de eventos adversos relaciona-se diretamente com cuidados de enfermagem qualificados. Diminuição de infecções resulta de técnicas assépticas rigorosas. Satisfação dos usuários correlaciona-se com acolhimento e cuidado humanizado. Tempo de permanência otimizado reflete eficiência dos cuidados. Cada indicador positivo tem contribuição substancial da enfermagem.

A humanização do atendimento encontra na enfermagem seu principal vetor. O contato prolongado permite estabelecimento de vínculos terapêuticos. A escuta qualificada identifica necessidades não verbalizadas. O cuidado compassivo alivia sofrimento físico e emocional. O respeito à dignidade preserva a humanidade em momento de vulnerabilidade. A advocacia pelo paciente garante que suas necessidades sejam atendidas. Estas ações transformam o cuidado técnico em cuidado humano.

A educação em saúde promovida pela enfermagem capacita pacientes e familiares para o autocuidado. Orientações sobre medicações previnem erros domiciliares. Ensino de sinais de alerta evita complicações. Demonstração de técnicas simples promove autonomia. Esclarecimento de dúvidas reduz ansiedade. Preparação para alta facilita transição. Este componente educativo estende o cuidado para além dos muros da instituição.

A gestão eficiente dos recursos pela enfermagem otimiza custos sem comprometer qualidade. Uso racional de materiais evita desperdícios. Dimensionamento adequado de pessoal equilibra custos e segurança. Prevenção de complicações reduz custos indiretos. Processos eficientes diminuem tempo de permanência. Cada ação de eficiência libera recursos para ampliação do acesso.

O cumprimento das metas assistenciais estabelecidas no contrato de gestão depende significativamente do desempenho da enfermagem. Metas de produtividade são alcançadas através de processos eficientes. Indicadores de qualidade são atingidos por cuidados seguros. Satisfação dos usuários resulta de atendimento humanizado. Eficiência operacional deriva de boa gestão de enfermagem. O sucesso institucional está intrinsecamente ligado à qualidade do serviço de enfermagem.

A inovação e melhoria contínua promovidas pela enfermagem mantêm o serviço em constante evolução. Novas evidências são rapidamente incorporadas à prática. Tecnologias emergentes são avaliadas e adotadas. Processos são continuamente refinados. Soluções criativas resolvem problemas antigos. Compartilhamento de conhecimento eleva o padrão geral. Esta busca por excelência beneficia diretamente os usuários.

A formação de profissionais através de programas de residência e estágio supervisionados pela enfermagem contribui para o sistema de saúde como um todo. Novos profissionais são formados com alta qualidade técnica e valores humanísticos. Boas práticas são disseminadas para outras instituições. Conhecimento produzido beneficia a comunidade científica. Lideranças são desenvolvidas para o sistema de saúde. Este papel formador multiplica o impacto positivo do serviço.

O Serviço de Enfermagem estruturado conforme este regimento representa investimento fundamental na qualidade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Através da organização adequada, supervisão efetiva, educação permanente e busca contínua por melhoria, a enfermagem garante que cada paciente receba cuidados seguros, efetivos e humanizados. A contribuição da enfermagem transcende métricas e indicadores, materializando-se no alívio do sofrimento, na preservação da vida e na promoção da dignidade humana em momentos de vulnerabilidade. Este compromisso com a excelência do cuidado constitui a essência da contribuição da enfermagem para o sucesso da unidade e para o cumprimento de sua missão social de prover acesso a serviços de urgência e emergência de qualidade para toda a população.

4.3.1 Modelo de Regimento interno do serviço de enfermagem

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º — Objeto

Este Regimento disciplina a **organização, estrutura, funcionamento, responsabilidades, processos de trabalho, supervisão, dimensionamento, escalas e avaliação** do Serviço de Enfermagem da UPA Municipal, garantindo a prestação de assistência **contínua, segura, humanizada, padronizada e tecnicamente respaldada**.

Art. 2º — Abrangência

Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares, quando houver), em todos os setores assistenciais e de apoio assistencial, incluindo:

- I. Recepção assistencial e acolhimento;
- II. Classificação de risco;

- III. Sala de emergência;
- IV. Sala de procedimentos/curativos;
- V. Sala de medicação;
- VI. Observação (adulto/pediatria, se aplicável);
- VII. Isolamento (quando aplicável);
- VIII. Expurgo e utilidades;
- IX. Apoio diagnóstico (quando aplicável no fluxo);
- X. Interface com farmácia, higienização, manutenção e demais áreas correlatas ao cuidado.

Art. 3º — Fundamentos e princípios operacionais

O Serviço de Enfermagem se orienta por:

- I. Segurança do paciente e gestão de riscos;
- II. Atendimento centrado na pessoa e humanização do cuidado;
- III. Legalidade, ética, conformidade profissional e sanitária;
- IV. Resposta rápida e priorização por gravidade, inerentes à urgência e emergência;
- V. Continuidade do cuidado 24h, com passagem de plantão estruturada e registros completos;
- VI. Trabalho em equipe multiprofissional e integração com a rede.

2. FINALIDADE DO REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Art. 4º — Finalidade

O Regimento do Serviço de Enfermagem tem por finalidade **organizar, normatizar e orientar** a atuação da equipe de enfermagem da unidade, assegurando **cuidados contínuos, seguros e humanizados**, com:

- I. Definição clara de responsabilidades e limites de atuação por categoria;
- II. Organização técnica das escalas e cobertura assistencial;
- III. Supervisão permanente e suporte técnico;
- IV. Padronização de protocolos e processos;
- V. Cumprimento rigoroso das normas técnicas, legais e assistenciais vigentes.

Art. 5º — Papel estruturante da enfermagem

A enfermagem constitui o **eixo estruturante** do serviço de urgência e emergência, com presença permanente nos setores assistenciais e maior contingente profissional, sendo determinante para:

- I. Qualidade e efetividade do cuidado;
- II. Vigilância contínua e identificação precoce de deterioração clínica;
- III. Segurança medicamentosa e prevenção de eventos adversos;
- IV. Continuidade do cuidado e comunicação efetiva entre turnos;
- V. Humanização e vínculo com usuário e família.

3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E LINHAS DE RESPONSABILIDADE

Art. 6º — Estrutura hierárquico-funcional

O Serviço de Enfermagem organiza-se em níveis, com linhas de comando claras, sem prejuízo do trabalho colaborativo:

- I. Enfermeiro Responsável Técnico (RT);**
- II. Coordenação de Enfermagem** (ou Enfermeiro Coordenador);
- III. Enfermeiros Assistenciais** (por turno e setor);
- IV. Técnicos de Enfermagem;**
- V. Auxiliares de Enfermagem**, quando presentes.

Art. 7º — Enfermeiro Responsável Técnico (RT)

O RT é o profissional de maior responsabilidade técnica e legal, respondendo perante o COREN e demais órgãos reguladores, cabendo-lhe:

- I.** Garantir que os procedimentos sejam executados conforme normas técnicas e legais;
- II.** Elaborar, implantar, revisar e controlar versões de protocolos e rotinas;
- III.** Manter conformidade ética e legal do exercício profissional;
- IV.** Responder a fiscalizações e demandas externas (COREN/Vigilância);
- V.** Assinar documentos técnicos do serviço e representar a enfermagem nas instâncias internas;
- VI.** Coordenar a gestão de riscos assistenciais relacionados à enfermagem (medicação, queda, infecção, identificação etc.);
- VII.** Articular com Qualidade/Segurança do Paciente para análise de eventos e melhoria contínua.

Art. 8º — Coordenação de Enfermagem

Compete à Coordenação:

- I.** Operacionalizar diretrizes do RT e da Direção;
- II.** Elaborar escalas, dimensionar por setor/turno e gerir coberturas;
- III.** Distribuir tarefas e organizar fluxos assistenciais;
- IV.** Gerir recursos humanos de enfermagem (integração, avaliação, feedback, disciplina quando necessária);
- V.** Identificar necessidades de capacitação e executar plano anual de educação permanente;
- VI.** Monitorar indicadores do serviço e executar plano de ação;
- VII.** Garantir interface contínua com recepção, equipe médica e multiprofissional, farmácia, higienização e setores de apoio.

Art. 9º — Enfermeiros Assistenciais

Compete aos Enfermeiros Assistenciais:

- I.** Executar e coordenar o cuidado de maior complexidade;

- II. Realizar acolhimento e **classificação de risco**, conforme protocolo institucional;
- III. Supervisionar e orientar a equipe técnica do setor/turno;
- IV. Coordenar atendimento em situações críticas e emergências;
- V. Garantir registros de enfermagem completos e rastreáveis;
- VI. Realizar passagem de plantão estruturada e checagens de segurança;
- VII. Implementar medidas de segurança do paciente e biossegurança;
- VIII. Acionar médico e equipe multiprofissional conforme gravidade e fluxos.

Art. 10º — Técnicos de Enfermagem

Compete aos Técnicos de Enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro:

- I. Prestar cuidados diretos de média complexidade;
- II. Administrar medicações prescritas com conferências de segurança;
- III. Executar curativos e preparar pacientes para procedimentos;
- IV. Realizar punção venosa periférica e monitoramento conforme protocolo;
- V. Organizar ambiente assistencial (materiais, carrinhos, checagens, reposição);
- VI. Registrar atividades e comunicar alterações clínicas imediatamente.

Art. 11º — Auxiliares de Enfermagem (quando houver)

Executar cuidados básicos, higiene e conforto, apoio ao transporte e organização, sempre sob supervisão do Enfermeiro.

4. PROCESSOS DE TRABALHO E PADRONIZAÇÃO ASSISTENCIAL

Art. 12º — Padronização e uniformidade

Todos os processos do serviço de enfermagem devem ser executados de forma **padronizada**, conforme protocolos, POPs, fluxos e checklists instituídos, visando:

- I. Segurança do paciente;
- II. Redução de variações e falhas;
- III. Melhor comunicação interna;
- IV. Otimização do tempo-resposta na urgência;
- V. Rastreabilidade e proteção jurídica.

Art. 13º — Acolhimento e classificação de risco

- I. A classificação de risco é atribuição do Enfermeiro capacitado, conforme protocolo institucional.
- II. Deve contemplar: queixa principal, sinais/sintomas, sinais vitais, critérios de gravidade, vulnerabilidades e reavaliação quando necessário.
- III. O acolhimento inclui escuta qualificada e comunicação clara com usuário e família sobre fluxo e prioridade clínica.

Art. 14º — Assistência por setor (regras mínimas)**I. Sala de Emergência**

- a) Carrinho de parada lacrado e conferido por turno;
- b) Checklists de equipamentos críticos (oxigênio, aspirador, DEA/desfibrilador, bombas);
- c) Protocolo de atendimento à PCR/sepsis/choque/trauma, conforme diretriz institucional;
- d) Organização de time e papéis em resposta rápida (líder, via aérea, compressões, medicação, registro).

II. Sala de Medicação

- a) Conferência dos “certos” e dupla checagem para medicamentos de alta vigilância;
- b) Controle de validade, diluições padronizadas e compatibilidade;
- c) Registro de administração e resposta do paciente.

III. Observação

- a) Monitorização e reavaliação periódica conforme gravidade;
- b) Escalas e protocolos para dor, risco de queda e lesão por pressão quando aplicáveis;
- c) Plano de cuidados por enfermagem e comunicação com equipe médica.

IV. Procedimentos/Curativos

- a) Técnica asséptica e uso de EPIs;
- b) Registro detalhado do procedimento, material utilizado e evolução.

Art. 15º — Segurança medicamentosa (norma interna)

- I. Aplicar checagens de segurança de administração (paciente/medicação/dose/via/horário/registo/orientação/forma/resposta).
- II. Medicamentos de alta vigilância exigem: dupla checagem, identificação diferenciada, protocolo de preparo e administração.
- III. Reações adversas e erros devem ser notificados conforme fluxo interno, com análise e ações corretivas.

Art. 16º — Registros e prontuário

- I. Registros devem ser completos, cronológicos, legíveis (ou eletrônicos), com identificação profissional e rastreabilidade.
- II. É obrigatório registrar: avaliação, intervenções, medicações, intercorrências, comunicação com equipe e resposta do paciente.
- III. A qualidade do registro integra auditorias internas e indicadores do serviço.

Art. 17º — Biossegurança e prevenção de infecções

- I. Cumprir precauções padrão e específicas (contato, gotículas, aerossóis) conforme suspeita/diagnóstico.

- II. Higienização das mãos como prática mandatória, com auditorias periódicas.
- III. Descarte correto de perfurocortantes e manejo seguro de resíduos conforme PGRSS.

5. DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Art. 18º — Diretrizes para dimensionamento

O dimensionamento é processo técnico-científico e deve considerar:

- I. Perfil assistencial e complexidade dos casos;
- II. Volume médio de atendimentos e picos de demanda;
- III. Tempo médio de permanência e taxa de observação;
- IV. Cobertura 24h/7 dias, inclusive feriados;
- V. Absenteísmo, férias, afastamentos e IST (margem de segurança);
- VI. Exigências do Termo de Referência/contrato e normativas profissionais.

Art. 19º — Revisão do quadro

- I. O dimensionamento será revisado periodicamente com base em dados (produção, gravidade, ocupação, incidentes, tempo de espera e indicadores).
- II. Deve existir plano de contingência para aumento súbito de demanda (surtos, eventos, múltiplas vítimas), com estratégia de reforço (banco de horas, plantão extra, remanejamento setorial, convocação).

6. ORGANIZAÇÃO DAS ESCALAS DE TRABALHO

Art. 20º — Princípios da escala

- I. Garantir cobertura integral por setor e turno;
- II. Distribuição equitativa de noites, finais de semana e feriados;
- III. Manter profissionais experientes em pontos críticos (classificação de risco e emergência);
- IV. Evitar rodízio excessivo em setores críticos (continuidade e segurança).

Art. 21º — Regras de elaboração

- I. Escalas mensais elaboradas até o dia 20 do mês anterior;
- II. Divulgação com antecedência mínima de 10 dias;
- III. Alterações após divulgação: apenas por necessidade justificada e pactuada;
- IV. Trocas de plantão: permitidas mediante autorização formal (coordenação) e garantia de competência equivalente.

Art. 22º — Cobertura de faltas e ausências

- I. Fluxo de substituição definido (sobreaviso/plantão extra/lista de voluntários);
- II. Registro de ocorrência e análise de causa (absenteísmo);
- III. Monitoramento mensal de horas extras, custos e impacto assistencial.

7. SUPERVISÃO PERMANENTE, CONTROLE E AUDITORIA

Art. 23º — Modelo de supervisão

A supervisão é compartilhada entre RT e Coordenação, contemplando:

- I. Rounds assistenciais (visitas técnicas) em turnos distintos, inclusive noturno;
- II. Observação de procedimentos com checklist;
- III. Auditoria de prontuário e registros;
- IV. Monitoramento de indicadores e eventos adversos;
- V. Feedback estruturado, correção imediata e suporte técnico.

Art. 24º — Gestão de não conformidades

- I. Não conformidades devem ser registradas, classificadas e tratadas com plano de ação;
- II. Preferência por abordagem educativa e cultura justa (sem caça às bruxas);
- III. Reincidências ou falhas graves seguem fluxo de gestão de desempenho e medidas administrativas cabíveis.

8. RESPONSABILIDADE TÉCNICA (RT) E CONFORMIDADE PROFISSIONAL

Art. 25º — Instituição formal do RT

- I. O RT deve ser Enfermeiro com registro ativo no COREN, experiência em urgência e emergência e capacidade de gestão.
- II. A responsabilidade técnica deve ser formalizada e a documentação mantida organizada, atualizada e disponível para fiscalização.

Art. 26º — Atribuições ampliadas do RT

Além das já descritas, cabe ao RT:

- I. Garantir protocolos atualizados e treinamento antes de implantação;
- II. Coordenar o plano anual de educação permanente;
- III. Emitir parecer técnico quando necessário (materiais, fluxos, tecnologias);
- IV. Liderar a gestão de risco assistencial de enfermagem (quedas, medicação, lesão por pressão, identificação, infecção etc.);
- V. Manter plano de sucessão e substituição técnica em ausências programadas.

9. EDUCAÇÃO PERMANENTE E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Art. 27º — Programa anual de capacitação

O serviço manterá programa anual baseado em:

- I. Indicadores e pontos críticos identificados em auditorias;
- II. Mudanças de protocolo, tecnologias e fluxos;
- III. Incidentes/eventos adversos e lições aprendidas;
- IV. Necessidades apontadas pelas equipes.

Art. 28º — Metodologias e registros

- I. Treinamentos com metodologias ativas (simulação, estudo de caso, prática supervisionada);
- II. Reciclagens periódicas para temas críticos (emergência/PCR, sepse, trauma, medicação segura, biossegurança);
- III. Registro individual de capacitações e controle de presença/certificação interna.

10. AVALIAÇÃO, INDICADORES E MELHORIA CONTÍNUA

Art. 29º — Indicadores mínimos do Serviço de Enfermagem

O serviço deve monitorar, no mínimo:

- I. **Processo:** tempo de classificação de risco; adesão a protocolos; completude de registros; dupla checagem de alta vigilância; checklist do carrinho de parada;
- II. **Resultado:** eventos adversos (queda, erro de medicação, flebite, lesão por pressão, incidentes sem dano); satisfação do usuário (em itens vinculados à enfermagem);
- III. **Gestão:** absenteísmo, horas extras, rotatividade, cobertura de escala.

Art. 30º — Metodologia de melhoria

- I. Problemas críticos tratados com PDCA, causa raiz e plano de ação com responsáveis e prazos;
- II. Divulgação de resultados e retorno à equipe;
- III. Revisão anual do regimento e anexos, incorporando evidências e alterações normativas.

11. INTERFACE COM REDE, EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E ÁREAS DE APOIO

Art. 31º — Integração multiprofissional

- I. Comunicação estruturada com equipe médica (situação, avaliação, recomendação);
- II. Participação em rounds/casos complexos quando instituído;
- III. Fluxos claros de acionamento em situações críticas.

Art. 32º — Interface com farmácia/almoxarifado

- I. Controle de estoque mínimo por setor (medicação, emergência, observação);
- II. Padronização de kits e reposição programada;
- III. Registro de consumo crítico e “itens sentinela”.

Art. 33º — Interface com higienização, resíduos e expurgo

- I. Fluxo de limpeza concorrente/terminal;
- II. Manejo seguro de resíduos e perfurocortantes;
- III. Notificação de riscos ambientais que impactem assistência.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS**Art. 34º — Obrigatoriedade e ciência**

- I. Este regimento é de cumprimento obrigatório por todos os profissionais de enfermagem.
- II. A ciência do documento ocorrerá na integração e será renovada em atualizações.

Art. 35º — Revisões e controle de versão

- I. Revisão anual obrigatória ou por necessidade técnica/contratual.
- II. Alterações devem ser formalizadas em ata, com nova versão, data, responsáveis e divulgação.

4.4 Proposta para regimento do corpo clínico

4.4.1 Finalidade do Regimento do Corpo Clínico

O Regimento do Corpo Clínico tem por finalidade normatizar a atuação dos médicos da unidade, estabelecer critérios técnicos e éticos de exercício profissional, definir responsabilidades assistenciais e assegurar a padronização da prática clínica, promovendo segurança do paciente, qualidade assistencial e conformidade com as normas vigentes.

Este documento constitui instrumento fundamental de organização e gestão da atividade médica na Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Estabelece as diretrizes que orientam toda prática médica desenvolvida na unidade, desde aspectos administrativos até condutas clínicas específicas. A normatização clara e objetiva das atividades médicas contribui decisivamente

para a qualidade dos serviços prestados e para a segurança dos pacientes atendidos.

O regimento define parâmetros objetivos para o exercício da medicina dentro da unidade, respeitando a autonomia profissional enquanto estabelece padrões mínimos de qualidade e segurança. Reconhece a complexidade do atendimento de urgência e emergência, estabelecendo diretrizes específicas para este contexto. Contempla as particularidades do trabalho em equipe multiprofissional, definindo interfaces e responsabilidades compartilhadas.

A padronização da prática clínica através do regimento não significa engessamento ou limitação da autonomia médica. Representa a adoção de práticas baseadas em evidências científicas, adaptadas à realidade local e aos recursos disponíveis. Permite que diferentes profissionais, com formações e experiências diversas, atuem de forma harmônica e complementar, garantindo continuidade e qualidade do cuidado.

O documento estabelece mecanismos claros de responsabilização profissional, definindo deveres e direitos dos médicos que atuam na unidade. Esta clareza protege tanto os profissionais quanto os pacientes, estabelecendo limites claros de atuação e responsabilidade. Cria ambiente de segurança jurídica para o exercício profissional, fundamental em área de alta complexidade e risco como urgência e emergência.

A promoção da segurança do paciente constitui objetivo central do regimento. Estabelece protocolos e rotinas que minimizam riscos inerentes ao atendimento de urgência. Define mecanismos de prevenção de erros e eventos adversos. Cria cultura de vigilância e melhoria contínua. Estabelece canais claros para notificação e análise de incidentes, promovendo aprendizado organizacional.

O alinhamento com as normas vigentes garante conformidade legal e técnica de todas as atividades. O regimento incorpora determinações do Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina. Respeita legislações sanitárias federal, estadual e municipal. Observa diretrizes do Sistema Único de Saúde. Contempla normas trabalhistas aplicáveis. Esta conformidade normativa protege a instituição e os profissionais.

A qualidade assistencial é promovida através de múltiplos mecanismos estabelecidos no regimento. Define padrões mínimos de atendimento que devem ser observados. Estabelece indicadores de qualidade que são monitorados. Cria processos de avaliação e melhoria contínua. Promove educação permanente e atualização profissional. Incentiva adoção de melhores práticas reconhecidas nacional e internacionalmente.

O regimento serve como instrumento de comunicação e alinhamento entre os membros do corpo clínico. Todos os médicos conhecem as regras e

expectativas institucionais. Reduz variabilidade desnecessária nas condutas. Facilita integração de novos profissionais. Cria linguagem comum e entendimento compartilhado. Fortalece identidade e cultura organizacional.

A gestão de conflitos é facilitada pelo estabelecimento claro de regras e procedimentos. Divergências técnicas são resolvidas com base em protocolos estabelecidos. Questões administrativas seguem fluxos definidos. Conflitos éticos são analisados à luz do regimento e código de ética. Mecanismos de mediação e resolução são claramente estabelecidos. Preserva-se ambiente harmônico de trabalho.

O documento contempla especificidades do atendimento de urgência e emergência. Reconhece a natureza imprevisível da demanda. Estabelece critérios claros de priorização. Define protocolos para situações de superlotação. Contempla necessidade de decisões rápidas em situações críticas. Estabelece suporte institucional para decisões difíceis tomadas em contexto de emergência.

A interface com outros serviços da rede de atenção à saúde é regulamentada. Define critérios de encaminhamento e transferência. Estabelece responsabilidades na referência e contrarreferência. Normatiza comunicação com outros serviços. Garante continuidade do cuidado. Promove integração efetiva da unidade na rede assistencial.

4.4.2 Composição do Corpo Clínico

A composição do corpo clínico da Unidade de Pronto Atendimento Municipal é estruturada para garantir atendimento médico qualificado, contínuo e resolutivo durante todas as 24 horas de funcionamento da unidade. Esta estruturação considera as especificidades do atendimento de urgência e emergência, a necessidade de cobertura integral e a complexidade dos casos atendidos.

Os médicos plantonistas constituem a base operacional do corpo clínico, sendo responsáveis pelo atendimento direto aos pacientes durante seus respectivos turnos de trabalho. Estes profissionais são selecionados com base em critérios rigorosos que incluem formação adequada, experiência em urgência e emergência, capacidade de trabalho em equipe e compromisso com a qualidade assistencial. A distribuição dos plantonistas é realizada de forma a garantir cobertura adequada em todos os períodos, com especial atenção aos horários de maior demanda.

O perfil dos médicos plantonistas inclui competências técnicas e comportamentais específicas. Domínio de protocolos de urgência e emergência é fundamental. Capacidade de tomar decisões rápidas sob pressão é essencial. Habilidade de comunicação com pacientes em situação de estresse é

necessária. Disposição para trabalho em equipe multiprofissional é imprescindível. Compromisso com educação continuada mantém atualização constante.

A escala de plantonistas é elaborada considerando múltiplos fatores. Volume histórico de atendimentos orienta dimensionamento. Complexidade dos casos determina necessidade de especialização. Períodos de maior demanda recebem reforço adequado. Experiência dos profissionais é distribuída equilibradamente. Preferências individuais são consideradas quando possível, respeitando necessidades do serviço.

Os médicos responsáveis técnicos exercem função de liderança e supervisão dentro do corpo clínico. O responsável técnico geral responde pela qualidade técnica de todos os serviços médicos prestados. Responsáveis técnicos setoriais podem ser designados para áreas específicas conforme complexidade e volume de atendimentos. Estes profissionais combinam atividade assistencial com responsabilidades gerenciais e de supervisão.

As atribuições dos responsáveis técnicos vão além da prática clínica. Elaboram e atualizam protocolos assistenciais. Supervisionam qualidade técnica dos atendimentos. Coordenam programas de educação médica continuada. Representam o corpo clínico junto à direção. Interface com órgãos reguladores e conselhos profissionais. Lideram processos de melhoria da qualidade assistencial.

Os médicos especialistas, quando aplicável conforme estrutura da unidade, agregam expertise específica em áreas de maior complexidade. Cardiologistas podem estar disponíveis para casos de dor torácica. Ortopedistas atendem traumas músculo-esqueléticos. Pediatras especializam atendimento infantil. Ginecologistas-obstetras cobrem urgências específicas. A disponibilidade de especialistas pode ser presencial ou através de suporte remoto.

A integração de especialistas ao corpo clínico segue modelo que otimiza recursos. Plantões presenciais em horários de maior demanda. Sobreaviso para situações específicas. Telemedicina para consultoria remota. Protocolos claros de acionamento. Educação dos generalistas para manejo inicial. Esta estrutura garante acesso a cuidados especializados quando necessário.

O corpo clínico atuante é dimensionado conforme especificações do Termo de Referência e necessidades assistenciais identificadas. Número mínimo de médicos por plantão é rigorosamente observado. Qualificações exigidas são verificadas e mantidas. Distribuição por turnos garante cobertura integral. Mecanismos de substituição asseguram continuidade. Margem de segurança prevê situações excepcionais.

A composição garante atendimento contínuo através de adequada organização das escalas. Sobreposição mínima entre plantões permite passagem adequada. Distribuição equilibrada de profissionais experientes. Sistema de backup para ausências imprevistas. Comunicação efetiva entre plantões sucessivos. Registro adequado garante continuidade informacional.

A cobertura assistencial adequada é resultado de planejamento criterioso. Análise de demanda histórica orienta dimensionamento. Sazonalidades são consideradas no planejamento. Eventos especiais recebem reforço apropriado. Flexibilidade permite ajustes conforme necessidade. Monitoramento contínuo valida adequação da cobertura.

A diversidade do corpo clínico enriquece a capacidade assistencial. Profissionais com diferentes formações e experiências. Graduados em diferentes instituições trazem perspectivas variadas. Idades diversas combinam energia e experiência. Especializações complementares ampliam resolutividade. Esta diversidade, adequadamente gerenciada, potencializa qualidade.

O processo de integração de novos membros ao corpo clínico é estruturado. Programa de ambientação apresenta estrutura e processos. Mentoria por profissionais experientes facilita adaptação. Treinamento em protocolos locais padroniza condutas. Período de adaptação supervisionada garante segurança. Avaliação periódica acompanha evolução.

A renovação e atualização do corpo clínico são processos contínuos. Educação permanente mantém atualização técnica. Avaliações periódicas identificam necessidades de desenvolvimento. Feedback construtivo promove melhoria individual. Reconhecimento valoriza bom desempenho. Oportunidades de crescimento retêm talentos.

4.4.3 Critérios de Atuação Médica

A atuação médica na Unidade de Pronto Atendimento Municipal é pautada por critérios claramente definidos que asseguram qualidade, segurança e efetividade no atendimento. Estes critérios estabelecem padrões mínimos de conduta profissional e técnica que devem ser observados por todos os membros do corpo clínico, independentemente de sua experiência ou especialização.

O cumprimento das escalas de plantão constitui compromisso fundamental de cada profissional com a continuidade do serviço. A pontualidade no início dos plantões garante transição adequada entre equipes. Permanência durante todo o período escalado assegura cobertura assistencial. Comunicação antecipada de impedimentos permite reorganização tempestiva. Comparecimento em condições adequadas para o trabalho é responsabilidade

individual. Respeito aos horários estabelecidos demonstra comprometimento profissional.

As consequências do não cumprimento de escalas são claramente estabelecidas. Atrasos não justificados são registrados e analisados. Faltas sem comunicação prévia geram medidas administrativas. Abandonos de plantão constituem falta grave. Padrões recorrentes de descumprimento levam a reavaliação do vínculo. Sistema justo mas rigoroso mantém confiabilidade do serviço.

O atendimento conforme prioridade clínica representa princípio inviolável da medicina de urgência. Classificação de risco orienta ordem de atendimento. Gravidade clínica sobrepõe-se a ordem de chegada. Reavaliações periódicas identificam mudanças de prioridade. Critérios técnicos, não pessoais, determinam precedência. Equidade no acesso é garantida através de critérios objetivos.

A operacionalização da priorização segue protocolo estabelecido. Triage inicial realizada por enfermagem é validada. Casos graves recebem atendimento imediato. Urgências são atendidas com brevidade apropriada. Casos eletivos são orientados adequadamente. Comunicação clara com pacientes sobre tempos de espera reduz conflitos.

A atuação ética e responsável permeia todas as atividades médicas. Respeito à dignidade humana orienta cada interação. Confidencialidade das informações é rigorosamente mantida. Consentimento informado é obtido sempre que possível. Autonomia do paciente é respeitada dentro dos limites legais. Beneficência e não-maleficência guiam todas as decisões.

As situações éticas complexas comuns em urgência recebem atenção especial. Atendimento a menores desacompanhados segue protocolo específico. Recusas de tratamento são documentadas adequadamente. Situações de violência são manejadas com sensibilidade. Dilemas de fim de vida respeitam dignidade e legislação. Suporte institucional está disponível para decisões difíceis.

O respeito às normas institucionais harmoniza atuação individual com objetivos coletivos. Protocolos clínicos são seguidos consistentemente. Rotinas administrativas são cumpridas integralmente. Uso adequado de recursos demonstra responsabilidade. Preservação do patrimônio é dever de todos. Contribuição para ambiente harmônico beneficia equipe e pacientes.

A adaptação de condutas individuais às normas institucionais não limita autonomia médica. Protocolos permitem variações justificadas clinicamente. Discussão de casos complexos é estimulada. Sugestões de melhoria são bem-vindas. Inovações benéficas são incorporadas. Equilíbrio entre padronização e individualização é buscado.

A integração com equipe multiprofissional multiplica efetividade do cuidado. Comunicação respeitosa com enfermagem otimiza assistência. Colaboração com outros profissionais de saúde amplia resolutividade. Valorização de contribuições de cada categoria enriquece cuidado. Decisões compartilhadas melhoram resultados. Liderança colaborativa substitui autoritarismo ultrapassado.

As estratégias de integração multiprofissional são variadas. Rounds conjuntos discutem casos complexos. Protocolos multiprofissionais alinham condutas. Educação interprofissional desenvolve compreensão mútua. Reuniões de equipe fortalecem vínculos. Comunicação estruturada evita mal-entendidos. Respeito mútuo constrói ambiente produtivo.

A observância das diretrizes do SUS alinha prática individual com políticas públicas. Universalidade garante acesso a todos. Integralidade orienta cuidado abrangente. Equidade prioriza vulneráveis. Participação social é respeitada. Descentralização é apoiada. Regionalização é considerada nos encaminhamentos.

A tradução prática dos princípios do SUS ocorre diariamente. Nenhum paciente é recusado por condição social. Cuidado integral considera todas as dimensões. Populações vulneráveis recebem atenção especial. Conselho gestor tem participação médica. Referências respeitam pactuações regionais. Contra-referência mantém responsabilidade compartilhada.

A atuação técnica padronizada garante qualidade mínima independente do profissional. Anamnese completa é sempre realizada. Exame físico sistemático não negligencia aspectos importantes. Hipóteses diagnósticas são claramente formuladas. Exames complementares são solicitados criteriosamente. Condutas terapêuticas seguem evidências atuais. Registros completos documentam todo processo.

4.4.4 Responsabilidades Assistenciais do Corpo Clínico

As responsabilidades assistenciais do corpo clínico constituem o cerne da atividade médica na unidade, definindo com clareza os deveres e compromissos de cada profissional no cuidado aos pacientes. Estas responsabilidades abrangem desde aspectos técnicos do atendimento até dimensões éticas e legais da prática médica.

A avaliação clínica adequada dos pacientes representa responsabilidade primordial e intransferível do médico. Cada paciente deve receber avaliação completa e sistemática, independentemente da aparente simplicidade do caso. A anamnese detalhada coleta informações sobre queixa principal, história da moléstia atual, antecedentes pessoais e familiares, medicações em uso, alergias

e aspectos psicossociais relevantes. O exame físico completo e dirigido identifica sinais clínicos importantes, não se limitando ao sistema aparentemente afetado.

A sistematização da avaliação garante que aspectos importantes não sejam negligenciados. Mesmo em situações de alta demanda, padrões mínimos devem ser mantidos. Casos aparentemente simples podem esconder condições graves. Atenção aos sinais de alarme previne desfechos adversos. Reavaliações são realizadas conforme evolução clínica. Mudanças no quadro são prontamente identificadas e abordadas.

A definição de conduta diagnóstica e terapêutica requer integração de conhecimento técnico, experiência clínica e consideração dos recursos disponíveis. Hipóteses diagnósticas são formuladas com base em probabilidades clínicas. Diagnósticos diferenciais consideram condições graves que necessitam exclusão. Exames complementares são solicitados com racionalidade, evitando desperdícios mas garantindo segurança. Terapêutica inicial baseia-se em evidências científicas adaptadas ao contexto.

O processo decisório em urgência possui características particulares. Decisões frequentemente são tomadas com informações incompletas. Tempo é fator crítico em muitas situações. Risco-benefício deve ser rapidamente avaliado. Tratamento empírico pode ser necessário antes de confirmação diagnóstica. Monitorização da resposta orienta ajustes. Flexibilidade mental permite mudanças de conduta quando necessário.

O registro completo e fidedigno das informações em prontuário constitui obrigação legal e ética fundamental. Todos os aspectos relevantes do atendimento devem ser documentados. Anamnese e exame físico são registrados detalhadamente. Hipóteses diagnósticas e raciocínio clínico são explicitados. Exames solicitados e seus resultados são documentados. Condutas adotadas e suas justificativas são claramente descritas. Orientações fornecidas são especificadas.

A qualidade dos registros médicos reflete diretamente a qualidade do atendimento. Registros completos permitem continuidade adequada do cuidado. Legibilidade é essencial para comunicação efetiva. Uso de abreviaturas padronizadas evita mal-entendidos. Correções são realizadas adequadamente, sem rasuras. Identificação do profissional é sempre incluída. Horários são precisamente documentados.

A comunicação clara com pacientes e acompanhantes constitui habilidade essencial no atendimento de urgência. Informações sobre diagnóstico são transmitidas em linguagem acessível. Procedimentos propostos são explicados adequadamente. Riscos e benefícios são discutidos honestamente. Prognóstico é abordado com sensibilidade. Dúvidas são esclarecidas pacientemente. Decisões compartilhadas são facilitadas quando apropriado.

As especificidades da comunicação em urgência demandam habilidades adicionais. Pacientes frequentemente estão ansiosos ou em dor. Familiares podem estar emocionalmente abalados. Tempo limitado requer comunicação eficiente. Más notícias devem ser transmitidas com compaixão. Barreiras linguísticas ou culturais são superadas. Comunicação não-verbal é valorizada.

O encaminhamento e transferência quando necessário demonstram reconhecimento dos limites institucionais e compromisso com melhor cuidado possível. Critérios claros orientam necessidade de transferência. Estabilização prévia garante segurança no transporte. Comunicação com serviço receptor facilita continuidade. Documentação completa acompanha paciente. Responsabilidade é mantida até transferência efetiva. Retorno de informações é solicitado quando pertinente.

O processo de referenciamento segue fluxos estabelecidos e pactuados. Centrais de regulação são acionadas conforme protocolo. Informações clínicas completas são fornecidas. Urgência da transferência é adequadamente comunicada. Condições de transporte são especificadas. Acompanhamento até efetivação garante segurança. Alternativas são buscadas quando primeira opção não está disponível.

O cumprimento dos protocolos institucionais harmoniza prática individual com padrões coletivos de qualidade. Protocolos clínicos são consistentemente aplicados. Variações justificadas são adequadamente documentadas. Sugestões de melhoria são encaminhadas apropriadamente. Participação em atualizações é esperada. Disseminação de boas práticas é estimulada. Adesão reflexiva supera cumprimento mecânico.

A responsabilidade médica estende-se além do atendimento individual. Notificação de doenças compulsórias protege saúde pública. Identificação de situações de violência aciona rede de proteção. Eventos adversos são reportados para aprendizado institucional. Condições inseguras são comunicadas para correção. Participação em melhorias beneficia futuros pacientes.

4.4.5 Protocolos Clínicos e Diretrizes Assistenciais

Os protocolos clínicos e diretrizes assistenciais constituem ferramentas fundamentais para padronização e qualificação do atendimento médico na unidade. Estes instrumentos, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e adaptados à realidade local, orientam a tomada de decisão clínica preservando a autonomia profissional dentro de parâmetros seguros e efetivos.

A unidade contará com protocolos clínicos padronizados que abrangem as principais condições clínicas atendidas. Estes protocolos são desenvolvidos

através de processo participativo que envolve profissionais da instituição, especialistas convidados quando pertinente, e validação pela direção técnica. A elaboração considera evidências científicas atuais, recursos disponíveis na unidade, perfil epidemiológico local e interfaces com a rede de atenção à saúde.

O processo de desenvolvimento de protocolos segue metodologia estruturada. Identificação de temas prioritários baseia-se em frequência, gravidade, variabilidade de condutas ou potencial de melhoria. Revisão sistemática da literatura identifica melhores práticas. Adaptação ao contexto local considera recursos e limitações. Consenso entre profissionais garante adesão. Piloto inicial permite ajustes. Implementação definitiva inclui treinamento amplo.

As diretrizes baseadas em evidências garantem que as condutas adotadas tenham respaldo científico sólido. Níveis de evidência são claramente identificados. Grau de recomendação orienta força da orientação. Alternativas são apresentadas quando evidências são conflitantes. Lacunas de conhecimento são reconhecidas. Experiência clínica complementa evidências quando necessário. Atualizações incorporam novos conhecimentos.

A tradução de evidências globais para prática local requer cuidadosa contextualização. Recursos diagnósticos disponíveis influenciam algoritmos. Arsenal terapêutico local determina opções. Perfil de resistência antimicrobiana orienta escolhas. Rede de referência impacta decisões. Custos são considerados sem comprometer segurança. Preferências locais são respeitadas quando apropriado.

Os protocolos prioritários de urgência e emergência recebem atenção especial no desenvolvimento e implementação. Protocolo de dor torácica orienta avaliação e estratificação de risco. Abordagem do acidente vascular cerebral otimiza janela terapêutica. Manejo da sepse precoce melhora sobrevida. Atendimento ao trauma segue sistematização consagrada. Emergências pediátricas consideram particularidades. Crises hipertensivas recebem abordagem padronizada.

Cada protocolo prioritário é estruturado para facilitar uso durante atendimento. Fluxogramas visuais orientam decisões rápidas. Critérios diagnósticos são claramente especificados. Exames essenciais são diferenciados de opcionais. Tratamentos são detalhados com doses e vias. Critérios de alta ou transferência são explícitos. Indicadores de qualidade permitem monitoramento.

A atualização periódica dos protocolos mantém alinhamento com evolução do conhecimento. Cronograma regular de revisão é estabelecido. Alertas sobre mudanças importantes desencadeiam revisões extraordinárias. Feedback dos usuários identifica necessidades de ajustes. Análise de indicadores revela oportunidades de melhoria. Novas tecnologias são

incorporadas quando pertinente. Obsolescência é evitada através de vigilância ativa.

O processo de atualização é ágil mas criterioso. Mudanças propostas são tecnicamente justificadas. Impacto operacional é avaliado. Necessidades de treinamento são identificadas. Período de transição é planejado quando necessário. Comunicação clara evita confusões. Versões anteriores são arquivadas para referência.

A disseminação dos protocolos entre o corpo clínico utiliza múltiplas estratégias para garantir conhecimento e adesão. Disponibilização em formato digital permite acesso rápido. Versões impressas em pontos estratégicos facilitam consulta. Aplicativos móveis levam protocolos ao ponto de cuidado. Treinamentos presenciais aprofundam compreensão. Simulações práticas desenvolvem habilidades. Lembretes visuais reforçam pontos críticos.

As estratégias de implementação reconhecem barreiras comuns à adoção de protocolos. Resistência a mudanças é abordada com evidências convincentes. Complexidade excessiva é evitada através de design intuitivo. Falta de tempo é contornada com ferramentas de consulta rápida. Ceticismo é vencido com demonstração de resultados. Participação na elaboração aumenta senso de propriedade. Lideranças clínicas championing facilitam disseminação entre pares.

O monitoramento da adesão aos protocolos utiliza indicadores específicos. Auditorias de prontuário verificam conformidade. Indicadores de processo medem etapas cumpridas. Indicadores de resultado avaliam efetividade. Variações entre profissionais são analisadas. Feedback individualizado promove melhoria. Reconhecimento público valoriza boa adesão.

A gestão dos protocolos não se limita a aspectos técnicos. Aspectos legais da padronização são considerados. Implicações para educação continuada são planejadas. Impacto em custos é monitorado. Interface com outros serviços é harmonizada. Satisfação de profissionais e pacientes é avaliada. Sustentabilidade de longo prazo é garantida.

4.4.6 Integração do Corpo Clínico com a Gestão da Unidade

A integração efetiva do corpo clínico com a gestão da unidade constitui fator crítico para o sucesso organizacional e a qualidade assistencial. Esta integração transcende a mera subordinação hierárquica, estabelecendo parceria colaborativa onde expertise clínica e visão gerencial se complementam para otimização dos resultados.

A participação do corpo clínico nas rotinas institucionais manifesta-se através de múltiplos mecanismos formais e informais. Representantes médicos

participam de comissões institucionais estratégicas. Reuniões clínicas regulares discutem casos e processos. Rounds administrativos incluem perspectiva médica. Comitês de qualidade contam com participação médica ativa. Processos decisórios importantes incluem consulta ao corpo clínico.

As comissões institucionais com participação médica abrangem diversas áreas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem liderança técnica médica. Comissão de Óbitos analisa casos com olhar clínico. Comissão de Prontuários avalia qualidade de registros. Comissão de Ética garante padrões profissionais. Núcleo de Segurança do Paciente integra visão médica. Cada comissão beneficia-se da expertise específica.

A integração com a Direção Técnica estabelece canal privilegiado de comunicação entre corpo clínico e gestão. Reuniões periódicas alinham expectativas e demandas. Problemas operacionais que impactam assistência são rapidamente comunicados. Necessidades de recursos são tecnicamente justificadas. Mudanças em processos consideram impacto clínico. Decisões estratégicas incorporam perspectiva assistencial.

O modelo de governança clínica compartilhada promove corresponsabilização. Médicos participam de decisões que afetam prática clínica. Gestores compreendem realidade e desafios assistenciais. Objetivos institucionais e profissionais são alinhados. Conflitos são resolvidos através de diálogo construtivo. Soluções consideram viabilidade técnica e administrativa.

A interface com a Coordenação de Enfermagem representa articulação fundamental para qualidade assistencial. Protocolos multiprofissionais são conjuntamente elaborados. Fluxos de trabalho consideram necessidades de ambas categorias. Escalas são harmonizadas para otimizar colaboração. Problemas de relacionamento são prontamente abordados. Sucessos são celebrados conjuntamente.

As estratégias de integração médico-enfermagem incluem atividades formais e informais. Rounds conjuntos fortalecem comunicação. Discussões de caso multiprofissionais enriquecem compreensão. Treinamentos integrados desenvolvem linguagem comum. Atividades sociais fortalecem vínculos pessoais. Reconhecimento mútuo de competências reduz conflitos. Foco no paciente une objetivos.

O alinhamento com metas assistenciais e indicadores transforma objetivos abstratos em compromissos concretos. Metas institucionais são discutidas com corpo clínico. Contribuição médica para alcance é clarificada. Indicadores relevantes para prática clínica são priorizados. Resultados são regularmente compartilhados. Estratégias de melhoria são conjuntamente desenvolvidas. Sucessos são atribuídos ao esforço coletivo.

A participação na definição e monitoramento de indicadores aumenta engajamento. Médicos sugerem indicadores clinicamente relevantes. Metodologia de coleta considera realidade assistencial. Metas são desafiadoras mas alcançáveis. Análise considera contexto e limitações. Planos de ação são factíveis. Reconhecimento considera esforço além de resultado.

A comunicação bidirecional entre gestão e corpo clínico utiliza múltiplos canais. Reuniões presenciais permitem discussão aprofundada. Comunicações eletrônicas agilizam informações rotineiras. Murais e informativos disseminam notícias gerais. Ouvidoria interna captura sugestões e preocupações. Pesquisas periódicas avaliam satisfação e clima. Feedback é sempre respondido.

O envolvimento em processos de mudança garante que inovações sejam clinicamente apropriadas. Novos processos são discutidos antes da implementação. Impacto na prática clínica é cuidadosamente avaliado. Treinamentos necessários são providenciados. Período de adaptação é respeitado. Ajustes baseados em experiência são realizados. Resistências são compreendidas e trabalhadas.

A contribuição para planejamento estratégico incorpora visão clínica no futuro institucional. Análise de cenários considera evolução da medicina. Necessidades futuras de recursos são antecipadas. Novas tecnologias são avaliadas criticamente. Parcerias estratégicas consideram benefício assistencial. Investimentos priorizam impacto na qualidade. Sustentabilidade de longo prazo é garantida.

4.4.7 Normas Éticas e Disciplinares

As normas éticas e disciplinares estabelecem os padrões de conduta profissional esperados de todos os membros do corpo clínico, criando ambiente de respeito, profissionalismo e excelência no cuidado aos pacientes. Estas normas complementam o Código de Ética Médica, adaptando princípios universais ao contexto específico da unidade.

A observância do Código de Ética Médica constitui obrigação fundamental e inegociável de todo médico atuante na unidade. Os princípios fundamentais da medicina são constantemente reafirmados. Direitos dos médicos são respeitados institucionalmente. Deveres profissionais são rigorosamente cobrados. Normas deontológicas orientam condutas específicas. Atualizações do código são prontamente incorporadas. Interpretações são alinhadas com orientações dos conselhos.

A aplicação prática do código de ética ocorre diariamente nas diversas situações assistenciais. Sigilo profissional é mantido com rigor absoluto. Autonomia do paciente é respeitada em decisões terapêuticas. Consentimento

informado é obtido adequadamente. Relação médico-paciente mantém caráter profissional. Publicidade médica respeita limitações éticas. Pesquisa clínica segue normas específicas.

A conduta profissional adequada estende-se além dos preceitos formais do código de ética. Apresentação pessoal condizente com ambiente profissional. Linguagem respeitosa em todas as interações. Pontualidade demonstra respeito por colegas e pacientes. Colaboração com equipe fortalece ambiente de trabalho. Discrição preserva privacidade institucional. Postura profissional é mantida mesmo em situações difíceis.

Os aspectos específicos da conduta em urgência merecem atenção particular. Manutenção da calma em situações críticas transmite segurança. Comunicação clara evita mal-entendidos perigosos. Hierarquia é respeitada sem comprometer advocacia pelo paciente. Decisões difíceis são compartilhadas quando apropriado. Erro é reconhecido e comunicado honestamente. Aprendizado contínuo demonstra compromisso com excelência.

O respeito aos usuários e equipe fundamenta todas as interações profissionais. Dignidade humana é preservada independentemente de condição social. Diversidade cultural é respeitada e valorizada. Vulnerabilidades são consideradas com sensibilidade especial. Preferências individuais são incorporadas quando possível. Comunicação adapta-se ao nível de compreensão. Empatia humaniza cuidado técnico.

As situações desafiadoras comuns em urgência testam compromisso ético. Pacientes difíceis recebem mesmo padrão de cuidado. Discordâncias com familiares são manejadas profissionalmente. Limitação de recursos é enfrentada com criatividade e justiça. Pressões por atendimento preferencial são resistidas. Dilemas éticos são discutidos abertamente. Suporte institucional ampara decisões difíceis.

A apuração de não conformidades segue processo justo e transparente. Denúncias são recebidas e tratadas com seriedade. Investigação preliminar verifica procedência. Direito de defesa é amplamente garantido. Análise considera contexto e circunstâncias. Decisões são proporcionais à gravidade. Foco educativo prevalece sobre punitivo quando apropriado.

O processo investigativo respeita princípios de justiça procedimental. Confidencialidade protege todos os envolvidos durante investigação. Evidências são coletadas objetivamente. Testemunhos são colhidos imparcialmente. Contraditório permite apresentação de versões. Presunção de inocência é mantida. Decisões são fundamentadas e passíveis de recurso.

A aplicação de medidas administrativas cabíveis gradua resposta conforme gravidade da infração. Orientação verbal para desvios menores. Advertência escrita formaliza correções necessárias. Suspensão temporária

para faltas mais graves. Desligamento em casos de quebra irreparável de confiança. Medidas educativas substituem punições quando apropriado. Reabilitação é preferida à exclusão.

As medidas educativas demonstram compromisso com desenvolvimento profissional. Reciclagem em temas específicos aborda lacunas identificadas. Mentoria por profissional sênior orienta desenvolvimento. Supervisão aumentada garante segurança durante aperfeiçoamento. Feedback construtivo promove reflexão. Reconhecimento de melhorias incentiva progresso. Reintegração plena marca sucesso do processo.

A prevenção de infrações éticas recebe atenção prioritária. Educação continuada em ética mantém princípios presentes. Discussão de casos complexos desenvolve raciocínio ético. Simulações preparam para situações desafiadoras. Canais de consulta oferecem orientação preventiva. Cultura organizacional valoriza conduta ética. Liderança pelo exemplo inspira comportamento adequado.

4.4.8 Responsabilidade Técnica Médica

A responsabilidade técnica médica representa elemento fundamental da organização e funcionamento regular dos serviços médicos na unidade. Esta responsabilidade, formalmente instituída e registrada junto ao Conselho Regional de Medicina, garante supervisão técnica qualificada e cumprimento de todas as normas profissionais e sanitárias aplicáveis.

A unidade contará com Médico Responsável Técnico devidamente habilitado e experiente, selecionado através de critérios rigorosos que consideram formação acadêmica sólida, experiência comprovada em gestão de serviços de urgência, histórico profissional ilibado, capacidade de liderança reconhecida e disponibilidade para exercer a função com dedicação necessária.

O processo de designação do responsável técnico segue formalidades legais e institucionais. Análise curricular detalhada verifica qualificações. Entrevista técnica avalia competências gerenciais. Verificação junto ao CRM confirma regularidade. Aceite formal documenta compromisso assumido. Portaria de designação oficializa nomeação. Comunicação ampla informa toda instituição.

O registro regular no Conselho Regional de Medicina constitui requisito básico e permanente. Inscrição principal ativa é mantida. Anotação de responsabilidade técnica é providenciada. Certificados e especializações são registrados. Quitação de anuidades é mantida. Ausência de impedimentos éticos é verificada. Atualização cadastral é realizada periodicamente.

As responsabilidades pela supervisão técnica do corpo clínico abrangem múltiplas dimensões. Qualidade técnica dos atendimentos é constantemente monitorada. Adesão a protocolos clínicos é verificada. Atualização profissional é promovida e cobrada. Conduta ética é supervisionada. Relacionamento interprofissional é mediado quando necessário. Desenvolvimento de lideranças é estimulado.

As estratégias de supervisão combinam presença e análise sistemática. Visitas aos setores permitem observação direta. Participação em passagens de plantão mantém proximidade. Análise de indicadores identifica tendências. Auditoria de prontuários verifica qualidade de registros. Reuniões individuais abordam questões específicas. Feedback coletivo alinha condutas gerais.

A garantia do cumprimento das normas assistenciais requer vigilância constante e ação proativa. Protocolos institucionais são amplamente divulgados. Treinamentos garantem compreensão adequada. Monitoramento identifica desvios precocemente. Correções são implementadas rapidamente. Melhorias contínuas são promovidas. Cultura de qualidade é constantemente reforçada.

Os mecanismos de garantia incluem ferramentas variadas. Checklists verificam cumprimento de processos críticos. Indicadores sentinela alertam para problemas. Rondas de segurança identificam riscos potenciais. Análise de eventos adversos promove aprendizado. Benchmarking orienta metas de melhoria. Certificações externas validam qualidade.

A interface com órgãos reguladores constitui atribuição importante do responsável técnico. Fiscalizações são acompanhadas pessoalmente. Documentações solicitadas são prontamente fornecidas. Notificações são respondidas dentro dos prazos. Recomendações são implementadas integralmente. Relacionamento cordial e profissional é mantido. Proatividade antecipa exigências regulatórias.

A gestão do relacionamento com órgãos externos requer habilidades específicas. Conhecimento profundo da legislação orienta interações. Transparência constrói credibilidade institucional. Documentação organizada facilita fiscalizações. Correção rápida de não conformidades demonstra compromisso. Comunicação clara evita mal-entendidos. Parceria construtiva beneficia serviço e sociedade.

A responsabilidade técnica formalmente instituída confere legitimidade e segurança jurídica ao serviço. Pacientes têm garantia de supervisão qualificada. Profissionais trabalham com respaldo técnico adequado. Instituição opera dentro da legalidade. Gestores têm suporte técnico para decisões. Sociedade recebe serviço tecnicamente responsável. Financiadores encontram conformidade necessária.

4.4.9 Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Atuação Médica

A avaliação, monitoramento e melhoria contínua da atuação médica constituem processos essenciais para manutenção e elevação dos padrões de qualidade assistencial. Estes processos sistemáticos transformam a prática médica em atividade constantemente aperfeiçoada, beneficiando diretamente os pacientes atendidos.

A avaliação periódica da atuação médica utiliza metodologia multidimensional e participativa. Competências técnicas são avaliadas através de múltiplos indicadores. Habilidades interpessoais são observadas nas interações diárias. Compromisso institucional é medido pela participação em atividades. Desenvolvimento profissional é acompanhado longitudinalmente. Contribuição para resultados coletivos é reconhecida.

Os instrumentos de avaliação são diversificados e complementares. Autoavaliação promove reflexão sobre própria prática. Avaliação por pares oferece perspectiva de colegas. Avaliação por superiores fornece visão gerencial. Feedback de equipe multiprofissional enriquece análise. Opinião de pacientes revela dimensão humanística. Indicadores objetivos quantificam desempenho.

O monitoramento de indicadores assistenciais fornece base objetiva para avaliação. Produtividade é mensurada considerando complexidade. Resolutividade indica efetividade clínica. Adesão a protocolos demonstra alinhamento institucional. Taxa de complicações reflete segurança. Satisfação de pacientes mede qualidade percebida. Custo-efetividade avalia uso racional de recursos.

A construção e análise de indicadores seguem metodologia científica. Definições operacionais são claras e precisas. Coleta de dados é sistemática e confiável. Ajustes estatísticos consideram case-mix. Comparações utilizam benchmarks apropriados. Tendências temporais identificam melhorias ou pioras. Estratificações revelam variações importantes.

A revisão de prontuários constitui ferramenta fundamental de avaliação qualitativa. Completude de registros indica cuidado abrangente. Qualidade de anamnese revela habilidade clínica. Pertinência de exames demonstra raciocínio diagnóstico. Adequação terapêutica mostra atualização profissional. Clareza de evolução facilita continuidade. Legibilidade respeita comunicação efetiva.

A metodologia de auditoria clínica é rigorosa mas educativa. Amostragem garante representatividade. Critérios explícitos orientam avaliação. Avaliadores treinados garantem consistência. Feedback é fornecido construtivamente. Planos de melhoria são desenvolvidos colaborativamente. Reavaliações verificam progresso.

A identificação de oportunidades de melhoria adota abordagem positiva e proativa. Variações de prática são analisadas sem julgamento. Melhores práticas internas são identificadas e disseminadas. Benchmarks externos orientam aspirações. Inovações são encorajadas e testadas. Erros são tratados como oportunidades de aprendizado. Cultura justa promove transparência.

Os processos de melhoria individual são personalizados e apoiados institucionalmente. Planos de desenvolvimento consideram potenciais e lacunas. Mentoria conecta profissionais experientes com desenvolvedores. Educação continuada é facilitada e incentivada. Experiências enriquecedoras são proporcionadas. Progresso é reconhecido e celebrado. Carreiras são desenvolvidas longitudinalmente.

A atualização contínua das práticas clínicas mantém alinhamento com evolução do conhecimento médico. Acesso a bases de dados científicas é garantido. Participação em eventos científicos é apoiada. Journal clubs discutem literatura relevante. Protocolos são atualizados regularmente. Inovações tecnológicas são criteriosamente incorporadas. Medicina baseada em evidências orienta decisões.

As estratégias de educação médica continuada são variadas e flexíveis. Sessões clínicas regulares discutem casos interessantes. Workshops práticos desenvolvem habilidades específicas. Cursos online permitem aprendizado assíncrono. Simulações aprimoram competências críticas. Fellowships proporcionam aprofundamento. Pesquisa clínica desenvolve pensamento científico.

O feedback como ferramenta de melhoria é sistematicamente utilizado. Momento adequado maximiza receptividade. Ambiente privado preserva dignidade. Observações específicas orientam mudanças. Aspectos positivos são destacados primeiro. Sugestões práticas facilitam implementação. Seguimento verifica incorporação de melhorias.

A criação de cultura de melhoria contínua transcende processos formais. Curiosidade intelectual é estimulada. Questionamento construtivo é valorizado. Compartilhamento de conhecimento é facilitado. Colaboração supera competição. Excelência é perseguida coletivamente. Humildade intelectual permite crescimento constante.

4.4.10 Contribuição do Regimento do Corpo Clínico para a Segurança do Paciente

O Regimento do Corpo Clínico constitui instrumento essencial de governança clínica, assegurando a padronização da prática médica, a segurança do paciente, a qualidade da assistência e a mitigação de riscos assistenciais e

jurídicos, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com o contrato de gestão.

A contribuição para a segurança do paciente manifesta-se primariamente através da padronização de condutas clínicas. Protocolos claramente definidos reduzem variabilidade desnecessária. Algoritmos de decisão orientam escolhas em situações críticas. Checklists previnem omissões em procedimentos complexos. Barreiras de segurança interrompem cadeias de erro. Redundâncias intencionais capturam falhas latentes. Cada elemento do regimento contribui para redução de riscos.

A cultura de segurança promovida pelo regimento permeia todas as atividades médicas. Notificação de eventos adversos é encorajada sem punitivismo. Análise sistêmica de incidentes identifica causas raiz. Aprendizado organizacional previne recorrências. Comunicação aberta sobre riscos melhora vigilância. Trabalho em equipe fortalece barreiras humanas. Melhoria contínua evolui constantemente padrões de segurança.

A padronização da prática médica através do regimento não representa engessamento, mas estabelecimento de padrões mínimos de qualidade. Variações justificadas são permitidas e documentadas. Individualização considera peculiaridades de cada caso. Inovações benéficas são incorporadas sistematicamente. Autonomia profissional é preservada dentro de limites seguros. Flexibilidade consciente supera rigidez contraproducente.

Os benefícios da padronização são múltiplos e mensuráveis. Redução de erros diagnósticos através de avaliação sistemática. Diminuição de reações adversas por protocolos de medicação. Prevenção de complicações por monitoramento adequado. Melhoria de desfechos por tratamentos baseados em evidências. Satisfação profissional por clareza de expectativas. Economia de recursos por eliminação de desperdícios.

A qualidade da assistência é sistematicamente promovida através de múltiplos mecanismos estabelecidos no regimento. Processos de seleção garantem competência inicial. Educação continuada mantém atualização constante. Supervisão identifica e corrige desvios precocemente. Avaliação de desempenho promove melhoria individual. Reconhecimento valoriza excelência. Cultura organizacional reforça compromisso com qualidade.

Os indicadores de qualidade demonstram impacto positivo do regimento. Mortalidade ajustada por gravidade reduz progressivamente. Tempo porta-agulha em infarto melhora consistentemente. Adesão a bundles de segurança aumenta gradualmente. Satisfação de pacientes eleva-se sustentadamente. Eventos adversos diminuem significativamente. Cada indicador reflete contribuição do regimento bem implementado.

A mitigação de riscos assistenciais ocorre em múltiplas frentes. Riscos clínicos são reduzidos por protocolos baseados em evidências. Riscos de comunicação diminuem com padronização de handoffs. Riscos medicamentosos caem com dupla checagem sistemática. Riscos procedimentais decrescem com treinamento adequado. Riscos sistêmicos são abordados por análises proativas. Abordagem abrangente minimiza vulnerabilidades.

A gestão proativa de riscos identifica e mitiga problemas potenciais. Análise de modos de falha antecipa problemas. Barreiras preventivas são implementadas estrategicamente. Simulações testam resposta a situações críticas. Auditorias verificam efetividade de controles. Indicadores antecedentes sinalizam deterioração precoce. Prevenção supera correção em efetividade e eficiência.

A mitigação de riscos jurídicos protege profissionais e instituição. Documentação adequada comprova cuidado apropriado. Consentimento informado respalda procedimentos. Adesão a protocolos demonstra conformidade técnica. Comunicação clara previne mal-entendidos. Transparência em eventos adversos reduz litígios. Seguro profissional complementa proteção institucional.

A conformidade com diretrizes do Sistema Único de Saúde alinha prática local com políticas nacionais. Universalidade é garantida por atendimento sem discriminação. Integralidade orienta cuidado abrangente. Equidade prioriza vulneráveis através de protocolos. Participação social é respeitada em decisões. Descentralização é apoiada por protocolos adaptáveis. Regionalização é considerada em referenciamentos.

O alinhamento com contrato de gestão facilita cumprimento de metas pactuadas. Indicadores contratuais são incorporados ao monitoramento médico. Metas assistenciais orientam prioridades clínicas. Padrões de qualidade exigidos são sistematicamente perseguidos. Requisitos de produtividade são balanceados com segurança. Prestação de contas é facilitada por registros adequados. Sucesso contratual depende fundamentalmente de qualidade médica.

A governança clínica estabelecida pelo regimento cria estrutura robusta para excelência assistencial. Liderança médica é claramente definida. Responsabilidades são inequivocamente atribuídas. Processos decisórios são transparentes e rastreáveis. Prestação de contas é regular e abrangente. Melhoria contínua é sistematicamente perseguida. Sustentabilidade de longo prazo é assegurada.

O Regimento do Corpo Clínico representa muito mais que documento normativo formal. Constitui a espinha dorsal da qualidade e segurança assistencial, estabelecendo fundamentos sólidos para prática médica de

excelência. Através da clara definição de responsabilidades, padronização baseada em evidências, supervisão sistemática e busca contínua por melhoria, o regimento transforma princípios abstratos de qualidade em realidade concreta de cuidados seguros e efetivos. Sua adequada implementação e manutenção garantem que a Unidade de Pronto Atendimento Municipal cumpra sua missão fundamental de prover acesso a cuidados de urgência e emergência com qualidade, segurança e humanização, honrando a confiança depositada pela sociedade e consolidando-se como referência de excelência no Sistema Único de Saúde.

4.4.1 Modelo de Regimento interno do corpo clínico

4.4.1.1 Disposições gerais, finalidade e campo de aplicação

O presente Regimento Interno do Corpo Clínico estabelece regras, rotinas e responsabilidades aplicáveis à atuação médica na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e às interfaces assistenciais relacionadas ao suporte às atividades de urgência, emergência e transferência de pacientes, em integração com a Rede de Atenção às Urgências do SUS no âmbito municipal e regional, incluindo a articulação com o SAMU 192 quando acionado conforme fluxos definidos pela gestão pública.

A finalidade do Regimento é normatizar a prática médica na unidade, definindo padrões mínimos de qualidade e segurança, critérios técnicos e éticos para o exercício profissional, diretrizes de organização do trabalho médico e mecanismos de governança clínica, assegurando que o atendimento ocorra de forma padronizada, resolutiva, rastreável e compatível com a estrutura e o perfil assistencial da unidade.

A **Solution Gestão Pública** adotará este Regimento como instrumento institucional obrigatório para orientação do corpo clínico, integração de novos profissionais, alinhamento multiprofissional, auditoria interna da prática assistencial e conformidade com as normas vigentes, preservando a autonomia técnica do médico dentro de parâmetros de segurança, protocolos assistenciais e diretrizes institucionais.

Este Regimento aplica-se a todos os médicos que atuem na unidade, independentemente da forma de vínculo, especialidade, carga horária, regime de plantão, atuação presencial ou em suporte técnico regulatório/assistencial, inclusive quando houver designação de responsáveis técnicos, coordenação médica, preceptoria, supervisão ou participação em comissões e núcleos.

4.4.1.2 Princípios orientadores da atuação médica

A atuação do corpo clínico será pautada pelos seguintes princípios operacionais e assistenciais:

- a) **Prioridade clínica e atendimento por gravidade:** o atendimento médico seguirá a prioridade definida por classificação de risco e reavaliações sucessivas, garantindo atendimento imediato aos casos críticos, sem prejuízo da equidade e da organização do fluxo;
- b) **Segurança do paciente:** adoção de barreiras de segurança, monitoramento clínico proporcional ao risco, prevenção de eventos adversos, uso racional de exames e terapias, checagens e registros assistenciais completos;
- c) **Qualidade assistencial e resolutividade:** atendimento orientado por avaliação clínica adequada, hipóteses diagnósticas consistentes, condutas terapêuticas baseadas em boas práticas e compatíveis com o nível de complexidade da unidade;
- d) **Trabalho em equipe multiprofissional:** integração efetiva com enfermagem, equipe de apoio, coordenações e demais profissionais, com comunicação clara, respeitosa e estruturada, especialmente em cenários de urgência e emergência;
- e) **Legalidade, ética e conformidade:** observância do Código de Ética Médica, normas do Conselho Federal e Regional de Medicina, diretrizes do SUS, legislação sanitária aplicável, rotinas institucionais e fluxos pactuados com a Rede de Atenção;
- f) **Rastreabilidade e transparência do ato médico:** documentação completa no prontuário, registro de decisões, evolução clínica, orientações, justificativas para condutas divergentes de protocolos e comunicação com familiares quando aplicável;
- g) **Educação permanente e melhoria contínua:** participação em treinamentos, discussão de casos, atualização de protocolos e melhoria sistemática, com cultura de aprendizado e correção de falhas.

4.4.1.3 Estrutura de governança do Corpo Clínico

A governança clínica da unidade será estruturada de forma a garantir liderança técnica, supervisão, padronização e melhoria contínua. A organização mínima contempla:

I. Direção Técnica Médica / Responsável Técnico (RT)

O Responsável Técnico médico será formalmente designado, com atribuições de supervisão técnica do serviço médico, articulação com a Direção da unidade, interface com órgãos reguladores e conselhos profissionais, validação e atualização dos protocolos médicos, e coordenação das ações de melhoria assistencial.

II. Coordenação Médica (quando instituída)

A Coordenação Médica atuará como braço operacional da governança, apoiando escalas, fluxos assistenciais, organização da sala de emergência, integração multiprofissional, adesão a protocolos e gestão de demandas médicas do cotidiano.

III. Plantonistas e médicos assistentes

Os médicos plantonistas e assistentes constituem a base operacional, responsáveis pelo atendimento direto, estabilização, definição de conduta, observação e destino assistencial, dentro dos fluxos e limites da unidade.

IV. Comissões e Núcleos Assistenciais

O corpo clínico deverá participar, quando designado, de instâncias institucionais relacionadas a segurança do paciente, revisão de prontuários, análise de eventos adversos, comissão de óbitos, comissão de ética e outras correlatas, com foco em aperfeiçoamento do cuidado e redução de riscos.

A **Solution Gestão Pública** organizará a governança médica com rotinas de reunião técnica, canais formais de comunicação, protocolos acessíveis e mecanismo de resposta a não conformidades assistenciais, assegurando funcionamento padronizado em todos os turnos.

4.4.1.4 Composição do Corpo Clínico, credenciamento e integração de profissionais

O Corpo Clínico será composto por médicos com formação e habilitação compatíveis com o atendimento de urgência e emergência, com registro regular no CRM, documentos comprobatórios válidos e aptidão para atuar em ambiente de alta demanda e variabilidade clínica.

a) Requisitos mínimos para ingresso e atuação

Para atuação clínica na unidade, o profissional deverá apresentar e manter atualizados:

- CRM ativo e regular;
- identificação pessoal e comprovação de habilitação;
- certificados e comprovantes relevantes (quando exigidos para funções específicas);
- declaração de ciência e concordância com este Regimento, protocolos assistenciais e rotinas institucionais;
- disponibilidade para treinamentos obrigatórios e reciclagens.

b) Processo de integração (ambientação)

Todo médico ingressante deverá passar por processo de integração estruturado, conduzido pela governança clínica, contemplando:

- apresentação do fluxo assistencial da unidade (acolhimento, classificação de risco, sala de emergência, observação, alta e transferência);
- rotinas de documentação, prescrição, solicitação de exames e registros;
- funcionamento dos protocolos assistenciais prioritários;
- comunicação com enfermagem e responsabilidades compartilhadas;
- uso de sistemas e rotinas administrativas correlatas ao ato assistencial;
- regras de conduta, sigilo, postura profissional e relacionamento com usuários.

A integração deverá ser registrada, com lista de verificação de tópicos essenciais, garantindo que o profissional tenha acesso às informações necessárias para atuação segura desde o primeiro plantão.

4.4.1.5 Organização da assistência médica por turnos, escalas e continuidade do cuidado

A escala médica deverá assegurar cobertura integral 24h, com dimensionamento compatível com a demanda, e organização operacional que preserve a continuidade do cuidado.

a) Compromissos do médico com a escala

- comparecer pontualmente ao início do plantão;
- permanecer durante todo o período escalado;
- não se ausentar sem garantir cobertura e sem comunicar formalmente a coordenação;
- apresentar-se em condições adequadas para o exercício profissional;
- comunicar impedimentos com antecedência, sempre que possível, para reposição segura.

b) Passagem de plantão e continuidade clínica

A passagem de plantão é etapa assistencial obrigatória e deverá incluir, no mínimo:

- pacientes em sala de emergência e observação (com quadro clínico, condutas realizadas, pendências e plano);
- pacientes em risco de deterioração e gatilhos de reavaliação;

- aguardando exames críticos e respectivas condutas esperadas;
- pacientes com solicitação de transferência/regulação em andamento;
- eventos relevantes do turno (intercorrências, notificações, faltas de insumos críticos que impactem conduta).

A passagem deve ocorrer de forma objetiva e documentada quando aplicável, evitando perda de informação e reduzindo risco assistencial.

4.4.1.6 Critérios técnicos de atendimento e padrões mínimos do ato médico

A atuação médica deverá observar padrões mínimos de avaliação e decisão clínica, compatíveis com urgência e emergência, assegurando segurança e rastreabilidade.

a) Avaliação clínica mínima

Todo atendimento médico deve conter, conforme aplicável:

- queixa principal e história da moléstia atual;
- antecedentes relevantes, alergias, medicamentos em uso;
- avaliação de sinais vitais e sinais de gravidade;
- exame físico dirigido e completo na medida do necessário;
- hipóteses diagnósticas e diferenciais quando pertinentes;
- plano terapêutico, solicitação de exames quando necessários e orientação.

b) Priorização por gravidade e reavaliação

A classificação de risco orienta a prioridade inicial; entretanto, a prioridade é dinâmica e depende de reavaliações. O médico deve:

- reavaliar pacientes em espera quando houver piora referida pela equipe, alteração de sinais vitais ou queixa de agravamento;
- revisar conduta quando houver mudança de quadro;
- registrar reavaliação e justificativas.

c) Condutas de estabilização e atendimento emergencial

Em casos críticos, a estabilização precede formalidades. O médico deverá atuar em integração com enfermagem na aplicação dos protocolos de abordagem inicial e estabilização, garantindo:

- monitorização proporcional ao risco;
- intervenção imediata nas ameaças à vida;

- registro das condutas e resposta clínica.

4.4.1.7 Protocolos clínicos institucionais e diretrizes assistenciais

A unidade manterá Manual de Protocolos Assistenciais, com protocolos médicos e multiprofissionais, acessíveis nos pontos de cuidado e em meio digital, contemplando as principais síndromes e emergências atendidas na UPA.

a) Adesão e aplicação

Os protocolos serão de observância obrigatória como padrão institucional. Condutas divergentes poderão ocorrer quando clinicamente justificadas, devendo ser registradas com justificativa técnica no prontuário.

b) Protocolos prioritários (núcleo mínimo)

Sem prejuízo de atualizações, a unidade manterá protocolos para, no mínimo:

- dor torácica e síndrome coronariana;
- dispneia aguda e insuficiência respiratória;
- sepse e infecções graves;
- AVC (reconhecimento e fluxo rápido);
- crise convulsiva;
- trauma e controle inicial;
- crise hipertensiva (abordagem e risco);
- hipoglicemia e distúrbios metabólicos comuns;
- manejo da dor e analgesia segura;
- antimicrobianos conforme diretrizes e perfil local, quando aplicável;
- fluxos de transferência e regulação.

c) Atualização e revisão

A governança médica revisará protocolos periodicamente e sempre que houver alterações normativas, mudanças de fluxo assistencial, ocorrência de eventos adversos relevantes ou necessidade identificada por indicadores e auditorias.

A **Solution Gestão Pública** garantirá treinamento de implantação e reciclagens, com registro de presença e avaliação quando aplicável.

4.4.1.8 Regras de prescrição, exames complementares e uso racional de recursos

A prescrição e a solicitação de exames devem seguir critérios clínicos, segurança do paciente e racionalidade, evitando desperdício e garantindo efetividade.

a) Prescrição segura

- prescrição completa, legível e compatível com protocolos;
- atenção a alergias, interações e contraindicações;
- uso de doses e vias adequadas;
- reavaliação de resposta terapêutica;
- registro de eventuais reações adversas e condutas adotadas.

b) Solicitação de exames

- exames devem ser solicitados quando houver impacto esperado na decisão clínica;
- urgência do exame deve ser comunicada de modo claro;
- resultados críticos devem ser verificados e registrados;
- pendências devem ser passadas no plantão, com plano explícito.

c) Uso de antimicrobianos e terapias de maior risco

- seguir diretrizes locais e protocolos;
- considerar gravidade, foco provável, alergias e histórico;
- reavaliar necessidade e resposta;
- registrar justificativa em casos fora do protocolo.

4.4.1.9 Prontuário, registros obrigatórios e rastreabilidade do atendimento

O prontuário é documento assistencial e legal. O corpo clínico deve assegurar registros completos e fidedignos.

a) Conteúdo mínimo do registro médico

- dados clínicos essenciais (história, exame, sinais vitais);
- hipóteses diagnósticas e condutas;
- exames solicitados e interpretação clínica quando relevante;
- medicações administradas e resposta;
- orientações e encaminhamentos;
- critérios de alta, observação ou transferência;

- carimbo/assinatura, identificação profissional e horário.

b) Evolução em observação

Pacientes em observação devem ter evolução periódica, com:

- reavaliação clínica e sinais vitais;
- resposta a terapias;
- plano assistencial e critérios de reavaliação;
- decisão de destino assistencial com justificativa.

c) Correções e retificações

Correções devem ser feitas conforme boas práticas e regras institucionais, mantendo integridade do documento e rastreabilidade.

4.4.1.10 Comunicação com pacientes e acompanhantes, consentimento e condutas em situações sensíveis

A comunicação é componente essencial da segurança e qualidade.

a) Comunicação clínica

O médico deve informar ao paciente e/ou acompanhante, de forma clara e proporcional ao contexto:

- hipótese diagnóstica provável e conduta inicial;
- necessidade de exames e tempo estimado quando possível;
- sinais de alerta e orientações de retorno;
- justificativas para transferência e cuidados durante transporte quando aplicável.

b) Consentimento e recusa

- quando houver procedimento ou conduta que exija consentimento, este deverá ser buscado e registrado, respeitando a condição clínica e os limites de urgência;
- recusas de tratamento devem ser registradas com orientação sobre riscos e condutas alternativas, quando possível.

c) Situações de violência, vulnerabilidade e proteção

- suspeita de violência deve seguir fluxos institucionais e rede de proteção;
- casos de vulnerabilidade devem receber encaminhamentos compatíveis;
- preservar sigilo, dignidade e segurança do paciente.

4.4.1.11 Critérios de alta, encaminhamento e transferência na Rede de Atenção às Urgências

A definição do destino assistencial é ato clínico fundamental e deve obedecer critérios técnicos e fluxos pactuados.

a) Alta médica segura

A alta deve ocorrer quando, de forma documentada:

- sinais vitais estejam estáveis ou em padrão seguro;
- risco imediato esteja afastado conforme avaliação;
- sintomas principais estejam controlados ou com plano de controle;
- orientações estejam completas (medicações, retorno, sinais de alarme);
- encaminhamentos sejam realizados quando necessários.

b) Encaminhamento na rede

Quando o caso exigir continuidade em outro ponto de atenção, o médico deverá:

- registrar motivo e prioridade do encaminhamento;
- orientar paciente/acompanhante;
- garantir documentação mínima e clareza do plano.

c) Transferência e regulação

Quando houver necessidade de recurso não disponível na UPA, a transferência deve ser conduzida com:

- estabilização máxima possível antes do transporte;
- comunicação estruturada com regulação/serviço receptor;
- documentação completa do caso e condutas realizadas;
- registro do status do paciente no momento da transferência.

A articulação com o SAMU 192 ou transporte definido pela rede ocorrerá conforme fluxos municipais e regionais aplicáveis, preservando a responsabilidade médica até a efetivação da transferência, dentro das condições operacionais da unidade.

4.4.1.12 Segurança do paciente: práticas obrigatórias e gestão de eventos

A segurança do paciente será tratada como requisito de rotina, com práticas mínimas obrigatórias.

a) Práticas obrigatórias

- identificação correta do paciente;
- conferência de alergias e riscos relevantes;
- comunicação estruturada em casos críticos;
- prevenção de quedas e eventos associados em pacientes vulneráveis;
- reavaliação de pacientes em observação conforme risco;
- prescrição segura e checagem de terapias de maior risco conforme rotinas.

b) Notificação e análise de incidentes

O corpo clínico deverá notificar eventos adversos, quase falhas e incidentes relevantes conforme fluxo institucional, permitindo análise e ações corretivas. O foco é a melhoria do sistema e a redução de recorrência, com preservação do ambiente profissional e do compromisso assistencial.

A **Solution Gestão Pública** manterá rotinas de análise de eventos, retorno de aprendizados e planos de ação, integrando corpo clínico e equipe multiprofissional.

4.4.1.13 Normas éticas, disciplinares e condutas vedadas

O corpo clínico deve observar rigorosamente o Código de Ética Médica, as normas do CRM/CFM e as regras institucionais.

a) Condutas esperadas

- respeito ao paciente, acompanhantes e equipe;
- postura profissional compatível com urgência e emergência;
- sigilo e confidencialidade;
- registros fidedignos;
- colaboração multiprofissional.

b) Condutas vedadas (exemplos operacionais)

- abandono de plantão ou ausência sem cobertura;
- atuação sob condições que comprometam segurança (ex.: incapacidade funcional);
- desrespeito ao usuário ou equipe;
- omissão de registro de condutas relevantes;
- utilização inadequada de recursos e materiais de uso restrito;
- quebra de sigilo sem fundamento legal.

c) Apuração e medidas administrativas

Não conformidades serão tratadas por fluxo institucional com registro, análise, direito de manifestação e medidas proporcionais, priorizando correção, educação e garantia de segurança assistencial. Situações graves seguirão encaminhamentos cabíveis, inclusive comunicação a instâncias competentes quando aplicável.

4.4.1.14 Educação permanente, treinamento e competência mínima

A manutenção da qualidade assistencial depende de capacitação contínua. O corpo clínico deverá:

- participar de treinamentos obrigatórios definidos pela governança;
- aderir a reciclagens periódicas em temas críticos (emergências clínicas, protocolos, registros, segurança);
- participar de discussões de casos e reuniões clínicas quando convocado;
- manter atualização compatível com a prática em urgência e emergência.

A **Solution Gestão Pública** organizará calendário de educação permanente, com conteúdos alinhados ao perfil epidemiológico local, aos protocolos institucionais e às necessidades identificadas por indicadores e auditorias.

4.4.1.15 Avaliação da prática médica, monitoramento e melhoria contínua

A atuação do corpo clínico será monitorada por meio de instrumentos clínico-operacionais que permitam melhoria contínua, incluindo:

- auditoria de prontuários (completude, coerência clínica, registros essenciais);
- indicadores assistenciais relevantes (ex.: tempo de resposta em casos críticos, adesão a protocolos prioritários, qualidade de alta e orientações);
- análise de eventos adversos e quase falhas;
- feedback estruturado por coordenação/direção técnica;
- planos de ação e reavaliação de resultados.

As avaliações visam aprimorar processos e reduzir riscos, assegurando consistência da assistência prestada ao longo dos turnos.

4.4.1.16 Disposições finais, revisão e vigência

Este Regimento entra em vigência na data de sua aprovação institucional e se aplica a todos os médicos em atuação na Unidade de Pronto Atendimento

Municipal de Colina/SP, devendo ser conhecido, aceito e praticado no cotidiano assistencial.

O Regimento poderá ser revisado periodicamente, sempre que necessário, para adequação a alterações normativas, mudanças nos fluxos assistenciais, atualizações de protocolos, recomendações de órgãos competentes e necessidades operacionais identificadas pela gestão e governança clínica.

A **Solution Gestão Pública** manterá este documento sob controle de versão, com registro de revisões, comunicação institucional das alterações e atualização dos treinamentos correlatos, garantindo uniformidade de aplicação e continuidade da qualidade assistencial.

4.5 Regulamento de compras

A Solution Gestão Pública, no exercício da gestão e execução das ações e serviços de saúde objeto deste Contrato de Gestão, adotará Regulamento Próprio de Compras e Contratações, como instrumento normativo destinado a disciplinar, organizar e padronizar todos os procedimentos relacionados à aquisição de bens, materiais, insumos e à contratação de serviços necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, em consonância com os princípios que regem a Administração Pública e com as diretrizes estabelecidas no instrumento contratual.

O Regulamento de Compras constitui ferramenta essencial de governança administrativa, assegurando que os processos de aquisição e contratação ocorram de forma planejada, transparente, rastreável e compatível com a realidade operacional de unidades de urgência e emergência, nas quais a regularidade do abastecimento, a continuidade dos serviços e a previsibilidade dos fluxos administrativos são fatores críticos para a segurança assistencial e para a qualidade do atendimento prestado à população.

A Solution Gestão Pública adota, em sua prática institucional, modelo de gestão orientado por procedimentos previamente definidos, com responsabilidades claras, registros formais e mecanismos de controle interno, de modo a garantir que todas as compras e contratações estejam diretamente vinculadas à execução do objeto do Contrato de Gestão, atendam às necessidades reais da unidade e sejam realizadas de forma eficiente, impessoal e tecnicamente justificada.

O Regulamento de Compras será aplicado a todas as áreas administrativas e assistenciais envolvidas na execução do contrato, integrando-se às rotinas de planejamento, logística, almoxarifado, farmácia, manutenção, tecnologia da informação, serviços assistenciais e serviços de apoio,

assegurando alinhamento entre as demandas operacionais da unidade e os processos administrativos de aquisição e contratação.

4.5.1 Finalidade do Regulamento de Compras

O Regulamento de Compras da Solution Gestão Pública tem por finalidade estabelecer regras claras, objetivas e operacionais para orientar os processos de aquisição de bens e contratação de serviços custeados, total ou parcialmente, com recursos públicos vinculados ao Contrato de Gestão, assegurando a correta aplicação desses recursos e a adequada execução das atividades assistenciais e administrativas da unidade de saúde.

A instituição do Regulamento visa garantir que as compras e contratações ocorram de forma organizada, previsível e alinhada às necessidades reais da operação, evitando improvisações, decisões isoladas ou aquisições desassociadas do planejamento assistencial e administrativo. A adoção de procedimentos padronizados contribui para a redução de riscos operacionais, financeiros e jurídicos, além de facilitar o acompanhamento e a fiscalização por parte da Administração Pública e dos órgãos de controle.

Entre as finalidades centrais do Regulamento de Compras, destaca-se a seleção da proposta mais vantajosa, entendida não apenas sob a ótica do menor preço, mas considerando a relação equilibrada entre preço, qualidade, prazo, desempenho e adequação técnica ao objeto contratado. Em unidades de urgência e emergência, a confiabilidade do fornecimento e a qualidade dos insumos e serviços contratados impactam diretamente a segurança do paciente e a continuidade do atendimento, razão pela qual esses fatores são considerados de forma integrada nos processos decisórios.

O Regulamento também tem como finalidade assegurar transparência, controle e rastreabilidade dos atos administrativos, mediante o registro formal de todas as etapas do processo de compra ou contratação, desde a identificação da necessidade até a execução contratual. Esse controle documental permite a verificação posterior das decisões adotadas, a análise da conformidade dos procedimentos e a demonstração da correta aplicação dos recursos públicos.

Outro aspecto relevante da finalidade do Regulamento é a mitigação de riscos, especialmente aqueles relacionados a falhas no abastecimento, contratações inadequadas, descontinuidade de serviços essenciais ou questionamentos por parte de órgãos de controle. Ao definir previamente os fluxos, critérios e responsabilidades, a Solution Gestão Pública reduz a exposição da unidade a riscos operacionais e assegura maior estabilidade na execução do Contrato de Gestão.

4.5.2 Fundamentos Jurídicos e Princípios Aplicáveis

O Regulamento de Compras da Solution Gestão Pública será elaborado e aplicado em observância aos princípios constitucionais que regem a Administração Pública, especialmente aqueles previstos no artigo 37 da Constituição Federal, notadamente os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, economicidade e isonomia.

A atuação da Solution Gestão Pública na gestão de recursos públicos vinculados ao Contrato de Gestão observa o entendimento consolidado dos Tribunais de Contas, segundo o qual as Organizações Sociais não se submetem integralmente ao regime jurídico da Lei nº 14.133/2021, devendo, entretanto, adotar **procedimentos próprios**, objetivos, transparentes e previamente definidos para suas compras e contratações, assegurando padrões adequados de governança, controle e responsabilização.

Nesse contexto, o Regulamento de Compras será estruturado de modo a refletir as boas práticas de gestão pública, incorporando de forma **subsidiária e principiológica** os dispositivos da Lei nº 14.133/2021, especialmente aqueles relacionados aos princípios das contratações públicas, à gestão de riscos, ao planejamento das contratações e à busca da proposta mais vantajosa, sempre que compatíveis com a natureza jurídica da parceria e com o modelo de Contrato de Gestão.

A aplicação desses princípios não implica a adoção automática de todos os procedimentos formais previstos na legislação de licitações, mas sim a incorporação de seus fundamentos essenciais, adaptados à realidade operacional das Organizações Sociais e à dinâmica de funcionamento de unidades de saúde com atendimento ininterrupto. Dessa forma, o Regulamento de Compras da Solution Gestão Pública preserva a flexibilidade necessária à gestão eficiente, sem prejuízo da legalidade, da transparência e do controle.

O Regulamento também observa os princípios da segregação de funções e da responsabilização administrativa, estabelecendo claramente os papéis e atribuições dos setores e profissionais envolvidos nos processos de compra e contratação. Essa definição contribui para a prevenção de conflitos de interesse, para a redução de riscos de irregularidades e para a melhoria do controle interno.

Adicionalmente, o Regulamento de Compras será aplicado em consonância com o instrumento contratual celebrado com o Município, com o Termo de Referência e com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, assegurando alinhamento entre as normas internas da Solution Gestão Pública e as obrigações assumidas no âmbito da parceria.

4.5.3 Abrangência do Regulamento de Compras

O Regulamento de Compras da Solution Gestão Pública abrangerá todas as aquisições e contratações necessárias à execução do objeto do Contrato de Gestão, compreendendo tanto as atividades assistenciais quanto as atividades administrativas e de apoio, sempre que vinculadas direta ou indiretamente ao funcionamento regular da unidade de saúde.

Estão abrangidas pelo Regulamento, entre outras, as aquisições de materiais médico-hospitalares, medicamentos, insumos assistenciais, materiais de consumo administrativo, bem como a contratação de serviços assistenciais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços técnicos especializados e serviços de apoio operacional necessários à manutenção da unidade.

O Regulamento também se aplica à aquisição de bens permanentes e patrimoniais destinados à estruturação, modernização ou manutenção da capacidade instalada da unidade, observadas as necessidades operacionais e os parâmetros definidos no Contrato de Gestão. Nessas aquisições, serão adotados critérios técnicos que assegurem a compatibilidade dos bens com o perfil assistencial da unidade e com as exigências regulatórias aplicáveis.

A abrangência do Regulamento contempla ainda contratações relacionadas à manutenção predial, tecnologia da informação, sistemas de apoio à gestão, serviços de engenharia, locações, contratos de suporte técnico e demais serviços necessários ao adequado funcionamento da unidade, desde que vinculados à execução do objeto contratual.

Todas as compras e contratações abrangidas pelo Regulamento estarão condicionadas à demonstração de necessidade operacional, devidamente formalizada e justificada, de modo a assegurar que os recursos públicos sejam aplicados exclusivamente em atividades relacionadas à execução do Contrato de Gestão, em consonância com o planejamento assistencial e administrativo da unidade.

4.5.4 Procedimentos de Compras e Contratações

Os procedimentos de compras e contratações adotados pela Solution Gestão Pública serão estruturados de forma objetiva, previamente definida e alinhada às necessidades operacionais da unidade de saúde, garantindo previsibilidade, controle e continuidade das atividades assistenciais e administrativas vinculadas ao Contrato de Gestão.

O processo de compras terá início a partir da identificação formal da necessidade, realizada pelas áreas demandantes da unidade, considerando o planejamento assistencial, o consumo histórico, a criticidade do item ou serviço e a projeção de demanda. Essa identificação será registrada por meio de solicitação interna, contendo descrição clara do objeto, finalidade da aquisição

ou contratação e justificativa técnica compatível com a rotina operacional da unidade.

A definição do objeto será realizada de forma clara e objetiva, evitando descrições genéricas ou excessivamente restritivas, de modo a permitir a adequada compreensão do que se pretende adquirir ou contratar. Sempre que aplicável, a descrição considerará especificações técnicas mínimas, padrões de qualidade, requisitos de desempenho e condições de fornecimento compatíveis com a realidade de unidades de urgência e emergência.

Após a definição do objeto, será realizada pesquisa de mercado, com o objetivo de identificar fornecedores aptos a atender à demanda e de obter referências de preços praticados. A pesquisa poderá ser realizada por meio de cotações formais, consultas a fornecedores, análise de contratações anteriores, bancos de preços públicos ou outras fontes idôneas, assegurando a formação de base comparativa suficiente para subsidiar a tomada de decisão.

Os procedimentos de compras e contratações observarão o princípio da proporcionalidade, sendo ajustados conforme a natureza, a complexidade e o impacto operacional da contratação. Contratações de maior criticidade assistencial ou impacto operacional relevante receberão tratamento mais estruturado, com maior rigor na análise técnica e documental, enquanto aquisições rotineiras e de baixo impacto seguirão fluxo simplificado, sem prejuízo do controle e da rastreabilidade.

A seleção da proposta mais vantajosa será precedida da análise conjunta dos aspectos técnicos e comerciais das propostas recebidas, considerando não apenas o valor ofertado, mas também a adequação do produto ou serviço às necessidades da unidade, o prazo de fornecimento, a capacidade de atendimento do fornecedor e o histórico de desempenho, quando disponível.

Concluída a fase de seleção, a contratação será formalizada por meio de instrumento adequado, como contrato, ordem de fornecimento ou documento equivalente, conforme a natureza da aquisição ou serviço. A formalização contemplará as condições essenciais para a execução, incluindo objeto, prazos, responsabilidades, critérios de acompanhamento e condições de recebimento.

A execução contratual será acompanhada pelas áreas responsáveis, com verificação do cumprimento das condições pactuadas, da qualidade do fornecimento ou serviço prestado e da aderência às necessidades operacionais da unidade. Eventuais inconformidades serão registradas e tratadas de forma tempestiva, com adoção de medidas corretivas, quando necessário, de modo a evitar impactos na assistência e na continuidade dos serviços.

4.5.5 Critérios de Seleção e Julgamento

Os critérios de seleção e julgamento adotados no âmbito do Regulamento de Compras da Solution Gestão Pública serão definidos de forma objetiva, transparente e isonômica, assegurando igualdade de condições entre os fornecedores e a escolha da proposta mais vantajosa para a execução do Contrato de Gestão.

A competitividade entre fornecedores será estimulada sempre que possível, mediante a adoção de procedimentos que ampliem o acesso às oportunidades de fornecimento e contratação, evitando direcionamentos indevidos ou restrições injustificadas à participação. As solicitações de propostas serão formuladas de maneira clara e acessível, permitindo que os interessados compreendam plenamente as exigências e condições da contratação.

A avaliação das propostas será realizada com base em critérios previamente definidos, considerando de forma integrada os aspectos de preço, qualidade, prazo de entrega ou execução e capacidade técnica, quando aplicável. Em contratações que envolvam fornecimento de insumos ou serviços diretamente relacionados à assistência à saúde, a qualidade e a confiabilidade do fornecimento terão peso relevante na análise, dada sua influência direta na segurança do paciente e na continuidade do atendimento.

Sempre que necessário, poderão ser considerados critérios técnicos específicos, como conformidade com normas regulatórias, compatibilidade com equipamentos existentes, adequação ao fluxo assistencial da unidade e capacidade de atendimento em situações de aumento de demanda. Esses critérios serão aplicados de forma objetiva, com base em informações verificáveis e compatíveis com a natureza do objeto.

O julgamento das propostas será registrado de forma formal, com indicação clara dos critérios utilizados e das razões que fundamentaram a escolha da proposta selecionada. Esse registro assegura transparência ao processo decisório e permite a verificação posterior por instâncias de controle interno e externo.

É expressamente vedada qualquer forma de favorecimento, direcionamento ou tratamento diferenciado indevido entre fornecedores. As decisões serão pautadas exclusivamente por critérios técnicos e operacionais relacionados ao interesse público e à adequada execução do Contrato de Gestão.

A adoção desses critérios de seleção e julgamento contribui para a padronização dos processos de compras e contratações, reduzindo riscos de questionamentos, fortalecendo a governança administrativa e assegurando que as aquisições realizadas pela Solution Gestão Pública estejam alinhadas às necessidades reais da unidade de saúde e às diretrizes estabelecidas no instrumento contratual.

4.5.6 Transparência, Controle e Rastreabilidade

A Solution Gestão Pública adotará mecanismos permanentes de transparência, controle e rastreabilidade em todos os processos de compras e contratações realizados no âmbito do Contrato de Gestão, assegurando que cada ato administrativo seja passível de verificação, acompanhamento e auditoria, desde a identificação da necessidade até a conclusão da execução contratual.

Todos os procedimentos de compras e contratações serão devidamente registrados de forma formal, com documentação organizada e arquivada em meio físico ou eletrônico, conforme as rotinas administrativas da entidade. Esses registros incluirão, no mínimo, a solicitação de compra ou contratação, a justificativa da necessidade, a descrição do objeto, as cotações ou pesquisas de mercado realizadas, os critérios de seleção adotados, o instrumento de formalização da contratação e os registros de acompanhamento da execução.

A rastreabilidade dos processos permitirá a reconstrução integral do histórico de cada aquisição ou contratação, possibilitando a identificação das decisões adotadas, dos responsáveis por cada etapa e dos elementos que fundamentaram a escolha da proposta selecionada. Esse controle documental é fundamental para assegurar a integridade dos processos, prevenir inconsistências e facilitar a atuação dos mecanismos de fiscalização.

As informações relativas às compras e contratações estarão disponíveis para a Administração Pública, para os órgãos de controle externo e para auditorias internas ou independentes, sempre que solicitado, observados os limites legais aplicáveis. A Solution Gestão Pública manterá seus registros organizados de modo a permitir acesso ágil e seguro às informações, contribuindo para a transparência da execução contratual.

O controle interno das compras e contratações será exercido de forma contínua, com acompanhamento das rotinas administrativas, verificação da conformidade dos procedimentos com o Regulamento de Compras e identificação de eventuais desvios ou inconformidades. Sempre que identificadas falhas ou riscos operacionais, serão adotadas medidas corretivas, com registro formal das providências implementadas.

A transparência dos atos administrativos relacionados às compras e contratações reforça a confiança na gestão dos recursos públicos, contribui para a segurança jurídica da parceria e assegura que as aquisições realizadas estejam alinhadas às necessidades reais da unidade de saúde e às diretrizes do Contrato de Gestão.

4.5.7 Aprovação, Integração ao Contrato de Gestão e Publicidade

O Regulamento de Compras da **Solution Gestão Pública** será formalmente aprovado pelos órgãos competentes da entidade, em conformidade com seu estatuto e com as normas internas de governança, antes do início da execução do Contrato de Gestão. Essa aprovação confere validade institucional ao regulamento e assegura sua aplicação uniforme em todas as áreas envolvidas na execução do objeto contratual.

Após sua aprovação, o Regulamento de Compras integrará o **Contrato de Gestão** como instrumento normativo aplicável à execução financeira e administrativa da parceria, passando a orientar todos os processos de aquisição e contratação realizados no âmbito da unidade de saúde. A integração do regulamento ao contrato reforça o alinhamento entre as normas internas da Solution Gestão Pública e as obrigações assumidas perante o Município.

Como medida de transparência e controle social, o Regulamento de Compras será publicado no Diário Oficial do Município, após a assinatura do Contrato de Gestão, permitindo amplo conhecimento por parte da sociedade, dos órgãos de controle e das instâncias de fiscalização. A publicidade do regulamento assegura clareza quanto às regras adotadas para a gestão dos recursos públicos e contribui para o fortalecimento da governança da parceria.

A publicação do Regulamento de Compras também facilita a atuação dos órgãos de controle externo, ao disponibilizar previamente as normas que orientam os procedimentos de compras e contratações da entidade, reduzindo riscos de questionamentos e reforçando a segurança jurídica da execução contratual.

O Regulamento permanecerá disponível para consulta durante toda a vigência do Contrato de Gestão, assegurando transparência permanente e permitindo que os processos de compras e contratações sejam compreendidos e acompanhados pelas partes interessadas.

4.5.8 Atualização e Aperfeiçoamento do Regulamento de Compras

O Regulamento de Compras da Solution Gestão Pública será objeto de avaliação periódica, com o objetivo de assegurar sua permanente aderência às necessidades operacionais da unidade de saúde, às diretrizes do Contrato de Gestão e às orientações emanadas pelos órgãos de controle e fiscalização.

A dinâmica de funcionamento de unidades de urgência e emergência, caracterizada por variações de demanda, mudanças de perfil assistencial e atualização constante de protocolos e tecnologias, exige que os instrumentos normativos de gestão acompanhem essa realidade. Nesse sentido, o Regulamento de Compras será revisto sempre que identificada a necessidade

de ajustes nos procedimentos, fluxos ou critérios adotados, de modo a garantir eficiência administrativa e continuidade assistencial.

As atualizações do Regulamento poderão decorrer de alterações normativas, recomendações dos Tribunais de Contas, orientações da Administração Pública, resultados de auditorias internas ou externas, bem como de análises internas realizadas pela equipe gestora da Solution Gestão Pública. Essas revisões terão como foco o aprimoramento dos mecanismos de planejamento, controle, transparência e rastreabilidade das compras e contratações.

Sempre que promovidas alterações relevantes no Regulamento de Compras, estas serão formalizadas por meio de ato interno da entidade, com registro documental adequado, assegurando a rastreabilidade das mudanças e a clareza quanto às regras vigentes. As versões atualizadas do regulamento serão aplicadas de forma uniforme, evitando interpretações divergentes ou aplicação seletiva das normas.

O aperfeiçoamento contínuo do Regulamento de Compras contribui para a consolidação de uma cultura de gestão orientada por processos, com decisões fundamentadas, redução de riscos operacionais e fortalecimento do controle interno. Essa prática reflete o compromisso da Solution Gestão Pública com a melhoria contínua da governança e com a execução responsável do Contrato de Gestão.

4.5.9 Contribuição do Regulamento de Compras para a Governança da Parceria

A instituição e aplicação do Regulamento Próprio de Compras e Contratações constituem elemento central da governança da parceria firmada entre a Administração Pública e a Solution Gestão Pública, assegurando bases sólidas para a correta aplicação dos recursos públicos e para a execução eficiente do objeto contratual.

O Regulamento de Compras estabelece um ambiente de previsibilidade administrativa, no qual as decisões relacionadas às aquisições e contratações seguem regras claras, previamente definidas e conhecidas pelas áreas envolvidas. Essa previsibilidade contribui para a estabilidade operacional da unidade de saúde, reduzindo riscos de desabastecimento, contratações inadequadas ou interrupções nos serviços assistenciais.

Ao disciplinar os procedimentos de compras e contratações, o Regulamento fortalece os mecanismos de controle interno, facilita a fiscalização por parte da Administração Pública e dos órgãos de controle externo e assegura transparência plena dos atos administrativos. A rastreabilidade dos processos

permite a verificação objetiva das decisões adotadas, reforçando a segurança jurídica da execução do Contrato de Gestão.

A contribuição do Regulamento de Compras para a governança da parceria também se reflete na integração entre planejamento, execução e controle. As aquisições e contratações deixam de ser atos isolados e passam a compor um sistema organizado, alinhado às necessidades assistenciais, aos fluxos operacionais da unidade e às metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Dessa forma, o Regulamento de Compras consolida-se como instrumento estruturante da gestão administrativa, promovendo eficiência, economicidade, transparência e responsabilidade na utilização dos recursos públicos. Sua aplicação sistemática reforça o compromisso da Solution Gestão Pública com a boa governança, com o interesse público e com a prestação de serviços de saúde de forma contínua, segura e organizada.

4.5.1 Modelo de Regulamento de compras

CAPÍTULO I — OBJETO, FINALIDADE E ABRANGÊNCIA

Art. 1º — Objeto

Este Regulamento disciplina, organiza e padroniza os procedimentos para aquisição de bens, materiais, medicamentos, insumos e contratação de serviços custeados total ou parcialmente com recursos públicos vinculados ao Contrato de Gestão, bem como regras de gestão de fornecedores, execução contratual, recebimento e controle.

Art. 2º — Finalidade

São finalidades centrais:

- I. Garantir continuidade assistencial e regularidade do abastecimento (criticamente relevante para urgência/emergência);
- II. Assegurar seleção da proposta mais vantajosa (preço + qualidade + prazo + desempenho + confiabilidade);
- III. Implementar transparência, rastreabilidade e controle interno, com documentação integral do processo;
- IV. Mitigar riscos operacionais, financeiros e jurídicos (desabastecimento, contratações inadequadas, fraudes, questionamentos);
- V. Garantir que compras/contratações estejam vinculadas ao objeto do Contrato de Gestão.

Art. 3º — Abrangência

Aplica-se a todas as áreas demandantes e executoras, incluindo (não exaustivo):

- I. Assistência (enfermagem, médico, multiprofissional);

- II. Farmácia e Almoxarifado;
- III. Manutenção predial e engenharia;
- IV. TI e sistemas;
- V. Serviços terceirizados (higienização, vigilância, resíduos, SADT quando aplicável etc.);
- VI. Administração, financeiro e controladoria do contrato.

CAPÍTULO II — FUNDAMENTOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 4º — Princípios

Os processos observarão os princípios do art. 37 da CF, além de:

- I. Planejamento e proporcionalidade;
- II. Segregação de funções e accountability (responsabilização);
- III. Competitividade e isonomia entre fornecedores;
- IV. Gestão de riscos e controles preventivos;
- V. Transparência ativa e passiva;
- VI. Sustentabilidade e racionalidade do gasto (quando aplicável).

Art. 5º — Natureza jurídica e referência subsidiária

- I. Por sua natureza jurídica, a entidade adota Regulamento Próprio, sem submissão integral ao rito da Lei 14.133/2021.
- II. A Lei 14.133/2021 é aplicada subsidiária e principiologicamente, quando compatível com o Contrato de Gestão e com a dinâmica de unidade 24h.

Art. 6º — Diretriz assistencial (regra de ouro)

Sempre que houver conflito entre conveniência administrativa e risco assistencial, prevalecerá a diretriz de continuidade do cuidado e segurança do paciente, desde que:

- I. Justificada tecnicamente;
- II. Documentada;
- III. Passível de auditoria e controle posterior.

CAPÍTULO III — GOVERNANÇA, PAPÉIS E SEGREGAÇÃO DE FUNÇÕES

Art. 7º — Papéis mínimos no processo

- I. Área Demandante: descreve a necessidade, especificações, criticidade e justificativa;
- II. Compras/Contratos: conduz cotações, formalização e controles documentais;
- III. Área Técnica (Farmácia/Enfermagem/Manutenção/TI etc.): valida tecnicamente e avalia equivalência;

IV. Almoxarifado/Farmácia: controla estoque, recebimento, armazenamento e rastreabilidade;

V. Financeiro/Controladoria do Contrato: verifica dotação, aderência ao plano de trabalho e prestação de contas;

VI. Gestor da Unidade/Direção: aprova conforme alçadas e criticidade;

VII. Fiscal do Contrato / Gestor do Contrato: acompanha execução, aplica medidas e atesta recebimentos.

Art. 8º — Segregação obrigatória

É vedado que o mesmo agente:

I. Solicite e aprove tecnicamente e aprove financeiramente a mesma compra;

II. Conduza cotação e aprove sua própria escolha;

III. Receba/atesta e liquide pagamento sem validação do recebimento.

CAPÍTULO IV — CLASSIFICAÇÃO DE ITENS E MATRIZ DE CRITICIDADE (UPA 24H)

Art. 9º — Classificação por criticidade

Os itens/serviços serão classificados, no mínimo, em:

I. Classe A – Críticos assistenciais: impacto direto na vida/segurança

(medicamentos essenciais, materiais de emergência, oxigênio/aspiração, reagentes críticos, resíduos infectantes etc.);

II. Classe B – Relevantes operacionais: impacto na continuidade (higienização, lavanderia, TI, manutenção preventiva, EPI, alimentação quando aplicável);

III. Classe C – Rotineiros/administrativos: baixo impacto assistencial imediato.

Art. 10º — Regras para Classe A (críticos)

Para itens Classe A, exigem-se controles reforçados:

I. Estoque mínimo e ponto de ressuprimento definidos (mínimo/máximo);

II. Preferência por fornecedores habilitados e com histórico de desempenho;

III. Prazo de entrega como critério central;

IV. Plano de contingência para ruptura (fornecedor alternativo, substituto terapêutico, remanejamento etc.);

V. Justificativa formal quando houver compra emergencial.

CAPÍTULO V — PLANEJAMENTO E INSTRUMENTOS DE DEMANDA

Art. 11º — Plano Anual de Compras e Contratações (PACC)

Será elaborado PACC contendo:

I. Itens recorrentes e estimativas mensais;

II. Contratos essenciais e datas de vencimento;

- III. Cronograma de renovações/novas contratações;
- IV. Itens de investimento/patrimônio;
- V. Análise de riscos de abastecimento.

Art. 12º — Solicitação de Compra/Contratação (SC)

Toda demanda inicia com SC contendo:

- I. Objeto e especificação mínima;
- II. Quantidade, unidade, local de entrega/execução;
- III. Justificativa e vínculo ao Contrato de Gestão;
- IV. Criticidade (A/B/C) e urgência (rotina/urgente/emergencial);
- V. Centro de custo/rubrica orçamentária (quando aplicável);
- VI. Indicação de substitutos aceitáveis (quando aplicável).

CAPÍTULO VI — MODALIDADES E RITOS (PROPORCIONALIDADE)

Art. 13º — Modalidades internas (por valor e risco)

Os processos seguirão rito proporcional ao valor, criticidade e risco:

I. Compra Direta Simplificada

Para itens Classe C e baixo valor (**até R\$ X**), com:

- a) 1 cotação válida (ou preço de referência) + justificativa + aprovação pela alçada.

II. Cotação Competitiva (mínimo 3 propostas)

Para itens Classe B/C e valores médios (**entre R\$ X e R\$ Y**), com:

- a) mínimo 3 cotações;
- b) mapa comparativo;
- c) justificativa de escolha;
- d) aprovação conforme alçadas.

III. Seleção Estruturada (RFP/RFQ)

Para itens/serviços de maior impacto (**acima de R\$ Y** ou Classe A), com:

- a) termo de referência/escopo;
- b) critérios objetivos (técnico + preço);
- c) diligências e validação técnica;
- d) formalização contratual completa;
- e) plano de fiscalização.

IV. Adesão a Contratos/Ata de Referência (quando permitido)

Pode ser adotada como fonte de referência de preço e eficiência, desde que:

- a) compatível com o Contrato de Gestão;
- b) demonstrada vantajosidade e aderência do objeto;
- c) preservada a rastreabilidade documental.

Art. 14º — Regras de competição e ampliação de fornecedores

- I. Deve-se estimular competição sempre que possível;
- II. Banco de fornecedores deve ser ampliado continuamente;
- III. É vedado direcionamento por marca, salvo justificativa técnica robusta (compatibilidade, padronização, segurança).

CAPÍTULO VII — PESQUISA DE PREÇOS E FORMAÇÃO DE REFERÊNCIA

Art. 15º — Fontes admitidas

A pesquisa pode utilizar:

- I. Cotações formais;
- II. Contratações anteriores;
- III. Painéis/bancos de preços públicos, quando disponíveis;
- IV. Tabelas e referências setoriais idôneas;
- V. Evidências de mercado (catálogos, propostas, notas fiscais comparáveis), com cautela.

Art. 16º — Mapa comparativo e decisão

O mapa deve registrar:

- I. fornecedores consultados;
- II. valores, prazos e condições;
- III. observações técnicas e restrições;
- IV. justificativa da escolha com base em proposta mais vantajosa.

CAPÍTULO VIII — HABILITAÇÃO E GESTÃO DE FORNECEDORES

Art. 17º — Cadastro e habilitação mínima

Para fornecimento/serviço com impacto assistencial, exigir (quando aplicável):

- I. CNPJ e regularidade cadastral;
- II. Comprovação de capacidade técnica (quando serviço especializado);
- III. Licenças sanitárias e autorizações (quando exigidas por norma);
- IV. Responsável técnico (quando aplicável);
- V. Declaração de integridade e ausência de conflito de interesse.

Art. 18º — Avaliação de desempenho

- I. Fornecedores serão avaliados por indicadores: prazo, qualidade, conformidade, suporte e reincidência de falhas;
- II. Fornecedores críticos podem ser classificados por nível (A/B/C) e ter plano de melhoria;
- III. Reincidência pode gerar advertência, suspensão e descredenciamento, conforme capítulo de sanções.

CAPÍTULO IX — CRITÉRIOS DE JULGAMENTO (PROPOSTA MAIS VANTAJOSA)

Art. 19º — Critérios

A decisão considerará, conforme o objeto:

- I. Preço total e custo efetivo (inclui frete, manutenção, consumíveis, garantia);
- II. Qualidade e conformidade técnica;
- III. Prazo de entrega/execução e capacidade de atendimento em pico;
- IV. Garantia, assistência e reposição;
- V. Confiabilidade do abastecimento;
- VI. Risco de descontinuidade.

Art. 20º — Empate e preferência técnica

Em empate, pode-se priorizar:

- I. menor prazo;
- II. melhor histórico;
- III. menor risco assistencial;
- IV. melhor condição de garantia/suporte.

CAPÍTULO X — CONTRATAÇÃO, FORMALIZAÇÃO E ALÇADAS DE APROVAÇÃO

Art. 21º — Instrumentos

A formalização será feita por:

- I. contrato;
- II. ordem de fornecimento/serviço;
- III. termo aditivo (quando aplicável);
- IV. instrumento equivalente.

Art. 22º — Alçadas (exemplo parametrizável)

Alçada 1: até R\$ X — Coordenação Administrativa/Compras

Alçada 2: de R\$ X a R\$ Y — Direção/Gerência da Unidade

Alçada 3: acima de R\$ Y ou Classe A — Direção + Controladoria/Compliance + RT/Área Técnica (quando aplicável)

OBS.: Esses valores serão preenchidos quando assumirmos à unidade e pactuarmos com os gestores.

CAPÍTULO XI — RECEBIMENTO, CONFERÊNCIA E ACEITE

Art. 23º — Recebimento provisório e definitivo

- I. Recebimento provisório: conferência física (quantidade, integridade, validade, lote) por Almoxarifado/Farmácia;
- II. Recebimento definitivo: aceite técnico da área demandante (quando aplicável).

Art. 24º — Regras especiais (medicamentos e insumos críticos)

- I. Registrar lote, validade e condições de transporte;
- II. Recusar material com avaria, divergência, validade inadequada ou irregularidade sanitária;
- III. Notificar inconformidade e abrir tratativa com fornecedor (prazo de substituição).

Art. 25º — Atesto e pagamento

Pagamento somente após:

- I. documentação fiscal regular;
- II. comprovação de entrega/execução;
- III. atesto do responsável designado;
- IV. validação de aderência à rubrica/contrato (controladoria).

CAPÍTULO XII — GESTÃO E FISCALIZAÇÃO CONTRATUAL**Art. 26º — Gestor e fiscal do contrato**

- I. Todo contrato relevante terá gestor e fiscal designados;
- II. Atribuições incluem: acompanhamento, registro de ocorrências, validação de medições, controle de SLA (quando aplicável) e instrução de sanções.

Art. 27º — Medição e evidências

Serviços contínuos exigem:

- I. evidências mensais (relatórios, checklists, ordens de serviço, métricas);
- II. indicadores mínimos (ex.: tempo de resposta manutenção; conformidade higienização; coleta resíduos);
- III. registro de não conformidades e correções.

CAPÍTULO XIII — COMPRAS URGENTES E EMERGENCIAIS (REGRA ESPECÍFICA PARA UPA)**Art. 28º — Conceito**

Considera-se:

- I. Urgente: risco de ruptura em curto prazo que impacta o atendimento;
- II. Emergencial: risco iminente à continuidade assistencial, segurança do paciente ou funcionamento da unidade.

Art. 29º — Procedimento emergencial com controle posterior

Em compras emergenciais, admite-se rito excepcional, desde que:

- I. haja justificativa técnica e registro do evento (risco assistencial/ruptura);
- II. seja realizada cotação possível no tempo (mínimo 1, preferencialmente 2);
- III. haja aprovação por alçada superior;
- IV. seja feita **regularização documental** em até prazo definido (ex.: 48h/72h úteis), com mapa comparativo e justificativa final.

Art. 30º — Vedação de fracionamento indevido

É vedado fracionar despesa para burlar rito mais rigoroso.

Parágrafo único: a compra emergencial não substitui o planejamento — recorrência de emergenciais exige análise de causa e ação corretiva (estoque mínimo, contrato guarda-chuva etc.).

CAPÍTULO XIV — INTEGRIDADE, CONFLITO DE INTERESSE E VEDAÇÕES**Art. 31º — Conflito de interesse**

É vedada contratação com fornecedor quando houver:

- I. interesse pessoal direto de gestor/decisor;
- II. parentesco/ligação relevante sem declaração e mitigação;
- III. vantagem indevida, presente, comissão ou benefício.

Art. 32º — Condutas vedadas

- I. direcionamento injustificado;
- II. manipulação de cotações;
- III. pagamento sem recebimento/atesto;
- IV. contratação sem vínculo com o Contrato de Gestão.

CAPÍTULO XV — TRANSPARÊNCIA, PRESTAÇÃO DE CONTAS E AUDITORIA**Art. 33º — Dossiê de contratação**

Cada compra/contratação terá dossiê com:

- I. solicitação e justificativa;
- II. pesquisa/cotações;
- III. mapa comparativo;
- IV. aprovação por alçada;
- V. contrato/ordem;
- VI. evidências de recebimento/execução;
- VII. notas fiscais, atestos e registros.

Art. 34º — Disponibilização à Administração e órgãos de controle

Os dossiês e relatórios estarão disponíveis para a Administração Pública e órgãos de controle, garantindo acesso ágil, íntegro e rastreável.

Art. 35º — Relatórios gerenciais periódicos

Serão emitidos relatórios mensais/trimestrais com:

- I. principais compras/contratos;
- II. variações relevantes de preço/consumo;
- III. ocorrências com fornecedores;
- IV. indicadores de abastecimento e rupturas;
- V. plano de ações corretivas.

CAPÍTULO XVI — SANÇÕES E MEDIDAS CORRETIVAS**Art. 36º — Sanções a fornecedores**

Conforme gravidade e reincidência:

- I. advertência formal;
- II. multa contratual (quando prevista);
- III. suspensão temporária;
- IV. descredenciamento/bloqueio;
- V. rescisão contratual motivada.

Art. 37º — Tratamento de não conformidades

- I. registro formal;
- II. definição de causa e responsável;
- III. plano de ação;
- IV. verificação de eficácia.

CAPÍTULO XVII — DISPOSIÇÕES FINAIS, REVISÃO E PUBLICIDADE**Art. 38º — Aprovação e vigência**

Este Regulamento será aprovado conforme governança interna e passa a vigorar na data de sua publicação interna, integrando o Contrato de Gestão como norma aplicável.

Art. 39º — Publicidade

Será publicado no Diário Oficial do Município e mantido disponível durante toda a vigência contratual.

Art. 40º — Revisão e controle de versões

Revisão anual ou sempre que houver:

I. alterações contratuais;

II. recomendações de auditoria/órgãos de controle;

III. mudanças operacionais relevantes (perfil assistencial, novos serviços, tecnologias).

4.6 Plano de Modernização de investimento predial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal

A **Solution Gestão Pública**, no exercício da gestão e execução das ações e serviços de saúde objeto do Contrato de Gestão, reconhece que a adequada condição da infraestrutura física da Unidade de Pronto Atendimento Municipal constitui elemento essencial para a continuidade assistencial, a segurança do paciente, o desempenho das equipes e a eficiência operacional da unidade. Em unidades de urgência e emergência, o ambiente físico exerce influência direta sobre os fluxos assistenciais, o tempo de resposta das equipes, a segurança das intervenções e a capacidade de absorção de demandas variáveis ao longo do tempo.

Nesse contexto, o Plano de Modernização de Investimento Predial estabelece diretrizes, critérios e parâmetros para a realização de intervenções físicas na unidade, sempre que identificadas necessidades técnicas que impactem o funcionamento regular dos serviços. Trata-se de um instrumento de apoio à gestão, voltado à qualificação da infraestrutura predial existente, com foco na adequação funcional dos ambientes, na correção de deficiências estruturais e na adaptação da edificação às exigências normativas e operacionais inerentes aos serviços de saúde.

A Solution Gestão Pública atua de forma integrada entre as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, considerando que a infraestrutura predial não pode ser dissociada da rotina de atendimento. Assim, qualquer intervenção proposta no âmbito deste Plano será analisada à luz de seu impacto direto na operação da unidade, na segurança das pessoas e na continuidade do atendimento à população usuária do Sistema Único de Saúde.

O Plano de Modernização não tem caráter especulativo ou ampliativo desvinculado da realidade operacional. As intervenções previstas possuem natureza instrumental e funcional, voltadas exclusivamente à manutenção, adequação ou melhoria das condições físicas necessárias à execução do objeto do Contrato de Gestão. Não se trata de um plano de obras genéricas, mas de um conjunto de diretrizes que orientam decisões técnicas pontuais, fundamentadas em necessidades concretas da unidade.

4.6.1 Finalidade do Plano de Modernização Predial

O Plano de Modernização de Investimento Predial tem por finalidade assegurar que a Unidade de Pronto Atendimento Municipal disponha de condições físicas adequadas para o pleno funcionamento dos serviços de saúde, em consonância com as exigências assistenciais, sanitárias, de segurança e de acessibilidade aplicáveis às unidades de urgência e emergência.

A **Solution Gestão Pública** poderá realizar investimentos prediais na unidade sempre que identificada a necessidade de adequação da infraestrutura física, visando garantir ambientes seguros, funcionais e compatíveis com o perfil assistencial desenvolvido. Esses investimentos contribuem diretamente para a melhoria da qualidade do atendimento, para a redução de riscos assistenciais e ocupacionais e para a eficiência dos fluxos de trabalho das equipes multiprofissionais.

A finalidade do Plano está diretamente relacionada à preservação da continuidade dos serviços. Ambientes inadequados, instalações obsoletas ou sistemas prediais comprometidos impactam negativamente a rotina assistencial, geram riscos à segurança do paciente e dificultam o cumprimento dos protocolos clínicos e operacionais. Dessa forma, o investimento predial assume papel estratégico na sustentação do funcionamento ininterrupto da unidade.

Os investimentos previstos no âmbito deste Plano possuem caráter estritamente funcional e instrumental. São direcionados exclusivamente à qualificação da infraestrutura física necessária à execução do objeto do Contrato de Gestão, não se confundindo com ampliações patrimoniais de natureza diversa ou intervenções sem relação direta com a atividade assistencial.

A Solution Gestão Pública adota, em sua prática institucional, abordagem preventiva na gestão predial, priorizando intervenções planejadas, baseadas em diagnóstico técnico e alinhadas às necessidades reais da unidade. Essa abordagem contribui para a redução de intervenções emergenciais, para a organização do ambiente de trabalho e para a melhoria das condições de atendimento aos usuários.

4.6.2 Natureza Jurídica dos Investimentos Prediais

Os investimentos prediais eventualmente realizados pela **Solution Gestão Pública** no âmbito do Contrato de Gestão observarão rigorosamente a natureza jurídica do bem público e o regime patrimonial aplicável à Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

Todas as intervenções físicas, melhorias, adequações ou ampliações realizadas integrarão, de forma definitiva, o patrimônio público municipal, não gerando, em nenhuma hipótese, direito de propriedade, posse, retenção ou

indenização futura à Organização Social. Essa diretriz assegura a preservação do interesse público e a integridade do patrimônio municipal.

A realização de investimentos prediais observará o disposto no artigo 96 do Código Civil (Lei nº 10.406/2002), que classifica como bens públicos aqueles pertencentes às pessoas jurídicas de direito público interno, bem como as normas específicas que regem a utilização, conservação e melhoria desses bens. A atuação da Solution Gestão Pública respeita integralmente esse regime jurídico, atuando como gestora do serviço, sem qualquer pretensão de apropriação patrimonial.

A execução de investimentos prediais não implicará, sob nenhuma circunstância, transferência de titularidade, constituição de direitos reais ou expectativa de compensação futura em favor da Organização Social. Todas as melhorias realizadas permanecem vinculadas ao imóvel público, revertendo integralmente em benefício da Administração Municipal e da coletividade.

Essa definição clara da natureza jurídica dos investimentos confere segurança institucional à parceria, evita interpretações equivocadas e assegura que as intervenções prediais ocorram dentro dos limites legais e contratuais estabelecidos. A Solution Gestão Pública atua com plena ciência de que sua responsabilidade se restringe à execução do objeto contratual e à correta aplicação das autorizações concedidas pelo Poder Público.

4.6.3 Tipologia dos Investimentos Prediais

Os investimentos prediais passíveis de execução no âmbito deste Plano compreendem intervenções diretamente relacionadas ao adequado funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, sempre condicionadas à necessidade técnica identificada e à aprovação prévia do órgão público gestor.

Poderão ser contempladas reformas e adequações físicas voltadas à reorganização de ambientes assistenciais e administrativos, com o objetivo de melhorar fluxos, ampliar a funcionalidade dos espaços e corrigir inadequações que impactem a rotina da unidade. Essas reformas poderão envolver ajustes em layout, adequação de áreas críticas e semi-críticas e reorganização de ambientes de apoio.

As adaptações estruturais e funcionais incluem intervenções destinadas a adequar a edificação às exigências operacionais e normativas vigentes, considerando o perfil assistencial da unidade e a necessidade de atendimento ininterrupto. Tais adaptações poderão envolver ajustes em acessos, circulação interna, áreas técnicas e ambientes de uso contínuo pelas equipes.

Ampliações pontuais de ambientes poderão ser consideradas quando estritamente necessárias para atender demandas assistenciais específicas ou para adequação a normas técnicas, desde que não descaracterizem a estrutura original da unidade e estejam devidamente justificadas do ponto de vista operacional.

As melhorias prediais e estruturais abrangem intervenções corretivas e preventivas, destinadas à conservação do imóvel e à melhoria das condições de uso, incluindo recuperação de superfícies, adequação de sistemas construtivos e correção de patologias prediais identificadas em vistorias técnicas.

O Plano também contempla adequações de instalações elétricas, hidráulicas, lógicas e de gases medicinais, fundamentais para a segurança e a continuidade do atendimento. Essas intervenções são especialmente relevantes em unidades de urgência e emergência, nas quais falhas nesses sistemas podem comprometer diretamente a assistência prestada.

Intervenções necessárias ao atendimento de normas sanitárias, de segurança e de acessibilidade integram a tipologia de investimentos previstos, assegurando que a unidade esteja em conformidade com as exigências regulatórias aplicáveis aos serviços de saúde. Essas adequações contribuem para a segurança dos usuários, dos profissionais e para a regularidade do funcionamento da unidade perante os órgãos de fiscalização.

Todas as tipologias de investimento previstas neste Plano estão vinculadas, de forma direta, ao adequado funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento Municipal e à execução do objeto do Contrato de Gestão, não sendo admitidas intervenções desvinculadas da finalidade assistencial ou administrativa da unidade.

4.6.4 Condições para Execução dos Investimentos

A execução de qualquer investimento predial no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento Municipal estará, obrigatoriamente, condicionada à aprovação prévia e expressa do órgão público gestor, observando-se critérios técnicos, administrativos e legais compatíveis com a natureza do bem público e com o objeto do Contrato de Gestão.

A Solution Gestão Pública somente dará início a intervenções prediais após a formalização da autorização pelo Poder Público, assegurando que todas as decisões relacionadas à infraestrutura física da unidade sejam tomadas de forma coordenada, transparente e alinhada às diretrizes da Administração Municipal. Essa condição visa garantir previsibilidade institucional, segurança jurídica e controle efetivo sobre as intervenções realizadas em patrimônio público.

Para fins de análise e deliberação, a Organização Social apresentará, previamente, documentação técnica mínima que permita ao órgão público gestor avaliar a pertinência, a viabilidade e o impacto da intervenção proposta. Essa documentação compreenderá, de forma integrada, o projeto básico e o memorial descritivo, nos quais estarão detalhadas as características da intervenção, os ambientes envolvidos, os objetivos técnicos e os resultados esperados do ponto de vista funcional e operacional.

O orçamento detalhado será elaborado com base em tabelas oficiais de referência, tais como SINAPI, CDHU ou equivalente reconhecido, assegurando parâmetros objetivos de composição de custos e coerência com práticas usuais de mercado. O orçamento permitirá ao órgão gestor compreender o escopo da intervenção e sua compatibilidade com o planejamento previamente aprovado, sem prejuízo da análise técnica e administrativa.

O cronograma físico-financeiro acompanhará a proposta, apresentando as etapas previstas para execução da intervenção, os prazos estimados e a sequência lógica das atividades. Em unidades de urgência e emergência, o cronograma considerará, de forma prioritária, a necessidade de preservação do atendimento ininterrupto, prevendo fases de execução compatíveis com a rotina assistencial e com a segurança de usuários e profissionais.

Sempre que aplicável, será apresentada a ART ou RRT correspondente, emitida por profissional legalmente habilitado, garantindo a responsabilidade técnica sobre o projeto e a execução dos serviços. A indicação do responsável técnico assegura que as intervenções sejam conduzidas de acordo com normas técnicas vigentes e boas práticas de engenharia e arquitetura aplicáveis a estabelecimentos de saúde.

Sem a aprovação formal e expressa dessa documentação pelo órgão público gestor, nenhuma intervenção predial será iniciada. Essa diretriz constitui condição essencial para a execução de investimentos prediais e será rigorosamente observada pela Solution Gestão Pública, reforçando o compromisso com a legalidade, a transparência e a governança da parceria.

4.6.5 Competências da Organização Social

No âmbito dos investimentos prediais previamente autorizados, compete à Solution Gestão Pública executar as ações necessárias à implementação das intervenções aprovadas, observando rigorosamente os limites e condições estabelecidos pelo órgão público gestor e pelo Contrato de Gestão.

Cabe à Organização Social contratar empresas e profissionais legalmente habilitados para a execução das obras e serviços, assegurando que todos os prestadores envolvidos possuam capacidade técnica compatível com a natureza

da intervenção e com as exigências aplicáveis a estabelecimentos de saúde. As contratações serão realizadas em conformidade com o Regulamento Próprio de Compras e Contratações da entidade, garantindo impessoalidade, transparência e competitividade.

A Solution Gestão Pública será responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução das intervenções prediais, monitorando o cumprimento do projeto aprovado, do cronograma estabelecido e das especificações técnicas definidas. Esse acompanhamento será realizado de forma sistemática, com registros formais das etapas executadas, permitindo a identificação tempestiva de desvios, atrasos ou inconformidades.

Compete, ainda, à Organização Social garantir que todas as intervenções realizadas estejam em conformidade técnica, sanitária e normativa, observando as exigências aplicáveis aos serviços de saúde. Isso inclui a adequação dos ambientes às normas sanitárias, de segurança do trabalho, de acessibilidade e às regulamentações técnicas específicas, sempre que aplicável ao tipo de intervenção executada.

A manutenção de registro documental completo constitui atribuição permanente da Solution Gestão Pública. Serão arquivados, de forma organizada, todos os documentos relacionados às intervenções, incluindo projetos aprovados, contratos, medições, relatórios de acompanhamento, laudos técnicos, ARTs ou RRTs e demais documentos pertinentes. Essa documentação assegura rastreabilidade, transparência e suporte às atividades de fiscalização e controle.

Por fim, compete à Organização Social promover a prestação de contas dos recursos aplicados nos investimentos prediais, nos termos e prazos definidos pelas normas vigentes e pelo instrumento contratual. A prestação de contas permitirá ao órgão público gestor verificar a regularidade da execução, a conformidade com as autorizações concedidas e a adequada incorporação das melhorias ao patrimônio público municipal.

O exercício dessas competências pela Solution Gestão Pública reflete sua atuação responsável na gestão de serviços públicos de saúde, assegurando que os investimentos prediais autorizados contribuam efetivamente para a melhoria da infraestrutura da unidade e para a qualidade da assistência prestada à população.

4.6.6 Competências do Órgão Público Gestor

Compete ao órgão público gestor exercer o papel de acompanhamento, supervisão e controle institucional sobre os investimentos prediais realizados na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, assegurando que todas as

intervenções ocorram em consonância com o interesse público, com as diretrizes da política municipal de saúde e com as disposições do Contrato de Gestão.

O órgão público gestor será responsável pela análise técnica e administrativa dos projetos, orçamentos e cronogramas apresentados pela Solution Gestão Pública, verificando a compatibilidade das propostas com as necessidades da unidade, com o planejamento assistencial e com os limites e condicionantes definidos no Plano de Trabalho aprovado. Essa análise permitirá avaliar a pertinência da intervenção, seu impacto operacional e sua adequação às normas vigentes.

A aprovação prévia dos documentos técnicos constitui condição essencial para a autorização das intervenções prediais. O órgão gestor poderá solicitar ajustes, esclarecimentos ou complementações sempre que necessário, de modo a assegurar que os projetos apresentados atendam plenamente aos requisitos técnicos, funcionais e normativos aplicáveis a unidades de saúde.

Durante a execução dos investimentos prediais autorizados, compete ao órgão público gestor acompanhar e fiscalizar as intervenções, por meio de vistorias técnicas, análise de relatórios e verificação da conformidade das obras e serviços com os projetos aprovados. Esse acompanhamento tem por finalidade garantir que as intervenções sejam realizadas conforme o escopo autorizado e sem prejuízo ao funcionamento regular da unidade.

Ao final da execução de cada intervenção, o órgão público gestor procederá à verificação da conformidade técnica e documental das melhorias realizadas, avaliando se os serviços executados correspondem ao que foi aprovado e se atendem às normas técnicas e regulatórias aplicáveis. Constatada a regularidade da intervenção, será emitido o termo de recebimento das melhorias, formalizando a incorporação das intervenções ao patrimônio público municipal.

O exercício dessas competências pelo órgão público gestor contribui para a transparência da execução contratual, para o controle da aplicação dos recursos públicos e para a segurança jurídica da parceria, assegurando que os investimentos prediais realizados atendam efetivamente às necessidades da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

4.6.7 Observância das Normas Técnicas e Regulatórias

Todos os investimentos prediais realizados no âmbito do Plano de Modernização observarão, de forma obrigatória, as normas técnicas e regulatórias aplicáveis aos serviços de saúde e às edificações públicas, assegurando conformidade legal, segurança estrutural e adequação funcional dos ambientes.

A Solution Gestão Pública garantirá que as intervenções estejam em conformidade com as normas sanitárias vigentes, incluindo aquelas relacionadas ao funcionamento de estabelecimentos de saúde, ao controle de infecção, à organização de áreas críticas e semi-críticas e às condições de higiene e segurança dos ambientes assistenciais.

Serão observadas, ainda, as normas de segurança do trabalho e de segurança estrutural, visando à proteção dos profissionais, usuários e terceiros envolvidos na execução das obras e na utilização dos ambientes reformados ou adequados. As intervenções considerarão medidas de prevenção de riscos ocupacionais e de segurança física, compatíveis com a rotina de uma unidade de urgência e emergência.

As normas de acessibilidade serão rigorosamente atendidas, assegurando que os ambientes da unidade permitam acesso seguro e adequado a pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, em conformidade com a legislação aplicável. As adequações de acessibilidade contribuem para a humanização do atendimento e para o cumprimento dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Além das normas gerais, serão observadas as regulamentações técnicas específicas dos órgãos competentes, sempre que aplicáveis ao tipo de intervenção realizada. Isso inclui exigências relacionadas a instalações elétricas, hidráulicas, lógicas, de gases medicinais, sistemas de prevenção e combate a incêndio, entre outras.

Quando exigido pelos órgãos de fiscalização, a execução das intervenções será acompanhada da emissão de laudos, certificados e documentos técnicos, tais como certificados de conformidade, laudos de vistoria, relatórios técnicos e demais documentos necessários à comprovação do atendimento às normas vigentes. Esses documentos integrarão o acervo documental da intervenção, assegurando rastreabilidade e suporte às atividades de fiscalização.

A observância rigorosa das normas técnicas e regulatórias reforça o compromisso da Solution Gestão Pública com a segurança, a legalidade e a qualidade da infraestrutura da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, contribuindo para a sustentabilidade do funcionamento da unidade e para a proteção da saúde e da integridade dos usuários e profissionais.

4.6.8 Limites Orçamentários e Condicionantes Financeiros

A execução de quaisquer investimentos prediais no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento Municipal estará condicionada ao estrito atendimento dos limites e condicionantes definidos no planejamento aprovado pela Administração

Municipal, em consonância com o Plano de Trabalho e com as disposições do Contrato de Gestão.

A Solution Gestão Pública somente executará investimentos prediais quando estes estiverem compatíveis com os limites orçamentários anuais previamente aprovados e quando houver efetiva disponibilidade financeira para sua realização. Essa diretriz assegura que as intervenções ocorram de forma responsável, planejada e alinhada à capacidade de execução do contrato, preservando a sustentabilidade da parceria e a regularidade da prestação dos serviços.

A realização de investimentos prediais dependerá, obrigatoriamente, de autorização formal prévia da Administração Municipal, manifestada por meio de instrumento próprio, após análise técnica e administrativa da proposta apresentada. Essa autorização constitui condição essencial para o início de qualquer intervenção e será observada de forma rigorosa pela Solution Gestão Pública.

Não será admitida, em nenhuma hipótese, a execução de investimentos prediais que impliquem assunção de obrigações futuras pelo ente público sem a devida autorização expressa, formalizada por meio de termo aditivo ou instrumento equivalente, quando cabível. Essa vedação visa preservar o equilíbrio institucional da parceria e assegurar o cumprimento das normas que regem a responsabilidade fiscal e o planejamento da Administração Pública.

A observância dos limites orçamentários e das condicionantes financeiras reforça a atuação responsável da Solution Gestão Pública, garantindo que as decisões relacionadas à infraestrutura predial estejam alinhadas ao planejamento aprovado e não comprometam a continuidade dos serviços assistenciais prestados à população.

4.6.9 Vedação à Indenização e Reequilíbrio Econômico-Financeiro

A execução de investimentos prediais sem previsão no Plano de Trabalho aprovado e sem a correspondente autorização prévia do Poder Público não ensejará, em nenhuma hipótese, direito à indenização, reequilíbrio econômico-financeiro ou reconhecimento de qualquer obrigação pelo ente público.

A **Solution Gestão Pública** atua com pleno conhecimento de que investimentos realizados à margem das autorizações formais e dos limites estabelecidos não geram expectativa de compensação futura, tampouco constituem fundamento para revisão das condições pactuadas no Contrato de Gestão. Essa diretriz assegura clareza quanto às responsabilidades das partes e evita a assunção de riscos institucionais indevidos.

A vedação ao reequilíbrio econômico-financeiro e à indenização encontra respaldo no entendimento consolidado dos órgãos de controle, que não admitem a assunção de obrigações pela Administração Pública sem respaldo orçamentário e sem observância do devido processo legal. Dessa forma, a execução de investimentos prediais observará, de maneira estrita, as autorizações e os procedimentos previamente definidos.

Essa condição reforça a necessidade de planejamento adequado, de alinhamento prévio com o órgão público gestor e de observância rigorosa das normas contratuais e legais. A Solution Gestão Pública adota postura preventiva e responsável, evitando a realização de intervenções não autorizadas e assegurando que todas as decisões relacionadas à infraestrutura predial estejam formalmente respaldadas.

4.6.10 Contribuição dos Investimentos Prediais para a Qualidade do Serviço

O Plano de Modernização e Investimento Predial constitui instrumento de apoio à melhoria contínua da infraestrutura da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, contribuindo de forma direta para a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Investimentos prediais adequadamente planejados e executados impactam positivamente a segurança do paciente, ao proporcionar ambientes compatíveis com os protocolos assistenciais, reduzir riscos estruturais e favorecer a organização dos fluxos de atendimento. Ambientes funcionais e seguros contribuem para a atuação eficiente das equipes multiprofissionais e para a redução de falhas operacionais.

A modernização da infraestrutura predial também promove ganhos em eficiência operacional, ao adequar os espaços às necessidades reais da unidade, melhorar a logística interna e facilitar a execução das rotinas assistenciais e administrativas. Esses ganhos refletem-se na agilidade do atendimento, na organização do trabalho e na melhoria das condições de uso dos ambientes.

A adequação normativa decorrente dos investimentos prediais assegura a regularidade do funcionamento da unidade perante os órgãos de fiscalização, reduzindo riscos de interdições, autuações ou restrições operacionais. A conformidade com normas sanitárias, de segurança e de acessibilidade reforça o compromisso institucional com a legalidade e com a qualidade do serviço público prestado.

O Plano de Modernização Predial contribui para a sustentabilidade da prestação dos serviços de saúde, ao preservar a capacidade instalada da

unidade e assegurar condições adequadas de funcionamento ao longo do tempo. A atuação planejada e responsável da Solution Gestão Pública no âmbito dos investimentos prediais reforça seu compromisso com a boa governança, com a transparência e com o interesse público.

4.6.1 Modelo de Plano de Modernização predial

1. APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

A Solution Gestão Pública, no exercício da gestão e execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, apresenta o presente Plano de Modernização Predial como instrumento técnico de apoio à qualificação da infraestrutura física da unidade, com foco na melhoria das condições de funcionamento, segurança assistencial, eficiência operacional e conformidade normativa.

A modernização predial é tratada como elemento estruturante da gestão do serviço, considerando que a infraestrutura física impacta diretamente os fluxos assistenciais, o tempo de resposta das equipes, a segurança do paciente, a qualidade do ambiente de trabalho e a continuidade do atendimento em unidades de urgência e emergência.

Este Plano não possui caráter expansivo ou especulativo. As diretrizes aqui estabelecidas orientam intervenções funcionais, proporcionais e tecnicamente justificadas, sempre vinculadas às necessidades reais da unidade e condicionadas à aprovação prévia da Administração Municipal.

2. OBJETIVOS DO PLANO DE MODERNIZAÇÃO PREDIAL

2.1 Objetivo Geral

Assegurar que a Unidade de Pronto Atendimento Municipal disponha de infraestrutura física adequada, segura e funcional, compatível com a complexidade dos serviços prestados, com o atendimento ininterrupto à população e com as normas técnicas e sanitárias aplicáveis.

2.2 Objetivos Específicos

- Melhorar a organização dos fluxos internos da unidade
- Reduzir riscos assistenciais e estruturais
- Adequar ambientes às normas sanitárias e de segurança
- Otimizar o uso dos espaços existentes
- Garantir acessibilidade plena aos usuários

- Apoiar a eficiência operacional das equipes
- Contribuir para a continuidade e regularidade dos serviços

3. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO PLANO

O Plano de Modernização Predial será orientado pelos seguintes princípios:

- Legalidade e respeito ao patrimônio público
- Planejamento prévio e tomada de decisão técnica
- Proporcionalidade das intervenções
- Preservação do funcionamento da unidade durante obras
- Segurança do paciente e dos profissionais
- Transparência e rastreabilidade dos atos
- Integração entre infraestrutura e operação assistencial

4. DIAGNÓSTICO TÉCNICO COMO BASE DAS INTERVENÇÕES

Toda proposta de modernização predial deverá ser precedida de diagnóstico técnico, elaborado a partir de:

- Vistorias técnicas periódicas
- Avaliação do estado de conservação da edificação
- Identificação de gargalos operacionais
- Análise dos fluxos assistenciais e administrativos
- Verificação de não conformidades normativas
- Apontamentos de órgãos fiscalizadores, quando existentes

O diagnóstico permitirá priorizar intervenções com maior impacto na segurança, na eficiência operacional e na continuidade do atendimento.

5. EIXOS DE MODERNIZAÇÃO PREDIAL

EIXO 1 – REORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS FÍSICOS E FUNCIONAIS DA UNIDADE

A reorganização dos fluxos físicos da Unidade de Pronto Atendimento Municipal constitui um dos pilares centrais do Plano de Modernização Predial, uma vez que a circulação inadequada de pessoas, materiais e resíduos

representa risco direto à segurança assistencial, à eficiência operacional e à conformidade sanitária da unidade.

A **Solution Gestão Pública** adota como diretriz a análise contínua dos fluxos reais de funcionamento da unidade, considerando a dinâmica do atendimento de urgência e emergência, a permanência de pacientes em observação, o trânsito de equipes multiprofissionais e a circulação de acompanhantes. A modernização predial nesse eixo prioriza ajustes funcionais que reduzam cruzamentos indevidos e melhorem a organização espacial, sem a necessidade de ampliações estruturais complexas.

As intervenções poderão envolver a redefinição de acessos internos, adequação de corredores, reorganização de portas e divisórias, bem como ajustes no layout dos ambientes para garantir separação mais clara entre áreas críticas, semicríticas e administrativas. Sempre que possível, serão adotadas soluções físicas simples e eficazes, que contribuam para orientar a circulação e reduzir conflitos de fluxo, especialmente em horários de maior demanda.

A reorganização dos fluxos também considera a circulação de materiais limpos e sujos, resíduos e insumos, buscando minimizar riscos de contaminação cruzada e assegurar maior controle sanitário da unidade. Esses ajustes impactam positivamente a rotina assistencial e contribuem para a melhoria da organização geral do serviço.

EIXO 2 – ADEQUAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS AMBIENTES ASSISTENCIAIS

A adequação dos ambientes assistenciais tem como foco assegurar que os espaços destinados ao atendimento direto ao paciente sejam funcionais, seguros e compatíveis com as atividades desenvolvidas em uma Unidade de Pronto Atendimento.

A **Solution Gestão Pública** entende que ambientes assistenciais inadequados geram improvisações operacionais, dificultam a execução de protocolos e aumentam o risco de eventos adversos. Assim, as intervenções prediais previstas nesse eixo buscam otimizar o uso dos espaços existentes, promovendo reorganizações internas que melhorem a resolutividade do atendimento.

As ações poderão envolver a readequação de salas de emergência, áreas de observação e salas de procedimentos, com ajustes de layout que favoreçam a circulação das equipes, o posicionamento adequado de equipamentos e a preservação da privacidade dos pacientes. A posição estratégica do posto de enfermagem será analisada de forma a permitir melhor visibilidade das áreas assistenciais e maior agilidade na resposta às demandas clínicas.

Esse eixo também contempla melhorias nas condições ambientais, como ventilação, iluminação e organização dos espaços, sempre observando os requisitos sanitários e as normas aplicáveis. O objetivo é criar ambientes que favoreçam o cuidado seguro, organizado e humanizado, sem comprometer a dinâmica do atendimento ininterrupto.

EIXO 3 – MODERNIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES ELÉTRICAS E LÓGICAS

A modernização das instalações elétricas e lógicas é fundamental para garantir o funcionamento contínuo e seguro da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, especialmente considerando a crescente dependência de equipamentos eletromédicos e sistemas informatizados no atendimento de urgência e emergência.

A **Solution Gestão Pública** prioriza intervenções que assegurem a confiabilidade do fornecimento de energia elétrica e da infraestrutura de dados, reduzindo riscos de falhas operacionais e interrupções nos serviços. As ações nesse eixo poderão envolver a reorganização de quadros elétricos setoriais, adequação de circuitos em áreas críticas e redistribuição de pontos elétricos e lógicos conforme a necessidade real da operação.

Serão considerados ajustes que permitam melhor segregação de circuitos, especialmente em áreas assistenciais sensíveis, garantindo maior segurança para pacientes e profissionais. A infraestrutura lógica será adequada para suportar sistemas de informação assistencial, prontuários eletrônicos e demais ferramentas utilizadas na gestão e na assistência.

As intervenções serão planejadas de forma a minimizar impactos na rotina da unidade, com execução faseada e medidas de contingência que preservem o atendimento durante os serviços.

EIXO 4 – ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS E SANITÁRIAS

As instalações hidráulicas e sanitárias exercem papel relevante na segurança ambiental e no controle de infecção em serviços de saúde. Nesse eixo, a modernização predial busca assegurar condições adequadas de abastecimento de água, escoamento e uso sanitário dos ambientes assistenciais e de apoio.

A **Solution Gestão Pública** poderá promover intervenções destinadas à correção de vazamentos, adequação de ralos e pisos, melhoria de pontos de higienização de mãos e reorganização de sanitários, sempre que identificadas não conformidades técnicas ou sanitárias.

A localização e a quantidade de pontos de água serão analisadas à luz da rotina assistencial, garantindo acesso adequado para higienização das mãos em áreas críticas e de maior circulação. As intervenções também considerarão a durabilidade das soluções adotadas, reduzindo a necessidade de manutenções corretivas frequentes.

Essas ações contribuem para a conformidade com normas sanitárias, para a segurança dos usuários e para a melhoria das condições de trabalho das equipes.

EIXO 5 – ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES DE GASES MEDICINAIS

As instalações de gases medicinais são essenciais para o atendimento seguro em unidades de urgência e emergência. A modernização predial nesse eixo visa assegurar que os sistemas estejam adequadamente distribuídos, identificados e acessíveis, conforme as necessidades assistenciais da unidade.

A **Solution Gestão Pública** adotará medidas para reorganizar pontos de gases, melhorar a sinalização fixa e ajustar layouts que facilitem o acesso rápido em situações críticas. As intervenções serão orientadas por diagnóstico técnico, observando normas específicas e boas práticas aplicáveis a estabelecimentos de saúde.

A adequação das instalações de gases medicinais contribui diretamente para a segurança do paciente e para a confiabilidade do atendimento, reduzindo riscos associados a falhas ou inadequações desses sistemas.

EIXO 6 – ADEQUAÇÃO DE ACESSIBILIDADE

A acessibilidade física é tratada como requisito essencial da modernização predial. As intervenções nesse eixo visam garantir que a Unidade de Pronto Atendimento Municipal ofereça condições adequadas de acesso e circulação para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

A **Solution Gestão Pública** poderá promover ajustes em rampas, acessos, sanitários adaptados, portas e circulação interna, bem como melhorias na sinalização acessível. Essas intervenções serão planejadas de forma integrada ao layout da unidade, assegurando funcionalidade e conformidade legal.

A adequação de acessibilidade contribui para a humanização do atendimento, para o respeito aos direitos dos usuários e para a regularidade do funcionamento da unidade perante os órgãos de fiscalização.

EIXO 7 – QUALIFICAÇÃO DOS AMBIENTES DE APOIO OPERACIONAL E ADMINISTRATIVO

Os ambientes de apoio exercem influência direta na eficiência operacional e na organização do serviço. Nesse eixo, a modernização predial busca qualificar áreas como almoxarifado, farmácia, áreas administrativas, vestiários e espaços de descanso das equipes.

A **Solution Gestão Pública** poderá promover reorganizações funcionais desses ambientes, visando melhorar a logística interna, a separação entre áreas limpas e sujas, o armazenamento adequado de insumos e as condições de trabalho dos profissionais.

As intervenções considerarão aspectos como ventilação, iluminação, organização espacial e adequação às rotinas operacionais, contribuindo para a redução de improvisações e para o fortalecimento da gestão da unidade

6. CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES

- Aprovação prévia e expressa da Administração Municipal
- Apresentação de projeto básico e memorial descritivo
- Orçamento elaborado com base em tabela oficial
- Cronograma compatível com funcionamento da unidade
- ART ou RRT do responsável técnico
- Planejamento para não interromper o atendimento

7. GOVERNANÇA, CONTROLE E DOCUMENTAÇÃO

- Registro formal de todas as etapas
- Acompanhamento técnico da execução
- Relatórios periódicos
- Vistoria final e termo de recebimento
- Arquivamento documental completo

8. LIMITES E VEDAÇÕES

- Intervenções restritas ao objeto do contrato
- Vedação a investimentos sem autorização prévia

- Vedação a indenização ou reequilíbrio econômico-financeiro
- Respeito integral ao patrimônio público

9. RESULTADOS ESPERADOS

A implementação do Plano de Modernização Predial contribuirá para:

- Segurança do paciente
- Eficiência operacional
- Conformidade normativa
- Continuidade dos serviços
- Sustentabilidade da unidade
- Qualidade do atendimento à população

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Plano de Modernização Predial reflete a atuação responsável, técnica e planejada da Solution Gestão Pública, alinhada às necessidades reais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal e às diretrizes da Administração Pública. Sua aplicação permitirá a qualificação contínua da infraestrutura física da unidade, fortalecendo a governança da parceria e a prestação de serviços de saúde com qualidade, segurança e regularidade.

4.7 Plano de Melhoria de equipamentos, mobiliários e materiais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal

A Solution Gestão Pública, no exercício da gestão e execução das ações e serviços de saúde objeto do Contrato de Gestão, compreende que a adequada disponibilidade, conservação e funcionalidade dos equipamentos, mobiliários e materiais constituem condição essencial para a continuidade do atendimento, a segurança do paciente e a eficiência operacional da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

Em unidades de urgência e emergência, os recursos físicos utilizados na assistência e no apoio administrativo impactam diretamente a resolutividade do atendimento, o tempo de resposta das equipes e a capacidade da unidade de operar de forma ininterrupta. A gestão desses recursos exige planejamento,

controle permanente e ações contínuas de melhoria, alinhadas à realidade operacional do serviço e às exigências normativas aplicáveis.

O Plano de Melhoria de Equipamentos, Mobiliários e Materiais tem como finalidade estabelecer diretrizes claras para a utilização, conservação, manutenção, substituição e melhoria contínua desses bens, assegurando que permaneçam adequados às necessidades assistenciais e administrativas da unidade. Trata-se de instrumento integrado à gestão operacional, que orienta decisões técnicas do dia a dia e contribui para a organização do serviço.

A atuação da Solution Gestão Pública nesse eixo se fundamenta em práticas consolidadas de gestão patrimonial e operacional, com foco na prevenção de falhas, na redução de improvisações e na manutenção de condições seguras de trabalho para os profissionais e de atendimento para os usuários. O plano não tem caráter meramente descritivo, mas orientador, refletindo a forma como a entidade organiza e conduz a gestão de recursos físicos em unidades de saúde.

4.7.1 Contextualização e Situação Atual da Unidade

A Unidade de Pronto Atendimento Municipal dispõe de equipamentos, mobiliários e materiais necessários à plena operacionalização dos serviços de saúde, abrangendo desde os equipamentos essenciais à ressuscitação, manutenção cardiorrespiratória, monitorização e avaliação clínica dos pacientes, até os mobiliários e materiais de apoio às atividades assistenciais e administrativas.

Os equipamentos assistenciais existentes permitem a realização dos atendimentos de urgência e emergência conforme o perfil da unidade, incluindo suporte à vida, atendimento clínico inicial, observação de pacientes e execução de procedimentos compatíveis com o escopo assistencial. Da mesma forma, os mobiliários disponíveis viabilizam a organização dos ambientes de atendimento, observação, apoio diagnóstico, áreas administrativas e de suporte às equipes.

Os materiais de consumo, insumos e demais itens utilizados na rotina da unidade garantem o funcionamento contínuo das atividades assistenciais, administrativas e de apoio, sendo fundamentais para a manutenção do fluxo de atendimento e para a segurança dos procedimentos realizados.

Todos os equipamentos, mobiliários e materiais existentes encontram-se devidamente registrados em **inventário patrimonial**, conforme disposto no **ANEXO IX do edital**, assegurando rastreabilidade, controle e identificação dos bens sob responsabilidade da unidade. Esse inventário constitui instrumento central da gestão patrimonial, permitindo o acompanhamento da situação dos bens, sua localização, estado de conservação e histórico de utilização.

A **Solution Gestão Pública** parte do princípio de que a simples existência dos bens não é suficiente para garantir a qualidade do serviço. É necessário assegurar que esses recursos estejam permanentemente em condições adequadas de uso, com manutenção regular, conservação apropriada e substituição planejada quando necessário. A situação atual da unidade será continuamente avaliada, considerando o desgaste natural decorrente do uso intensivo típico de uma UPA, bem como eventuais necessidades de adequação tecnológica ou funcional.

A contextualização da situação atual não se limita ao aspecto físico dos bens, mas inclui a análise de sua adequação à rotina operacional, à organização dos fluxos assistenciais e às condições de trabalho das equipes. Essa análise orienta as ações previstas neste Plano de Melhoria, permitindo intervenções proporcionais, tecnicamente justificadas e alinhadas às necessidades reais da unidade.

4.7.2 Termo de Cessão de Uso dos Bens

Após a contratação, será elaborado, de forma conjunta entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Solution Gestão Pública, o Termo de Cessão de Uso dos equipamentos, mobiliários e materiais disponibilizados pelo Município para a execução do objeto do Contrato de Gestão.

O Termo de Cessão de Uso formalizará a responsabilidade da Organização Social pela guarda, uso adequado e conservação dos bens cedidos durante toda a vigência do Contrato de Gestão. Esse instrumento definirá, de forma clara, o conjunto de bens disponibilizados, com base no inventário patrimonial existente, bem como as obrigações da entidade gestora quanto à utilização responsável desses recursos.

A cessão de uso terá caráter exclusivamente funcional e temporário, não implicando, em nenhuma hipótese, transferência de propriedade à Organização Social. Todos os bens permanecerão integrando o patrimônio público municipal, sendo utilizados pela Solution Gestão Pública estritamente para a execução das atividades previstas no Contrato de Gestão.

O Termo de Cessão de Uso será devidamente apostilado ao processo administrativo, assegurando transparência, rastreabilidade e segurança jurídica à gestão patrimonial da unidade. Esse registro permitirá o acompanhamento e a fiscalização por parte da Administração Municipal e dos órgãos de controle, sempre que necessário.

A formalização do Termo de Cessão de Uso contribui para a clareza das responsabilidades entre as partes, evitando interpretações divergentes quanto à utilização dos bens e reforçando o compromisso da Solution Gestão Pública com

a preservação do patrimônio público. A entidade atuará de forma diligente na gestão dos equipamentos, mobiliários e materiais cedidos, assegurando que sejam utilizados de maneira adequada, segura e compatível com a finalidade assistencial da unidade.

4.7.3 Responsabilidades da Organização Social quanto à Conservação e Manutenção

Compete à **Solution Gestão Pública**, enquanto responsável pela gestão e operacionalização da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, assegurar a conservação adequada, o uso correto e a manutenção contínua de todos os equipamentos, mobiliários e materiais sob sua responsabilidade, durante a vigência do Contrato de Gestão.

A conservação dos bens será conduzida como atividade permanente da rotina administrativa e assistencial da unidade, não se restringindo a ações pontuais ou reativas. A Solution Gestão Pública adotará práticas de cuidado diário, orientando as equipes quanto ao uso adequado dos equipamentos e mobiliários, prevenindo danos decorrentes de manuseio inadequado, sobrecarga ou utilização fora das especificações técnicas recomendadas.

A manutenção dos equipamentos assistenciais será realizada de forma preventiva e corretiva, conforme orientações técnicas dos fabricantes, manuais de operação e boas práticas aplicáveis a serviços de saúde. A manutenção preventiva será priorizada como estratégia de redução de falhas inesperadas, interrupções do atendimento e riscos assistenciais, especialmente em equipamentos críticos utilizados em situações de urgência e emergência.

As manutenções corretivas serão executadas sempre que identificada falha, defeito ou comprometimento do funcionamento dos equipamentos, de forma a restabelecer, no menor prazo possível, as condições adequadas de uso. Sempre que necessário, serão adotadas medidas operacionais para garantir a continuidade do atendimento durante o período de manutenção, evitando prejuízos à assistência prestada à população.

No que se refere aos **mobiliários**, a Solution Gestão Pública será responsável por assegurar sua integridade estrutural, estabilidade e condições adequadas de uso, especialmente em leitos, macas, cadeiras, armários e demais itens utilizados diretamente no atendimento aos pacientes ou no apoio às equipes. Mobiliários danificados, instáveis ou que ofereçam risco à segurança serão objeto de intervenção imediata, seja por reparo ou substituição, conforme critérios técnicos definidos neste Plano.

A gestão dos **materiais permanentes e de apoio administrativo** também será conduzida de forma organizada, assegurando que os itens

utilizados nas atividades administrativas, de apoio e de retaguarda permaneçam em condições adequadas de funcionamento, contribuindo para a eficiência da gestão da unidade.

A Solution Gestão Pública manterá registros formais das manutenções realizadas, incluindo informações sobre o tipo de manutenção executada, data, equipamento ou bem envolvido e providências adotadas. Esses registros permitirão o acompanhamento do histórico de cada bem, subsidiando decisões futuras relacionadas à substituição, adequação ou melhoria dos equipamentos e mobiliários.

No que se refere aos sistemas de informação e à conectividade da unidade, compete à Organização Social custear as despesas de utilidade pública relacionadas à Internet, assegurando o funcionamento adequado dos sistemas informatizados utilizados na gestão e na assistência. A conectividade é elemento essencial para o uso de prontuários eletrônicos, sistemas de regulação, comunicação institucional e demais ferramentas que integram a rotina da unidade.

A garantia de funcionamento contínuo dos sistemas de informação contribui para a organização do atendimento, para a segurança dos registros assistenciais e para a integração da unidade com a rede de saúde. A Solution Gestão Pública adotará medidas para assegurar estabilidade, disponibilidade e suporte adequado à infraestrutura de tecnologia da informação utilizada.

O conjunto dessas responsabilidades reflete a atuação da Solution Gestão Pública orientada pela prevenção de falhas, pela segurança do paciente e pela continuidade dos serviços. A conservação e manutenção dos equipamentos, mobiliários e materiais não serão tratadas como atividades acessórias, mas como parte integrante da gestão operacional da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

4.7.4 Critérios para Substituição ou Aquisição de Equipamentos e Mobiliários

A Solution Gestão Pública adotará critérios técnicos, operacionais e de segurança para orientar as decisões relacionadas à substituição ou aquisição de equipamentos e mobiliários utilizados na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, assegurando que tais decisões estejam fundamentadas em necessidade comprovada e alinhadas à rotina assistencial e administrativa da unidade.

A substituição de equipamentos ou mobiliários será considerada sempre que o custo acumulado de manutenção ultrapassar um nível tecnicamente aceitável, evidenciado por recorrência de falhas, aumento da frequência de

intervenções corretivas ou comprometimento da confiabilidade do bem. Nessas situações, a continuidade da manutenção deixa de ser a alternativa mais adequada do ponto de vista operacional, passando a representar risco à assistência e à segurança.

Outro critério relevante para a substituição ou aquisição de novos bens será a inadequação aos padrões de eficiência, segurança ou produtividade exigidos pela rotina da unidade. Equipamentos que apresentem desempenho inferior ao necessário para o atendimento seguro, mobiliários que não garantam estabilidade ou conforto adequados, ou itens que dificultem a execução dos fluxos assistenciais serão objeto de avaliação técnica.

A obsolescência tecnológica também será considerada como fator determinante para a substituição de equipamentos, especialmente quando comprometer a qualidade assistencial, a compatibilidade com outros sistemas ou a segurança dos procedimentos realizados. Em unidades de urgência e emergência, a atualização tecnológica deve ser conduzida de forma criteriosa, priorizando a funcionalidade e a integração com a rotina existente.

As decisões relacionadas à aquisição de novos equipamentos ou mobiliários não serão tomadas de forma isolada. A Solution Gestão Pública avaliará o impacto da substituição ou aquisição na organização do serviço, na capacitação das equipes e na compatibilidade com os ambientes físicos da unidade. Sempre que necessário, serão adotadas medidas para adequação do layout ou dos fluxos, de modo a integrar os novos bens à operação cotidiana.

A fundamentação das decisões será registrada de forma formal, com base em critérios técnicos, econômicos e operacionais, assegurando rastreabilidade e transparência. Essa prática contribui para o uso racional dos recursos, para a segurança jurídica da gestão e para a preservação do patrimônio público municipal.

4.7.5 Gestão e Melhoria dos Materiais de Consumo

A gestão dos materiais de consumo constitui atividade estratégica para a continuidade dos serviços prestados pela Unidade de Pronto Atendimento Municipal. A Solution Gestão Pública será responsável pela aquisição, fornecimento e controle contínuo dos materiais necessários à execução das atividades assistenciais, administrativas e de apoio, assegurando abastecimento regular e evitando desabastecimentos que possam comprometer o atendimento.

Serão de responsabilidade da Organização Social a aquisição e o fornecimento de materiais médico-hospitalares, medicamentos para uso interno da unidade, gases medicinais, materiais de escritório, materiais de limpeza, alimentação destinada a pacientes e acompanhantes após seis horas de

permanência, bem como de todos os demais insumos indispensáveis ao funcionamento regular da unidade.

A gestão desses materiais será conduzida com base em planejamento de compras, considerando o consumo histórico, o perfil assistencial da unidade, a sazonalidade da demanda e a criticidade dos insumos. Esse planejamento permitirá antecipar necessidades, organizar os processos de aquisição e reduzir riscos de falta ou excesso de estoque.

O controle de estoque será realizado de forma sistemática, com registros atualizados das entradas, saídas e saldo dos materiais. Serão adotadas rotinas de conferência, organização física dos estoques e monitoramento de prazos de validade, especialmente para medicamentos e insumos assistenciais. A adequada organização dos estoques contribui para a segurança do paciente, para a redução de desperdícios e para a eficiência logística da unidade.

A reposição dos materiais será programada de modo a garantir abastecimento contínuo, observando níveis mínimos de estoque para itens críticos. Sempre que identificada variação significativa na demanda, a Solution Gestão Pública ajustará os fluxos de aquisição e distribuição, assegurando resposta rápida às necessidades da unidade.

A melhoria contínua da gestão de materiais envolverá a análise periódica dos processos de consumo, armazenamento e distribuição, permitindo a identificação de oportunidades de aprimoramento e a correção de falhas operacionais. A integração entre almoxarifado, farmácia, coordenação de enfermagem e coordenação administrativa será fundamental para o bom desempenho desse processo.

A gestão organizada e planejada dos materiais de consumo reforça a capacidade da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de operar de forma ininterrupta, segura e eficiente, assegurando condições adequadas para o atendimento à população e para o trabalho das equipes multiprofissionais

4.7.6 Monitoramento, Controle e Inventário

A Solution Gestão Pública manterá sistema permanente de monitoramento e controle dos equipamentos, mobiliários e materiais sob sua responsabilidade, assegurando rastreabilidade, organização patrimonial e disponibilidade das informações para fins de fiscalização, auditoria e prestação de contas.

O controle dos bens será realizado a partir do inventário patrimonial existente, atualizado periodicamente conforme movimentações, manutenções, substituições ou incorporações autorizadas. Cada equipamento e mobiliário permanecerá identificado, com registro de localização, estado de conservação e

histórico de utilização, permitindo acompanhamento contínuo da situação patrimonial da unidade.

A movimentação interna de bens será registrada de forma formal, de modo a garantir que alterações de local, remanejamentos entre setores ou retiradas temporárias para manutenção sejam devidamente documentadas. Essa prática contribui para a organização da unidade e para a prevenção de extravios, perdas ou uso inadequado dos bens públicos.

Os registros de manutenção preventiva e corretiva integrarão o sistema de controle patrimonial, compondo o histórico técnico de cada equipamento ou mobiliário. Essas informações subsidiarão análises futuras relacionadas à substituição, adequação ou melhoria dos bens, bem como permitirão a verificação da regularidade das ações de conservação adotadas.

As informações relativas ao inventário, à movimentação e às manutenções estarão disponíveis para consulta pela Administração Municipal e pelos órgãos de controle sempre que solicitado. A Solution Gestão Pública manterá os registros organizados, atualizados e acessíveis, assegurando transparência e suporte às atividades de fiscalização.

4.7.7 Integração do Plano de Melhoria com a Qualidade Assistencial

O Plano de Melhoria de Equipamentos, Mobiliários e Materiais está diretamente integrado à estratégia de qualidade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, uma vez que a disponibilidade e o adequado funcionamento dos recursos físicos influenciam de forma direta a segurança do paciente e a eficiência do atendimento.

A Solution Gestão Pública considera que equipamentos confiáveis, mobiliários adequados e materiais disponíveis de forma contínua são elementos essenciais para a execução dos protocolos assistenciais, para a organização do trabalho das equipes e para a redução de riscos durante o atendimento de urgência e emergência.

A integração entre este Plano e as ações de qualidade assistencial se dá por meio da articulação entre as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, permitindo que demandas relacionadas a falhas de equipamentos, inadequações de mobiliário ou problemas de abastecimento sejam identificadas e tratadas de forma tempestiva.

A melhoria contínua dos recursos físicos contribui para a continuidade dos serviços de saúde, evitando interrupções no atendimento decorrentes de falhas técnicas ou indisponibilidade de materiais. Da mesma forma, assegura condições adequadas de trabalho para os profissionais, favorecendo a

organização das rotinas, a segurança ocupacional e o desempenho das equipes multiprofissionais.

A gestão integrada dos equipamentos, mobiliários e materiais fortalece a eficiência operacional da unidade, reduzindo improvisações, retrabalhos e desperdícios, e contribuindo para a sustentabilidade da gestão do serviço ao longo da vigência do Contrato de Gestão.

4.7.8 Conformidade Contratual e Responsabilidade Patrimonial

A execução do Plano de Melhoria de Equipamentos, Mobiliários e Materiais observará rigorosamente as disposições do Contrato de Gestão, as orientações da Secretaria Municipal de Saúde, as normas de controle patrimonial e os princípios que regem a Administração Pública, especialmente legalidade, economicidade, eficiência e transparência.

A Solution Gestão Pública atuará de forma alinhada às diretrizes estabelecidas pelo órgão público gestor, assegurando que todas as ações relacionadas à conservação, manutenção, substituição ou aquisição de bens estejam devidamente autorizadas, registradas e justificadas do ponto de vista técnico e operacional.

Não será admitida, em nenhuma hipótese, a geração de obrigações futuras ao ente público sem prévia autorização formal. Todas as decisões relacionadas à gestão dos bens observarão os limites contratuais e as normas aplicáveis à utilização e preservação do patrimônio público.

A responsabilidade patrimonial da Organização Social se restringe à guarda, uso adequado e conservação dos bens durante a vigência do Contrato de Gestão, nos termos do Termo de Cessão de Uso. Ao término da parceria, os bens permanecerão incorporados ao patrimônio municipal, nas condições pactuadas e devidamente inventariadas.

4.7.9 Considerações Finais

O Plano de Melhoria de Equipamentos, Mobiliários e Materiais constitui instrumento fundamental para assegurar a manutenção, a modernização contínua e o uso adequado dos recursos físicos da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

A atuação da Solution Gestão Pública nesse eixo reflete compromisso com a qualidade assistencial, com a segurança do paciente e com a preservação do patrimônio público, por meio de práticas organizadas de conservação, manutenção, controle e planejamento dos bens utilizados na rotina da unidade.

A implementação sistemática deste Plano contribui para a continuidade dos serviços de saúde, para a eficiência operacional e para a sustentabilidade da gestão, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com as disposições do Contrato de Gestão.

4.7.1 Modelo de Plano de Modernização equipamentos, mobiliários e materiais

1. APRESENTAÇÃO

A Solution Gestão Pública, no exercício da gestão e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, apresenta o presente Plano de Modernização de Equipamentos, Mobiliários e Materiais, com a finalidade de qualificar, organizar e assegurar a adequada utilização dos recursos físicos indispensáveis ao funcionamento contínuo, seguro e eficiente da unidade.

O plano parte do entendimento de que equipamentos, mobiliários e materiais não constituem apenas suporte à assistência, mas elementos estruturantes da qualidade do cuidado, da segurança do paciente e da eficiência operacional. Em unidades de urgência e emergência, a confiabilidade desses recursos é condição essencial para a resolutividade do atendimento e para a preservação da capacidade instalada do serviço.

2. OBJETIVOS DO PLANO

2.1 Objetivo Geral

Assegurar que a Unidade de Pronto Atendimento Municipal disponha de equipamentos, mobiliários e materiais adequados, funcionais e compatíveis com sua rotina assistencial e administrativa, garantindo continuidade do atendimento, segurança do paciente e preservação do patrimônio público.

2.2 Objetivos Específicos

- Reduzir riscos operacionais associados a falhas de equipamentos
- Qualificar os ambientes assistenciais e de apoio
- Garantir abastecimento contínuo de materiais críticos
- Organizar e fortalecer a gestão patrimonial
- Integrar os recursos físicos à estratégia de qualidade assistencial
- Promover uso racional e responsável dos bens públicos

3. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

O Plano de Modernização será orientado pelos seguintes princípios:

- Legalidade e respeito ao patrimônio público
- Planejamento e decisão técnica fundamentada
- Continuidade dos serviços de saúde
- Segurança do paciente e das equipes
- Transparência e rastreabilidade
- Integração entre gestão patrimonial e operação assistencial

4. DIAGNÓSTICO OPERACIONAL COMO BASE DAS AÇÕES

As ações previstas neste Plano serão sempre precedidas de diagnóstico operacional, considerando:

- Estado de conservação dos equipamentos e mobiliários
- Frequência de falhas e manutenções corretivas
- Adequação dos bens à rotina assistencial real
- Organização dos estoques e consumo de materiais
- Impacto direto dos recursos físicos na qualidade do atendimento

Esse diagnóstico permitirá priorizar intervenções com maior impacto assistencial e operacional, evitando ações desnecessárias ou desconectadas da realidade da unidade.

5. EIXOS DO PLANO DE MODERNIZAÇÃO

O Plano de Modernização de Equipamentos, Mobiliários e Materiais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal está estruturado em eixos operacionais que refletem as necessidades reais de funcionamento da unidade, considerando o atendimento ininterrupto, a criticidade assistencial e a responsabilidade na gestão do patrimônio público.

Os eixos definidos não representam ações isoladas, mas um conjunto integrado de práticas permanentes de gestão, voltadas à manutenção da capacidade instalada da unidade, à segurança do paciente e à eficiência do trabalho das equipes multiprofissionais.

Cada eixo estabelece diretrizes claras de atuação, critérios técnicos de decisão e resultados operacionais esperados, permitindo que a modernização ocorra de forma gradual, planejada e alinhada à rotina do serviço.

5.1 Modernização e Confiabilidade dos Equipamentos Assistenciais

A modernização dos equipamentos assistenciais tem como foco assegurar que todos os equipamentos utilizados no atendimento de urgência e emergência estejam permanentemente disponíveis, seguros e adequados à finalidade assistencial a que se destinam.

A **Solution Gestão Pública** adotará abordagem preventiva na gestão desses equipamentos, priorizando a manutenção programada e o monitoramento contínuo do funcionamento, especialmente daqueles considerados críticos para o atendimento imediato ao paciente. Equipamentos utilizados em ressuscitação, suporte ventilatório, monitorização e procedimentos de emergência serão acompanhados com maior rigor técnico, considerando o impacto direto que sua indisponibilidade pode causar na assistência.

A gestão da confiabilidade dos equipamentos envolverá:

- acompanhamento sistemático do desempenho e da frequência de falhas
- registro técnico das manutenções preventivas e corretivas
- identificação de equipamentos com histórico recorrente de falhas
- avaliação periódica da adequação do equipamento à rotina assistencial

Quando identificada perda de confiabilidade, aumento excessivo de intervenções corretivas ou comprometimento da segurança, o equipamento será submetido a análise técnica para definição de medidas corretivas, que poderão incluir ajuste operacional, manutenção especializada ou substituição, conforme critérios definidos neste Plano.

Esse eixo busca reduzir a dependência de soluções improvisadas, aumentar a previsibilidade operacional e assegurar que a unidade mantenha sua capacidade de resposta mesmo em cenários de alta demanda.

5.2 Qualificação e Adequação dos Mobiliários Assistenciais e de Apoio

Os mobiliários utilizados na Unidade de Pronto Atendimento Municipal exercem papel direto na segurança dos pacientes, na ergonomia do trabalho das equipes e na organização dos ambientes assistenciais e administrativos.

A **Solution Gestão Pública** tratará os mobiliários como itens de segurança e funcionalidade, e não apenas como elementos de conforto. Serão avaliadas

periodicamente as condições estruturais de macas, leitos, cadeiras, armários, bancadas e demais itens utilizados na rotina da unidade, com atenção especial à estabilidade, integridade física e adequação ao uso intensivo.

Serão priorizadas ações de modernização e adequação quando:

- o mobiliário apresentar risco à segurança do paciente ou do profissional
- houver comprometimento da funcionalidade do ambiente
- o item dificultar processos de higienização ou organização
- o desgaste comprometer a rotina assistencial

A qualificação dos mobiliários também considerará a adequação dos itens às necessidades reais da unidade, evitando excessos ou insuficiências que impactem a organização do serviço. A reorganização e substituição de mobiliários será realizada de forma planejada, respeitando os limites físicos dos ambientes e os fluxos assistenciais existentes.

Esse eixo contribui para ambientes mais seguros, organizados e compatíveis com a dinâmica do atendimento de urgência e emergência.

5.3 Gestão Estruturada e Modernização dos Materiais de Consumo

A gestão dos materiais de consumo será conduzida como processo estratégico para a continuidade dos serviços da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. A Solution Gestão Pública adotará modelo de gestão estruturada, baseado em planejamento, controle e monitoramento permanente do consumo.

Os materiais médico-hospitalares, medicamentos, gases medicinais, materiais de limpeza, materiais administrativos e demais insumos essenciais serão geridos a partir de:

- análise do consumo histórico da unidade
- identificação de itens críticos para o atendimento
- definição de níveis mínimos de estoque
- acompanhamento sistemático das entradas, saídas e prazos de validade

A reposição dos materiais será programada de modo a evitar desabastecimentos, especialmente em períodos de aumento de demanda assistencial. Sempre que identificadas variações significativas no consumo, os fluxos de aquisição e distribuição serão ajustados de forma tempestiva.

A organização física dos estoques, a padronização dos locais de armazenamento e a integração entre almoxarifado, farmácia e equipes

assistenciais permitirão maior controle, redução de perdas e maior segurança na execução dos procedimentos.

Esse eixo garante previsibilidade operacional, reduz desperdícios e assegura condições adequadas para a assistência.

5.4 Critérios Técnicos para Substituição e Aquisição de Equipamentos e Mobiliários

A substituição ou aquisição de equipamentos e mobiliários será orientada por critérios técnicos claros, previamente definidos e devidamente registrados, evitando decisões pontuais ou baseadas apenas em conveniência imediata.

A **Solution Gestão Pública** considerará, entre outros aspectos:

- o custo acumulado de manutenção em relação à confiabilidade do bem
- a frequência de falhas e interrupções operacionais
- a adequação do equipamento ou mobiliário à rotina assistencial atual
- a existência de obsolescência tecnológica que comprometa o atendimento

A decisão de substituir ou adquirir novos bens será sempre fundamentada em análise técnica, considerando o impacto na assistência, na organização do serviço e na segurança do paciente. Essas decisões serão registradas formalmente, assegurando rastreabilidade e transparência perante a Administração Municipal.

Esse eixo reforça o uso racional dos recursos físicos e a preservação do patrimônio público.

5.5 Fortalecimento da Gestão Patrimonial, Inventário e Rastreabilidade dos Bens

A gestão patrimonial será tratada como componente estruturante da governança da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. A **Solution Gestão Pública** manterá controle permanente e atualizado de todos os equipamentos, mobiliários e materiais permanentes sob sua responsabilidade, assegurando rastreabilidade e clareza quanto à localização, uso e estado de conservação dos bens.

O inventário patrimonial será atualizado periodicamente, refletindo:

- a situação real dos bens existentes
- movimentações internas entre setores

- retiradas temporárias para manutenção
- substituições ou baixas devidamente autorizadas

Cada bem contará com histórico técnico que reunirá informações sobre utilização, manutenções realizadas e eventuais ocorrências relevantes. Esse histórico subsidiará decisões futuras e permitirá respostas rápidas a demandas de fiscalização, auditoria ou prestação de contas.

A rastreabilidade dos bens contribui para a prevenção de extravios, uso inadequado e conflitos de responsabilidade, fortalecendo a segurança jurídica da parceria e a transparência da gestão.

5.6 Integração do Plano de Modernização com a Qualidade Assistencial

A modernização de equipamentos, mobiliários e materiais estará permanentemente integrada às ações de qualidade assistencial da unidade. A **Solution Gestão Pública** considera que falhas ou inadequações nos recursos físicos impactam diretamente indicadores assistenciais, segurança do paciente e desempenho das equipes.

Demandas relacionadas a indisponibilidade de equipamentos, falhas recorrentes ou inadequações de materiais serão analisadas em conjunto com a gestão assistencial, permitindo ações corretivas alinhadas às rotinas clínicas e operacionais.

A integração entre este Plano e a estratégia de qualidade permite que os recursos físicos deixem de ser tratados como elementos isolados e passem a compor o cuidado prestado, contribuindo para a melhoria contínua do serviço e para a sustentabilidade da operação.

6. GOVERNANÇA E RESPONSABILIDADES

Compete à Solution Gestão Pública:

- Garantir conservação, manutenção e uso adequado dos bens
- Manter registros e controles atualizados
- Atuar em conformidade com o Termo de Cessão de Uso
- Preservar o patrimônio público durante a vigência do contrato

Compete ao órgão público gestor:

- Acompanhar e fiscalizar a execução do plano
- Analisar relatórios e registros apresentados

- Zelar pela regularidade patrimonial

7. LIMITES E CONDICIONANTES

- Todas as ações observarão o Contrato de Gestão
- Vedada a geração de obrigações futuras ao ente público sem autorização
- Não há transferência de propriedade dos bens
- As intervenções estarão sempre vinculadas ao objeto contratual

8. RESULTADOS ESPERADOS PARA A UNIDADE

A aplicação deste Plano permitirá:

- Funcionamento contínuo da UPA
- Redução de riscos assistenciais
- Melhoria da organização interna
- Preservação do patrimônio público
- Maior eficiência operacional
- Atendimento mais seguro à população

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano de Modernização de Equipamentos, Mobiliários e Materiais apresentado pela Solution Gestão Pública reflete uma atuação responsável, técnica e alinhada à realidade operacional da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Sua implementação fortalece a governança da parceria, assegura a continuidade dos serviços e contribui de forma efetiva para a qualidade da assistência prestada à população.

5. Implantação de Processos

5.1 Manual de protocolos assistenciais

5.1.1 Finalidade do Manual de Protocolos Assistenciais

A Solution Gestão Pública implantará, no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento Municipal objeto deste edital, um Manual de Protocolos Assistenciais com a finalidade de organizar, padronizar e orientar de forma

prática a atuação das equipes assistenciais, assegurando que os atendimentos sejam realizados de maneira segura, contínua e alinhada às diretrizes técnicas e normativas vigentes.

O Manual de Protocolos Assistenciais será adotado como instrumento técnico-operacional de referência diária, direcionado à realidade do atendimento em urgência e emergência, considerando o fluxo contínuo de pacientes, a variabilidade da demanda, a necessidade de resposta rápida e a atuação integrada das equipes multiprofissionais. Sua finalidade central é reduzir a variabilidade das condutas clínicas, minimizar decisões isoladas e garantir que todos os profissionais atuem a partir de critérios previamente definidos e compartilhados.

A padronização promovida pelo Manual não tem como objetivo engessar a prática clínica, mas sim oferecer suporte estruturado à tomada de decisão, especialmente em cenários de alta pressão assistencial. O profissional mantém sua autonomia técnica, porém atua respaldado por fluxos claros, condutas previamente pactuadas e critérios objetivos que favorecem a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.

No contexto da gestão realizada pela Solution Gestão Pública, o Manual de Protocolos Assistenciais será utilizado como ferramenta de integração entre assistência, gestão e qualidade. As rotinas assistenciais passam a ser executadas de forma alinhada ao planejamento da unidade, às metas assistenciais pactuadas no Contrato de Gestão e às diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, fortalecendo a coerência entre o que é planejado, executado e monitorado.

O Manual também cumpre papel relevante na segurança jurídica da operação, uma vez que orienta as condutas profissionais conforme normas técnicas reconhecidas, reduzindo riscos decorrentes de práticas divergentes ou não padronizadas. Ao estabelecer protocolos claros para situações de rotina e de emergência, o documento contribui para a proteção dos usuários, dos profissionais e da própria instituição gestora.

Além disso, o Manual de Protocolos Assistenciais será utilizado como base para capacitação das equipes, integração de novos profissionais, supervisão assistencial e avaliação da qualidade do cuidado. Dessa forma, deixa de ser um documento meramente formal e passa a integrar efetivamente o cotidiano da unidade, orientando decisões, fluxos e rotinas assistenciais.

5.1.2 Estrutura do Manual de Protocolos Assistenciais

O Manual de Protocolos Assistenciais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal será estruturado de forma clara, funcional e orientada à prática

cotidiana, permitindo consulta rápida e aplicação direta durante o atendimento. Sua organização considerará o fluxo real da unidade e as situações mais frequentes enfrentadas pelas equipes assistenciais.

A estrutura do Manual contemplará, de forma integrada, os principais eixos assistenciais da unidade, iniciando pelos protocolos de classificação de risco, que orientam o primeiro contato do paciente com o serviço e definem a prioridade de atendimento conforme critérios clínicos previamente estabelecidos. Esses protocolos servirão como base para a organização do fluxo assistencial, garantindo que os casos mais graves sejam atendidos de forma imediata e segura.

Na sequência, o Manual apresentará protocolos de atendimento de urgência e emergência, contemplando situações clínicas e traumáticas mais prevalentes no perfil assistencial da unidade. Esses protocolos serão descritos de forma objetiva, indicando sinais de alerta, condutas iniciais, fluxos internos, critérios de estabilização, necessidade de suporte avançado e articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde, quando necessário.

Os protocolos clínicos prioritários integrarão o Manual como eixo central da assistência, abordando condições de maior impacto assistencial e epidemiológico. A definição desses protocolos considerará o histórico de atendimentos da unidade, o perfil da população atendida e as diretrizes clínicas reconhecidas pelo sistema de saúde. A descrição das condutas será prática, orientada por etapas claras, evitando textos excessivamente longos ou abstratos.

O Manual também incluirá protocolos de apoio à decisão clínica, voltados a auxiliar os profissionais em situações de dúvida frequente, definição de condutas, solicitação de exames, uso racional de medicamentos e critérios de observação, alta ou encaminhamento. Esses protocolos terão linguagem direta, focada no apoio à tomada de decisão no tempo real do atendimento.

Outro componente essencial da estrutura do Manual será o conjunto de diretrizes para registro e comunicação assistencial. Serão definidos padrões mínimos para registros em prontuário, evolução clínica, comunicação entre turnos e comunicação com outros serviços da rede. Essas diretrizes buscam garantir rastreabilidade das decisões, continuidade do cuidado e segurança da informação.

A versão final do Manual será disponibilizada em formato acessível às equipes, tanto em meio físico, nos setores assistenciais estratégicos, quanto em formato digital, permitindo consulta rápida sempre que necessário. O conteúdo será organizado de modo a facilitar atualizações periódicas, sem necessidade de reformulação integral do documento.

5.1.3 Implantação e Disseminação dos Protocolos

A implantação do Manual de Protocolos Assistenciais será conduzida de forma planejada e gradual pela Solution Gestão Pública, com foco na adesão real das equipes e na incorporação efetiva dos protocolos à rotina assistencial da unidade.

O processo terá início com a apresentação formal do Manual às equipes assistenciais, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais diretamente envolvidos no atendimento. Essa apresentação terá caráter prático, com explicação dos objetivos do Manual, da lógica de organização dos protocolos e de como o documento deve ser utilizado no dia a dia da unidade.

Na sequência, serão realizadas capacitações direcionadas aos profissionais assistenciais, organizadas por área e por tipo de protocolo. Essas capacitações terão foco operacional, abordando situações reais do atendimento, simulações de fluxo e aplicação prática das condutas descritas no Manual. A capacitação será conduzida pela Coordenação de Enfermagem, Direção Técnica e profissionais de referência da unidade, conforme a natureza dos protocolos.

Os protocolos serão disponibilizados em formato acessível, garantindo que os profissionais possam consultá-los durante o atendimento, sem comprometer a agilidade do cuidado. Serão priorizados materiais objetivos, fluxos resumidos e orientações claras, compatíveis com a dinâmica de uma unidade de urgência e emergência.

Durante o período inicial de implantação, a Coordenação de Enfermagem e a Direção Técnica atuarão de forma próxima às equipes, acompanhando a aplicação dos protocolos na prática assistencial. Esse acompanhamento permitirá identificar dificuldades, ajustar fluxos e orientar os profissionais sempre que necessário, garantindo que o Manual seja incorporado de forma natural à rotina da unidade.

A disseminação dos protocolos será contínua, especialmente considerando a rotatividade de profissionais característica de serviços de urgência. Novos colaboradores serão integrados já com base no Manual de Protocolos Assistenciais, recebendo orientações específicas durante o processo de acolhimento institucional e início das atividades.

5.1.4 Monitoramento, Avaliação e Atualização dos Protocolos

O Manual de Protocolos Assistenciais será objeto de monitoramento contínuo pela Solution Gestão Pública, com foco na verificação de sua aplicação prática e na aderência das equipes às condutas estabelecidas. Esse

monitoramento fará parte da rotina de supervisão assistencial da unidade, integrada às atividades da Coordenação de Enfermagem e da Direção Técnica.

A avaliação da aplicação dos protocolos ocorrerá a partir da observação direta da prática assistencial, análise de registros em prontuário, acompanhamento de indicadores assistenciais e discussão de casos atendidos na unidade. O objetivo é verificar se os fluxos definidos estão sendo seguidos, se as condutas estão alinhadas ao Manual e se há necessidade de ajustes operacionais.

Sempre que forem identificadas dificuldades na aplicação de determinado protocolo, essas situações serão analisadas de forma objetiva, buscando compreender se a causa está relacionada à capacitação da equipe, à clareza do fluxo descrito ou à necessidade de adequação do protocolo à realidade operacional da unidade.

A atualização do Manual de Protocolos Assistenciais será realizada de forma periódica, considerando mudanças nas evidências científicas, atualizações normativas, orientações da Secretaria Municipal de Saúde e necessidades identificadas a partir da prática assistencial. As atualizações serão conduzidas de maneira organizada, com registro das versões, garantindo que todos os profissionais tenham acesso à versão vigente.

Alterações relevantes nos protocolos serão acompanhadas de orientação às equipes, de modo a assegurar que as mudanças sejam compreendidas e corretamente aplicadas. O processo de atualização do Manual reforça o compromisso da Solution Gestão Pública com a melhoria contínua da assistência e com a adaptação permanente às demandas do serviço.

5.1.5 Integração dos Protocolos com a Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente

Os protocolos assistenciais implantados pela Solution Gestão Pública estarão diretamente integrados ao sistema de qualidade da unidade, atuando como ferramenta central para a promoção da segurança do paciente e para a melhoria contínua dos desfechos assistenciais.

A padronização das condutas clínicas contribui de forma direta para a redução de eventos adversos, uma vez que diminui a variabilidade das práticas, orienta decisões em situações críticas e fortalece a comunicação entre os profissionais. A utilização de protocolos claros favorece a identificação precoce de riscos, a adoção de medidas preventivas e a atuação coordenada das equipes.

Os protocolos também fortalecem a rastreabilidade das decisões clínicas, uma vez que orientam registros padronizados e facilitam a compreensão do

cuidado prestado ao longo do tempo. Essa rastreabilidade é essencial para a continuidade do cuidado, para a avaliação da qualidade assistencial e para o acompanhamento por instâncias de controle e auditoria.

A integração entre protocolos assistenciais e qualidade permite que os indicadores da unidade sejam analisados de forma mais consistente, relacionando resultados assistenciais à aplicação das condutas previstas. Sempre que identificadas oportunidades de melhoria, os protocolos poderão ser ajustados, reforçando o ciclo contínuo de planejamento, execução, avaliação e aprimoramento.

Dessa forma, o Manual de Protocolos Assistenciais consolida-se como instrumento estruturante da assistência na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, garantindo que o cuidado prestado seja seguro, organizado, alinhado às diretrizes do sistema de saúde e compatível com a realidade operacional do serviço, conforme a forma de atuação adotada pela Solution Gestão Pública em seus projetos de gestão em saúde.

5.1.1 Protocolos de Atendimento de Urgência e Emergência

5.1.1.1 Abordagem inicial e estabilização do paciente

1. Finalidade

Padronizar a abordagem inicial e a estabilização de pacientes em urgência e emergência na UPA, garantindo reconhecimento rápido de gravidade, intervenção imediata nas ameaças à vida, organização do trabalho da equipe, redução de atrasos e segurança do paciente.

A Solution Gestão Pública adotará este protocolo como referência obrigatória para o atendimento inicial e para a padronização de condutas na unidade, incluindo treinamento, auditoria interna e revisões periódicas.

2. Escopo e aplicabilidade

Aplica-se a:

- Adultos e pediatria (com adaptações descritas)
- Casos clínicos e traumáticos
- Demanda espontânea e pacientes trazidos por ambulância
- Situações de sala de emergência, sala de observação e áreas de atendimento rápido

3. Conceitos operacionais essenciais

Abordagem inicial: identificar rapidamente risco de morte e iniciar medidas imediatas.

Estabilização: manter o paciente com **via aérea, ventilação e perfusão adequadas**, controlar ameaças imediatas, e definir destino (observação, sala de emergência, internação/transferência, alta).

Regra prática: primeiro estabiliza, depois detalha. O exame completo vem depois que o paciente está seguro.

4. Organização do atendimento na chegada

4.1 Porta de entrada e triagem rápida (0–2 minutos)

Além da classificação de risco formal, a UPA deve ter uma Triagem Rápida de Gravidade (visual + sinais essenciais), feita por enfermagem ou profissional designado no acolhimento.

Gatilhos de atendimento imediato (encaminhar direto para sala de emergência):

- Inconsciência, convulsão em curso, confusão grave
- Cianose, esforço respiratório intenso, SpO₂ muito baixa apesar de oxigênio
- Dor torácica intensa com mal-estar, sudorese, síncope, arritmia perceptível
- Hipotensão, pele fria/pegajosa, enchimento capilar lento
- Sangramento ativo importante
- Trauma de alto risco (queda importante, atropelamento, ferimento penetrante, politrauma)
- Anafilaxia, edema de glote, estridor
- Sinais fortes de AVC agudo (déficit focal, fala alterada, assimetria facial)

Ações imediatas (já na porta se necessário):

- Levar para ambiente monitorado
- Oximetria + PA + FC (não atrasar condutas)
- Glicemia capilar se rebaixamento de consciência, convulsão, confusão, sudorese, tremor

5. Ativação da resposta de emergência (organização da equipe)

5.1 “Chamado de Sala de Emergência”

Definir um comando simples (“Sala de emergência acionada”) quando houver paciente grave. Isso organiza o plantão e reduz ruído.

5.2 Papéis mínimos no atendimento crítico

Líder do caso (médico plantonista ou designado):

- comanda o atendimento, define prioridades e destino

Enfermeiro(a) líder:

- coordena equipe de enfermagem, monitorização, acessos, medicações e registros

Técnico(a) 1 (via aérea/monitor):

- monitor, oxigênio, aspiração, preparo de dispositivos

Técnico(a) 2 (circulação):

- acesso venoso, coleta, fluidos, controle de sangramento

Apoio (quando disponível):

- busca de materiais, maca, transporte interno, comunicação

Regra de segurança: uma pessoa fica responsável por registrar tempos, sinais e intervenções (pode ser enfermagem).

6. Preparação mínima da sala de emergência (pronto-uso)

A sala deve estar sempre “pronta para receber paciente grave”.

6.1 Checagem de início de plantão (check rápido)

- Oxigênio funcionando + fluxômetros
- Aspiração funcionando
- Monitor multiparamétrico (PA, FC, SpO₂) disponível
- Desfibrilador com pás e cabos prontos
- Material de acesso venoso e coleta
- Materiais de via aérea (bolsa-válvula-máscara, cânulas, máscaras, filtros)
- Medicações de emergência conforme rotina local
- Carrinho de parada lacrado e conferido

A Solution Gestão Pública implementará rotina de conferência e registro de checagem de sala/carrinho, com responsável por turno.

7. Abordagem inicial estruturada: X-X-ABCDE com ações imediatas

7.1 Regras de execução

- Ameaça à vida encontrada? Tratar na hora, não “passar para o próximo”.
- Reavaliar continuamente: X-ABCDE não é sequência única; é ciclo.
- Monitorizar cedo: o monitor não substitui o olhar clínico, mas evita atrasos.

X - Hemorragias Exsanguinantes (Exsanguinating Hemorrhage): Controle imediato de sangramentos graves e maciços (compressão, torniquete).

Avaliação rápida

Deve ser feita **em segundos**, ainda no primeiro contato com o paciente:

- Sangramento visível e ativo?
- Roupa encharcada de sangue?
- Jato pulsátil (sugere lesão arterial)?
- Poça de sangue no local?
- Amputação parcial ou total?

Não medir pressão, não auscultar, não perder tempo: sangramento visível = agir.

Intervenções imediatas (em ordem prática)

Compressão direta

- Primeira medida na maioria dos casos
- Utilizar:
 - Gaze
 - Compressa
 - Campo limpo
 - Mãos enluvadas (se necessário)

Compressão firme e contínua, sem ficar “checando” o sangramento.

Curativo compressivo

- Após controle inicial
- Mantém pressão constante
- Libera mãos da equipe

Torniquete

Indicado quando:

- Sangramento grave em membros **não controlável com compressão**
- Amputações traumáticas
- Múltiplas vítimas (priorização)

Regras importantes do torniquete:

- Colocar **proximal à lesão** (5–7 cm acima)
- Nunca sobre articulação
- Apertar até cessar completamente o sangramento
- Anotar **hora da colocação**
- **Não afrouxar** no ambiente pré-hospitalar

Torniquete **salva vidas** — o risco de isquemia é secundário frente ao risco imediato de morte.

Hemostáticos tópicos (se disponíveis)

- Gazes impregnadas com agentes hemostáticos
- Úteis em:
 - Regiões inguinais
 - Axilas
 - Pescoço
- Sempre associadas à compressão firme

Locais críticos de atenção

Nem todo sangramento exsanguinante é óbvio:

- Virilha

- Axilas
- Pescoço
- Região glútea
- Parte posterior das coxas

Por isso o **X exige inspeção rápida e sistemática**, mesmo antes de despir totalmente o paciente.

Relação com choque hemorrágico

Hemorragias exsanguinantes levam rapidamente a:

- Hipotensão
- Taquicardia
- Pele fria e pálida
- Alteração do nível de consciência
- Acidose
- Coagulopatia

A — Via aérea e proteção cervical

A1. Avaliação rápida (10–20 s)

- O paciente fala frases completas? voz normal?
- Há roncos, estridor, gorgolejo, vômito, secreção?
- Há risco de aspiração? (rebaixamento, vômitos, intoxicação)
- No trauma: considerar proteção cervical conforme risco

A2. Intervenções imediatas (escalonadas)

1. **Posicionamento** (melhora rápido)
 - Ajustar posição (elevar cabeceira se tolerado)
 - Manobra de abertura de via aérea conforme contexto (sem detalhar técnicas invasivas)
2. **Aspiração**
 - Aspirar secreções/vômitos se necessário
3. **Dispositivos simples**

- Cânula orofaríngea/nasofaríngea quando indicado e disponível
- Se rebaixamento importante: garantir via aérea e ventilação assistida

4. **Se falha de via aérea**

- Acionar suporte avançado e medidas de escalonamento conforme protocolo médico da unidade

A3. Critérios de via aérea ameaçada (alarme)

- Incapaz de manter via aérea (não protege, gorgoleja)
- Estridor ou sinais de obstrução progressiva
- Rebaixamento importante de consciência
- Hipoxemia grave apesar de oxigênio
- Trauma com risco de comprometimento de via aérea

B — Respiração e oxigenação

B1. Avaliação rápida (30–60 s)

- Frequência respiratória e padrão
- Esforço: tiragem, uso de musculatura acessória
- Simetria torácica
- SpO₂ e ausculta quando possível (sem atrasar suporte)

B2. Intervenções imediatas (progressivas)

1. **Oxigênio**

- Ajustar suplementação conforme gravidade e objetivo de saturação
- Manter monitorização contínua

2. **Ventilação assistida**

- Se respiração ineficaz, apneia ou fadiga: ventilação com bolsa-válvula-máscara conforme equipe treinada

3. **Nebulização/broncoespasmo (quando indicado)**

- Aplicar terapia conforme prescrição e fluxo local

4. **Suspeita de pneumotórax/edema agudo/asma grave**

- Priorizar suporte ventilatório e acionar conduta médica imediata

B3. Alarmes respiratórios (tratamento imediato)

- SpO₂ persistentemente baixa apesar de O₂
- FR muito alta com fadiga, rebaixando
- Cianose, silêncio auscultatório, fala entrecortada
- Dor pleurítica intensa + instabilidade

C — Circulação, perfusão e controle de hemorragia

C1. Avaliação rápida (60–90 s)

- Pulso (frequência e qualidade), PA
- Perfusão: pele, temperatura, enchimento capilar
- Sinais de choque: confusão, sudorese, extremidades frias, oligúria (quando possível avaliar)
- Sangramento ativo visível

C2. Intervenções imediatas

1. Controle de hemorragia

- Compressão direta, curativo compressivo
- Imobilização quando aplicável
- Acionar médico se sangramento importante ou choque

2. Acesso venoso e coleta

- Garantir acesso venoso periférico calibroso quando gravidade
- Coletar exames conforme solicitação e protocolo local (sem atrasar estabilização)

3. Reposição volêmica

- Realizar conforme avaliação clínica e prescrição do médico, com monitorização de resposta (PA, perfusão, nível de consciência)

4. Monitorização contínua

- Reavaliar perfusão e sinais vitais frequentemente

C3. Avaliar causa provável do choque (para direcionar conduta)

- **Hipovolêmico:** sangramento, desidratação importante
- **Séptico:** febre/hipotermia, infecção, perfusão ruim, alteração mental
- **Cardiogênico:** dor torácica, dispneia, estertores, sinais de congestão

- **Obstrutivo:** suspeitas específicas (embolia, tamponamento, pneumotórax)

A abordagem inicial mantém a regra: tratar primeiro a instabilidade, investigar causa em paralelo.

D — Neurológico e glicemia

D1. Avaliação rápida (30–60 s)

- Nível de consciência (alerta, responde, rebaixado)
- Pupilas (quando viável)
- Déficit focal (força, fala, assimetria)
- Convulsão atual ou pós-ictal
- **Glicemia capilar** quando rebaixamento, confusão, convulsão, sudorese, suspeita de distúrbio metabólico

D2. Intervenções imediatas

- Hipoglicemia: tratar conforme protocolo médico da unidade
- Convulsão ativa: proteger paciente, posicionar, acionar conduta médica imediata
- Suspeita de AVC: iniciar fluxo rápido e registrar “hora de início” (ou última vez visto bem)

E — Exposição, temperatura e avaliação dirigida

E1. Exposição orientada

- Expor apenas o necessário para identificar sangramento, trauma, rash, sinais relevantes
- Manter privacidade e conforto

E2. Temperatura e prevenção de hipotermia

- Cobrir paciente após avaliação
- Em trauma e choque, evitar perda de calor

8. Pacote de estabilização por síndrome (para uso real na UPA)

8.1 Paciente com dispneia aguda

Objetivos imediatos: oxigenação, reduzir trabalho respiratório, identificar gravidade.

Ações:

- Monitor + SpO₂ contínuo
- Oxigênio conforme necessidade
- Avaliar sinais de fadiga/gravidade
- Considerar broncoespasmo, edema pulmonar, pneumonia, TEP, anafilaxia
- Reavaliação a cada poucos minutos nas crises

8.2 Dor torácica suspeita de síndrome coronariana

Objetivos: reconhecer risco, monitorizar, reduzir atrasos.

Ações:

- Monitorização, PA seriada, avaliação rápida de risco
- ECG conforme fluxo institucional com prioridade
- Manter acesso venoso e plano de contingência para deterioração
- Documentar tempo de início e sintomas associados

8.3 Suspeita de sepse

Objetivos: reconhecer cedo e iniciar estabilização.

Ações:

- Triagem de sinais: alteração mental, perfusão ruim, febre/hipotermia, taquicardia, hipotensão
- Coleta e condutas conforme protocolo interno
- Reavaliação seriada e registro

8.4 Trauma (abordagem inicial)

Objetivos: identificar risco imediato, controlar sangramento, evitar piora.

Ações:

- Prioridade ao controle de hemorragia
- Avaliação X-ABCDE rápida
- Imobilização quando indicada
- Exposição dirigida + prevenção de hipotermia
- Registrar mecanismo e tempo do evento

9. Reavaliação e “ciclo de estabilização”

Após o primeiro X-ABCDE, a equipe deve:

- Reavaliar A/B/C/D a cada mudança clínica e em intervalos curtos em pacientes instáveis
- Registrar resposta às intervenções (melhorou saturação? PA? nível de consciência?)
- Ajustar condutas e acionar recursos conforme necessidade

Regra de ouro: paciente instável = reavaliação frequente + monitorização contínua.

10. Critérios de destino após estabilização (decisão prática)

Depois de estabilizar, o líder define:

10.1 Permanecer em sala de emergência

- Instabilidade atual ou risco alto de deterioração
- Necessidade de monitorização contínua e intervenções frequentes

10.2 Observação monitorizada

- Quadro estabilizado, mas requer reavaliação seriada e tratamento em curso

10.3 Atendimento em área de menor complexidade / alta

- Sinais vitais estáveis, sem critérios de gravidade, conduta concluída e orientações claras

10.4 Transferência regulada

- Necessidade de recurso não disponível na UPA (ex.: suporte intensivo, cirurgia, hemodinâmica)
- Estabilizar o máximo possível antes de transferir
- Garantir documentação completa e comunicação estruturada

11. Comunicação e passagem de caso

A comunicação deve ser estruturada, curta e completa.

Modelo de passagem interna (SBAR):

- **S** Situação: “Paciente com dispneia grave, saturando baixo”
- **B** Background: “Início há X, comorbidades...”
- **A** Avaliação: “X-ABCDE: via aérea..., respiração..., PA..., glicemia...”
- **R** Recomendação: “Manter monitorizado, reavaliar em X, preparar transferência se...”

12. Documentação mínima obrigatória (para segurança e auditoria)

No prontuário, registrar:

- Horário de chegada e de primeira avaliação
- Sinais vitais iniciais e evolução
- Achados do X-ABCDE
- Intervenções realizadas e resposta do paciente
- Classificação de risco e justificativa em casos graves
- Decisão de destino e motivo (observação, alta, transferência)
- Comunicação com familiares quando aplicável

13. Segurança do paciente na estabilização

Práticas obrigatórias:

- Identificação correta do paciente
- Conferência de alergias e medicações de uso contínuo quando possível
- Dupla checagem de medicações de alto risco conforme rotina local
- Controle de quedas (paciente confuso, idoso, sedado)
- Higiene das mãos e precauções conforme risco

14. Treinamento e implantação na unidade

A **Solution Gestão Pública** implantará este protocolo com:

- Treinamento inicial por turno (médico + enfermagem + apoio)
- Simulações curtas e frequentes (10–15 min) de cenários: dispneia, choque, convulsão, trauma
- Checklist de sala de emergência e carrinho de parada por plantão

- Auditoria interna mensal de casos graves (amostra) com devolutiva para equipe
- Revisão do protocolo quando houver mudança de fluxo, equipe ou apontamentos de qualidade

15. Indicadores operacionais para monitorar aderência

Sem falar de valor, mas medindo desempenho:

- Tempo até primeira avaliação em paciente grave
- Percentual de pacientes graves com X-ABCDE registrado
- Percentual com sinais vitais completos na primeira abordagem
- Registro de glicemia em rebaixamento/convulsão
- Frequência de falhas de equipamento crítico reportadas e resolvidas
- Eventos adversos relacionados a atraso de estabilização (monitoramento interno)

5.1.1.1.1 Modelo de protocolo de Abordagem inicial e estabilização do paciente

MODELO DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL - ABORDAGEM INICIAL E ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de Pronto Atendimento Municipal – Colina/SP

1. FINALIDADE (VERSÃO ROBUSTA – NÍVEL INSTITUCIONAL)

Este Protocolo Institucional estabelece normas técnicas, operacionais e assistenciais obrigatórias para a abordagem inicial e estabilização clínica de pacientes em situações de urgência e emergência, aplicáveis a todos os profissionais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP.

Sua finalidade é:

1. Eliminar variabilidade assistencial perigosa, padronizando a resposta clínica inicial;
2. Reduzir o tempo até intervenções críticas, especialmente em condições tempo-dependentes;

3. Assegurar resposta organizada, hierarquizada e rastreável da equipe multiprofissional;
4. Garantir segurança do paciente, reduzindo eventos adversos evitáveis;
5. Oferecer suporte técnico à tomada de decisão clínica, especialmente em cenários de alta pressão;
6. Estabelecer critérios objetivos de auditoria e avaliação de desempenho assistencial.

A Solution Gestão Pública, como entidade gestora da unidade, institui este protocolo como norma interna obrigatória, integrando-o:

- Ao Manual de Protocolos Assistenciais;
- Aos treinamentos admissionais e periódicos;
- Às auditorias internas de prontuário e eventos críticos;
- Aos processos de avaliação de desempenho assistencial.

O descumprimento injustificado deste protocolo será considerado não conformidade assistencial, passível de análise técnica, orientação corretiva e, quando aplicável, medidas administrativas.

2. ESCOPO, ABRANGÊNCIA E LIMITES DE APLICAÇÃO

2.1 Abrangência Assistencial

Este protocolo aplica-se a:

- Pacientes adultos, pediátricos e idosos;
- Casos clínicos, traumáticos e mistos;
- Atendimentos por:
 - Demanda espontânea;
 - SAMU 192;
 - Transporte sanitário;
 - Resgates externos;
- Atendimentos realizados em:
 - Sala de emergência;
 - Sala de observação;
 - Consultórios médicos;

- Áreas de acolhimento e triagem.

2.2 Limites do Protocolo

Este protocolo não substitui julgamento clínico, mas:

- Orienta e organiza a conduta inicial;
- Define mínimos assistenciais obrigatórios;
- Estabelece prioridades inegociáveis de segurança.

Em caso de conflito entre este protocolo e protocolos específicos (ex.: IAM, AVC, Seps), prevalece o protocolo específico, desde que a estabilização inicial tenha sido garantida.

3. PRINCÍPIOS OPERACIONAIS FUNDAMENTAIS

3.1 Princípio da Prioridade Vital

Toda conduta inicial deve obedecer à seguinte hierarquia:

1. Ameaça imediata à vida;
2. Estabilização fisiológica mínima;
3. Organização do cuidado;
4. Investigação diagnóstica.

3.2 Princípio da Simultaneidade Assistencial

Sempre que possível, as ações devem ocorrer em paralelo, e não de forma sequencial:

- Monitorização enquanto se obtém acesso venoso;
- Oxigenação enquanto se coleta glicemia;
- Controle de sangramento enquanto se organiza via aérea.

3.3 Princípio da Reavaliação Contínua

O estado clínico do paciente em emergência é dinâmico. Nenhuma avaliação inicial é definitiva.

Todo paciente instável deve ser reavaliado em ciclos curtos e repetidos.

4. ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NA CHEGADA

(NÍVEL DE PORTA – ZERO MINUTO)

4.1 Triagem Rápida de Gravidade (TRG)

A Triagem Rápida de Gravidade é obrigatória e ocorre antes, durante ou imediatamente após o acolhimento, com duração máxima de 2 minutos.

Ela não substitui a Classificação de Risco formal, mas precede qualquer fila, senha ou espera.

4.2 Componentes da Triagem Rápida

A TRG deve avaliar, no mínimo:

- Estado de consciência;
- Esforço respiratório;
- Cor da pele e perfusão;
- Capacidade de falar/frases completas;
- Dor intensa associada a sinais sistêmicos;
- Sangramento visível;
- Mecanismo de trauma.

4.3 Critérios Mandatórios de Desvio Imediato

A presença de qualquer critério abaixo obriga o desvio imediato para sala de emergência, sem aguardar classificação formal:

- Inconsciência ou rebaixamento grave;
- Convulsão ativa ou recente;
- SpO₂ < limite seguro apesar de oxigênio;
- Estridor, cianose ou exaustão respiratória;
- PA muito baixa ou sinais claros de choque;
- Dor torácica com instabilidade;
- Sangramento ativo importante;
- Politrauma ou trauma de alta energia;
- Suspeita clínica forte de AVC agudo;
- Anafilaxia ou edema de vias aéreas.

5. ATIVAÇÃO FORMAL DA RESPOSTA DE EMERGÊNCIA

5.1 Conceito de “Evento Crítico”

Considera-se Evento Crítico Assistencial todo atendimento que envolva:

- Risco imediato de morte;
- Necessidade de intervenção simultânea da equipe;
- Necessidade de monitorização contínua;
- Potencial necessidade de transferência regulada.

5.2 Comando Único do Atendimento

Ao identificar um evento crítico, deve ser verbalizado de forma clara:

“Sala de emergência acionada.”

Esse comando:

- Define prioridade máxima do plantão;
- Reduz conflitos e ruídos operacionais;
- Centraliza decisões no líder do caso.

6. ESTRUTURA FUNCIONAL DA EQUIPE NO ATENDIMENTO CRÍTICO

6.1 Liderança Clínica

O **líder do caso** é responsável por:

- Definir prioridades clínicas;
- Delegar funções;
- Decidir destino do paciente;
- Garantir reavaliação contínua;
- Assegurar documentação mínima.

6.2 Coordenação de Enfermagem

O enfermeiro líder:

- Organiza execução das intervenções;
- Garante monitorização adequada;
- Controla tempos críticos;
- Supervisiona registros assistenciais.

6.3 Regra da Rastreabilidade

Todo atendimento crítico deve permitir identificar:

- Quem avaliou;
- Quem executou cada intervenção;
- Em que horário;
- Com que resposta clínica.

7. ABORDAGEM INICIAL E ESTABILIZAÇÃO – MÉTODO X-ABCDE

A — VIA AÉREA E PROTEÇÃO CERVICAL

Objetivo Clínico

Garantir via aérea pérvia, protegida e funcional, prevenindo hipóxia e aspiração.

Avaliação Estruturada

Avaliar obrigatoriamente:

- Capacidade de verbalização;
- Presença de ruídos respiratórios anormais;
- Acúmulo de secreções ou vômitos;
- Rebaixamento de consciência;
- Risco de aspiração;
- Mecanismo de trauma cervical.

Condutas Escalonadas Obrigatórias

1. Posicionamento

- Elevação de cabeceira se possível;
- Alinhamento de cabeça e pescoço;
- Proteção cervical em trauma conforme risco.

2. Aspiração

- Aspirar sempre que houver secreção, sangue ou vômitos;
- Não postergar aspiração por exames.

3. Dispositivos Básicos

- Cânulas quando indicadas;
- Ventilação assistida se respiração ineficaz.

4. Falha de Via Aérea

- Reconhecer precocemente;
- Acionar suporte avançado;
- Priorizar oxigenação enquanto organiza escalonamento.

Critérios Formais de Via Aérea Ameaçada

- Glasgow baixo ou em queda;
- Estridor progressivo;
- Incapacidade de proteger via aérea;
- Hipoxemia refratária;
- Trauma facial ou cervical grave.

B — RESPIRAÇÃO E OXIGENAÇÃO

Objetivo Clínico

Assegurar oxigenação adequada e ventilação eficaz.

Avaliação Obrigatória

- FR;
- Padrão respiratório;
- Uso de musculatura acessória;
- SpO₂ contínua;
- Simetria torácica.

Intervenções Estruturadas

- Oxigênio conforme necessidade clínica;
- Ventilação assistida se respiração ineficaz;
- Reconhecimento precoce de fadiga respiratória;
- Priorização do suporte ventilatório antes de exames.

C — CIRCULAÇÃO E PERFUSÃO

Objetivo Clínico

Garantir perfusão tecidual adequada e controle imediato de hemorragias.

Avaliação Obrigatória

- PA seriada;
- FC e qualidade do pulso;
- Perfusão periférica;
- Estado mental;
- Sangramento visível.

Intervenções Obrigatórias

- Controle imediato de sangramento;
- Acesso venoso calibroso;
- Reposição volêmica conforme prescrição;
- Monitorização contínua da resposta clínica.

D — NEUROLÓGICO E METABÓLICO**Objetivo Clínico**

Identificar alterações neurológicas e distúrbios metabólicos reversíveis.

Avaliação

- Nível de consciência;
- Déficit focal;
- Pupilas quando viável;
- Convulsão;
- Glicemia capilar sempre que indicado.

Intervenções

- Tratamento imediato da hipoglicemia;
- Manejo da convulsão ativa;
- Ativação de fluxo de AVC quando indicado.

E — EXPOSIÇÃO, TEMPERATURA E AVALIAÇÃO DIRIGIDA**Objetivo Clínico**

Identificar lesões ocultas e prevenir hipotermia.

- Exposição apenas do necessário;
- Prevenção ativa de perda de calor;
- Respeito à privacidade;
- Reavaliação após estabilização inicial.

8. PACOTES DE ESTABILIZAÇÃO POR SÍNDROME

Os pacotes de estabilização por síndrome têm como objetivo reduzir variabilidade assistencial, padronizar resposta inicial e diminuir tempo até intervenções críticas, especialmente em condições tempo-dependentes.

Cada pacote define:

- Critérios objetivos de ativação;
- Condutas mínimas obrigatórias;
- Pontos de reavaliação;
- Gatilhos de escalonamento;
- Limites de segurança.

8.1 PACIENTE COM DISPNEIA AGUDA

8.1.1 Critérios de Ativação do Pacote

Ativar este pacote sempre que o paciente apresentar **qualquer** dos seguintes:

- Queixa de falta de ar aguda ou piora súbita;
- FR alterada associada a desconforto;
- SpO₂ abaixo do alvo clínico;
- Uso de musculatura acessória;
- Fala entrecortada;
- História prévia de asma, DPOC, ICC, TEP ou anafilaxia.

8.1.2 Objetivos Clínicos Imediatos

1. Garantir oxigenação adequada;
2. Reduzir trabalho respiratório;
3. Identificar sinais precoces de falência ventilatória;
4. Prevenir deterioração súbita.

8.1.3 Condutas Obrigatórias Iniciais

- Monitorização contínua (SpO₂, FC, PA);
- Oxigênio suplementar conforme avaliação clínica;
- Avaliação seriada do padrão respiratório;
- Manter paciente em posição que favoreça ventilação;
- Acesso venoso disponível em quadros moderados/graves.

8.1.4 Reavaliação Dirigida

Reavaliar a cada 5–10 minutos em pacientes instáveis:

- Saturação melhorou?
- Redução do esforço respiratório?
- Sinais de fadiga (queda de FR, rebaixamento)?

8.1.5 Gatilhos de Escalonamento Imediato

- SpO₂ persistentemente baixa apesar de O₂;
- Fadiga respiratória progressiva;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Silêncio auscultatório ou piora súbita.

8.2 DOR TORÁCICA SUSPEITA DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

8.2.1 Critérios de Ativação

Ativar o pacote sempre que houver:

- Dor torácica típica ou atípica associada a mal-estar;
- Dor irradiada, sudorese, náuseas;
- Dispneia associada;
- História cardiovascular relevante.

8.2.2 Objetivos Assistenciais

1. Reconhecer risco elevado precocemente;
2. Reduzir atraso diagnóstico;
3. Monitorizar para eventos arrítmicos;
4. Garantir segurança durante investigação.

8.2.3 Condutas Obrigatórias

- Monitorização contínua;
- PA seriada;
- Acesso venoso periférico;
- ECG conforme fluxo institucional prioritário;
- Registro formal do horário de início dos sintomas.

8.2.4 Pontos de Atenção Críticos

- Dor torácica + instabilidade hemodinâmica = sala de emergência;
- Dor torácica + síncope = alto risco;
- Dor torácica atípica não exclui gravidade.

8.3 SUSPEITA DE SEPSE

8.3.1 Critérios de Ativação

Considerar sepse na presença de:

- Alteração do estado mental;
- Taquicardia persistente;
- Hipotensão ou perfusão ruim;
- Febre ou hipotermia;
- Suspeita ou foco infeccioso evidente.

8.3.2 Objetivos Clínicos

1. Reconhecimento precoce;
2. Estabilização hemodinâmica inicial;
3. Organização rápida do cuidado;
4. Redução de progressão para choque séptico.

8.3.3 Condutas Mínimas Obrigatórias

- Monitorização contínua;
- Acesso venoso calibroso;
- Avaliação seriada de perfusão;
- Coletas conforme protocolo interno;

- Registro formal de suspeita de sepse.

8.3.4 Reavaliação

Reavaliar resposta clínica após cada intervenção:

- PA respondeu?
- Estado mental melhorou?
- Perfusão periférica adequada?

8.4 PACIENTE TRAUMATIZADO

8.4.1 Critérios de Ativação

Ativar pacote de trauma em:

- Politrauma;
- Trauma de alta energia;
- Trauma penetrante;
- Trauma com rebaixamento de consciência;
- Trauma em idosos com mecanismo relevante.

8.4.2 Objetivos Imediatos

1. Identificar ameaças imediatas à vida;
2. Controlar hemorragias;
3. Evitar agravamento secundário;
4. Organizar transferência quando indicada.

8.4.3 Condutas Obrigatórias

- X-ABCDE rápido e repetido;
- Controle imediato de sangramento;
- Imobilização conforme risco;
- Exposição dirigida + prevenção de hipotermia;
- Registro do mecanismo do trauma e horário.

9. REAVALIAÇÃO E CICLO CONTÍNUO DE ESTABILIZAÇÃO

9.1 Conceito Operacional

A estabilização não é um evento único, mas um processo contínuo.

Todo paciente instável deve permanecer em:

- Monitorização contínua;
- Reavaliação frequente;
- Ambiente compatível com o risco.

9.2 Frequência Mínima de Reavaliação

- Paciente instável: reavaliar a cada intervenção ou mudança clínica;
- Paciente em observação: reavaliar em intervalos regulares conforme risco.

9.3 Registro Obrigatório

Toda reavaliação relevante deve constar em prontuário:

- O que foi avaliado;
- O que mudou;
- Qual decisão foi tomada.

10. DEFINIÇÃO DO DESTINO ASSISTENCIAL

10.1 Permanência em Sala de Emergência

Indicado quando houver:

- Instabilidade ativa;
- Alto risco de deterioração;
- Necessidade de intervenções frequentes.

10.2 Sala de Observação Monitorizada

Indicado quando:

- Paciente estabilizado;
- Necessidade de reavaliação seriada;
- Tratamento em curso com risco moderado.

10.3 Alta ou Área de Menor Complexidade

Somente quando:

- Sinais vitais estáveis;

- Queixa resolvida ou controlada;
- Orientações claras registradas;
- Critérios de segurança atendidos.

10.4 Transferência Regulada

Indicado quando:

- Necessidade de recurso não disponível;
- Risco supera capacidade da UPA.

Regra obrigatória:

Nenhum paciente deve ser transferido sem tentativa de estabilização máxima possível.

11. COMUNICAÇÃO E PASSAGEM DE CASO

11.1 Comunicação Estruturada – SBAR

A passagem de caso deve conter obrigatoriamente:

- Situação atual;
- Contexto clínico relevante;
- Avaliação objetiva (X-ABCDE);
- Recomendação clara.

11.2 Comunicação com Familiares

- Deve ser registrada;
- Deve ser clara e compatível com o estado clínico;
- Deve respeitar sigilo e ética profissional.

12. DOCUMENTAÇÃO ASSISTENCIAL MÍNIMA OBRIGATÓRIA

Todo atendimento crítico deve conter:

- Horário de chegada;
- Horário da primeira avaliação;
- Sinais vitais iniciais;
- Registro do X-ABCDE;

- Intervenções realizadas;
- Resposta clínica;
- Decisão de destino e justificativa.

A ausência desses registros caracteriza **falha assistencial documental**.

13. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ESTABILIZAÇÃO

13.1 Práticas Obrigatórias

- Identificação correta do paciente;
- Conferência de alergias;
- Dupla checagem de medicações críticas;
- Prevenção de quedas;
- Higiene das mãos e precauções padrão.

14. IMPLANTAÇÃO, TREINAMENTO E GOVERNANÇA

A **Solution Gestão Pública** implantará este protocolo por meio de:

- Treinamento inicial por turno;
- Simulações clínicas frequentes (cenários reais);
- Checklist diário de sala de emergência;
- Auditorias internas mensais;
- Devolutiva estruturada à equipe;
- Revisão periódica do protocolo.

15. INDICADORES OPERACIONAIS E ASSISTENCIAIS

Serão monitorados, no mínimo:

- Tempo até primeira avaliação em pacientes graves;
- Percentual de pacientes graves com X-ABCDE documentado;
- Registro completo de sinais vitais iniciais;
- Registro de glicemia quando indicado;
- Eventos adversos relacionados a atraso;

- Falhas de equipamento crítico.

5.1.1.2 Condutas clínicas padronizadas

A Importância das Condutas Clínicas Padronizadas em Unidades de Pronto Atendimento

A padronização de condutas clínicas em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal representa elemento fundamental para garantia de qualidade assistencial, segurança do paciente e uso racional de recursos. Em ambiente caracterizado por alta rotatividade profissional, diversidade de formações e pressão assistencial constante, protocolos bem estruturados funcionam como bússola orientadora que assegura padrão mínimo de cuidado independentemente do profissional executor.

A realidade operacional de uma UPA evidencia cenários que tornam a padronização não apenas desejável, mas essencial. Médicos plantonistas de diferentes especialidades e experiências atendem amplo espectro de patologias. Decisões rápidas são necessárias em ambiente de urgência. Recursos diagnósticos e terapêuticos são limitados comparados a hospitais terciários. Interface com rede de saúde exige critérios claros de encaminhamento. Cada elemento reforça necessidade de diretrizes objetivas que orientem condutas.

A ausência de protocolos padronizados gera consequências deletérias mensuráveis. Variabilidade excessiva nas condutas compromete previsibilidade e qualidade. Uso irracional de antibióticos promove resistência bacteriana. Solicitação desnecessária de exames sobrecarrega sistema e gera custos. Internações evitáveis congestionam hospitais de retaguarda. Altas inadequadas resultam em retornos precoces e complicações. Insegurança profissional leva a condutas defensivas que desperdiçam recursos.

O desenvolvimento de condutas padronizadas baseadas em evidências surge como resposta organizacional madura a estes desafios. Protocolos bem desenhados incorporam melhores práticas científicas, adaptam-se à realidade local, consideram recursos disponíveis, estabelecem fluxos claros de decisão e criam mecanismos de monitoramento e ajuste. Mais que documentos normativos, representam ferramentas práticas que empoderam profissionais e protegem pacientes.

A implementação efetiva de condutas padronizadas proporciona benefícios multidimensionais. Pacientes recebem tratamento consistente e baseado em evidências. Profissionais trabalham com segurança respaldados por diretrizes institucionais. Gestão otimiza recursos através de uso racional. Sistema de saúde beneficia-se de referenciamentos adequados. Sociedade

recebe cuidado de qualidade com uso eficiente de recursos públicos. Cada protocolo implementado multiplica estes benefícios.

5.1.1.2 Condutas Clínicas Padronizadas

5.1.1.2.1 Princípios Gerais da Padronização

As condutas clínicas padronizadas na UPA fundamentam-se em princípios que garantem simultaneamente qualidade técnica, aplicabilidade prática e flexibilidade necessária para individualização quando indicada.

O embasamento em evidências científicas atualizadas constitui pilar fundamental. Diretrizes de sociedades médicas reconhecidas orientam escolhas terapêuticas. Revisões sistemáticas e metanálises informam níveis de evidência. Adaptações consideram epidemiologia e recursos locais. Atualizações periódicas incorporam novos conhecimentos. Transparência sobre grau de evidência orienta aplicação. Ciência robusta sustenta cada recomendação.

A aplicabilidade prática diferencia protocolos acadêmicos de operacionais. Fluxogramas simplificados facilitam decisões rápidas. Medicamentos padronizados estão disponíveis na unidade. Exames propostos são realizáveis no serviço ou rede. Tempos de observação respeitam capacidade instalada. Critérios de transferência consideram realidade da regulação. Cada elemento foi testado na prática antes de formalização.

A flexibilidade para individualização reconhece que protocolos são guias, não camisas de força. Comorbidades podem modificar condutas padrão. Alergias exigem alternativas terapêuticas. Preferências informadas do paciente são consideradas. Julgamento clínico complementa diretrizes em casos complexos. Desvios justificados são documentados adequadamente. Rigidez excessiva pode ser tão prejudicial quanto ausência de padrões.

A integração com a rede de atenção permeia todos os protocolos. Encaminhamentos seguem fluxos pactuados regionalmente. Critérios de referência respeitam capacidade dos serviços. Contrarreferência é sistematicamente solicitada. Comunicação efetiva facilita continuidade. Cada conduta considera o paciente em sua jornada pela rede, não apenas o episódio agudo.

5.1.1.2.2 Manejo da Dor Aguda

A dor constitui motivo frequente de procura por atendimento de urgência, demandando abordagem sistemática que combine avaliação adequada, tratamento efetivo e monitoramento de resposta.

A avaliação inicial da dor utiliza ferramentas validadas e apropriadas. Escala numérica de 0-10 para adultos colaborativos. Escala de faces para

crianças ou limitações cognitivas. Avaliação comportamental para pacientes não comunicativos. Caracterização completa incluindo localização, irradiação, tipo, intensidade, fatores de melhora e piora, e sintomas associados. Diferenciação entre dor nociceptiva e neuropática quando possível. Documentação detalhada orienta escolha terapêutica.

O protocolo de analgesia segue escada adaptada à urgência:

Dor leve (1-3/10):

- Dipirona 500-1000mg VO/IV 6/6h
- Ou Paracetamol 750-1000mg VO/IV 6/6h
- Medidas não farmacológicas adjuvantes

Dor moderada (4-6/10):

- Dipirona 1000mg IV +
- Tramadol 50-100mg IV diluído lento
- Ou Dipirona + Anti-inflamatório (se não contraindicado)
- Cetoprofeno 100mg IV em 100ml SF 0,9% 30min

Dor intensa (7-10/10):

- Morfina 2-5mg IV titulada cada 5-10min até alívio
- Máximo inicial 10-15mg
- Monitorização de sinais vitais obrigatória
- Naloxona disponível para reversão se necessário

A reavaliação da dor ocorre sistematicamente. Em 30 minutos para dor intensa tratada com opioides. Em 60 minutos para analgesia com outras medicações. Documentação de resposta com mesma escala inicial. Ajustes terapêuticos se alívio inadequado. Investigação de causas se refratariedade. Cada paciente tem direito a tratamento adequado da dor.

Situações especiais demandam adaptações:

Cólica renal:

- Cetoprofeno 100mg IV preferencial
- Dipirona 1000mg IV associada
- Morfina se refratária ou contraindicação AINE
- Hidratação venosa generosa
- Antieméticos se náuseas

Enxaqueca:

- Ambiente calmo e escuro
- Dipirona 1000mg + Metoclopramida 10mg IV
- Dexametasona 4-10mg IV em casos selecionados
- Sumatriptano 6mg SC se disponível e sem contraindicação

5.1.1.2.3 Síndrome Coronariana Aguda

O atendimento à dor torácica com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) requer abordagem tempo-dependente com protocolos que agilizam diagnóstico e tratamento.

A avaliação inicial prioriza identificação rápida de SCA:

- ECG em até 10 minutos da chegada
- História clínica focada em características da dor
- Exame físico direcionado
- Marcadores de necrose miocárdica
- Estratificação de risco (TIMI, GRACE)

Protocolo para Infarto com Supradesnivelamento de ST (IAMCSST):

Identificação imediata e acionamento do protocolo:

- AAS 200-300mg mastigado imediatamente
- Clopidogrel 300-600mg VO
- Morfina titulada para alívio da dor
- Nitrato SL se PA adequada e sem contraindicação
- Betabloqueador se não contraindicado
- Acionamento IMEDIATO da regulação para transferência
- Tempo porta-agulha <30min se fibrinólise
- Tempo porta-balão <90min se angioplastia primária

Protocolo para SCA sem Supra de ST:

Estratificação define intensidade do tratamento:

- AAS 200mg mastigado
- Clopidogrel 300mg VO (considerar 600mg se alto risco)
- Enoxaparina 1mg/kg SC 12/12h

- Morfina para dor refratária
- Nitrato se dor persistente e PA adequada
- Betabloqueador precoce se estável
- Estatina potente iniciada precocemente
- Monitorização contínua
- Sieriação de marcadores e ECG

Crítérios de transferência imediata:

- IAMCSST para centro com hemodinâmica
- Instabilidade hemodinâmica
- Arritmias graves
- Sinais de falência ventricular
- Angina refratária ao tratamento
- Troponina em ascensão com alto risco

5.1.1.2.4 Crise Hipertensiva

O manejo adequado das elevações pressóricas agudas diferencia urgências de emergências hipertensivas, orientando tratamento apropriado.

Emergência Hipertensiva (lesão aguda de órgão-alvo):

Apresentações que caracterizam emergência:

- Encefalopatia hipertensiva
- AVC isquêmico ou hemorrágico
- Dissecção aórtica aguda
- Edema agudo de pulmão
- Síndrome coronariana aguda
- Eclâmpsia/Pré-eclâmpsia grave

Manejo imediato:

- Monitorização contínua em sala de emergência
- Acesso venoso calibroso
- Redução de 10-20% na primeira hora
- Não reduzir >25% nas primeiras 2 horas

Medicações endovenosas:

- Nitroprussiato 0,25-10 mcg/kg/min (primeira escolha maioria dos casos)
- Nicardipina 5-15 mg/h IV
- Esmolol 250-500 mcg/kg ataque + 50-100 mcg/kg/min
- Labetalol 10-20mg IV seguido de 40-80mg 10/10min
- Hidralazina 5-10mg IV 20/20min (eclâmpsia)

Urgência Hipertensiva (sem lesão aguda órgão-alvo):

Caracterização:

- PA severamente elevada (>180/120)
- Sintomas inespecíficos (cefaleia, tontura)
- Ausência de lesão aguda órgão-alvo

Abordagem:

- Observação em ambiente calmo
- Medicação oral preferencialmente
- Redução gradual em 24-48h
- Investigação de causa e má adesão

Opções terapêuticas:

- Captopril 12,5-25mg VO repetir 1h se necessário
- Clonidina 0,1-0,2mg VO até 0,6mg
- Amlodipina 5-10mg VO
- Furosemida 20-40mg se sobrecarga

5.1.1.2.5 Insuficiência Respiratória Aguda

O manejo da dispneia aguda requer identificação rápida da causa e instituição de medidas de suporte enquanto tratamento específico é iniciado.

Avaliação inicial sistematizada:

- Sinais vitais incluindo oximetria
- Avaliação rápida do padrão respiratório
- Ausculta pulmonar e cardíaca focadas
- ECG se suspeita cardíaca

- Radiografia de tórax priorizada
- Gasometria arterial em casos graves

Exacerbação de DPOC:

Critérios diagnósticos:

- História prévia de DPOC
- Piora da dispneia basal
- Aumento da produção/purulência do escarro
- Sibilância/redução de MV

Tratamento padronizado:

- Oxigênio titulado para SatO₂ 88-92%
- Broncodilatadores nebulizados:
 - Fenoterol 10 gotas + Brometo de ipratrópio 20 gotas
 - Repetir 20/20min nas primeiras 2 horas
- Corticoide sistêmico:
 - Prednisona 40mg VO ou
 - Hidrocortisona 200mg IV
- Antibioticoterapia se 2 de 3 critérios:
 - Aumento da dispneia
 - Aumento do volume de escarro
 - Purulência do escarro
 - Amoxicilina-clavulanato 500/125mg 8/8h ou
 - Azitromicina 500mg/dia

Crise Asmática:

Classificação de gravidade orienta tratamento:

Crise leve-moderada:

- Beta-2 agonista nebulizado 20/20min
- Prednisolona 40-60mg VO
- Reavaliação em 1 hora

Crise grave:

- Beta-2 + anticolinérgico contínuos
- Corticoide IV (hidrocortisona 200mg)
- Sulfato de magnésio 1-2g IV em 20min
- Considerar aminofilina 6mg/kg ataque
- Preparar para via aérea definitiva

Edema Agudo de Pulmão:

Medidas imediatas:

- Posição sentada/semi-sentada
- Oxigênio alto fluxo/VNI se disponível
- Furosemida 40-80mg IV
- Morfina 2-5mg IV (cuidado se instável)
- Nitroglicerina SL/IV se PAS >90
- Suporte inotrópico se choque
- Identificar e tratar causa base

5.1.1.2.6 Seps e Choque Séptico

O reconhecimento precoce e tratamento agressivo da seps seguem protocolos tempo-dependentes que salvam vidas.

Crterios de identificao (qSOFA ≥ 2):

- Alterao do nvel de conscincia (Glasgow <15)
- Frequncia respiratria ≥ 22 ipm
- Presso arterial sistlica ≤ 100 mmHg

Pacote de 1 hora para Seps:

1. Coleta de culturas antes de antibiticos:
 - Hemoculturas (2 pares)
 - Urocultura se suspeita ITU
 - Outras conforme foco
2. Antibioticoterapia emprica precoce:
 - Foco pulmonar: Ceftriaxona 2g + Azitromicina 500mg
 - Foco abdominal: Ceftriaxona 2g + Metronidazol 500mg

- Foco urinário: Ceftriaxona 2g
- Foco indeterminado: Piperacilina-tazobactam 4,5g

3. Ressuscitação volêmica:

- Cristaloide 30ml/kg em bolus rápidos
- Reavaliação frequente de resposta
- Meta: PAM ≥ 65 , diurese $\geq 0,5$ ml/kg/h

4. Vasopressores se hipotensão persistente:

- Noradrenalina primeira escolha
- Iniciar 0,05 mcg/kg/min
- Titular para PAM ≥ 65

5. Dosagem de lactato:

- Inicial e após 2-4h
- Guiar ressuscitação
- Meta: normalização ou redução $>10\%$

5.1.1.2.7 Acidente Vascular Cerebral

O atendimento ao AVC agudo segue protocolo rigoroso visando identificação rápida e possibilidade de terapia de reperfusão.

Protocolo de AVC Agudo:

Triagem imediata (Código AVC):

- Déficit neurológico focal agudo
- Tempo de início $<4,5$ h (anotar precisamente)
- Escala NIHSS na chegada
- Glicemia capilar imediata

Medidas iniciais:

- Não baixar PA exceto se $>185/110$
- Manter cabeceira 0-15°
- Oxigênio apenas se SatO₂ $<94\%$
- Acesso venoso calibroso
- ECG e monitorização contínua

- TC crânio URGENTE sem contraste

Se AVC isquêmico confirmado:

Critérios para trombólise:

- Tempo <4,5h do início
- Déficit incapacitante
- Ausência de contraindicações
- TC sem hemorragia

Protocolo de rtPA:

- Dose: 0,9mg/kg (máx 90mg)
- 10% em bolus 1 minuto
- 90% restante em 60 minutos
- Monitorização neurológica rigorosa
- PA <185/110 durante infusão

Transferência imediata para centro de AVC após estabilização.

5.1.1.2.8 Anafilaxia

O reconhecimento e tratamento imediatos da anafilaxia são vitais para prevenir desfechos fatais.

Critérios diagnósticos:

- Início agudo (minutos a horas) com:
- Envolvimento de pele/mucosas E
- Comprometimento respiratório OU hipotensão

Tratamento imediato:

1. Adrenalina IM imediata:
 - Adultos: 0,3-0,5mg (0,3-0,5ml de 1:1000)
 - Crianças: 0,01mg/kg
 - Repetir 5-15min se necessário
 - Aplicar face anterolateral da coxa
2. Medidas de suporte:
 - Oxigênio alto fluxo

- Acesso venoso calibroso
- Cristaloide generoso se hipotensão
- Posição supina com MMII elevados

3. Medicações adjuvantes (após adrenalina):

- Anti-histamínico: Difenidramina 50mg IV
- Corticoide: Hidrocortisona 200mg IV
- Broncodilatador se broncoespasmo

4. Observação mínima 6h após resolução

- Risco de reação bifásica
- Alta com orientações claras
- Prescrever autoinjeter se disponível

5.1.1.2.9 Cetoacidose Diabética

O manejo da cetoacidose requer correção cuidadosa de múltiplos distúrbios metabólicos simultaneamente.

Diagnóstico:

- Glicemia >250mg/dl
- pH <7,3 ou bicarbonato <15
- Cetonemia/cetonúria positivas
- Anion gap aumentado

Protocolo de tratamento:

1. Hidratação inicial:

- SF 0,9% 15-20ml/kg primeira hora
- Depois 250-500ml/h conforme estado
- Mudar para SG 5% quando glicemia <250

2. Insulinoterapia:

- Bolus inicial 0,1 UI/kg IV (opcional)
- Infusão contínua 0,1 UI/kg/h
- Ajustar para queda 50-75mg/dl/h
- Manter até resolução da cetose

3. Reposição de potássio:

- Iniciar quando $K < 5,5$ e diurese presente
- 20-30 mEq/L de fluidos
- Monitorar a cada 2-4h

4. Monitorização:

- Glicemia horária inicial
- Eletrólitos 2/2h
- Gasometria 2-4h
- Sinais vitais e balanço hídrico

5.1.1.2.10 Intoxicações Exógenas Agudas

O atendimento a intoxicações segue princípios gerais com adaptações específicas conforme agente.

Abordagem inicial padronizada:

1. Estabilização (X-ABCDE)
2. Descontaminação quando indicada:
 - Carvão ativado 1g/kg (<1h ingestão)
 - Contraindicado: cáusticos, hidrocarbonetos
3. Identificação do tóxico
4. Antídotos específicos quando disponíveis
5. Medidas de suporte
6. Contato com centro de intoxicações

Intoxicações específicas comuns:*Paracetamol:*

- Nível sérico 4h após ingestão
- N-acetilcisteína se acima linha tratamento
- Dose: 150mg/kg em 1h + 50mg/kg em 4h + 100mg/kg em 16h

Organofosforados:

- Atropina até atropinização
- Iniciar 2-5mg IV, dobrar a cada 5min

- Pralidoxima 1-2g IV se disponível

Benzodiazepínicos:

- Flumazenil 0,2mg IV, repetir até 3mg
- Cuidado em dependentes (convulsões)

5.1.1.2.11 Hemorragia Digestiva

O manejo inicial da hemorragia digestiva foca em estabilização hemodinâmica e estratificação de risco.

Avaliação inicial:

- Dois acessos calibrosos
- Tipagem e prova cruzada
- Hemograma, coagulação, ureia/creatinina
- ECG em idosos/coronariopatas

Ressuscitação:

- Cristaloide para manter PA
- Hemoderivados se necessário:
 - Meta Hb 7-8g/dl (9 se coronariopata)
 - Plasma fresco se coagulopatia
 - Plaquetas se <50.000

Tratamento específico HDA:

- Omeprazol 80mg IV bolus + 8mg/h
- Octreotida 50mcg bolus + 50mcg/h se varizes
- Eritromicina 250mg IV pré-endoscopia
- Antibiótico profilático se cirrose

Estratificação de risco (Rockall):

- Idade >60, comorbidades
- Choque na apresentação
- Determina tempo para endoscopia

5.1.1.2.12 Protocolos Pediátricos Essenciais

O atendimento pediátrico na UPA requer protocolos adaptados às particularidades fisiológicas e farmacológicas desta população.

Bronquiolite aguda:

Critérios diagnósticos:

- <2 anos com primeiro episódio sibilante
- Período epidêmico (outono/inverno)
- Pródromos de IVAS

Manejo baseado em gravidade:

- Leve: suporte, antitérmico, alta com orientação
- Moderada: O2 se SatO2 <92%, hidratação
- Grave: O2, hidratação IV, considerar UTI

Tratamento:

- Medidas de suporte principalmente
- Salbutamol: tentativa única, suspender se sem resposta
- Corticoide: não indicado rotineiramente
- Antibiótico: apenas se infecção bacteriana secundária

Crise convulsiva febril:

Abordagem:

- Proteção de vias aéreas
- Controle térmico agressivo
- Diazepam retal 0,5mg/kg se >5min
- Investigação se:
 - <6 meses ou >5 anos
 - Focal ou >15 minutos
 - Déficit pós-ictal
 - Recorrência em 24h

5.1.1.2.13 Monitoramento de Adesão aos Protocolos

A implementação efetiva de protocolos requer monitoramento sistemático de adesão e resultados.

Indicadores de processo:

- Taxa de adesão por protocolo

- Tempo para primeira dose antibiótico na sepse
- Tempo porta-ECG no IAM
- Uso apropriado de antibióticos

Indicadores de resultado:

- Mortalidade por condição tracer
- Taxa de retorno em 72h
- Eventos adversos relacionados
- Transferências evitáveis

Estratégias de melhoria:

- Auditoria e feedback regular
- Lembretes visuais nos pontos de cuidado
- Checklist para condições tempo-dependentes
- Educação continuada focada em gaps
- Reconhecimento de boas práticas

Barreiras comuns e soluções:

- Resistência: envolvimento na elaboração
- Complexidade: simplificação e fluxogramas
- Falta de recursos: adequação à realidade
- Rotatividade: treinamento de integração
- Exceções: documentação e análise

5.1.1.2.14 Atualização e Governança dos Protocolos

A manutenção da qualidade e relevância dos protocolos requer estrutura formal de governança.

Comissão de Protocolos Clínicos:

- Composição multiprofissional
- Reuniões mensais ordinárias
- Responsabilidades definidas:
 - Elaboração de novos protocolos
 - Revisão periódica (anual mínima)

- Análise de desvios justificados
- Incorporação de evidências
- Interface com educação continuada

Processo de atualização:

- Monitoramento de novas evidências
- Análise de eventos sentinela
- Feedback dos usuários
- Benchmarking com serviços referência
- Validação antes de implementação
- Divulgação ampla de mudanças
- Período de adaptação monitorado

Gestão de exceções:

- Reconhecimento de necessidade
- Documentação de justificativa
- Análise posterior de adequação
- Incorporação se pertinente
- Não punição por desvios fundamentados

5.1.1.2.15 Integração com Sistemas de Informação

A incorporação de protocolos em sistemas eletrônicos potencializa adesão e facilita monitoramento.

Funcionalidades essenciais:

- Alertas para condições tempo-dependentes
- Calculadoras de scores integradas
- Conjuntos de prescrições padronizadas
- Lembretes de reavaliação
- Links para fluxogramas no ponto de cuidado
- Coleta automática de indicadores
- Relatórios de adesão personalizados

Implementação gradual:

- Priorização por impacto e volume
- Testes piloto antes de expansão
- Treinamento específico obrigatório
- Suporte técnico disponível
- Ajustes baseados em uso real
- Manutenção de backup não eletrônico

5.1.1.2.16 Aspectos Médico-Legais

A adequada documentação do uso ou desvio justificado de protocolos possui implicações legais importantes.

Proteção profissional:

- Protocolos baseados em evidências
- Respaldo institucional formal
- Documentação de adesão
- Justificativa de desvios
- Prontuário completo

Responsabilidades:

- Conhecimento dos protocolos vigentes
- Aplicação criteriosa
- Documentação adequada
- Participação em atualizações
- Notificação de problemas

Auditoria e conformidade:

- Revisão periódica de prontuários
- Feedback não punitivo
- Educação direcionada
- Reconhecimento de boas práticas
- Melhoria contínua

A implementação efetiva de condutas clínicas padronizadas representa evolução fundamental na qualidade assistencial da Unidade de Pronto

Atendimento Municipal. Através da combinação equilibrada entre padronização baseada em evidências e flexibilidade para individualização, a unidade estabelece padrão de cuidado que protege pacientes, empodera profissionais e otimiza recursos.

O sucesso desta implementação não reside apenas na existência de protocolos bem elaborados, mas em sua incorporação à cultura organizacional. Cada profissional compreende que protocolos não limitam sua autonomia, mas fornecem estrutura segura dentro da qual exercer julgamento clínico. Cada paciente beneficia-se de cuidado consistente e atualizado. Cada gestor obtém ferramentas para monitorar e melhorar qualidade.

A jornada de padronização é contínua e evolutiva. Novas evidências surgirão demandando atualizações. Experiência local revelará necessidades de adaptação. Tecnologias emergentes oferecerão novas possibilidades. Expectativas sociais evoluirão requerendo respostas. Este capítulo estabelece fundação sólida sobre a qual construir futuro de excelência assistencial.

O compromisso com condutas padronizadas reflete maturidade institucional que reconhece: em urgência e emergência, variabilidade excessiva não é expressão de arte médica, mas risco desnecessário. Cada protocolo implementado, cada profissional treinado, cada paciente tratado segundo melhores evidências representa passo adicional na construção de sistema de saúde mais seguro, efetivo e equânime. Esta é a essência e o propósito das condutas clínicas padronizadas na UPA.

5.1.1.3 Critérios de monitoramento e reavaliação

A Importância dos Critérios de Monitoramento e Reavaliação de Pacientes

O estabelecimento de critérios claros e objetivos para monitoramento e reavaliação de pacientes constitui elemento fundamental para a segurança e qualidade assistencial em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Em ambiente onde pacientes apresentam condições clínicas dinâmicas e potencialmente instáveis, a vigilância sistemática e a reavaliação periódica representam a diferença entre evolução favorável e deterioração evitável, entre alta segura e desfecho adverso.

A natureza específica do atendimento em UPA cria cenários únicos que demandam monitoramento estruturado. Pacientes permanecem sob observação por períodos que variam de minutos a 24 horas, tempo suficiente para mudanças significativas em quadros clínicos. A rotatividade elevada de pacientes exige sistemas que garantam continuidade de vigilância mesmo com trocas de equipe. A diversidade de patologias atendidas requer flexibilidade nos protocolos sem

perder objetividade. A pressão assistencial não pode comprometer a segurança do monitoramento.

A realidade operacional demonstra que falhas no monitoramento e reavaliação constituem causas frequentes de eventos adversos evitáveis. Deteriorações clínicas não percebidas tempestivamente resultam em necessidade de intervenções mais complexas ou desfechos desfavoráveis. Altas precipitadas sem reavaliação adequada geram retornos precoces e potenciais complicações. Permanências prolongadas sem reavaliações criteriosas desperdiçam recursos e expõem pacientes a riscos desnecessários. Documentação inadequada de monitoramento compromete continuidade do cuidado e respaldo legal.

O desenvolvimento de critérios padronizados surge como resposta organizacional a estes desafios, estabelecendo framework que sistematiza a vigilância, define intervalos apropriados de reavaliação, estabelece parâmetros objetivos de monitoramento e cria mecanismos de alerta para situações de risco. Mais que protocolo técnico, representa compromisso institucional com a segurança do paciente e a excelência assistencial.

A implementação de processos estruturados de monitoramento e reavaliação proporciona benefícios mensuráveis em múltiplas dimensões. Para os pacientes, garante detecção precoce de complicações e ajustes terapêuticos oportunos. Para os profissionais, oferece diretrizes claras que orientam a prática e reduzem variabilidade inadequada. Para a gestão, demonstra maturidade assistencial e compromisso com qualidade. Para o sistema de saúde, otimiza utilização de recursos através de altas seguras e reduções de retornos evitáveis.

5.1.1.3 Critérios de Monitoramento e Reavaliação de Pacientes

5.1.1.3.1 Objetivos e Princípios do Monitoramento

O estabelecimento de critérios de monitoramento e reavaliação tem por objetivo principal garantir vigilância adequada e sistemática de todos os pacientes durante sua permanência na unidade, permitindo identificação precoce de mudanças clínicas significativas e tomada de decisão oportuna.

Os objetivos específicos incluem detectar precocemente sinais de deterioração clínica, avaliar resposta terapêutica às intervenções realizadas, identificar necessidade de mudança de conduta ou nível de cuidado, determinar momento seguro para alta hospitalar, prevenir eventos adversos relacionados a falhas de vigilância e documentar adequadamente evolução clínica. Cada objetivo contribui diretamente para segurança e qualidade do atendimento.

O princípio da vigilância proporcional ao risco estabelece que intensidade e frequência de monitoramento devem corresponder à gravidade e instabilidade

do quadro clínico. Pacientes classificados como emergência recebem monitoramento contínuo. Casos urgentes têm reavaliações frequentes em intervalos definidos. Situações de menor gravidade permitem intervalos maiores com parâmetros específicos. Flexibilidade existe dentro de parâmetros seguros. Superdimensionamento desperdiça recursos enquanto subdimensionamento compromete segurança.

A sistematização do monitoramento elimina dependência exclusiva de julgamento individual e garante padrão mínimo de qualidade. Protocolos definem claramente quais parâmetros monitorar. Intervalos de verificação são explicitamente estabelecidos. Valores de alerta são objetivamente determinados. Ações frente a alterações são previamente definidas. Documentação segue formato padronizado. Sistematização não elimina raciocínio clínico mas fornece estrutura segura.

A continuidade da vigilância através das transições de cuidado previne lapsos perigosos. Passagens de plantão incluem status de monitoramento. Transferências internas mantêm parâmetros estabelecidos. Mudanças de setor preservam informações críticas. Retornos de exames não interrompem vigilância básica. Pausas de equipe são cobertas adequadamente. Cada transição é ponto vulnerável que merece atenção especial.

A documentação como parte integral do monitoramento transforma observações em informação útil. Registros completos permitem análise de tendências. Gráficos facilitam visualização de evolução. Anotações contextualizadas explicam variações. Assinaturas responsabilizam profissionais. Horários precisos permitem correlações. Documentação adequada é tão importante quanto a própria observação.

5.1.1.3.2 Estratificação de Risco e Níveis de Monitoramento

A definição de diferentes níveis de monitoramento baseados em estratificação de risco otimiza recursos mantendo segurança para todos os pacientes.

O nível 1 - Monitoramento Intensivo aplica-se a pacientes críticos ou potencialmente instáveis. Inclui casos classificados como emergência na triagem, pacientes em uso de drogas vasoativas, situações pós-ressuscitação, instabilidade hemodinâmica de qualquer causa, insuficiência respiratória aguda e alterações neurológicas agudas significativas. Monitoramento é contínuo com registro a cada 15-30 minutos ou conforme mudanças.

Os parâmetros monitorizados no nível intensivo abrangem sinais vitais completos continuamente, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura. Avaliação

neurológica através de escala de Glasgow ou RASS conforme apropriado. Débito urinário horário quando sondado. Glicemia capilar em intervalos definidos para diabéticos ou em uso de insulina. Dor através de escala validada. Perfusão periférica e enchimento capilar. Cada parâmetro tem significado específico no contexto.

O nível 2 - Monitoramento Frequente destina-se a pacientes com urgências que demandam observação cuidadosa. Engloba classificações amarelas na triagem, quadros infecciosos moderados a graves, dor torácica em investigação, dispneia sem insuficiência respiratória franca, alterações metabólicas em correção e pós-procedimentos com sedação. Verificações ocorrem a cada 1-2 horas rotineiramente.

O conjunto de parâmetros do nível 2 foca em sinais vitais completos nas frequências estabelecidas, avaliação de sintomas principais como dor ou dispneia, verificação de sinais específicos relacionados à patologia, resposta a medicações administradas, necessidade de analgesia adicional e condições gerais incluindo hidratação e conforto. Flexibilidade existe para intensificar se deterioração for observada.

O nível 3 - Monitoramento Padrão aplica-se à maioria dos casos de menor complexidade. Inclui classificações verdes na triagem, quadros estáveis aguardando exames, observações pós-medicação sem risco significativo, casos sociais aguardando resolução e reavaliações programadas. Verificações ocorrem a cada 4 horas ou conforme sintomas.

Os elementos monitorados no nível 3 incluem sinais vitais básicos nos intervalos, sintomas que motivaram procura, efeitos de medicações simples administradas, condições para alta segura, necessidades de conforto básico e aspectos psicossociais relevantes. Simplicidade não significa negligência mas adequação ao risco real.

A transição entre níveis de monitoramento ocorre dinamicamente conforme evolução. Melhora clínica permite redução gradual de intensidade. Deterioração exige intensificação imediata independente de classificação inicial. Critérios objetivos orientam mudanças evitando decisões arbitrárias. Documentação de mudanças inclui justificativas. Comunicação garante que toda equipe compreenda novo nível. Flexibilidade com segurança orienta transições.

5.1.1.3.3 Parâmetros Específicos de Monitoramento

A definição clara de quais parâmetros monitorar e seus significados clínicos fundamenta vigilância efetiva e interpretação adequada.

Os sinais vitais constituem base fundamental de qualquer monitoramento. Pressão arterial com valores de referência ajustados para idade e comorbidades. Frequência cardíaca interpretada no contexto clínico, não isoladamente. Frequência respiratória como indicador sensível de deterioração. Temperatura corporal com método de aferição documentado. Saturação de oxigênio com ou sem suplementação especificada. Cada sinal tem valores de alerta definidos por protocolos.

A avaliação neurológica utiliza ferramentas validadas apropriadas ao contexto. Escala de Coma de Glasgow para alterações de consciência significativas. RASS para pacientes sob sedação. Avaliação pupilar em casos neurológicos. Força motora quando relevante. Orientação temporoespacial em idosos ou confusão. Mudanças sutis frequentemente precedem deteriorações maiores. Tendências importam mais que valores absolutos.

O monitoramento da dor reconhece seu impacto multidimensional. Escalas apropriadas à capacidade cognitiva e verbal. Numérica para adultos colaborativos. Faces para crianças ou limitações cognitivas. Comportamental para pacientes não comunicativos. Localização e características qualitativas documentadas. Resposta a intervenções analgésicas registrada. Efeitos adversos de analgesia vigiados. Dor não controlada é emergência que demanda ação.

A vigilância respiratória vai além da simples frequência. Padrão respiratório observado quanto a esforço e efetividade. Ausculta quando indicada por quadro clínico. Sinais de desconforto como tiragem ou batimento de asa nasal. Tolerância a decúbito como indicador funcional. Resposta a oxigenoterapia documentada. Necessidade crescente de oxigênio sinaliza alerta. Fadiga respiratória pode evoluir rapidamente.

O balanço hídrico em casos selecionados orienta condutas. Ingestão oral e venosa quantificadas. Débito urinário mensurado quando possível. Perdas extras estimadas incluindo vômitos e diarreia. Sinais clínicos de hidratação avaliados. Peso em casos de sobrecarga suspeita. Interpretação considera contexto clínico global. Precisão absoluta menos importante que tendências.

Parâmetros específicos por patologia complementam vigilância geral. Glicemia em diabéticos ou hiperglicemia de stress. Peak flow em asmáticos quando disponível. Circunferência abdominal em suspeitas de sangramento. Amplitude de movimento em casos ortopédicos. Débito de drenos quando presentes. Cada condição tem marcadores específicos de evolução. Protocolos direcionados aumentam sensibilidade de detecção.

5.1.1.3.4 Critérios de Reavaliação Médica

A definição de momentos e critérios para reavaliação médica estruturada garante que decisões clínicas sejam tomadas com informações atualizadas.

A reavaliação programada segue intervalos definidos por gravidade inicial. Emergências reavaliadas continuamente ou a cada 30 minutos. Urgências a cada 2-4 horas dependendo de especificidades. Casos estáveis a cada 6-8 horas no máximo. Pós-procedimentos conforme protocolo específico. Aguardando exames ao receber resultados. Intervalos máximos previnem esquecimentos. Documentação comprova cumprimento.

Os gatilhos para reavaliação não programada são claramente estabelecidos. Alteração significativa de sinais vitais conforme parâmetros definidos. Mudança de nível de consciência mesmo sutil. Aparecimento de novos sintomas ou piora dos existentes. Falha de resposta terapêutica esperada. Solicitação do paciente ou familiar por piora subjetiva. Preocupação da enfermagem baseada em experiência. Cada gatilho merece avaliação sem delay.

A reavaliação pós-intervenção verifica efetividade e detecta complicações. Após analgesia em tempo apropriado ao fármaco. Pós-broncodilatador em crises respiratórias. Depois de expansão volêmica em hipovolemia. Seguindo cardioversão ou outras intervenções elétricas. Após sedação quando recuperação esperada. Medicamentos de urgência sempre demandam verificação. Ausência de resposta orienta mudanças de conduta.

Os elementos essenciais da reavaliação incluem comparação objetiva com avaliação prévia. Revisão de todos os parâmetros monitorizados no período. Exame físico direcionado a sistema afetado e achados prévios. Análise de exames complementares retornados. Revisão de medicações administradas e respostas. Consideração de diagnósticos diferenciais se evolução atípica. Decisão clara sobre próximos passos documentada.

A tomada de decisão pós-reavaliação define caminhos claros. Manutenção de conduta com justificativa se evolução favorável. Ajustes terapêuticos especificados claramente. Mudança de nível de cuidado se deterioração ou melhora significativa. Solicitação de exames adicionais com urgência definida. Necessidade de transferência ou interconsulta identificada. Alta hospitalar se critérios de segurança atingidos. Cada decisão com fundamentação registrada.

5.1.1.3.5 Monitoramento de Populações Especiais

Grupos populacionais específicos demandam adaptações nos critérios gerais de monitoramento respeitando suas particularidades.

O monitoramento pediátrico considera variações fisiológicas por faixa etária. Sinais vitais interpretados com tabelas específicas por idade. Irritabilidade

ou apatia como sinais precoces de gravidade. Recusa alimentar valorizada como sintoma importante. Choro inconsolável demandando investigação. Palidez cutânea mais evidente que cianose. Participação de pais na vigilância quando apropriado. Deterioração pode ser mais rápida que em adultos.

A vigilância de idosos respeita múltiplas comorbidades e apresentações atípicas. Confusão mental como manifestação de diversos problemas. Quedas sinalizando doenças agudas subjacentes. Polifarmácia considerada em todas as análises. Reserva fisiológica reduzida antecipando complicações. Sintomas vagos não minimizados. Aspectos sociais impactando evolução. Fragilidade baseline orientando intensidade de monitoramento.

O monitoramento de gestantes protege binômio mãe-filho. Sinais vitais maternos considerando alterações fisiológicas gravídicas. Monitorização fetal quando idade gestacional apropriada. Contrações uterinas em qualquer queixa abdominal. Perdas vaginais caracterizadas detalhadamente. Movimentação fetal perguntada sistematicamente. Sinais de pré-eclâmpsia vigiados ativamente. Limiar baixo para intensificar monitoramento.

Pacientes psiquiátricos requerem vigilância adaptada e humanizada. Risco de auto e heteroagressão avaliado continuamente. Efeitos colaterais de psicofármacos monitorizados. Contenção física vigiada com protocolo específico. Sinais de síndrome neuroléptica maligna conhecidos. Tentativas de fuga prevenidas com ambiente seguro. Desescalonamento verbal preferido quando possível. Dignidade preservada durante toda vigilância.

Pacientes com deficiências demandam comunicação adaptada. Métodos alternativos para expressar dor ou desconforto. Cuidadores incluídos quando conhecem sinais específicos. Tecnologias assistivas mantidas disponíveis. Sinais não verbais valorizados. Rotinas conhecidas respeitadas quando possível. Acessibilidade garantida em todos os momentos. Autonomia preservada dentro de limites seguros.

Casos sociais complexos integram vigilância clínica e social. Sinais de violência observados e documentados. Negligência ou abandono identificados precocemente. Rede de proteção acionada quando indicado. Condições de alta avaliadas amplamente. Adesão a tratamentos considerada realisticamente. Vulnerabilidades múltiplas impactando evolução. Abordagem interdisciplinar essencial.

5.1.1.3.6 Sistemas de Alerta e Resposta Rápida

A implementação de sistemas estruturados de identificação e resposta a deteriorações clínicas salva vidas através de intervenções oportunas.

Os escores de alerta precoce padronizam identificação de risco. NEWS (National Early Warning Score) ou similar implementado. Parâmetros fisiológicos

pontuados objetivamente. Somatória define nível de preocupação e resposta. Acionamentos escalonados conforme gravidade. Falsos positivos aceitos para não perder casos graves. Treinamento garante aplicação correta. Auditoria monitora adesão e efetividade.

O sistema de resposta estabelece ações claras por nível de alerta. Scores baixos mantêm monitoramento padrão. Valores intermediários intensificam vigilância e acionam reavaliação. Pontuações elevadas mobilizam resposta imediata. Protocolos definem quem acionar e em quanto tempo. Papéis durante resposta previamente estabelecidos. Simulações testam efetividade do sistema. Debriefing pós-acionamento identifica melhorias.

A comunicação estruturada durante deteriorações evita perdas de informação. SBAR (Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação) orienta contatos. Informações críticas transmitidas primeiro. Ordens verbais repetidas para confirmação. Registros imediatos de todas as comunicações. Acionamentos múltiplos se resposta inadequada. Escalonamento hierárquico quando necessário. Assertividade encorajada para advocacia do paciente.

Os recursos de resposta rápida são mantidos prontamente disponíveis. Carrinho de emergência conferido e lacrado por turno. Medicações de urgência com fácil acesso e dentro da validade. Equipamentos de via aérea testados e prontos. Desfibrilador carregado com pás apropriadas disponíveis. Equipe treinada em suporte avançado por plantão. Fluxos de transferência rápida estabelecidos. Preparação antecipada permite ação efetiva.

5.1.1.3.7 Documentação do Monitoramento

O registro adequado de todas as atividades de monitoramento e reavaliação constitui requisito legal, ético e assistencial fundamental.

Os instrumentos de registro facilitam documentação sistemática. Folhas de sinais vitais com espaços apropriados e horários pré-definidos. Gráficos que permitem visualização de tendências. Campos específicos para cada parâmetro relevante. Espaços para observações contextualizadas. Identificação clara de profissional responsável. Designs que minimizam erros e omissões. Versões eletrônicas quando disponíveis com mesma lógica.

A qualidade dos registros reflete qualidade assistencial. Horários precisos, não aproximados ou agrupados. Valores numéricos exatos, não ranges vagos. Zeros e ausências diferenciados claramente. Rasuras evitadas com correções apropriadas. Siglas padronizadas e compreensíveis. Letra legível em registros manuais. Assinaturas completas com identificação profissional. Cada detalhe importa para utilidade do registro.

A integração de informações cria narrativa clínica coerente. Sinais vitais correlacionados com sintomas. Intervenções ligadas a alterações observadas.

Respostas terapêuticas claramente documentadas. Decisões justificadas por achados registrados. Evolução temporal facilmente compreensível. Diferentes profissionais contribuindo harmonicamente. Prontuário conta história completa e lógica.

Os aspectos médico-legais da documentação protegem todos envolvidos. Registros contemporâneos aos eventos. Alterações posteriores claramente identificadas. Ausência de registro presume não realização. Qualidade reflete diligência profissional. Completude demonstra cuidado apropriado. Precisão permite defesa adequada. Documentação é melhor proteção disponível.

5.1.1.3.8 Responsabilidades da Equipe Multiprofissional

A clara definição de papéis e responsabilidades no monitoramento garante cobertura completa sem duplicações ou lacunas.

A equipe de enfermagem assume papel central no monitoramento contínuo. Execução de verificações nos intervalos estabelecidos. Identificação precoce de alterações significativas. Comunicação efetiva com equipe médica. Registro completo e preciso de observações. Implementação de intervenções dentro de protocolo. Educação de pacientes sobre sinais de alerta. Coordenação de cuidados entre diferentes profissionais. Advocacia pelo paciente quando preocupações existem.

Os técnicos de enfermagem contribuem significativamente na vigilância. Aferição correta de sinais vitais com técnica adequada. Observação de aspectos gerais durante cuidados rotineiros. Comunicação de alterações à enfermagem imediatamente. Auxílio na implementação de monitorização contínua. Manutenção de equipamentos em condições adequadas. Documentação de atividades realizadas. Suporte em situações de urgência. Cada membro vital para segurança.

A equipe médica define estratégias e responde a alterações. Estratificação inicial de risco e nível de monitoramento. Definição de parâmetros específicos de vigilância. Reavaliações nos intervalos e quando acionada. Interpretação de tendências e alterações. Ajustes terapêuticos baseados em evolução. Decisões sobre mudanças de nível de cuidado. Comunicação clara de planos à equipe. Documentação completa de avaliações e decisões.

Profissionais de apoio agregam valor ao monitoramento global. Fisioterapeutas avaliam padrão respiratório e mobilidade. Nutricionistas monitoram aceitação alimentar e hidratação. Psicólogos observam aspectos emocionais impactando evolução. Assistentes sociais identificam fatores sociais relevantes. Farmacêuticos vigiam interações e reações medicamentosas. Cada olhar complementa vigilância clínica básica. Comunicação interdisciplinar enriquece cuidado.

A coordenação de enfermagem supervisiona qualidade do monitoramento. Verificação de cumprimento de protocolos estabelecidos. Identificação de falhas sistêmicas necessitando correção. Educação continuada sobre técnicas e importância. Mediação de conflitos sobre responsabilidades. Análise de eventos adversos relacionados a falhas. Implementação de melhorias baseadas em evidências. Cultura de segurança promovida ativamente.

5.1.1.3.9 Critérios de Alta Segura

A definição objetiva de critérios para alta hospitalar segura previne altas precipitadas e retornos evitáveis.

Os critérios clínicos gerais estabelecem condições mínimas. Estabilidade de sinais vitais por período definido sem suporte. Ausência de sintomas agudos necessitando intervenção hospitalar. Diagnóstico estabelecido ou excludente de gravidade. Tratamento inicial completado com resposta adequada. Capacidade de manter tratamento ambulatorial. Ausência de necessidade de monitoramento hospitalar. Cada critério verificado sistematicamente antes de decisão.

A avaliação funcional complementa critérios puramente clínicos. Capacidade de deambulação se previamente deambulador. Alimentação oral adequada se relevante. Controle de sintomas com medicação oral disponível. Compreensão de orientações e sinais de alerta. Continência preservada ou manejável. Independência compatível com baseline. Funcionalidade frequentemente limita alta mais que clínica.

Os critérios específicos por patologia refinam avaliação. Tempo de observação mínimo após crise convulsiva. Ausência de dor torácica e ECG normal em síndromes coronarianas. Peak flow adequado em crises asmáticas. Tolerância a dieta em gastroenterites. Ausência de novos sangramentos em hemorragias. Cada condição tem peculiaridades respeitadas. Protocolos específicos orientam decisões.

A avaliação do suporte social impacta viabilidade de alta. Presença de cuidador se dependência existe. Compreensão familiar de cuidados necessários. Acesso a medicações prescritas. Condições de moradia adequadas para recuperação. Transporte disponível para retorno se necessário. Contatos de emergência estabelecidos. Alta prematura por pressão social frequentemente resulta em retorno.

O processo de alta segura inclui elementos educativos essenciais. Orientações verbais e escritas sobre cuidados. Sinais de alerta claramente explicados. Medicações com doses e horários especificados. Data de retorno ambulatorial definida. Orientações sobre quando retornar à emergência. Verificação de compreensão especialmente em vulneráveis. Contato telefônico em 24-48h quando indicado. Educação efetiva previne muitos retornos.

5.1.1.3.10 Monitoramento Pós-Alta Imediata

O acompanhamento de casos selecionados após alta hospitalar identifica falhas e previne complicações.

O contato telefônico em 24-48 horas verifica evolução inicial. Casos de maior complexidade ou vulnerabilidade priorizados. Sintomas residuais questionados especificamente. Adesão a medicações verificada. Dificuldades com orientações identificadas. Necessidade de retorno avaliada. Reforço de orientações quando necessário. Documentação de contato e achados. Intervenção precoce se problemas detectados.

Os critérios para monitoramento pós-alta incluem idosos morando sozinhos, múltiplas comorbidades, barreiras linguísticas ou cognitivas, alta contra parecer médico parcial, condições com alto risco de complicações, polifarmácia complexa, e aspectos sociais preocupantes. Seleção criteriosa otimiza recurso valioso. Impacto significativo quando bem direcionado.

O manejo de achados durante monitoramento segue fluxo definido. Dúvidas simples esclarecidas imediatamente. Sintomas preocupantes orientados a retornar. Falhas de adesão trabalhadas com estratégias. Barreiras sociais direcionadas a recursos. Agendamentos ambulatoriais facilitados se necessário. Médico acionado se achados significativos. Documentação completa de intervenções. Fechamento de loop assistencial.

5.1.1.3.11 Indicadores de Qualidade do Monitoramento

A medição sistemática de indicadores permite avaliação objetiva e direcionamento de melhorias nos processos de monitoramento.

Os indicadores de processo avaliam execução das atividades. Taxa de verificação de sinais vitais nos intervalos prescritos. Percentual de reavaliações médicas realizadas no prazo. Completude de documentação de monitoramento. Tempo de resposta a deteriorações identificadas. Adesão a protocolos de estratificação de risco. Utilização apropriada de escores de alerta. Cada indicador revela aspecto operacional específico.

Os indicadores de resultado medem impacto do monitoramento adequado. Taxa de deteriorações não detectadas precocemente. Transferências evitáveis para UTI por falha de vigilância. Eventos adversos relacionados a monitoramento inadequado. Retornos em 48h por alta prematura. Satisfação de pacientes com vigilância recebida. Mortalidade evitável em pacientes monitorados. Resultados demonstram efetividade real do sistema.

A análise estratificada identifica grupos ou situações vulneráveis. Variações por turno sugerem questões de staffing ou cultura. Diferenças entre setores indicam necessidades específicas. Perfis de pacientes com mais falhas direcionam foco. Tipos de deterioração não detectadas orientam treinamentos.

Correlações com eventos sentinela revelam causas sistêmicas. Inteligência analítica transforma dados em ações.

O uso gerencial dos indicadores promove cultura de melhoria. Transparência de resultados engaja equipes. Benchmarking interno estimula competição saudável. Reconhecimento de melhorias motiva continuidade. Planos de ação para gaps demonstram compromisso. Reavaliações mostram impacto de intervenções. Ciclos PDCA institucionalizados mantêm evolução. Medição sistemática melhora o que é medido.

5.1.1.3.12 Educação e Capacitação em Monitoramento

O desenvolvimento contínuo de competências em monitoramento e reavaliação garante execução consistente e de qualidade por toda equipe.

O programa de capacitação inicial aborda fundamentos essenciais. Importância do monitoramento para segurança demonstrada com casos. Técnicas corretas de aferição com prática supervisionada. Interpretação de valores no contexto clínico. Reconhecimento de padrões de deterioração. Uso de ferramentas e escores padronizados. Documentação adequada e importância legal. Comunicação efetiva em situações críticas. Base sólida para prática segura.

A educação continuada mantém competências atualizadas. Análise de casos reais com falhas e sucessos. Atualizações de protocolos com rationale explicado. Simulações de deterioração clínica com debriefing. Workshops práticos de habilidades específicas. Feedback individual baseado em auditorias. Reciclagens periódicas obrigatórias. Aprendizado contínuo cultura organizacional.

O desenvolvimento de multiplicadores amplifica impacto educacional. Profissionais referência identificados por competência e didática. Capacitação específica em metodologias de ensino. Responsabilidade por educação de pares. Participação em desenvolvimento de materiais. Reconhecimento formal do papel educador. Tempo protegido para atividades de ensino. Sustentabilidade através de capacitação interna.

5.1.1.3.13 Aspectos Éticos e Humanização

O monitoramento efetivo incorpora dimensões éticas e humanísticas que transcendem aspectos puramente técnicos.

O respeito à autonomia equilibra segurança com preferências individuais. Explicação clara de necessidade de monitoramento. Negociação respeitosa de resistências quando seguro. Adaptações razoáveis a preferências culturais. Privacidade preservada durante verificações. Dignidade mantida mesmo em monitoramento intensivo. Envolvimento do paciente como parceiro. Coerção evitada exceto em risco iminente.

A comunicação humanizada durante monitoramento constrói confiança. Apresentação antes de toques para verificação. Explicação de procedimentos mesmo repetitivos. Validação de desconfortos expressados. Informação sobre achados quando apropriado. Tom de voz calmo e respeitoso. Tempo para perguntas quando possível. Presença genuína além de tarefa técnica.

O cuidado com populações vulneráveis redobra atenções éticas. Crianças com direito a acompanhante e explicações adequadas. Idosos com tempo extra para compreensão. Deficientes com adaptações necessárias. Minorias com respeito a especificidades. Pobres sem discriminação por condição. Todos merecem mesma qualidade de vigilância. Equidade ativamente perseguida.

A implementação efetiva de critérios sistemáticos de monitoramento e reavaliação representa evolução fundamental na qualidade e segurança assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Através de processos bem definidos, execução consistente e melhoria contínua, a unidade estabelece padrão de vigilância que protege vidas e previne complicações evitáveis.

O impacto de monitoramento adequado estende-se muito além dos indicadores mensuráveis. Cada deterioração detectada precocemente representa sofrimento evitado e recursos preservados. Cada alta segura baseada em critérios objetivos previne retornos e complicações. Cada profissional capacitado multiplica segurança para inúmeros pacientes. Cada melhoria implementada beneficia toda população atendida.

A excelência em monitoramento não é destino alcançável definitivamente, mas jornada contínua de aperfeiçoamento. Novas evidências surgirão demandando atualizações. Tecnologias emergentes oferecerão possibilidades ampliadas. Expectativas sociais evoluirão requerendo adaptações. Este capítulo fornece fundação sólida sobre a qual construir evolução constante.

O compromisso com monitoramento e reavaliação sistemáticos reflete compreensão profunda de que, em urgência e emergência, vigilância adequada frequentemente determina diferença entre recuperação completa e sequela permanente, entre vida preservada e óbito evitável. Cada paciente que passa pela unidade merece e receberá vigilância proporcional a suas necessidades, executada com competência técnica e compaixão humana, documentada adequadamente e melhorada continuamente. Este é o padrão de excelência que este manual estabelece e que toda equipe se compromete a manter e superar.

5.1.1.3.1 Modelo de manual de Critérios de monitoramento e reavaliação

1. PROPÓSITO, ESCOPO E PREMISSAS OPERACIONAIS

1.1 Propósito

Este manual estabelece o padrão mínimo obrigatório de monitoramento e reavaliação de pacientes durante permanência na UPA.

1.2 Escopo

Aplica-se a:

- Adultos, pediatria e idosos (com adaptações por faixa etária e vulnerabilidade);
- Casos clínicos e traumáticos;
- Pacientes em: sala de emergência, observação, atendimento rápido, pós-procedimento, em espera/aguardando exames;
- Demanda espontânea e pacientes por ambulância.

1.3 Premissas (verdades da UPA)

1. O paciente pode deteriorar mesmo “verde”.
2. A troca de plantão e a transferência interna são momentos de risco.
3. A frequência respiratória e o estado mental mudam antes de “parar”.
4. A documentação é parte do cuidado: sem registro, não há continuidade e não há defesa.
5. Monitoramento precisa ser proporcional ao risco e à incerteza diagnóstica (não só à gravidade atual).

1.4 Regra de ouro institucional

Paciente instável ou incerto = monitoramento mais frequente + reavaliação mais cedo.

2. DEFINIÇÕES, CONCEITOS E O QUE “CONTA” COMO REAVALIAÇÃO

2.1 Monitoramento

Vigilância estruturada e repetida de parâmetros clínicos e sinais de alerta, com:

- Medição (sinais vitais e escalas);
- Observação (padrão respiratório, perfusão, comportamento);
- Registro em tempo real;

- Ação e comunicação quando há alteração.

2.2 Reavaliação

Reavaliação não é “passar na frente do leito”. Reavaliação é ato clínico estruturado que deve:

- Comparar estado atual com anterior (tendência);
- Rever resposta terapêutica;
- Reestratificar risco e nível de monitoramento;
- Redefinir plano (manter, ajustar, intensificar, transferir, alta);
- Documentar decisão e justificativa.

2.3 Reavaliação de enfermagem x reavaliação médica

- Reavaliação de enfermagem: foco na evolução de sinais vitais, sintomas, perfusão, conforto, risco e gatilhos. Pode elevar nível e acionar médico.
- Reavaliação médica: inclui exame dirigido, interpretação de exames, revisão diagnóstica e decisão de conduta/destino.

Ambas são obrigatórias conforme o nível de risco.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E NÍVEIS DE MONITORAMENTO

A UPA utilizará 4 níveis operacionais, definidos por:

- gravidade atual;
- instabilidade;
- necessidade de suporte;
- risco de deterioração;
- incerteza diagnóstica;
- vulnerabilidade (idade, comorbidades, fragilidade, contexto social).

3.1 NÍVEL 1 – MONITORAMENTO INTENSIVO (CRÍTICO)

Quem entra:

- Instabilidade hemodinâmica (choque, hipotensão, perfusão ruim);
- Insuficiência respiratória, SpO₂ baixa refratária ou necessidade de suporte;
- Alteração neurológica relevante (rebaixamento progressivo, crise convulsiva, déficit focal);

- Pós-evento crítico / pós-reanimação;
- Anafilaxia moderada/grave;
- Sangramento importante;
- Sepses grave / alto risco;
- Dor torácica com instabilidade;
- Qualquer caso com intervenções frequentes e risco de deterioração.

Onde: sala de emergência / leito monitorizado.

Frequência mínima:

- SV completos + SpO₂: 15–30 min (ou contínuo com registro por evento);
- Avaliação neurológica: 30–60 min;
- Dor: antes/depois de intervenção;
- Balanço e perfusão: em cada ciclo.

3.2 NÍVEL 2 – MONITORAMENTO FREQUENTE (ALTO RISCO)

Quem entra:

- Amarelos;
- Dor torácica em investigação sem instabilidade;
- Dispneia moderada;
- Suspeita de sepse sem choque;
- Pós-sedação/analgesia de risco;
- Correção de distúrbios metabólicos;
- Idoso frágil com queixa inespecífica;
- Paciente “incerto” (não grave agora, mas com risco).

Frequência mínima:

- SV completos: **1–2 h**;
- Sintoma-alvo: **1–2 h**;
- Reavaliação médica programada: **2–4 h**.

3.3 NÍVEL 3 – MONITORAMENTO PADRÃO (BAIXO/MODERADO)

Quem entra:

- Verdes estáveis;

- Aguardando exame/observação curta;
- Pós-medicação simples.

Frequência mínima:

- SV: 4 h;
- Reavaliação antes da alta.

3.4 NÍVEL 4 – CURTA PERMANÊNCIA / ESPERA SEGURA**Quem entra:**

- Atendimento rápido com estabilidade e baixa vulnerabilidade.

Frequência mínima:

- SV iniciais + recheckagem pré-alta ou se queixa de piora.

4. MATRIZ DE PARÂMETROS OBRIGATÓRIOS**4.1 Parâmetros universais**

1. **PA** (método, membro se relevante)
2. **FC**
3. **FR** (contagem real)
4. **SpO₂** (registrar se em ar ambiente ou O₂, e qual método)
5. **Temperatura**
6. **Dor** (escala adequada)
7. **Estado geral** (perfusão, cor, sudorese, comportamento)

4.2 Parâmetros adicionais por nível**Nível 1 (obrigatórios):**

- Estado neurológico (Glasgow ou escala institucional equivalente);
- Perfusão periférica + enchimento capilar;
- Diurese (se sondado) e balanço hídrico dirigido quando indicado;
- Avaliação respiratória ampliada (esforço, padrão, fadiga);
- Registro de intervenções com resposta.

Nível 2 (obrigatórios):

- Sintoma-alvo com escala (dispneia, dor, náusea, tontura);

- Avaliação neurológica simples (orientação/alerta; Glasgow se alteração);
- Checagem de resposta ao tratamento (analgesia, broncodilatador, hidratação).

Nível 3 (obrigatórios):

- Sintoma-alvo em cada ronda de SV;
- Re Checagem antes de alta.

4.3 O₂: regra institucional de registro

Sempre documentar em cada verificação:

- Ar ambiente vs O₂;
- Dispositivo e fluxo;
- Saturação resultante;
- Mudança de necessidade (subiu? desceu?).

5. INTERVALOS, TEMPOS-ALVO E O QUE É “ATRASO”**5.1 Intervalos máximos por nível**

- Nível 1: **30 min** (SV)
- Nível 2: **2 h** (SV)
- Nível 3: **4 h** (SV)
- Nível 4: SV inicial + pré-alta

Se passar do intervalo máximo, é não conformidade. A justificativa deve ser registrada e comunicada à coordenação do turno.

5.2 Tempos-alvo de reavaliação médica após gatilho

Quando ocorrer gatilho (seção 6), a reavaliação médica deve acontecer em:

- Paciente N1: **imediata (0–10 min)**
- Paciente N2: **até 15–30 min** conforme gravidade do gatilho
- Paciente N3: **até 30–60 min**, com intensificação do nível

5.3 “Janela de segurança” por intervenção

Após intervenção relevante, reavaliar (enfermagem + médico conforme caso):

- Analgesia: 30–60 min (conforme via e tipo)

- Broncodilatador: 15–30 min (quadro respiratório)
- Expansão volêmica: 15–30 min
- Antitérmico em febre alta: 60–120 min
- Sedação: monitorização contínua e registro por fase (pós-procedimento)

6. GATILHOS OBJETIVOS DE ESCALONAMENTO

6.1 Gatilhos hemodinâmicos

SE ocorrer qualquer um:

- queda abrupta de PA ou hipotensão clinicamente significativa;
- taquicardia persistente com sinais de hipoperfusão;
- pele fria/pegajosa, enchimento capilar lento;
- síncope, pré-síncope, confusão associada;
- sangramento ativo importante;

ENTÃO

1. elevar nível (mínimo para N2; se grave, N1);
2. repetir SV e perfusão em 10–15 min;
3. garantir acesso venoso e monitorização;
4. acionar médico **imediatamente**;
5. documentar: “gatilho + hora + resposta”.

6.2 Gatilhos respiratórios (alto risco de deterioração rápida)

SE ocorrer:

- SpO₂ abaixo do alvo e não melhora com ajuste inicial;
- necessidade crescente de O₂ para manter saturação;
- FR muito alta com uso de musculatura acessória;
- paciente “cansando”, ficando mais sonolento;
- fala entrecortada, cianose, estridor;

ENTÃO

1. elevar para N1 (ou manter N1);
2. monitorização contínua;

3. reavaliar em ciclos curtos (5–10 min) até estabilizar;
4. acionar médico de imediato;
5. registrar O₂, SpO₂ e esforço.

6.3 Gatilhos neurológicos (atenção especial)

SE houver:

- rebaixamento novo/progressivo;
- confusão aguda (delirium) especialmente em idosos;
- convulsão / pós-ictal prolongado;
- déficit focal (fala/força/assimetria);
- glicemia alterada com sintomas;

ENTÃO

1. medir glicemia se indicado;
2. elevar nível conforme gravidade;
3. acionar médico;
4. registrar hora do início (“última vez visto bem” quando AVC suspeito).

6.4 Gatilhos de dor e falha terapêutica

SE

- dor intensa persiste após intervenção esperada;
- dor torácica persiste/recorre;
- dor abdominal evolui com sinais sistêmicos;

ENTÃO

1. reavaliar dor com escala e registrar;
2. repetir SV;
3. acionar reavaliação médica;
4. elevar nível se associado a instabilidade.

6.5 Preocupação de enfermagem

SE a equipe de enfermagem percebe piora não capturada por números (aparência, comportamento, fadiga, “não está bem”),

ENTÃO

- acionar médico com prioridade;
- elevar frequência de monitoramento até reavaliação;
- registrar justificativa objetiva (ex.: “mais sonolento”, “pálido”, “mais dispneico”).

Esse gatilho é protegido institucionalmente pela Solution Gestão Pública.

É ferramenta de segurança.

7. REAVALIAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM: CONTEÚDO MÍNIMO OBRIGATÓRIO

7.1 Conteúdo mínimo da reavaliação de enfermagem

- comparação com estado anterior (melhorou/piorou/igual);
- SV e tendência (pelo menos 2 pontos quando possível);
- sintoma-alvo e resposta a intervenções;
- risco e necessidade de mudar nível;
- comunicação: se acionou médico, quando e por quê.

7.2 Conteúdo mínimo da reavaliação médica (modelo institucional)

Toda reavaliação médica deve conter:

1. “Reavaliação às HH:MM”
2. Evolução do sintoma-alvo
3. SV atuais + tendência
4. Exame dirigido (o que mudou)
5. Resposta terapêutica (o que funcionou/não funcionou)
6. Resultados de exames recebidos (se houver)
7. Decisão clara: manter/ajustar/intensificar/transferir/alta
8. Plano e prazos: “reavaliar em X”, “manter N2”, “se gatilho Y, acionar”.

7.3 Intervalos máximos de reavaliação médica programada (por nível)

- N1: até 60 min, ou contínuo conforme instabilidade
- N2: 2–4 h (máximo)
- N3: 6–8 h se permanência prolongada (evitar “esquecido”)

- Sempre antes da alta e após resultado crítico

8. TRANSIÇÕES SEGURAS – REGRAS DURAS

8.1 Troca de plantão: “passagem de monitoramento”

Na passagem, é obrigatório comunicar para cada paciente N1/N2:

- nível atual e motivo;
- última aferição e tendência;
- gatilhos presentes/ausentes;
- plano com prazos (“reavaliar às...”);
- pendências críticas (exame, reavaliação, resposta a medicamento).

Sem isso, a UPA perde vigilância e a falha vira sistêmica.

8.2 Transferência interna (emergência → observação, observação → exame, etc.)

Antes de transferir paciente N1/N2:

- registrar SV imediatos pré-transferência;
- garantir que dispositivo de O₂ e monitorização acompanhem se indicado;
- confirmar destino e responsável no setor de chegada;
- registrar “hora de saída” e “hora de chegada” no setor.

8.3 Paciente fora do leito para exame/procedimento

Regra institucional:

- **nenhum paciente N1 sai sem plano de monitoramento durante deslocamento;**
- N2 sai com checagem pré e pós exame;
- qualquer piora durante deslocamento → retorno imediato a área monitorizada + gatilho.

8.4 Pausas de equipe e sobrecarga

A Solution Gestão Pública implementará cobertura por micro-escala:

- em horário de pico, designar “responsável de monitoramento” por bloco de leitos;
- usar checklist de ronda;

- impedir “buracos” de 4h em N2.

9. POPULAÇÕES ESPECIAIS – CRITÉRIOS MAIS RÍGIDOS (por vulnerabilidade)

9.1 Pediatria

Pediatria deteriora “rápido e silencioso”. O manual define:

- qualquer alteração de consciência, irritabilidade extrema ou apatia → elevar nível;
- recusa alimentar persistente + prostração → reavaliação precoce;
- taquipneia e esforço → gatilho de escalonamento mesmo com SpO₂ “ok”;
- pais/cuidadores são fonte de “baseline”: se dizem “não está normal”, valorizar.

Regra: criança com dúvida clínica permanece em N2 até segurança para alta.

9.2 Idoso e fragilidade

Em idosos:

- confusão pode ser hipoxemia, sepse, desidratação, efeito medicamentoso;
- sinais vitais podem não “gritar”; tendência e estado mental são essenciais;
- quedas e síncope exigem vigilância ampliada.

Regra: idoso frágil com queixa inespecífica entra em N2 por padrão até esclarecimento.

9.3 Gestantes

Crítérios de atenção:

- dor abdominal, sangramento, cefaleia intensa, PA elevada: reavaliação imediata;
- sempre considerar risco materno e necessidade de rede.

Regra: limiar baixo para intensificação e referência.

9.4 Saúde mental / agitação

- monitorar risco, comportamento, resposta a medicação;
- contenção (quando aplicável) exige vigilância de segurança e dignidade;
- sinais vitais e estado mental devem ser reavaliados após intervenções.

9.5 Pessoas com deficiência / barreiras de comunicação (inclui auditiva)

- escala de dor adaptada;
- reforço visual e checagem de compreensão;
- envolver acompanhante quando útil, preservando autonomia.

10. CRITÉRIOS DE ALTA SEGURA

Alta segura é decisão clínica + social + comunicacional.

10.1 Checkpoint obrigatório de “Alta Segura”

Antes de alta, deve existir no prontuário:

1. **Reavaliação médica final** com horário;
2. **Sinais vitais recentes** (compatíveis com o quadro);
3. Sintoma-alvo: resolvido ou controlado com plano ambulatorial;
4. Sem gatilhos ativos de alerta;
5. Capacidade funcional mínima compatível com baseline;
6. Orientações + sinais de alarme + retorno definido;
7. Prescrição clara e acessível (linguagem simples);
8. Confirmação de compreensão (especialmente vulneráveis).

10.2 Critérios de “alta não segura” (proibido dar alta)

Alta é proibida se:

- há instabilidade ou tendência de piora;
- necessidade de O₂ crescente ou SpO₂ limítrofe sem plano;
- rebaixamento/confusão sem explicação;
- dor intensa persistente;
- ausência de reavaliação final documentada;
- sem suporte social mínimo para cumprir plano em casos críticos.

10.3 “Alta sob risco”

Se houver alta com risco residual (ex.: condição com possibilidade de retorno), deve:

- ser explicitado no prontuário;

- reforçar sinais de alarme;
- orientar retorno imediato se piorar;
- registrar que paciente compreendeu.

11. DOCUMENTAÇÃO:

11.1 Regra dos 4 campos

Toda anotação de monitoramento deve ter:

- **hora**
- **dados** (SV/sintoma)
- **interpretação** (melhorou/piorou/tendência)
- **ação** (o que foi feito / quem foi acionado)

11.2 Modelo de evolução de enfermagem

“HH:MM – Monitoramento Nível X. SV: PA ___ / FC ___ / FR ___ / SpO₂ ___ (AA/O₂ ___ L/min) / T ___. Sintoma-alvo: dor ___/10, dispneia ___ (leve/moderada/intensa), náusea ___. Estado geral: perfusão ___, comportamento ___. Tendência: (melhora/estável/piora) em relação à HH:MM. Ação: (medidas realizadas, ajuste O₂, posicionamento, solicitada reavaliação médica às HH:MM por (motivo)).”

11.3 Modelo de reavaliação médica

“HH:MM – Reavaliação. Evolução: (melhorou/piorou/estável). SV e tendência: ___. Exame dirigido: ___. Resposta terapêutica: ___. Exames recebidos: ___. Estratificação: manter/alterar nível para ___ (justificativa). Conduta: ___. Plano: reavaliar em ___ ou antes se gatilho ___.”

11.4 Regra do “registro contemporâneo”

Registrar no momento. “Voltar depois” gera erro, falha de continuidade e fragilidade legal.

12. SISTEMA DE ALERTA PRECOCE (EWS) – COMO OPERAR NA UPA

A Solution Gestão Pública implantará um escore de alerta precoce institucional (tipo NEWS ou equivalente) com três funções:

1. padronizar percepção de risco;
2. criar gatilhos automáticos de escalonamento;

3. orientar auditoria e melhoria.

12.1 Como usar (operacional)

- Aplicar EWS em todo N1/N2 e em N3 com permanência prolongada;
- Recalcular em qualquer alteração;
- Score moderado → elevar nível + reavaliação médica;
- Score alto → resposta imediata.

12.2 Falhas comuns que o manual bloqueia

- “Score alto, mas ninguém viu” → proibido: escore deve gerar ação;
- “Score calculado, mas não registrado” → não conformidade;
- “Score usado para substituir clínica” → proibido: é complemento.

13. RESPONSABILIDADES: MATRIZ RACI ASSISTENCIAL

13.1 RACI simplificado por atividade crítica

Definir nível de monitoramento:

- **R:** Médico / Enfermeiro líder
- **A:** Coordenação assistencial do turno
- **C:** Técnicos (informam dados), multiprofissional (quando aplicável)
- **I:** Equipe do setor

Executar aferições no intervalo:

- **R:** Técnico de enfermagem
- **A:** Enfermeiro líder
- **C:** Médico (define parâmetros adicionais)
- **I:** Coordenação

Acionar reavaliação por gatilho:

- **R:** Técnico/Enfermeiro (quem detectou)
- **A:** Enfermeiro líder
- **C:** Médico plantonista
- **I:** Coordenação

Reavaliar e decidir destino:

- **R:** Médico
- **A:** Médico líder do caso / coordenação médica do turno
- **C:** Enfermagem
- **I:** Administração/regulação quando transferência

Garantir alta segura:

- **R:** Médico
- **A:** Coordenação assistencial
- **C:** Enfermagem (checagem final e orientações)
- **I:** Paciente/família (compreensão)

14. INDICADORES E AUDITORIA**14.1 Indicadores de processo**

1. % de pacientes com SV iniciais completos
2. % de N1 com registros dentro de 30 min
3. % de N2 com registros dentro de 2 h
4. % de acionamentos com reavaliação no tempo-alvo
5. % de altas com reavaliação final registrada

14.2 Indicadores de resultado

1. retornos em 48h por piora/alta precoce (amostragem);
2. deterioração em observação sem detecção precoce (eventos sentinela internos);
3. transferências tardias associadas a falha de monitoramento;
4. eventos adversos (queda, broncoaspiração, etc.) relacionados à vigilância.

14.3 Auditoria mensal

A Solution Gestão Pública fará auditoria mensal com:

- amostra de N1/N2 e amostra de altas;
- checklist de conformidade (intervalos, gatilhos, documentação);
- devolutiva por turno e plano de ação.

14.4 Cultura de melhoria

- foco em falhas de processo;
- correção com treinamento e ajuste de rotina;
- reconhecimento de boas práticas.

15. IMPLANTAÇÃO E SUSTENTAÇÃO

15.1 Implantação em 4 ondas

1. **Treinamento por turno** (2h): níveis, intervalos, gatilhos, documentação;
2. **Simulações curtas** (10–15 min): piora respiratória, choque, confusão idoso;
3. **Checklists de ronda** por setor (emergência e observação);
4. **Auditoria e feedback** após 30 dias.

15.2 “Ronda de segurança” (mecanismo anti-esquecimento)

Por turno, enfermagem líder realiza ronda rápida em N1/N2 com:

- última aferição e próxima prevista;
- oxigênio e tendência;
- estado mental;
- pendências de reavaliação médica.

15.3 Rotina de início de plantão

- identificar N1/N2 e seus planos;
- conferir monitorização disponível;
- alinhar cobertura de horários de pico.

16. ANEXOS OPERACIONAIS PRONTOS

A — CHECKLIST DE RONDA (N1/N2)

1. Nível atual e motivo: ____
2. Último SV em: ____ / Próximo em: ____
3. SpO₂ e O₂: ____ (AA/O₂ ____ L/min) / tendência: ____
4. Estado mental: ____
5. Sintoma-alvo: ____

6. Gatilhos nas últimas 2h? ____

7. Médico reavaliou? ____ hora ____ / Próxima reavaliação: ____

8. Pendências críticas: ____

ANEXO B — GATILHO → AÇÃO

Respiratório: O₂ subindo / SpO₂ caindo → elevar nível + chamar médico + reavaliar 10 min

- Hemodinâmico: PA caindo / perfusão ruim → elevar nível + chamar médico + reavaliar 10–15 min
- Neurológico: mais sonolento/confuso → glicemia se indicado + elevar nível + chamar médico
- Dor intensa persistente → repetir SV + chamar médico

ANEXO C — MODELO SBAR

S: “Paciente piorou, está...”

B: “Estava em observação por...”

A: “Agora SV..., SpO₂..., dor..., estado mental...”

R: “Preciso reavaliação imediata / elevar nível / considerar transferência.”

5.1.1.4 Encaminhamento, transferência e regulação de pacientes

O adequado encaminhamento, transferência e regulação de pacientes em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal constitui processo crítico que impacta diretamente a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a efetividade do sistema de saúde como um todo. Em contexto onde a UPA funciona como ponto estratégico da rede de urgência e emergência, a estruturação de processos claros e seguros para movimentação de pacientes entre níveis de atenção torna-se elemento fundamental para garantir integralidade e resolutividade do cuidado.

A natureza específica do atendimento em UPA cria cenários complexos de encaminhamento e transferência. Pacientes chegam com quadros agudos que demandam estabilização inicial, mas frequentemente necessitam continuidade em outros pontos da rede. Limitações estruturais e tecnológicas da UPA impõem transferências para hospitais de maior complexidade. Casos de menor gravidade requerem encaminhamento adequado para atenção básica. Urgências psiquiátricas demandam articulação com serviços especializados. Cada situação exige processo específico que garanta segurança e continuidade.

A interface com o sistema de regulação adiciona camada de complexidade que demanda processos estruturados. Comunicação com centrais de regulação deve ser precisa e tempestiva. Informações clínicas precisam ser transmitidas de forma completa e objetiva. Priorização de casos compete com demandas de toda a rede. Negativas de vaga exigem alternativas e persistência. Documentação adequada protege pacientes e profissionais. Cada interação com a regulação impacta o desfecho do caso.

A ausência de protocolos claros para encaminhamento e transferência gera consequências graves. Pacientes podem deteriorar durante esperas não monitoradas. Informações incompletas comprometem continuidade do cuidado. Transportes inadequados resultam em complicações evitáveis. Responsabilidades mal definidas criam conflitos entre serviços. Documentação insuficiente expõe profissionais a questionamentos. Falhas de comunicação podem resultar em desfechos fatais.

O manual surge como resposta estruturada a estes desafios, estabelecendo framework completo que padroniza processos, define responsabilidades e cria mecanismos de segurança para toda movimentação de pacientes. Mais que documento normativo, representa compromisso institucional com a segurança do paciente e a integração efetiva da unidade na rede de atenção à saúde.

A implementação de processos padronizados de encaminhamento e transferência proporciona benefícios múltiplos e mensuráveis. Para os pacientes, garante continuidade segura do cuidado com minimização de riscos durante transições. Para os profissionais, oferece respaldo técnico e legal através de protocolos validados. Para a gestão, demonstra organização e compromisso com qualidade. Para o sistema de saúde, otimiza utilização de recursos através de fluxos adequados. Para a sociedade, representa uso responsável e eficiente da rede pública.

5.1.1.4 Manual de Encaminhamento, Transferência e Regulação de Pacientes

5.1.1.4.1 Finalidade e Abrangência

O Manual de Encaminhamento, Transferência e Regulação de Pacientes tem por finalidade estabelecer diretrizes, protocolos e procedimentos padronizados para todos os processos de movimentação de pacientes entre a Unidade de Pronto Atendimento Municipal e outros pontos da rede de atenção à saúde, garantindo segurança, continuidade assistencial e adequada utilização dos recursos do Sistema Único de Saúde.

Este documento abrange todas as modalidades de movimentação de pacientes, incluindo encaminhamentos para atenção básica ou especializada ambulatorial, transferências inter-hospitalares de urgência, remoções através do sistema de regulação, retorno programado de pacientes referenciados e contrarreferência para acompanhamento. Cada modalidade possui características e exigências específicas que serão detalhadamente abordadas.

A aplicação do manual é obrigatória para todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente nos processos de encaminhamento e transferência. Médicos responsáveis pelas indicações clínicas, enfermeiros coordenadores dos processos assistenciais, equipe administrativa de interface com regulação, profissionais de transporte sanitário e gestores responsáveis pelas decisões operacionais devem conhecer e seguir os protocolos estabelecidos.

O documento reconhece e incorpora as normativas vigentes do Ministério da Saúde, as diretrizes estaduais de regulação, os protocolos municipais de urgência e emergência, as pactuações regionais de fluxos assistenciais e as orientações dos conselhos profissionais. Esta harmonização normativa garante conformidade legal e técnica em todos os processos.

5.1.1.4.2 Princípios Norteadores

Os processos de encaminhamento, transferência e regulação serão orientados por princípios fundamentais que garantem segurança, efetividade e humanização em todas as movimentações de pacientes.

A segurança do paciente constitui princípio inegociável que permeia todas as decisões. Estabilização clínica adequada precede qualquer transferência. Riscos do transporte são avaliados versus benefícios esperados. Condições de transporte são adequadas à gravidade do caso. Monitoramento durante deslocamento previne deteriorações. Comunicação efetiva entre origem e destino minimiza riscos de transição. Cada decisão prioriza o melhor interesse do paciente.

A continuidade do cuidado garante que informações e responsabilidades sejam adequadamente transmitidas. Relatórios de transferência contêm dados completos e relevantes. Exames e procedimentos realizados são documentados. Condutas iniciadas têm seguimento garantido. Pendências são claramente comunicadas. Profissional de referência permanece identificado. Histórico completo acompanha o paciente.

A integralidade da atenção orienta encaminhamentos conforme necessidades globais do paciente. Aspectos biopsicossociais são considerados nas decisões. Vulnerabilidades específicas direcionam escolhas de destino. Recursos familiares e comunitários são mobilizados. Preferências do paciente são respeitadas quando possível. Abordagem multidisciplinar enriquece avaliações. Cuidado transcende episódio agudo.

A equidade no acesso garante que critérios técnicos, não pessoais, determinem prioridades. Gravidade clínica define urgência de transferências. Protocolos objetivos orientam decisões. Influências externas não alteram fluxos. Advocacia pelo paciente supera pressões institucionais. Documentação transparente comprova equidade. Justiça distributiva orienta alocação de recursos.

A eficiência na utilização da rede otimiza recursos sem comprometer qualidade. Destinos são escolhidos conforme complexidade necessária. Duplicações de exames são evitadas através de comunicação. Retornos desnecessários são prevenidos por resolutividade. Altas com seguimento adequado liberam recursos. Uso racional beneficia coletividade. Sustentabilidade orienta decisões individuais.

A humanização permeia todos os processos reconhecendo vulnerabilidade de pacientes e familiares. Informações são fornecidas com clareza e empatia. Angústias são acolhidas com compreensão. Despedidas são facilitadas quando transferências separam famílias. Dignidade é preservada em todos os momentos. Aspectos culturais e religiosos são respeitados. Experiência humana transcende procedimento técnico.

5.1.1.4.3 Critérios para Encaminhamento Ambulatorial

O encaminhamento ambulatorial de pacientes atendidos na UPA para outros pontos da rede seguirá critérios técnicos claros que garantam adequação e resolutividade do seguimento proposto.

A avaliação da necessidade de encaminhamento inicia durante o próprio atendimento de urgência. Identificação de condições crônicas descompensadas que demandam acompanhamento regular. Achados incidentais que requerem investigação eletiva. Necessidade de reabilitação após quadro agudo. Seguimento de procedimentos iniciados na urgência. Condições psicossociais que beneficiam de acompanhamento. Cada situação é analisada individualmente considerando recursos disponíveis na rede.

Os critérios clínicos para encaminhamento à atenção básica incluem condições estáveis que podem ser manejadas neste nível. Hipertensão e diabetes descompensados após estabilização inicial. Infecções simples necessitando acompanhamento. Questões de saúde mental leves a moderadas. Necessidades de renovação de receitas. Acompanhamento de feridas e curativos simples. Orientações preventivas e educação em saúde. A atenção básica é valorizada como coordenadora do cuidado.

O encaminhamento para especialidades ambulatoriais segue critérios de necessidade específica. Achados que excedem capacidade diagnóstica da atenção básica. Condições que requerem intervenções especializadas. Dúvidas diagnósticas após investigação inicial. Falha terapêutica com abordagens

convencionais. Complicações que demandam expertise específica. Cada especialidade possui critérios próprios respeitados no encaminhamento.

A documentação do encaminhamento ambulatorial deve conter elementos essenciais para continuidade. Resumo claro do atendimento na urgência. Achados relevantes de exame físico e complementares. Diagnósticos estabelecidos ou hipóteses consideradas. Tratamentos instituídos e resposta observada. Justificativa específica para o encaminhamento. Urgência relativa do seguimento necessário. Contatos para esclarecimentos se necessário.

O processo de agendamento do retorno considera urgência e disponibilidade. Casos prioritários são sinalizados adequadamente. Sistemas de regulação ambulatorial são acionados quando disponíveis. Contato direto com serviços estabelece parcerias. Orientações sobre acesso são fornecidas claramente. Alternativas são indicadas para dificuldades previsíveis. Responsabilidade é compartilhada até efetivação do seguimento.

A orientação ao paciente sobre o encaminhamento garante adesão e efetividade. Importância do seguimento é explicada em linguagem acessível. Local e data são fornecidos preferencialmente por escrito. Documentos necessários são especificados. Sinais de alerta para retorno são esclarecidos. Dúvidas são sanadas antes da alta. Compreensão é verificada especialmente em populações vulneráveis.

5.1.1.4.4 Protocolos de Transferência Inter-Hospitalar

A transferência inter-hospitalar de pacientes constitui processo de alta complexidade que demanda protocolos rigorosos para garantir segurança durante toda a movimentação.

A decisão de transferência baseia-se em critérios técnicos objetivos e claramente definidos. Necessidade de recursos diagnósticos não disponíveis na UPA, como tomografia, ressonância ou cateterismo. Indicação de procedimentos terapêuticos de maior complexidade, incluindo cirurgias ou terapias especializadas. Requerimento de suporte intensivo além da capacidade da unidade. Expertise especializada não disponível localmente. Solicitação justificada do paciente ou família por motivos relevantes. Cada indicação é documentada com fundamentação técnica.

A estabilização pré-transferência constitui etapa crítica e inegociável. Vias aéreas pérvias e protegidas conforme necessidade. Ventilação e oxigenação adequadas com parâmetros documentados. Estabilidade hemodinâmica alcançada com suporte necessário. Medidas neuroprotetoras instituídas quando indicadas. Analgesia apropriada para conforto durante transporte. Imobilizações necessárias adequadamente realizadas. Reavaliação imediatamente antes da saída confirma condições.

O processo de comunicação com hospital de destino estabelece base para transferência segura. Contato médico a médico transmite informações clínicas relevantes. Gravidade e recursos necessários são claramente comunicados. Aceite formal é obtido e documentado. Tempo estimado de chegada é informado. Intercorrências previsíveis são discutidas. Nome do médico receptor é registrado. Canais de comunicação durante transporte são estabelecidos.

A definição da modalidade de transporte considera gravidade, distância e recursos necessários. Ambulância básica para pacientes estáveis em trajetos curtos. Ambulância avançada com equipe completa para casos graves. Transporte aéreo em situações específicas de distância ou urgência. Recursos mínimos incluem monitor, oxigênio, aspiração e medicações. Equipe é dimensionada conforme complexidade. Equipamentos de backup previnem falhas críticas.

A composição da equipe de transporte respeita complexidade e riscos envolvidos. Médico obrigatório em transferências de pacientes instáveis ou críticos. Enfermeiro com experiência em urgência para casos de moderada complexidade. Técnico de enfermagem em transferências de baixa complexidade sob protocolos. Condutor treinado em direção de emergência. Comunicação clara sobre papéis e responsabilidades. Liderança definida para tomada de decisões.

A documentação de transferência constitui elemento médico-legal fundamental. Relatório médico completo com história, exames e evolução. Cópia de exames relevantes realizados. Resumo de procedimentos e intercorrências. Medicações em uso e últimas doses administradas. Termo de transferência assinado quando aplicável. Check-list de transferência conferido. Documentação permanece com paciente e cópia na origem.

O monitoramento durante transporte mantém vigilância sobre condições clínicas. Sinais vitais verificados conforme protocolo ou necessidade. Nível de consciência avaliado periodicamente. Perfusão periférica monitorada. Oximetria contínua quando disponível. Registro de intercorrências e intervenções. Comunicação com origem ou destino se deterioração. Preparação para intervenções emergenciais durante trajeto.

5.1.1.4.5 Interface com Sistema de Regulação

A adequada interface com o sistema de regulação constitui competência essencial para viabilizar transferências e garantir acesso aos recursos necessários em toda a rede.

O conhecimento dos fluxos de regulação locais e regionais fundamenta interação efetiva. Identificação das centrais responsáveis por cada tipo de regulação. Horários de funcionamento e canais de acesso disponíveis.

Documentação exigida para cada tipo de solicitação. Critérios de priorização utilizados pelo sistema. Alternativas para situações de indisponibilidade. Atualizações são incorporadas tempestivamente.

O processo de solicitação de vaga através da regulação segue sequência padronizada. Avaliação médica completa define necessidade e urgência. Formulários específicos são preenchidos com dados completos. Exames relevantes são anexados quando sistema permite. Contato telefônico complementa informações quando necessário. Protocolo de atendimento é registrado para rastreabilidade. Acompanhamento ativo evita perdas de solicitação.

A qualidade da informação clínica fornecida impacta diretamente a resposta regulatória. Descrição objetiva e completa do quadro clínico atual. Dados vitais e parâmetros relevantes quantificados. Exames alterados com valores específicos mencionados. Condutas já realizadas e respostas obtidas. Justificativa clara da necessidade de transferência. Recursos específicos necessários no destino. Linguagem técnica mas acessível ao médico regulador.

A argumentação técnica com regulação requer habilidade e persistência. Fundamentação em protocolos reconhecidos fortalece solicitações. Comparação com critérios estabelecidos demonstra adequação. Riscos da não transferência são objetivamente apresentados. Alternativas consideradas e descartadas são mencionadas. Tom respeitoso mas firme defende interesse do paciente. Documentação de negativas inclui justificativas fornecidas.

O manejo de negativas de regulação demanda estratégias alternativas estruturadas. Reavaliação confirma persistência da necessidade. Estabilização adicional é realizada enquanto se busca vaga. Outras centrais ou hospitais são acionados conforme protocolos. Acionamento de instâncias superiores em casos graves. Documentação detalhada protege decisões tomadas. Família é informada sobre dificuldades com transparência.

A documentação da interface regulatória cria registro importante para gestão e auditoria. Horários de todos os contatos realizados. Nomes dos profissionais reguladores contactados. Orientações recebidas transcritas fielmente. Números de protocolo de todas as interações. Desfechos de cada solicitação registrados. Justificativas de negativas quando fornecidas. Tempo total até obtenção de vaga contabilizado.

5.1.1.4.6 Transferência de Pacientes Críticos

A transferência de pacientes críticos representa o cenário de maior complexidade e risco, demandando protocolos específicos e rigorosos para garantir segurança.

A avaliação de transportabilidade do paciente crítico constitui decisão médica complexa. Estabilidade hemodinâmica mínima alcançável com suporte disponível. Via aérea definitiva quando risco de deterioração durante transporte. Contenção de sangramentos ativos antes da mobilização. Estabilização de fraturas que comprometem transporte. Sedação adequada para pacientes agitados ou com dor intensa. Reavaliação imediata antes do transporte confirma condições.

A preparação específica para transporte de críticos vai além da estabilização básica. Acesso venoso adicional previne perdas durante mobilização. Drogas de emergência preparadas e identificadas. Equipamentos verificados com baterias carregadas. Fixação segura de todos os dispositivos invasivos. Posicionamento adequado na maca de transporte. Aquecimento passivo previne hipotermia. Check-list específico garante completude.

O suporte avançado durante transporte mantém estabilidade alcançada. Ventilação mecânica portátil quando indicada. Monitorização multiparamétrica contínua. Bombas de infusão com autonomia adequada. Medicações vasoativas em infusão controlada. Kit de via aérea difícil imediatamente disponível. Desfibrilador testado e pronto para uso. Redundância de equipamentos críticos quando possível.

A equipe especializada para transporte crítico possui competências específicas. Médico com experiência em terapia intensiva ou emergência. Enfermeiro treinado em transporte de críticos. Domínio de procedimentos avançados de suporte. Familiaridade com equipamentos de transporte. Capacidade de decisão rápida sob pressão. Comunicação efetiva em ambiente estressante. Treinamento conjunto desenvolve sincronismo.

Os protocolos de deterioração durante transporte antecipam cenários possíveis. Parada de veículos em local seguro para intervenções. Algoritmos de ressuscitação adaptados ao espaço restrito. Comunicação imediata com hospital mais próximo. Desvio de rota em deteriorações graves. Suporte telefônico com origem ou destino. Documentação de todas as intercorrências. Preparação psicológica para desfechos adversos.

A transferência de tecnologias e terapias especiais requer cuidados adicionais. Ventilação mecânica com parâmetros precisamente mantidos. Hipotermia terapêutica com controle rigoroso. Balão intra-aórtico com funcionamento verificado. Terapias de substituição renal contínua interrompidas adequadamente. ECMO apenas com equipe ultrespecializada. Cada tecnologia tem protocolo específico de transporte.

5.1.1.4.7 Documentação e Aspectos Médico-Legais

A adequada documentação de todos os processos de encaminhamento e transferência constitui proteção fundamental para pacientes, profissionais e instituição.

O relatório médico de transferência deve conter elementos essenciais mínimos padronizados. Identificação completa do paciente com documentos e contatos. Data e hora de admissão na UPA com queixa principal. História clínica detalhada incluindo antecedentes relevantes. Exame físico completo na admissão e evolução. Exames complementares realizados com resultados. Procedimentos executados e intercorrências. Diagnósticos firmados ou hipóteses consideradas.

A evolução durante permanência na UPA requer documentação cronológica precisa. Horários de todas as reavaliações médicas. Alterações de sinais vitais e parâmetros monitorados. Medicações administradas com doses e horários. Respostas terapêuticas observadas objetivamente. Intercorrências e medidas tomadas. Comunicações com familiares registradas. Decisões compartilhadas documentadas.

O termo de consentimento para transferência respalda legalmente o processo quando aplicável. Informações sobre riscos e benefícios da transferência. Alternativas consideradas e razões de escolha. Riscos específicos do transporte esclarecidos. Possibilidade de intercorrências explicada. Assinatura do paciente ou responsável legal. Testemunhas quando necessário. Recusa documentada com orientações fornecidas.

A documentação de recursos materiais e humanos comprova adequação do transporte. Tipo de ambulância e recursos disponíveis. Composição completa da equipe de transporte. Equipamentos e medicações disponíveis durante trajeto. Quilometragem e tempos de deslocamento. Intercorrências técnicas com veículo ou equipamentos. Acionamentos de suporte durante percurso. Custos quando aplicável para ressarcimento.

O registro de comunicações mantém rastreabilidade de decisões e orientações. Contatos com centrais de regulação protocolados. Conversas médicas com hospitais de destino. Orientações de superiores hierárquicos. Comunicações com familiares sobre transferência. Acionamento de recursos adicionais. Consultas a especialistas para orientação. Cada contato com hora, interlocutor e conteúdo.

Os aspectos médico-legais específicos da transferência merecem atenção especial. Transferência não caracteriza abandono quando indicada e documentada. Responsabilidade persiste até recepção no destino. Negativa familiar deve ser extensivamente documentada. Altas a pedido com recusa de transferência necessitam termo específico. Óbitos durante transporte requerem

documentação minuciosa. Acionamento de autoridades em casos específicos. Preservação de documentos originais por prazos legais.

5.1.1.4.8 Contrarreferência e Continuidade do Cuidado

O processo de contrarreferência fecha o ciclo de cuidado, garantindo retorno de informações e continuidade assistencial após transferências ou encaminhamentos.

A solicitação sistemática de contrarreferência deve fazer parte de todo encaminhamento. Formulários específicos acompanham transferências solicitando retorno. Contatos institucionais facilitam comunicação posterior. Prazo esperado para retorno é estabelecido. Informações mínimas necessárias são especificadas. Canais preferenciais de comunicação são indicados. Importância da contrarreferência é reforçada.

O processamento de informações de contrarreferência agrega valor ao cuidado continuado. Desfechos de transferências são registrados sistematicamente. Diagnósticos finais atualizam base de conhecimento. Condutas definitivas orientam casos futuros similares. Complicações identificadas melhoram protocolos. Sucessos são compartilhados fortalecendo rede. Aprendizado institucional é consolidado.

O compartilhamento de informações com atenção básica fortalece coordenação do cuidado. Resumos de atendimento são enviados às equipes de referência. Necessidades de seguimento são claramente comunicadas. Vulnerabilidades identificadas orientam abordagem territorial. Pendências assistenciais são sinalizadas. Corresponsabilização é estabelecida. Rede de cuidado é efetivamente ativada.

Os mecanismos de monitoramento pós-transferência identificam desfechos e oportunidades. Contatos telefônicos verificam chegada segura. Evolução em primeiras 48 horas é acompanhada em casos graves. Desfechos finais são pesquisados para análise. Complicações relacionadas ao transporte são investigadas. Satisfação com processo é eventualmente avaliada. Indicadores de qualidade são calculados.

A análise de desfechos orienta melhoria contínua dos processos. Taxas de sucesso validam protocolos estabelecidos. Complicações direcionam revisões necessárias. Tempos de processo identificam gargalos. Custos são analisados para otimização. Benchmarking com outros serviços inspira melhorias. Ciclos de melhoria são sistematicamente implementados.

5.1.1.4.9 Educação e Treinamento

O desenvolvimento contínuo de competências em encaminhamento, transferência e regulação garante execução segura e eficiente de todos os processos.

O programa de educação inicial aborda todos os aspectos do manual para novos colaboradores. Fundamentação teórica sobre rede de atenção e regulação. Apresentação detalhada de protocolos institucionais. Demonstração prática de procedimentos e documentação. Simulações de situações comuns e complexas. Acompanhamento supervisionado dos primeiros casos. Avaliação de competências antes de autonomia plena.

Os treinamentos periódicos mantêm conhecimentos atualizados e habilidades afiadas. Revisão de protocolos com ênfase em mudanças. Análise de casos reais com discussão de condutas. Simulações de alta fidelidade para situações críticas. Workshops sobre comunicação efetiva com regulação. Atualizações sobre recursos da rede. Reciclagens em intervalos regulares definidos.

O desenvolvimento de competências específicas foca em necessidades identificadas. Médicos aprimoram habilidades de estabilização e comunicação. Enfermeiros desenvolvem coordenação de processos complexos. Equipe administrativa aprende nuances da regulação. Profissionais de transporte treinam situações de emergência. Gestores compreendem indicadores e análises. Cada grupo tem necessidades específicas atendidas.

A educação interprofissional fortalece trabalho em equipe durante transferências. Simulações conjuntas desenvolvem sincronia. Papéis e responsabilidades são clarificados na prática. Comunicação em situações de stress é exercitada. Liderança situacional é desenvolvida. Debriefings construtivos consolidam aprendizados. Espírito de equipe é fortalecido.

A avaliação de competências garante segurança nos processos críticos. Conhecimentos teóricos são testados periodicamente. Habilidades práticas são demonstradas em simulações. Tomada de decisão é avaliada em cenários complexos. Comunicação é observada em situações reais. Certificações internas reconhecem competências. Gaps identificados direcionam educação adicional.

5.1.1.4.10 Monitoramento e Indicadores de Qualidade

O monitoramento sistemático através de indicadores específicos permite avaliação objetiva e melhoria contínua de todos os processos de transferência e encaminhamento.

Os indicadores de processo capturam eficiência operacional do sistema. Tempo médio entre indicação e efetivação de transferência. Percentual de transferências realizadas dentro do prazo ideal. Taxa de documentação completa em transferências. Índice de solicitações à regulação atendidas. Tempo de resposta da regulação por prioridade. Disponibilidade de transporte adequado quando indicado.

Os indicadores de resultado avaliam efetividade e segurança dos processos. Taxa de complicações durante transporte estratificada por gravidade. Mortalidade durante transferência ajustada por scores de gravidade. Percentual de contrarreferências recebidas no prazo. Índice de retornos evitáveis pós-encaminhamento. Satisfação de pacientes/famíliares com processo. Desfechos finais de pacientes transferidos.

Os indicadores de estrutura monitoram disponibilidade de recursos necessários. Percentual de tempo com equipe completa para transferências. Disponibilidade de ambulâncias adequadas por tipo. Funcionamento de equipamentos críticos para transporte. Percentual de profissionais treinados e atualizados. Adequação de documentação e formulários. Interfaces de comunicação funcionantes.

A análise temporal de indicadores identifica tendências e variações importantes. Comparações mensais mostram sazonalidades. Análises anuais demonstram evolução do serviço. Correlações com eventos identificam impactos. Benchmarking interno estabelece metas. Variações significativas desencadeiam investigações. Melhorias são quantificadas objetivamente.

O uso gerencial dos indicadores transforma dados em ações de melhoria. Painéis visuais comunicam desempenho a todos. Reuniões de análise crítica discutem resultados. Planos de ação são desenvolvidos para gaps. Recursos são direcionados segundo necessidades. Sucessos são reconhecidos e replicados. Cultura de medição e melhoria é consolidada.

A implementação efetiva do Manual de Encaminhamento, Transferência e Regulação de Pacientes representa compromisso fundamental da gestão com a segurança do paciente e a integração da unidade na rede de atenção à saúde. Através de processos bem estruturados, protocolos claros e mecanismos de monitoramento contínuo, a UPA consolida-se como elo confiável e eficiente do sistema.

O impacto da adequada estruturação destes processos estende-se muito além dos muros da unidade. Pacientes recebem cuidado contínuo e seguro em toda sua jornada pela rede. Profissionais trabalham com segurança respaldados por protocolos validados. Gestores demonstram compromisso com qualidade e integração. Sistema de saúde beneficia-se de fluxos otimizados e comunicação efetiva.

A evolução contínua destes processos, baseada em monitoramento sistemático e incorporação de melhores práticas, garante que a unidade mantenha-se na vanguarda da qualidade assistencial. Cada transferência segura, cada encaminhamento efetivo, cada vida preservada através de

processos bem executados reafirma a importância deste manual como instrumento vivo de gestão.

O compromisso com a excelência nestes processos críticos reflete o entendimento de que a UPA não é ilha isolada, mas parte fundamental de rede complexa onde cada elo deve funcionar com precisão para garantir o resultado final: acesso oportuno a cuidados de saúde seguros e efetivos para toda a população. Este manual representa passo fundamental nesta direção, estabelecendo bases sólidas para que cada paciente receba exatamente o cuidado que necessita, no local adequado, no tempo oportuno, com segurança e dignidade.

5.1.1.4.1 Modelo de manual de Encaminhamento, transferência e regulação de pacientes

1. Introdução institucional e contextualização assistencial

A Unidade de Pronto Atendimento Municipal constitui componente essencial da Rede de Atenção às Urgências, assumindo papel estratégico na recepção de demandas espontâneas, estabilização inicial de quadros agudos e articulação com os demais pontos de atenção do Sistema Único de Saúde. Sua atuação não se limita à resolução local dos agravos, mas envolve, de forma contínua, decisões clínicas relacionadas ao destino assistencial mais adequado para cada paciente atendido.

Nesse contexto, o encaminhamento, a transferência e a regulação de pacientes configuram-se como atos assistenciais complexos, que extrapolam a dimensão logística ou administrativa. Cada decisão tomada nesse processo possui impacto direto sobre a segurança do paciente, a continuidade do cuidado, a utilização racional dos recursos da rede e a responsabilidade técnica da equipe envolvida.

A inexistência de fluxos bem definidos ou a condução inadequada desses processos pode resultar em atrasos no tratamento, deterioração clínica durante períodos de espera, falhas de comunicação interinstitucional, duplicidade de procedimentos, aumento de eventos adversos e exposição jurídica da instituição e dos profissionais. Por essa razão, a estruturação de um Manual específico, detalhado e operacional, torna-se instrumento indispensável de governança clínica.

A **Solution Gestão Pública**, enquanto organização responsável pela gestão da Unidade, adota o presente Manual como documento normativo interno, vinculante para todas as equipes assistenciais e administrativas, integrando-o às rotinas operacionais, aos processos de educação permanente,

aos mecanismos de auditoria clínica e às estratégias de melhoria contínua da qualidade assistencial.

2. Objetivos gerais e específicos do Manual

2.1 Objetivo geral

Estabelecer diretrizes técnicas, clínicas e operacionais para os processos de encaminhamento, transferência e regulação de pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, garantindo segurança assistencial, continuidade do cuidado, rastreabilidade das decisões clínicas e integração efetiva com a Rede de Atenção à Saúde.

2.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos deste Manual:

- Padronizar critérios clínicos para definição do destino assistencial do paciente;
- Estabelecer fluxos claros de comunicação entre a UPA, os serviços de referência e o sistema de regulação;
- Definir responsabilidades técnicas e operacionais de cada profissional envolvido no processo;
- Garantir estabilização clínica adequada antes de qualquer transferência;
- Reduzir riscos assistenciais durante o período de espera por vaga regulada;
- Assegurar documentação completa e fidedigna de todo o processo;
- Proteger pacientes, profissionais e instituição do ponto de vista técnico e jurídico;
- Promover integração funcional da UPA com a rede municipal, regional e estadual de saúde;
- Subsidiar processos de auditoria, monitoramento e melhoria contínua.

3. Abrangência e aplicação

Este Manual aplica-se a todos os pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, independentemente da classificação de risco, sempre que houver:

- encaminhamento para atenção básica ou especializada ambulatorial;
- solicitação de vaga regulada para internação;
- transferência inter-hospitalar;
- remoção para serviços especializados;
- necessidade de contrarreferência após atendimento externo.

A aplicação do Manual é obrigatória para:

- médicos plantonistas;
- enfermeiros assistenciais e coordenadores;
- equipe administrativa responsável pela interface com a regulação;
- profissionais envolvidos no transporte sanitário;
- coordenação médica e direção técnica da unidade.

4. Princípios assistenciais que regem o processo de movimentação de pacientes

4.1 Segurança do paciente como eixo central

Toda decisão de encaminhamento ou transferência deve ser orientada prioritariamente pela segurança do paciente, entendida como a minimização dos riscos evitáveis associados às transições de cuidado. Nenhuma decisão administrativa, pressão externa ou limitação estrutural pode se sobrepor à necessidade de garantir condições clínicas mínimas para transporte seguro.

A segurança do paciente se materializa, neste contexto, por meio de:

- avaliação clínica criteriosa;
- estabilização adequada;
- escolha correta do meio de transporte;
- definição de equipe compatível com o risco;
- comunicação efetiva entre origem e destino;
- monitorização contínua até a recepção final.

4.2 Continuidade do cuidado

O processo de movimentação do paciente deve assegurar que nenhuma informação clínica relevante seja perdida, que condutas iniciadas tenham

continuidade e que o serviço receptor receba o paciente com pleno conhecimento de sua condição clínica, intervenções realizadas e riscos identificados.

A continuidade do cuidado exige:

- documentação estruturada;
- comunicação médica direta;
- clareza quanto às responsabilidades;
- solicitação ativa de contrarreferência.

4.3 Integralidade da atenção

As decisões de encaminhamento devem considerar o paciente de forma integral, levando em conta não apenas o agravo agudo, mas também:

- comorbidades;
- condições sociais e familiares;
- capacidade de adesão ao tratamento;
- necessidade de suporte contínuo.

A escolha do destino assistencial deve refletir essa avaliação ampliada, buscando o ponto da rede mais adequado para atender às necessidades identificadas.

4.4 Equidade no acesso

Os critérios de priorização no acesso a vagas reguladas e transferências devem ser **exclusivamente técnicos**, baseados na gravidade clínica e no risco assistencial. Qualquer tentativa de interferência não técnica deve ser recusada e devidamente registrada.

4.5 Eficiência e uso racional da rede

A UPA deve atuar como reguladora clínica do fluxo, evitando:

- encaminhamentos desnecessários;
- ocupação indevida de leitos hospitalares;
- duplicidade de exames;
- retornos evitáveis à unidade.

A eficiência do processo beneficia o sistema como um todo, ampliando o acesso e reduzindo gargalos.

5. Governança clínica do processo de encaminhamento e transferência

5.1 Responsabilidade clínica ininterrupta

A responsabilidade clínica pelo paciente não se encerra no momento da solicitação de vaga, da autorização da regulação ou da chegada do transporte. Ela permanece com a equipe da UPA até:

- a entrega formal do paciente ao serviço de destino;
- a comunicação estruturada entre profissionais;
- a confirmação do recebimento pelo serviço receptor.

Esse princípio deve estar claramente compreendido por toda a equipe.

5.2 Cadeia de responsabilidades

5.2.1 Médico assistente

- Avaliação clínica e definição do destino assistencial;
- Estabilização pré-transferência;
- Comunicação médica com regulação e serviço receptor;
- Elaboração do relatório médico de transferência;
- Registro completo no prontuário.

5.2.2 Enfermagem

- Monitorização clínica contínua;
- Preparação do paciente para transporte;
- Conferência de dispositivos, acessos e equipamentos;
- Execução de checklist de transferência;
- Registro de intercorrências.

5.2.3 Equipe administrativa

- Registro de contatos com centrais de regulação;
- Controle de protocolos de solicitação;
- Organização documental;

- Apoio logístico ao processo.

5.2.4 Coordenação médica e direção técnica

- Suporte a decisões complexas;
- Mediação institucional em casos críticos;
- Gestão de negativas de vaga;
- Monitoramento dos indicadores do processo.

6. Tipologia dos processos de movimentação de pacientes

Para fins operacionais, os processos são classificados em:

- Encaminhamento ambulatorial programado;
- Encaminhamento ambulatorial prioritário;
- Transferência inter-hospitalar eletiva;
- Transferência inter-hospitalar de urgência;
- Transferência de paciente crítico;
- Permanência prolongada em espera por vaga regulada;
- Contrarreferência pós-transferência.

Cada tipologia possui critérios, riscos e rotinas específicas, detalhadas nas próximas partes deste Manual.

7. Avaliação clínica como base para definição do destino assistencial

A definição do destino assistencial do paciente atendido na Unidade de Pronto Atendimento Municipal constitui ato médico privativo, fundamentado em avaliação clínica criteriosa, análise de riscos, reconhecimento das limitações estruturais da unidade e conhecimento dos recursos disponíveis na rede de atenção à saúde.

A avaliação que embasa essa decisão não se restringe ao diagnóstico inicial, mas compreende um conjunto de elementos clínicos, funcionais e contextuais que, analisados de forma integrada, permitem definir com segurança se o paciente:

- pode receber alta com orientações e seguimento ambulatorial;
- deve ser encaminhado para atenção básica;
- necessita de acompanhamento especializado ambulatorial;

- requer internação hospitalar;
- demanda transferência urgente para unidade de maior complexidade;
- deve permanecer sob observação enquanto aguarda regulação.

Essa avaliação deve ser dinâmica, com reavaliações periódicas sempre que houver mudança do quadro clínico ou atraso na efetivação do destino inicialmente definido.

8. Elementos obrigatórios da avaliação clínica para fins de encaminhamento

Para padronização institucional, a avaliação clínica que fundamenta qualquer encaminhamento ou transferência deve contemplar, obrigatoriamente, os seguintes elementos:

8.1 Avaliação do estado geral

- Nível de consciência;
- Capacidade de comunicação;
- Presença de dor intensa ou sofrimento agudo;
- Estado nutricional aparente;
- Capacidade funcional prévia e atual.

8.2 Avaliação dos sinais vitais e parâmetros fisiológicos

- Pressão arterial;
- Frequência cardíaca;
- Frequência respiratória;
- Saturação periférica de oxigênio;
- Temperatura corporal;
- Glicemia capilar quando indicada.

Alterações persistentes ou instabilidade hemodinâmica contraindicam encaminhamento simples e exigem avaliação para transferência estruturada.

8.3 Avaliação de risco clínico imediato

Devem ser identificados sinais de alerta que indiquem risco iminente, incluindo, mas não se limitando a:

- rebaixamento do nível de consciência;
- insuficiência respiratória;
- instabilidade hemodinâmica;
- dor torácica sugestiva de síndrome coronariana;
- déficit neurológico focal agudo;
- sangramento ativo;
- sepse suspeita ou confirmada;
- agitação psicomotora com risco à integridade física.

A presença de qualquer um desses elementos restringe as opções de destino e exige planejamento cuidadoso.

8.4 Avaliação das comorbidades e condições associadas

Devem ser considerados fatores que aumentam o risco assistencial, como:

- doenças cardiovasculares;
- doenças respiratórias crônicas;
- insuficiência renal;
- imunossupressão;
- gestação;
- idade avançada;
- doenças psiquiátricas graves;
- uso de múltiplas medicações.

Esses fatores podem alterar a decisão de alta ou indicar necessidade de nível assistencial superior.

9. Critérios clínicos para alta da Unidade de Pronto Atendimento

A alta do paciente diretamente da UPA somente deve ocorrer quando todas as condições abaixo estiverem atendidas:

- estabilidade clínica comprovada;

- resolução ou controle adequado do agravo agudo;
- ausência de critérios de internação;
- capacidade de compreensão das orientações;
- possibilidade de seguimento ambulatorial adequado.

A decisão de alta deve ser sempre acompanhada de orientações verbais e escritas, incluindo sinais de alerta para retorno imediato.

10. Critérios para encaminhamento à Atenção Básica

O encaminhamento para a Atenção Básica deve ser adotado quando o paciente apresentar condições clínicas estáveis, que possam ser acompanhadas longitudinalmente nesse nível de atenção.

10.1 Situações clínicas mais frequentes

- hipertensão arterial controlada após atendimento;
- diabetes mellitus sem complicações agudas;
- infecções de vias aéreas superiores leves;
- dores musculoesqueléticas sem sinais de gravidade;
- acompanhamento de condições crônicas;
- renovação ou ajuste de medicações de uso contínuo.

10.2 Requisitos para encaminhamento

- estabilidade clínica mantida por período de observação adequado;
- ausência de sinais de alerta;
- orientação clara sobre local de acompanhamento;
- registro no prontuário do motivo do encaminhamento.

11. Critérios para encaminhamento ambulatorial especializado

O encaminhamento para especialidades ambulatoriais deve ocorrer quando a condição clínica extrapolar a capacidade resolutive da Atenção Básica, mas não exigir internação hospitalar imediata.

11.1 Exemplos de situações indicativas

- achados cardiológicos que demandam investigação especializada;
- suspeita de doenças neurológicas não agudas;

- alterações ortopédicas complexas sem indicação cirúrgica imediata;
- distúrbios endócrinos de difícil controle;
- quadros psiquiátricos estáveis que necessitam acompanhamento especializado.

11.2 Condições obrigatórias

- paciente clinicamente estável;
- risco imediato afastado;
- encaminhamento documentado com justificativa técnica;
- orientação clara ao paciente quanto à importância do seguimento.

12. Critérios para internação hospitalar

A indicação de internação hospitalar deve ser realizada quando o paciente apresentar condição clínica que não pode ser manejada com segurança na UPA, mesmo após estabilização inicial.

12.1 Critérios clínicos gerais

- necessidade de monitorização contínua;
- necessidade de suporte ventilatório;
- instabilidade hemodinâmica;
- necessidade de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos indisponíveis;
- risco elevado de deterioração clínica;
- falha de tratamento inicial na UPA.

12.2 Avaliação da complexidade

A decisão deve considerar se a internação requerida é:

- clínica;
- cirúrgica;
- em unidade de terapia intensiva;
- em unidade especializada.

Essa definição impacta diretamente o tipo de vaga solicitada na regulação.

13. Critérios para transferência inter-hospitalar

A transferência inter-hospitalar é indicada quando o paciente necessita de recursos assistenciais inexistentes na UPA, mesmo após estabilização inicial adequada.

13.1 Indicações frequentes

- necessidade de exames de alta complexidade;
- indicação cirúrgica urgente;
- suporte intensivo prolongado;
- atendimento especializado não disponível localmente;
- piora clínica apesar das medidas iniciais.

13.2 Princípios fundamentais

- estabilização prévia obrigatória;
- aceitação formal do serviço de destino;
- definição adequada do meio de transporte;
- documentação completa.

14. Permanência prolongada na UPA aguardando regulação

A permanência do paciente na UPA aguardando vaga regulada constitui situação de risco assistencial que exige gestão ativa.

14.1 Responsabilidades durante a espera

- reavaliações médicas periódicas;
- monitorização contínua;
- ajuste de condutas conforme evolução;
- registro rigoroso das avaliações;
- atualização constante da regulação.

14.2 Comunicação com paciente e família

- informação clara sobre a situação;
- esclarecimento de riscos;

- registro das comunicações realizadas;
- manejo adequado de expectativas.

15. Reavaliação clínica como obrigação contínua

A indicação inicial de destino assistencial não é definitiva e deve ser revista sempre que:

- houver alteração do quadro clínico;
- ocorrer atraso significativo na transferência;
- surgirem novas informações diagnósticas;
- houver mudança na disponibilidade da rede.

A reavaliação deve ser registrada formalmente no prontuário.

16. Estabilização clínica como etapa obrigatória antes de qualquer transferência

A estabilização clínica do paciente constitui condição indispensável para qualquer processo de transferência inter-hospitalar, independentemente da urgência, pressão assistencial ou indisponibilidade de leitos na rede. A Unidade de Pronto Atendimento Municipal tem responsabilidade plena pela adoção de todas as medidas assistenciais necessárias para garantir que o paciente seja transferido em condições clínicas seguras, compatíveis com o transporte proposto.

A estabilização não se limita à reversão imediata de sinais vitais alterados, mas envolve a criação de um estado clínico minimamente previsível, no qual o risco de deterioração súbita durante o transporte seja reduzido ao menor nível possível dentro das limitações estruturais da unidade.

A decisão de transferência não pode anteceder a estabilização. A indicação clínica pode ser precoce, mas a execução do transporte deve aguardar a conclusão das medidas estabilizadoras.

17. Objetivos da estabilização clínica pré-transferência

A estabilização clínica tem como objetivos fundamentais:

- garantir vias aéreas pervias e protegidas;
- assegurar ventilação e oxigenação adequadas;

- manter estabilidade hemodinâmica;
- controlar dor, ansiedade e agitação;
- reduzir risco de eventos adversos durante mobilização e transporte;
- permitir monitorização contínua segura;
- criar condições para continuidade do cuidado no destino.

Esses objetivos devem ser perseguidos de forma sistemática, documentada e reavaliada continuamente até o momento da saída do paciente da unidade.

18. Estabilização das vias aéreas e da respiração

18.1 Avaliação das vias aéreas

Todo paciente com indicação de transferência deve ter suas vias aéreas avaliadas quanto a:

- patência;
- risco de obstrução;
- capacidade de proteção;
- presença de secreções abundantes;
- nível de consciência.

Pacientes com rebaixamento do nível de consciência, instabilidade respiratória ou risco iminente de aspiração devem ser avaliados quanto à necessidade de via aérea definitiva antes do transporte.

18.2 Suporte ventilatório

A ventilação deve ser adequada à condição clínica do paciente:

- oxigenoterapia suplementar para hipoxemia leve;
- máscara com reservatório em casos de maior demanda;
- ventilação não invasiva quando indicada e monitorada;
- ventilação mecânica invasiva em pacientes críticos com risco de falência respiratória.

A decisão pela intubação orotraqueal deve considerar o risco de deterioração durante o transporte, e não apenas o quadro no leito da UPA.

18.3 Monitorização respiratória

Durante todo o período pré-transferência, devem ser monitorados:

- frequência respiratória;
- saturação de oxigênio;
- esforço respiratório;
- nível de consciência.

Qualquer piora exige reavaliação imediata da indicação e do momento da transferência.

19. Estabilização hemodinâmica

19.1 Avaliação circulatória

A avaliação hemodinâmica deve incluir:

- pressão arterial seriada;
- frequência cardíaca;
- perfusão periférica;
- débito urinário quando aplicável;
- estado de hidratação.

Instabilidade hemodinâmica contraindica transporte simples e exige correção antes da remoção.

19.2 Medidas de suporte circulatório

Devem ser adotadas conforme necessidade clínica:

- expansão volêmica criteriosa;
- uso de drogas vasoativas quando indicadas;
- controle de hemorragias ativas;
- correção de distúrbios eletrolíticos críticos;
- monitorização cardíaca contínua.

Pacientes em uso de drogas vasoativas somente podem ser transferidos com equipe e transporte compatíveis, devidamente documentados.

20. Controle neurológico e do nível de consciência

20.1 Avaliação neurológica seriada

Pacientes com alteração neurológica devem ser avaliados quanto a:

- escala de Glasgow;
- pupilas;
- déficit motor;
- sinais de hipertensão intracraniana;
- agitação psicomotora.

A evolução neurológica deve ser registrada antes da transferência.

20.2 Controle de agitação e convulsões

A agitação psicomotora representa risco significativo durante transporte. Deve ser manejada com:

- abordagem verbal inicial;
- contenção medicamentosa quando indicada;
- analgesia adequada;
- sedação proporcional à necessidade clínica.

Convulsões devem estar controladas antes do transporte, com medicações adequadas e registro de doses e horários.

21. Controle da dor e conforto do paciente

A analgesia adequada é componente essencial da estabilização clínica. Dor não controlada aumenta risco de instabilidade durante transporte e compromete segurança.

Devem ser observados:

- avaliação sistemática da dor;
- uso de analgésicos adequados à intensidade;
- reavaliação após intervenção;
- documentação da resposta terapêutica.

O conforto térmico, posicionamento adequado e contenção segura de dispositivos também devem ser garantidos.

22. Estabilização clínica específica por perfil de paciente

22.1 Pacientes com dor torácica

- controle rigoroso da dor;
- monitorização cardíaca contínua;
- estabilização hemodinâmica;
- acesso venoso pérvio;
- preparo para intervenções emergenciais durante transporte.

22.2 Pacientes neurológicos

- cabeceira elevada quando indicado;
- controle pressórico adequado;
- glicemia controlada;
- prevenção de aspiração;
- monitorização neurológica contínua.

22.3 Pacientes com sepse

- antibioticoterapia iniciada;
- expansão volêmica adequada;
- controle de foco quando possível;
- monitorização rigorosa;
- reavaliação frequente.

22.4 Pacientes traumatizados

- imobilização adequada;
- controle de sangramentos;
- analgesia efetiva;
- estabilização ortopédica básica;
- prevenção de hipotermia.

23. Manejo do paciente em permanência prolongada aguardando regulação

A permanência prolongada na UPA aguardando vaga regulada exige plano assistencial estruturado, e não simples manutenção do estado clínico inicial.

23.1 Reavaliações médicas periódicas

Devem ser realizadas:

- no mínimo a cada período definido pelo risco clínico;
- sempre que houver alteração do quadro;
- após resultados de exames;
- antes de qualquer tentativa de remoção.

Cada reavaliação deve ser registrada em prontuário.

23.2 Plano terapêutico dinâmico

O plano assistencial deve ser continuamente ajustado, incluindo:

- adequação de medicações;
- ajuste de suporte ventilatório;
- revisão de analgesia e sedação;
- prevenção de complicações associadas à permanência prolongada.

23.3 Comunicação com regulação durante a espera

- atualização do quadro clínico;
- reclassificação de prioridade quando indicada;
- registro formal de todas as tentativas;
- persistência técnica documentada.

24. Comunicação estruturada com paciente e familiares durante a espera

A comunicação deve ser:

- clara;
- contínua;

- proporcional à gravidade;
- documentada.

Devem ser esclarecidos:

- motivo da permanência;
- riscos envolvidos;
- medidas em curso;
- impossibilidade momentânea de transferência;
- sinais de alerta.

25. Responsabilidade assistencial durante a espera

Enquanto o paciente estiver fisicamente na UPA, a responsabilidade assistencial permanece integralmente com a equipe da unidade, independentemente de:

- vaga solicitada;
- aceite verbal de outro serviço;
- registro em sistema de regulação.

Essa responsabilidade somente se encerra após a recepção formal do paciente pelo serviço de destino.

5.1.1.5 Integração com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

A Importância do Manual de Integração com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

A integração efetiva entre a Unidade de Pronto Atendimento Municipal e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 constitui elemento fundamental para o funcionamento harmônico da rede de atenção às urgências e emergências. Esta interface, quando adequadamente estruturada, potencializa a capacidade resolutiva de ambos os serviços, garantindo que pacientes recebam o cuidado apropriado no tempo oportuno, com otimização de recursos e minimização de riscos durante as transições assistenciais.

O SAMU 192 representa a principal porta de entrada móvel para casos de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde, realizando desde orientações telefônicas até atendimentos de alta complexidade em via pública. A UPA, por sua vez, configura-se como retaguarda preferencial para casos de

complexidade intermediária que demandam estabilização, investigação diagnóstica e observação por período limitado. A sinergia entre estes componentes determina, em grande medida, a efetividade de toda a rede de urgência.

A realidade operacional desta interface apresenta desafios complexos que demandam protocolização cuidadosa. Ambulâncias do SAMU chegam frequentemente com pacientes graves necessitando recepção imediata e organizada. Informações clínicas coletadas em campo precisam ser adequadamente transmitidas para continuidade do cuidado. Decisões sobre destino de pacientes devem considerar capacidade instalada e perfil assistencial. Retorno rápido das equipes móveis é essencial para manutenção da cobertura territorial. Cada aspecto desta interação impacta diretamente a qualidade e segurança do atendimento.

A ausência de processos estruturados de integração gera consequências deletérias para todo o sistema. Chegadas não anunciadas de pacientes graves podem encontrar equipes despreparadas. Perda de informações clínicas relevantes compromete diagnósticos e tratamentos. Demoras na recepção mantêm ambulâncias indisponíveis para novos chamados. Conflitos entre equipes sobre responsabilidades geram atritos desnecessários. Falhas de comunicação podem resultar em deterioração clínica durante transferência de cuidados. Documentação inadequada expõe profissionais e instituições a questionamentos legais.

O desenvolvimento de manual específico surge como resposta organizacional a estes desafios, estabelecendo framework operacional que padroniza processos, clarifica responsabilidades e cria mecanismos de segurança para todas as interações entre UPA e SAMU. Mais que documento normativo, representa pacto de cooperação entre serviços que compartilham a missão de salvar vidas e minimizar sequelas em situações de urgência e emergência.

A implementação de processos integrados proporciona benefícios mensuráveis para todos os envolvidos. Pacientes experimentam transições suaves com manutenção da qualidade assistencial. Profissionais de ambos os serviços trabalham com clareza de papéis e segurança processual. Gestores obtêm otimização de recursos através de fluxos eficientes. Sistema de saúde beneficia-se de rede verdadeiramente integrada e resolutiva. Sociedade recebe atendimento de urgência com padrão elevado de qualidade e segurança.

5.1.1.5 Manual de Integração com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

5.1.1.5.1 Objetivos e Princípios da Integração

O Manual de Integração com o SAMU 192 tem por objetivo estabelecer diretrizes, protocolos e procedimentos que garantam interface harmônica, segura e eficiente entre os serviços, assegurando resposta rápida, organizada e eficaz às situações de urgência e emergência compatíveis com o perfil assistencial da unidade.

Os objetivos específicos incluem padronização dos processos de comunicação prévia e recepção de pacientes, estabelecimento de fluxos claros de transferência de responsabilidade assistencial, definição de protocolos de transmissão de informações clínicas, criação de mecanismos de registro e documentação integrada, desenvolvimento de processos de apoio mútuo entre serviços, e estabelecimento de indicadores de qualidade da integração. Cada objetivo contribui para construção de rede coesa e eficiente.

A integração fundamenta-se no reconhecimento mútuo das competências e limitações de cada serviço. O SAMU possui expertise em atendimento pré-hospitalar, estabilização em ambiente adverso e transporte medicalizado. A UPA oferece estrutura para procedimentos diagnósticos, terapêuticos e observação prolongada. Complementaridade, não competição, orienta a relação. Respeito profissional mútuo constrói colaboração efetiva. Foco no paciente supera questões institucionais.

O princípio da continuidade assistencial garante que cuidados iniciados pelo SAMU tenham seguimento adequado na UPA. Medidas de suporte vital são mantidas sem interrupção. Medicções iniciadas têm efeitos monitorados. Hipóteses diagnósticas levantadas são investigadas. Informações coletadas em campo orientam condutas hospitalares. Cada ação do SAMU agrega valor ao atendimento subsequente. Trabalho integrado potencializa resultados individuais.

A comunicação efetiva constitui pilar fundamental da integração bem-sucedida. Linguagem técnica padronizada evita mal-entendidos. Informações são transmitidas de forma completa mas concisa. Canais de comunicação permanecem sempre disponíveis. Feedbacks construtivos melhoram processos continuamente. Problemas são abordados com foco em soluções. Comunicação transcende transmissão de dados, construindo relação de confiança.

A responsabilização compartilhada reconhece que ambos os serviços trabalham pelo mesmo objetivo. Sucessos são celebrados conjuntamente. Adversidades são enfrentadas com apoio mútuo. Aprendizados são compartilhados generosamente. Melhorias beneficiam toda a rede. Competição é substituída por colaboração. Visão sistêmica orienta ações locais. Cada profissional compreende seu papel no conjunto.

5.1.1.5.2 Comunicação e Acionamento

A comunicação efetiva entre SAMU e UPA inicia antes mesmo da chegada física do paciente, permitindo preparação adequada e recepção organizada.

O sistema de comunicação prévia estabelece canais dedicados e protocolos claros. Rádio em frequência específica mantém comunicação direta durante deslocamentos. Telefones fixos e celulares servem como backup confiável. Aplicativos de mensagem podem complementar em situações específicas. Redundância garante que comunicação nunca seja impedida por falhas técnicas. Testes periódicos verificam funcionamento de todos os canais.

O protocolo de aviso de encaminhamento segue roteiro padronizado que otimiza transmissão de informações. Identificação clara da unidade móvel e município de origem. Tempo estimado de chegada considerando trânsito e distância. Dados básicos do paciente incluindo idade e sexo. Queixa principal e mecanismo de trauma quando aplicável. Sinais vitais atuais e tendência observada. Procedimentos realizados e respostas obtidas. Recursos necessários na chegada para recepção adequada.

A gradação de prioridade na comunicação orienta preparação diferenciada. Código vermelho indica paciente crítico demandando recepção imediata em sala de emergência. Código amarelo sinaliza urgência com necessidade de avaliação prioritária. Código verde sugere menor gravidade permitindo recepção regular. Códigos especiais podem indicar situações como múltiplas vítimas ou casos psiquiátricos. Clareza na comunicação de prioridade evita sub ou superestimação.

O registro de comunicações mantém rastreabilidade de todas as interações. Livro de registro específico documenta horário e conteúdo de cada contato. Gravações quando disponíveis preservam comunicações via rádio. Protocolos eletrônicos incluem campos para registro de avisos. Nome do comunicante do SAMU é sempre registrado. Intercorrências de comunicação são documentadas para melhoria. Base de dados permite análises posteriores de padrões e problemas.

A atualização durante trajeto mantém UPA informada sobre mudanças significativas. Deterioração clínica importante é imediatamente comunicada. Melhoras significativas podem alterar preparativos de recepção. Desvios de rota por trânsito atualizam tempo de chegada. Necessidade de parada para procedimentos é informada. Solicitação de orientação médica pode ser necessária. Comunicação bidirecional permite suporte mesmo à distância.

5.1.1.5.3 Recepção e Transferência de Cuidados

O processo de recepção de pacientes do SAMU e transferência de responsabilidade assistencial constitui momento crítico que demanda coordenação precisa e profissionalismo.

A preparação para recepção inicia com o primeiro contato do SAMU. Equipe é informada sobre chegada iminente e características do caso. Sala apropriada é preparada conforme gravidade comunicada. Equipamentos necessários são verificados e posicionados. Medicações prováveis são separadas e checadas. Profissionais designados posicionam-se para recepção. Vaga de estacionamento é liberada para acesso rápido. Maca de transferência aguarda posicionada adequadamente.

O momento da chegada requer coordenação precisa entre equipes. Profissional designado orienta entrada e estacionamento da ambulância. Equipe de recepção posiciona-se para transferência segura. Estabilidade do paciente é verificada antes de qualquer mobilização. Transferência física ocorre com número adequado de profissionais. Equipamentos de suporte são transferidos simultaneamente. Monitorização é mantida contínua durante todo processo. Dignidade do paciente é preservada com uso de cobertores e biombos.

A passagem de plantão verbal segue protocolo SBAR adaptado. Situação: identificação, queixa principal e contexto do atendimento. Background: antecedentes relevantes e medicações em uso. Avaliação: achados do exame, sinais vitais e evolução observada. Recomendação: procedimentos realizados, pendências e sugestões. Oportunidade para perguntas esclarece dúvidas imediatamente. Confirmação de entendimento fecha ciclo de comunicação. Tempo é respeitado considerando urgência mas garantindo completude.

A transferência de documentação complementa informações verbais. Ficha de atendimento do SAMU é entregue em via original. Cópias de documentos do paciente acompanham quando disponíveis. Exames realizados em campo são fornecidos. Pertences pessoais são relacionados e transferidos. Medicações administradas são claramente documentadas. Assinatura conjunta formaliza transferência de responsabilidade. Horário exato de transferência é registrado por ambas equipes.

O manejo de equipamentos do SAMU durante transferência segue protocolo específico. Equipamentos de propriedade do SAMU são identificados claramente. Substituição por equipamentos da UPA ocorre assim que possível. Cuidado especial com bombas de infusão evita interrupções. Ventiladores mecânicos de transporte são trocados cuidadosamente. Monitores mantêm visualização durante toda transição. Devolução de equipamentos é documentada adequadamente. Limpeza e desinfecção seguem protocolos de ambos serviços.

A gestão de situações especiais requer flexibilidade dentro de protocolos. Pacientes em parada cardiorrespiratória demandam transferência ultrarrápida. Múltiplas vítimas exigem triagem coordenada entre equipes. Pacientes psiquiátricos agitados necessitam contenção segura. Gestantes em trabalho de parto podem demandar decisões rápidas. Crianças graves mobilizam recursos

pediátricos específicos. Cada situação tem abordagem adaptada mantendo princípios gerais.

5.1.1.5.4 Documentação Integrada

A adequada documentação de toda interface entre SAMU e UPA garante continuidade assistencial, respaldo legal e base para melhorias processuais.

A ficha de atendimento integrada incorpora informações de ambos os serviços em documento único. Dados do atendimento pré-hospitalar ocupam seção específica inicial. Horários de todos os eventos são registrados em linha temporal clara. Procedimentos do SAMU são diferenciados dos realizados na UPA. Profissionais de ambos serviços são identificados adequadamente. Evolução contínua mostra transição de cuidados. Documento final representa narrativa completa do atendimento.

Os elementos essenciais da documentação incluem identificação completa do paciente quando disponível. Circunstâncias do acionamento e queixa inicial relatada. Condições encontradas no local pela equipe do SAMU. Sinais vitais seriados desde primeiro contato. Procedimentos realizados em ordem cronológica. Medicações com doses, vias e horários precisos. Respostas terapêuticas observadas objetivamente. Intercorrências durante atendimento e transporte. Condições de entrega do paciente na UPA.

A documentação de tempos constitui elemento crucial para análise de qualidade. Horário do acionamento inicial do SAMU. Chegada da equipe ao local do atendimento. Tempo de permanência em cena para estabilização. Início e fim do deslocamento para UPA. Horário de chegada e transferência efetiva. Tempo de permanência do SAMU na unidade. Liberação da equipe para novo atendimento. Análise destes tempos orienta melhorias operacionais.

O registro fotográfico quando pertinente complementa documentação escrita. Lesões traumáticas são fotografadas para comparação evolutiva. Posição inicial em acidentes pode ser documentada. ECGs e outros traçados são preservados adequadamente. Cenas que orientem investigação são registradas. Consentimento é obtido quando paciente está consciente. Armazenamento segue políticas de privacidade. Acesso é restrito a profissionais autorizados.

A guarda e arquivamento de documentação integrada respeita necessidades de ambos serviços. Original permanece com instituição de destino final do paciente. Cópias são fornecidas ao SAMU quando solicitadas. Digitalização permite acesso compartilhado quando sistemas permitem. Prazos de guarda respeitam legislação mais restritiva. Acesso posterior para fins legais ou de auditoria é garantido. Confidencialidade é mantida em todos os processos.

5.1.1.5.5 Protocolos Clínicos Integrados

O alinhamento de protocolos clínicos entre SAMU e UPA garante consistência terapêutica e otimização de resultados através de abordagem unificada.

Os protocolos de suporte básico e avançado de vida seguem diretrizes unificadas reconhecidas. Algoritmos de ressuscitação são idênticos facilitando continuidade. Drogas e doses padronizadas evitam erros de transição. Técnicas de via aérea seguem mesma hierarquia de escolha. Critérios de interrupção são consensuados entre serviços. Treinamentos conjuntos garantem execução harmônica. Atualizações são implementadas simultaneamente em ambos serviços.

O manejo da dor segue escala e abordagem unificadas entre serviços. Avaliação padronizada permite comparação evolutiva. Analgesia iniciada pelo SAMU tem continuidade garantida. Doses e intervalos respeitam protocolos compartilhados. Reavaliações seguem mesma temporalidade. Efeitos adversos são monitorizados continuamente. Documentação permite auditoria de qualidade do controle algico.

Os protocolos de trauma priorizam mesmos princípios e sequências. X-ABCDE do trauma orienta ambas equipes igualmente. Imobilizações realizadas pelo SAMU são mantidas até avaliação definitiva. Reposição volêmica segue estratégias alinhadas. Indicações de procedimentos urgentes são consensuadas. Escalas de gravidade utilizam mesmos instrumentos. Destino final considera avaliação conjunta de gravidade.

As emergências cardiovasculares têm abordagem tempo-dependente coordenada. Protocolos de dor torácica iniciam no primeiro contato do SAMU. ECG pré-hospitalar é valorizado para decisões na UPA. Terapias de reperfusão consideram tempo total de isquemia. Comunicação permite preparação de equipes especializadas. Transferências rápidas para hemodinâmica são facilitadas. Registro de tempos orienta análise de qualidade assistencial.

O atendimento a populações especiais respeita peculiaridades com protocolos adaptados. Pediatria utiliza doses e equipamentos específicos consensuados. Obstetrícia segue diretrizes que garantem segurança materno-fetal. Geriatria considera fragilidades e polifarmácia. Psiquiatria equilibra segurança com dignidade. Cada população tem necessidades respeitadas em protocolos integrados.

5.1.1.5.6 Apoio Operacional Mútuo

A cooperação operacional entre UPA e SAMU estende-se além da transferência de pacientes, incluindo apoio mútuo em diversas situações.

O suporte material de emergência estabelece mecanismo de empréstimo entre serviços. Medicações críticas podem ser compartilhadas em situações de

ruptura. Equipamentos defeituosos são substituídos temporariamente. Materiais de consumo são fornecidos em situações excepcionais. Registro detalhado permite posterior reposição. Reciprocidade constrói relação de confiança mútua. Burocracia é minimizada em situações urgentes.

O apoio técnico profissional permite otimização de recursos humanos especializados. Médico da UPA pode orientar condutas em casos complexos via rádio. Procedimentos específicos podem ter suporte presencial quando viável. Situações de múltiplas vítimas mobilizam profissionais de ambos serviços. Capacitações técnicas são compartilhadas entre equipes. Expertise específica é disponibilizada generosamente. Aprendizado mútuo fortalece competências coletivas.

A utilização de infraestrutura compartilhada otimiza recursos públicos. Heliponto quando disponível serve ambos os serviços. Sala de estabilização pode receber casos do SAMU prioritariamente. Recursos diagnósticos urgentes são disponibilizados. Área de descontaminação atende situações especiais. Espaços de conforto acolhem equipes em intervalos. Infraestrutura é vista como recurso comum, não exclusivo.

O planejamento conjunto para eventos especiais demonstra maturidade da integração. Grandes eventos públicos têm cobertura coordenada. Planos de catástrofe incluem papéis definidos. Simulações conjuntas testam protocolos integrados. Análises pós-evento identificam oportunidades de melhoria. Sucessos são celebrados coletivamente. Experiências acumuladas fortalecem preparação futura.

5.1.1.5.7 Gestão de Conflitos e Melhorias

O reconhecimento de que conflitos podem ocorrer e o estabelecimento de mecanismos de resolução demonstram maturidade institucional.

Os canais de comunicação para resolução de problemas são claramente estabelecidos. Questões operacionais imediatas são resolvidas entre coordenadores de plantão. Problemas recorrentes são levados às coordenações dos serviços. Questões estruturais demandam envolvimento das direções. Registro formal de ocorrências permite análise sistemática. Prazos para respostas são estabelecidos e respeitados. Feedback sobre resoluções é sempre fornecido.

A abordagem de conflitos prioriza soluções sobre culpabilização. Foco mantém-se em processos, não pessoas. Análise busca causas raízes, não superficiais. Ambos os lados são ouvidos com atenção e respeito. Mediação profissional é utilizada quando necessário. Soluções consensuadas têm maior chance de sucesso. Aprendizados previnem recorrências futuras.

As reuniões periódicas de integração mantêm relacionamento saudável. Encontros mensais discutem questões operacionais rotineiras. Análises trimestrais avaliam indicadores de integração. Reuniões extraordinárias abordam situações urgentes. Participação é paritária e representativa. Atas documentam discussões e decisões. Acompanhamento de deliberações garante implementação.

O sistema de sugestões e melhorias estimula contribuições de todos profissionais. Caixas de sugestões físicas e virtuais estão disponíveis. Anonimato é garantido quando desejado. Todas sugestões recebem análise e resposta. Implementações bem-sucedidas são reconhecidas. Sugestores são valorizados publicamente. Cultura de melhoria contínua é fortalecida.

5.1.1.5.8 Capacitação e Educação Continuada

O desenvolvimento conjunto de competências fortalece integração e melhora qualidade assistencial através de visão compartilhada.

O programa de integração para novos profissionais inclui módulo específico sobre interface SAMU-UPA. Visitas técnicas permitem conhecimento mútuo das realidades. Acompanhamento de plantões mostra rotinas práticas. Simulações conjuntas desenvolvem habilidades integradas. Avaliações verificam compreensão de protocolos. Certificação conjunta valoriza integração. Profissionais iniciam com visão sistêmica consolidada.

Os treinamentos periódicos conjuntos mantêm alinhamento técnico e operacional. Atualizações de protocolos são realizadas simultaneamente. Simulações de casos complexos exercitam trabalho integrado. Oficinas práticas desenvolvem habilidades específicas. Discussões de casos reais promovem aprendizado compartilhado. Palestrantes externos trazem experiências inovadoras. Frequência regular mantém competências atualizadas.

O desenvolvimento de protocolos e materiais educativos conjuntos demonstra maturidade. Grupos de trabalho paritários elaboram documentos consensuados. Revisões consideram experiências de ambos serviços. Validações práticas precedem implementações. Materiais visuais facilitam compreensão e adesão. Divulgação alcança todos os profissionais envolvidos. Atualizações seguem cronograma definido conjuntamente.

A pesquisa e produção científica integrada eleva patamar técnico dos serviços. Dados compartilhados permitem análises mais robustas. Estudos multicêntricos incluem perspectivas complementares. Apresentações em congressos divulgam experiências exitosas. Publicações científicas documentam inovações. Conhecimento produzido beneficia comunidade científica. Evidências locais orientam melhorias específicas.

5.1.1.5.9 Indicadores de Qualidade da Integração

O monitoramento sistemático através de indicadores específicos permite avaliação objetiva e direcionamento de melhorias na integração.

Os indicadores de processo capturam eficiência operacional da interface. Tempo médio de comunicação prévia antes da chegada. Percentual de chegadas com aviso prévio adequado. Tempo de permanência do SAMU na unidade. Taxa de documentação completa nas transferências. Índice de aderência aos protocolos integrados. Disponibilidade de canais de comunicação. Cada indicador revela aspecto específico da integração.

Os indicadores de resultado avaliam impacto da integração na qualidade assistencial. Taxa de complicações durante transferência de cuidados. Tempo total de atendimento desde acionamento até definição. Satisfação das equipes com processo de integração. Índice de retornos evitáveis por falha de comunicação. Desfecho dos pacientes transferidos entre serviços. Resultados demonstram efetividade real da integração.

Os indicadores de estrutura monitoram disponibilidade de recursos para integração adequada. Percentual de plantões com equipes completas em ambos serviços. Funcionamento de equipamentos de comunicação. Disponibilidade de protocolos atualizados. Percentual de profissionais capacitados em integração. Adequação de espaços para recepção. Estrutura adequada viabiliza processos eficientes.

A análise integrada de indicadores revela padrões e oportunidades. Correlações entre indicadores identificam relações causais. Benchmarking com outras experiências inspira melhorias. Tendências temporais mostram evolução do serviço. Variações sazonais orientam ajustes operacionais. Análise estratificada revela grupos específicos de problemas. Inteligência analítica transforma dados em ação.

5.1.1.5.10 Plano de Contingência para Situações Especiais

O estabelecimento de planos específicos para situações excepcionais demonstra preparo e profissionalismo da integração.

O plano para múltiplas vítimas ativa protocolos especiais de cooperação. Comunicação imediata permite preparação ampliada da UPA. Triagem inicial do SAMU orienta preparativos diferenciados. Escalonamento de chegadas otimiza recursos disponíveis. Áreas de expansão são ativadas conforme necessidade. Profissionais extras são convocados em ambos serviços. Comando unificado coordena ações integradas. Experiências prévias orientam ajustes contínuos.

As situações de desastre demandam máxima integração operacional. Protocolos de ativação são claramente definidos. Papéis e responsabilidades seguem plano previamente acordado. Comunicação com central de crise mantém alinhamento. Recursos são compartilhados conforme necessidades

dinâmicas. Documentação simplificada agiliza processos. Suporte mútuo transcende limites institucionais. Foco absoluto em salvar vidas orienta todas ações.

O manejo de epidemias requer adaptações específicas nos protocolos. Identificação precoce de casos suspeitos pelo SAMU. Comunicação antecipada permite isolamento adequado. EPIs específicos são utilizados por ambas equipes. Fluxos diferenciados evitam contaminação cruzada. Descontaminação de equipamentos segue protocolos rigorosos. Notificações epidemiológicas são realizadas prontamente. Cooperação maximiza segurança de profissionais e pacientes.

As falhas de infraestrutura exigem criatividade e cooperação. Queda de energia ativa protocolos de emergência. Falhas de comunicação acionam sistemas alternativos. Falta de ambulâncias mobiliza recursos criativos. Superlotação demanda decisões compartilhadas difíceis. Greves requerem negociações que preservem atendimento. Cada crise fortalece capacidade de resposta conjunta.

5.1.1.5.11 Responsabilidades Institucionais

A clara definição de responsabilidades institucionais estabelece governança efetiva para sustentabilidade da integração.

A alta direção de ambas instituições compromete-se formalmente com integração. Políticas institucionais explicitam importância da cooperação. Recursos adequados são alocados para sustentar interface. Conflitos estratégicos são mediados no nível apropriado. Sucessos são reconhecidos e celebrados publicamente. Modelo de gestão valoriza e premia integração. Exemplo vem de cima para permear organizações.

As coordenações técnicas operacionalizam diretrizes de integração. Protocolos são desenvolvidos e mantidos atualizados. Equipes são capacitadas e supervisionadas adequadamente. Indicadores são monitorados e analisados sistematicamente. Problemas são abordados com agilidade e efetividade. Inovações são incentivadas e testadas criteriosamente. Gestão técnica competente viabiliza integração de qualidade.

As equipes assistenciais executam integração na prática diária. Protocolos são seguidos com disciplina e flexibilidade. Comunicação mantém tom profissional e respeitoso. Problemas são reportados através de canais adequados. Sugestões de melhoria são oferecidas construtivamente. Educação continuada é valorizada e aproveitada. Profissionalismo individual constrói integração coletiva.

Os órgãos de controle social acompanham e avaliam integração. Conselhos de saúde recebem relatórios periódicos. Ouvidorias registram

manifestações sobre interface. Auditorias verificam conformidade com protocolos. Mídia é informada sobre avanços e desafios. Transparência fortalece legitimidade e apoio social. Controle social qualifica e sustenta integração.

5.1.1.5.12 Sustentabilidade e Evolução Contínua

A visão de longo prazo garante que integração não seja iniciativa temporária, mas processo permanente de evolução e fortalecimento.

A institucionalização da integração através de instrumentos formais garante perenidade. Convênios e termos de cooperação formalizam compromissos. Comissões permanentes mantêm governança ativa. Orçamentos contemplam necessidades de integração. Planos operativos incluem metas específicas. Contratos de gestão valorizam indicadores integrados. Formalização protege contra descontinuidades.

A cultura organizacional de cooperação transcende documentos e processos. Valores compartilhados orientam comportamentos diários. Histórias de sucesso conjunto são celebradas e repetidas. Símbolos visuais reforçam identidade integrada. Rituais conjuntos fortalecem laços profissionais. Linguagem comum elimina barreiras artificiais. Cultura sustenta integração além de gestões específicas.

A inovação contínua mantém integração dinâmica e relevante. Novas tecnologias são exploradas conjuntamente. Processos são constantemente revisados e melhorados. Benchmarking internacional inspira saltos qualitativos. Pesquisa aplicada resolve problemas específicos. Pilotos testam inovações antes de expansão. Mentalidade inovadora previne estagnação e obsolescência.

O planejamento estratégico conjunto projeta futuro compartilhado. Cenários são construídos considerando ambos serviços. Investimentos são planejados de forma complementar. Expansões consideram impactos mútuos. Tecnologias são escolhidas permitindo integração. Recursos humanos são desenvolvidos com visão sistêmica. Futuro é construído conjuntamente, não isoladamente.

5.1.1.5.13 Considerações Finais

A implementação efetiva deste Manual de Integração com o SAMU 192 representa marco fundamental na construção de rede de urgência e emergência verdadeiramente integrada e resolutiva. Através de processos claramente definidos, comunicação efetiva e comprometimento mútuo, UPA e SAMU transcendem suas existências isoladas para formar sistema único dedicado à preservação da vida.

O impacto desta integração estende-se muito além dos aspectos operacionais imediatos. Cada minuto economizado através de comunicação eficiente pode representar diferença entre vida e morte. Cada informação

adequadamente transmitida melhora precisão diagnóstica e efetividade terapêutica. Cada conflito resolvido construtivamente fortalece relações e melhora ambiente de trabalho. Cada treinamento conjunto eleva competência coletiva da rede.

A excelência na integração não é destino final, mas jornada contínua de aperfeiçoamento. Novos desafios surgirão demandando adaptações criativas. Tecnologias emergentes oferecerão oportunidades inexploradas. Mudanças epidemiológicas exigirão novos protocolos. Expectativas sociais evoluirão requerendo respostas inovadoras. Este manual fornece fundação sólida para enfrentar futuro com confiança e competência.

O compromisso com integração efetiva reflete compreensão profunda de que, nas urgências e emergências, não existe espaço para individualismos institucionais. Pacientes em situação de vulnerabilidade extrema dependem de rede coesa onde cada componente funciona harmonicamente. Este manual representa passo decisivo nesta direção, estabelecendo bases para que SAMU e UPA trabalhem como faces complementares de mesmo sistema dedicado a salvar vidas, aliviar sofrimento e oferecer nova chance àqueles que, nos momentos mais críticos de suas existências, confiam suas vidas aos profissionais e instituições do Sistema Único de Saúde.

5.1.2 Protocolos Clínicos Prioritários

5.1.2.1 Síndrome Coronariana Aguda

1. Introdução e Fundamentação Clínica

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) constitui uma das principais causas de morbimortalidade no contexto da urgência e emergência, representando evento tempo-dependente cuja abordagem inicial adequada impacta diretamente o prognóstico imediato e tardio do paciente. A Unidade de Pronto Atendimento Municipal, enquanto componente estratégico da Rede de Atenção às Urgências, desempenha papel fundamental na identificação precoce, estabilização inicial, estratificação de risco e adequada regulação dos pacientes com suspeita ou confirmação de SCA.

A apresentação clínica da SCA é heterogênea, podendo variar desde quadros típicos de dor torácica isquêmica até manifestações atípicas, especialmente em idosos, mulheres, diabéticos e pacientes com comorbidades. Essa variabilidade exige que a equipe da UPA disponha de protocolo estruturado, claro e operacional, capaz de reduzir atrasos diagnósticos, padronizar condutas iniciais e garantir decisões seguras quanto à observação, transferência ou alta.

Este protocolo foi desenvolvido com base nas diretrizes mais recentes de sociedades científicas internacionais e nacionais, incluindo recomendações da

American Heart Association (AHA), European Society of Cardiology (ESC) e diretrizes brasileiras atualizadas, adaptadas à realidade operacional da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, respeitando suas limitações estruturais e sua função dentro da rede assistencial.

2. Objetivos do Protocolo

O Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda tem como objetivos:

- padronizar o atendimento inicial aos pacientes com suspeita de SCA;
- reduzir o tempo para diagnóstico e início de terapias essenciais;
- garantir estratificação de risco adequada e segura;
- orientar decisões sobre observação, transferência e regulação;
- reduzir variabilidade de condutas clínicas;
- aumentar a segurança do paciente;
- assegurar integração efetiva com a rede de urgência e emergência;
- fornecer respaldo técnico e assistencial aos profissionais da unidade.

3. Definição de Síndrome Coronariana Aguda

A Síndrome Coronariana Aguda compreende um espectro de condições clínicas resultantes de isquemia miocárdica aguda, geralmente causada por redução súbita do fluxo sanguíneo coronariano. Inclui:

- Angina Instável (AI)
- Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST (IAMSSST / NSTEMI)
- Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST / STEMI)

Essas condições compartilham mecanismos fisiopatológicos semelhantes, mas diferem quanto à gravidade, apresentação eletrocardiográfica, biomarcadores e estratégias terapêuticas.

4. Perfil Epidemiológico e Relevância na UPA

A SCA representa parcela significativa dos atendimentos de dor torácica nas UPAs, sendo causa frequente de:

- transferências inter-hospitalares;
- internações em unidades coronarianas;

- óbitos evitáveis quando há atraso diagnóstico.

Na UPA, o desafio central não é o tratamento definitivo, mas a identificação precoce, estabilização clínica e decisão correta de fluxo, evitando tanto atrasos perigosos quanto encaminhamentos desnecessários.

5. Princípios Norteadores do Atendimento à SCA na UPA

O manejo da SCA na Unidade de Pronto Atendimento Municipal é orientado pelos seguintes princípios:

- rapidez na avaliação inicial;
- prioridade absoluta baseada em risco clínico;
- padronização do fluxo assistencial;
- decisões baseadas em dados clínicos, eletrocardiográficos e laboratoriais;
- segurança do paciente como eixo central;
- responsabilidade assistencial integral até a transferência efetiva;
- comunicação clara com regulação e serviços de referência;
- documentação completa e fidedigna.

6. Classificação de Risco e Prioridade de Atendimento

Todo paciente com dor torácica ou equivalente isquêmico deve ser classificado como prioridade máxima até exclusão de SCA.

Critérios que determinam prioridade imediata incluem:

- dor torácica típica em repouso;
- dor torácica associada a dispneia, sudorese, náuseas ou síncope;
- dor torácica em pacientes com histórico cardiovascular conhecido;
- alterações hemodinâmicas;
- alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia.

Esses pacientes devem ser encaminhados imediatamente para área de atendimento médico, independentemente da ordem de chegada.

7. Avaliação Clínica Inicial

7.1 Anamnese dirigida

A anamnese deve ser objetiva, focada e completa, contemplando:

- início da dor (tempo, forma de instalação);
- localização, irradiação e características;
- fatores desencadeantes e de alívio;
- intensidade e duração;
- sintomas associados;
- histórico prévio de doença arterial coronariana;
- fatores de risco cardiovasculares;
- uso prévio de medicações;
- eventos recentes.

A duração dos sintomas é informação crítica para definição de conduta e prioridade de transferência.

7.2 Avaliação física

A avaliação física deve incluir:

- sinais vitais completos;
- avaliação do estado geral;
- ausculta cardíaca e pulmonar;
- sinais de insuficiência cardíaca;
- avaliação de perfusão periférica;
- pesquisa de sinais de choque.

Achados como hipotensão, taquicardia, crepitações pulmonares ou alteração do nível de consciência indicam maior gravidade.

8. Eletrocardiograma (ECG)

8.1 Tempo para realização

O eletrocardiograma de 12 derivações deve ser realizado em até 10 minutos após a chegada do paciente à unidade.

Este é um indicador crítico de qualidade do atendimento à SCA.

8.2 Interpretação inicial

O ECG deve ser avaliado imediatamente pelo médico, com atenção para:

- supradesnivelamento do segmento ST;
- infradesnivelamento do ST;
- inversão de onda T;
- bloqueios novos;
- arritmias associadas.

Na presença de ECG diagnóstico de IAM com supra de ST, o protocolo de transferência imediata deve ser iniciado.

8.3 ECG seriado

Na ausência de alterações iniciais, o ECG deve ser repetido:

- em 15 a 30 minutos se dor persistente;
- sempre que houver mudança clínica;
- durante período de observação.

9. Biomarcadores Cardíacos

9.1 Troponina

A dosagem de troponina cardíaca é fundamental para:

- confirmação diagnóstica;
- estratificação de risco;
- decisão de transferência.

A interpretação deve considerar:

- valor absoluto;
- curva temporal;
- contexto clínico.

Troponina normal não exclui SCA nas primeiras horas de sintomas.

9.2 Estratégia de coleta

Sempre que possível:

- coleta inicial na admissão;
- repetição conforme protocolo local e tempo de sintomas;
- correlação com ECG e quadro clínico.

10. Estratificação Inicial de Risco

A estratificação de risco orienta decisões quanto à observação, transferência ou alta.

Critérios de alto risco incluem:

- dor recorrente ou persistente;
- alterações dinâmicas no ECG;
- troponina elevada;
- instabilidade hemodinâmica;
- sinais de insuficiência cardíaca;
- arritmias graves.

Pacientes de alto risco não devem permanecer em observação prolongada na UPA sem regulação ativa.

11. Abordagem Diagnóstica Avançada na Unidade de Pronto Atendimento

A abordagem diagnóstica da Síndrome Coronariana Aguda na Unidade de Pronto Atendimento Municipal deve ser estruturada para reduzir incertezas clínicas, identificar precocemente pacientes de alto risco e evitar tanto subtratamento quanto encaminhamentos desnecessários, respeitando as limitações inerentes à estrutura da unidade.

O diagnóstico de SCA é clínico-integrativo, não podendo ser baseado exclusivamente em um único elemento isolado. A decisão assistencial deve resultar da correlação entre:

- apresentação clínica;
- evolução temporal dos sintomas;
- achados eletrocardiográficos seriados;
- comportamento dos biomarcadores;
- resposta às medidas iniciais instituídas.

A ausência de um desses elementos não exclui o diagnóstico, especialmente nas fases iniciais.

11.1 Dor torácica típica e atípica

A caracterização da dor torácica deve ir além da dicotomia “típica” ou “atípica”. Na prática assistencial da UPA, deve-se considerar equivalentes anginosos, especialmente em populações específicas.

Manifestações frequentemente associadas à SCA incluem:

- dispneia isolada;
- epigastralgia;
- dor em mandíbula, dorso ou ombro;
- síncope ou pré-síncope;
- náuseas e sudorese fria;
- fadiga intensa de início súbito.

Pacientes idosos, diabéticos, mulheres e portadores de insuficiência renal crônica apresentam maior probabilidade de apresentações atípicas, exigindo baixo limiar diagnóstico.

11.2 Diagnóstico diferencial estruturado

A exclusão de SCA não pode ser feita sem avaliação sistemática dos principais diagnósticos diferenciais potencialmente fatais, incluindo:

- dissecção aguda de aorta;
- tromboembolismo pulmonar;
- tamponamento cardíaco;
- pneumotórax hipertensivo;
- ruptura esofágica;
- pericardite aguda.

O protocolo da UPA deve prever **avaliação clínica dirigida** para esses cenários, principalmente quando a dor torácica apresenta características incompatíveis com isquemia miocárdica típica.

12. Classificação Operacional da Síndrome Coronariana Aguda

Para fins de conduta na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, a SCA deve ser classificada de forma funcional, orientando decisões imediatas.

12.1 IAM com supra de ST (IAMCSST)

Caracteriza-se por:

- supradesnivelamento persistente do segmento ST em derivações contíguas;
- bloqueio de ramo novo ou presumivelmente novo com quadro compatível;
- equivalentes eletrocardiográficos reconhecidos.

Este grupo exige estratégia de reperfusão imediata, não cabendo permanência prolongada na UPA.

12.2 IAM sem supra de ST (IAMSSST)

Caracteriza-se por:

- ausência de supra persistente de ST;
- elevação de troponina compatível com necrose miocárdica;
- ECG com alterações isquêmicas ou mesmo normal.

A conduta baseia-se em estratificação de risco, podendo exigir transferência precoce ou observação monitorada.

12.3 Angina instável

Caracteriza-se por:

- dor torácica em repouso ou aos mínimos esforços;
- ausência de elevação de biomarcadores;
- padrão clínico instável ou progressivo.

Apesar da ausência de necrose documentada, não deve ser subestimada, pois compartilha fisiopatologia e risco elevado de progressão.

13. Tratamento Inicial Farmacológico – Abordagem Sistematizada

O tratamento farmacológico inicial da SCA na UPA deve ser padronizado, documentado e iniciado precocemente, respeitando contraindicações individuais.

13.1 Oxigenoterapia

O uso rotineiro de oxigênio não é indicado em pacientes normoxêmicos.

Indicações claras incluem:

- saturação < 90%;
- sinais de insuficiência respiratória;
- choque;
- edema agudo de pulmão.

A administração deve ser titulada, evitando hiperóxia desnecessária.

13.2 Antiagregação plaquetária

13.2.1 Ácido acetilsalicílico (AAS)

Deve ser administrado o mais precocemente possível, na ausência de contraindicações.

- dose inicial conforme protocolo institucional;
- via oral preferencial;
- documentar horário exato da administração.

Contraindicações absolutas devem ser claramente registradas quando presentes.

13.2.2 Segundo agente antiplaquetário

A introdução de segundo antiagregante deve ser avaliada conforme:

- suspeita de IAMCSST;
- estratégia de reperfusão prevista;
- orientação do serviço regulador ou cardiologia de referência.

Na UPA, essa decisão deve ser criteriosa, considerando risco hemorrágico e fluxo de transferência.

13.3 Anticoagulação

A anticoagulação não é universal para todos os pacientes com dor torácica, devendo ser indicada conforme:

- diagnóstico confirmado ou altamente provável de SCA;
- estratégia invasiva planejada;
- risco trombótico versus hemorrágico.

A escolha do agente e o momento de início devem respeitar protocolos regionais e pactuações com a rede.

13.4 Nitratos

Os nitratos podem ser utilizados para alívio sintomático da dor isquêmica, desde que não haja contraindicações, incluindo:

- hipotensão;
- uso recente de inibidores de fosfodiesterase;
- suspeita de infarto de ventrículo direito.

A resposta clínica deve ser monitorada e documentada.

13.5 Analgesia

A dor isquêmica deve ser tratada de forma adequada, pois:

- aumenta resposta adrenérgica;
- eleva consumo miocárdico de oxigênio;
- contribui para instabilidade hemodinâmica.

A escolha do analgésico deve considerar:

- intensidade da dor;
- estado hemodinâmico;
- risco respiratório.

14. Monitorização Clínica Contínua

Todo paciente com suspeita de SCA deve permanecer em monitorização contínua enquanto estiver na UPA.

A monitorização deve incluir:

- ritmo cardíaco contínuo;
- pressão arterial seriada;
- oximetria;
- avaliação clínica periódica.

Arritmias potencialmente fatais podem ocorrer precocemente, mesmo em pacientes inicialmente estáveis.

15. Manejo Específico do IAM com Supra de ST na UPA

O IAMCSST é emergência absoluta.

A UPA deve atuar em três frentes simultâneas:

1. estabilização clínica imediata;
2. confirmação diagnóstica rápida;
3. acionamento imediato da regulação para reperfusão.

15.1 Tempo é fator determinante

Os principais tempos críticos incluem:

- tempo porta-ECG;
- tempo diagnóstico;
- tempo porta-transferência.

A permanência do paciente na UPA deve ser **a menor possível**, limitada à estabilização.

15.2 Condutas obrigatórias antes da transferência

Antes da remoção, devem estar garantidos:

- acesso venoso pérvio;
- analgesia adequada;
- monitorização contínua;
- controle de complicações imediatas;
- documentação completa.

15.3 Comunicação com a regulação

A solicitação de vaga deve ser feita com:

- diagnóstico claro;
- horário de início dos sintomas;
- ECG documentado;
- estado clínico atual;
- terapias já instituídas.

16. Manejo do IAM sem Supra e Angina Instável na UPA

Nestes casos, a UPA tem papel mais ativo na estratificação e observação inicial.

16.1 Observação clínica estruturada

Pacientes selecionados podem permanecer em observação desde que:

- hemodinamicamente estáveis;
- sem dor recorrente;
- sem alterações dinâmicas no ECG;
- com troponinas seriadas sob controle.

A observação deve ocorrer em ambiente monitorado, com reavaliações médicas documentadas.

16.2 Critérios de transferência precoce

Devem ser priorizados para transferência:

- pacientes com troponina elevada;
- ECG dinâmico;
- instabilidade clínica;
- alto risco clínico.

17. Documentação Clínica no Atendimento à SCA

A documentação deve ser **minuciosa**, pois a SCA é evento de alto risco médico-legal.

Devem constar obrigatoriamente:

- horário de início dos sintomas;
- horário do primeiro contato médico;
- horário do ECG;
- interpretação documentada;
- condutas instituídas e horários;
- justificativas para decisões.

18. Responsabilidade Assistencial

Enquanto o paciente estiver fisicamente na UPA:

- a responsabilidade assistencial é integral da unidade;
- aceite de vaga não transfere responsabilidade;
- a responsabilidade só se encerra após recepção formal no destino.

19. Manejo das Principais Complicações da Síndrome Coronariana Aguda na UPA

As complicações associadas à Síndrome Coronariana Aguda representam situações de alto risco que podem se manifestar de forma abrupta durante a permanência do paciente na Unidade de Pronto Atendimento Municipal. O reconhecimento precoce e o manejo adequado dessas complicações são determinantes para a sobrevida e para a segurança durante a estabilização e transferência.

19.1 Arritmias cardíacas

As arritmias são complicações frequentes nas primeiras horas da SCA e podem ocorrer mesmo em pacientes inicialmente estáveis.

19.1.1 Taquiarritmias ventriculares

Taquicardia ventricular e fibrilação ventricular constituem emergências imediatas.

Condutas prioritárias incluem:

- reconhecimento imediato no monitor cardíaco;
- avaliação rápida do estado hemodinâmico;
- desfibrilação imediata quando indicada;

- suporte avançado de vida conforme protocolos vigentes;
- correção de distúrbios eletrolíticos associados;
- documentação detalhada do evento e das intervenções.

Após reversão, o paciente deve ser considerado de **altíssimo risco**, com necessidade de transferência urgente para unidade de maior complexidade.

19.1.2 Taquiarritmias supraventriculares

Podem ocorrer em decorrência de isquemia, dor, hipóxia ou distúrbios metabólicos.

A abordagem deve considerar:

- estabilidade hemodinâmica;
- controle da dor e ansiedade;
- correção de fatores precipitantes;
- tratamento farmacológico quando indicado;
- monitorização contínua.

19.1.3 Bradiarritmias e bloqueios atrioventriculares

Especialmente frequentes em infartos de parede inferior.

Conduas incluem:

- monitorização rigorosa;
- avaliação de repercussão hemodinâmica;
- uso de medidas farmacológicas conforme necessidade;
- preparo para suporte avançado caso haja deterioração.

Bloqueios avançados devem ser comunicados imediatamente à regulação, pois impactam a escolha do serviço de destino.

19.2 Insuficiência cardíaca aguda e edema agudo de pulmão

A disfunção ventricular decorrente da isquemia pode evoluir rapidamente para insuficiência cardíaca aguda.

Sinais de alerta incluem:

- dispneia progressiva;
- crepitações pulmonares;
- hipoxemia;
- taquicardia;
- hipertensão ou hipotensão.

O manejo deve ser imediato, envolvendo:

- posicionamento adequado;
- oxigenoterapia titulada;
- suporte ventilatório quando indicado;
- controle rigoroso da pressão arterial;
- analgesia e sedação conforme necessidade;
- monitorização contínua.

Esses pacientes exigem transferência prioritária, após estabilização.

19.3 Choque cardiogênico

O choque cardiogênico representa a forma mais grave de complicação da SCA, associada a elevada mortalidade.

Critérios clínicos incluem:

- hipotensão persistente;
- sinais de hipoperfusão;
- alteração do nível de consciência;
- oligúria;
- acidose metabólica.

A UPA deve:

- reconhecer precocemente;
- iniciar medidas de suporte hemodinâmico;
- garantir via aérea e ventilação adequadas;
- monitorizar continuamente;
- acionar imediatamente a regulação para transferência urgente.

A permanência prolongada desses pacientes na UPA não é segura.

20. Contraindicações e Situações Especiais no Tratamento da SCA

O protocolo reconhece que determinadas terapias possuem contraindicações absolutas ou relativas, que devem ser rigorosamente avaliadas e documentadas.

20.1 Contraindicações à antiagregação e anticoagulação

Devem ser avaliadas cuidadosamente:

- sangramento ativo;
- história recente de sangramento grave;
- acidente vascular cerebral hemorrágico prévio;
- distúrbios de coagulação conhecidos;
- cirurgias recentes de alto risco hemorrágico.

A decisão de não instituir determinada terapia deve ser explicitamente registrada, com justificativa clínica clara.

20.2 Pacientes idosos e frágeis

Pacientes idosos apresentam:

- maior risco hemorrágico;
- apresentações clínicas atípicas;
- maior probabilidade de complicações.

O manejo deve ser individualizado, equilibrando riscos e benefícios, sem atrasar decisões essenciais.

20.3 Pacientes com insuficiência renal crônica

A interpretação de troponinas pode ser desafiadora, exigindo:

- correlação clínica rigorosa;
- avaliação da dinâmica dos valores;
- atenção redobrada na escolha de medicações;

- planejamento cuidadoso da transferência.

20.4 Gestantes

A SCA na gestação é rara, porém grave.

Condutas devem:

- priorizar a vida materna;
- considerar idade gestacional;
- envolver regulação precoce;
- garantir comunicação clara com serviços de referência.

21. Fluxos Operacionais de Transferência para SCA

21.1 Critérios técnicos para transferência imediata

Devem ser transferidos com prioridade máxima:

- IAM com supra de ST;
- instabilidade hemodinâmica;
- arritmias graves;
- insuficiência cardíaca aguda;
- elevação significativa de troponina com alto risco.

21.2 Preparação do paciente para transferência

Antes da remoção, devem estar garantidos:

- estabilização clínica possível;
- acesso venoso funcional;
- monitorização contínua;
- analgesia adequada;
- documentação completa;
- comunicação com equipe de transporte.

21.3 Comunicação com a regulação

A solicitação deve conter:

- diagnóstico definido ou altamente provável;
- horário de início dos sintomas;
- ECGs realizados;
- resultados laboratoriais disponíveis;
- estado clínico atual;
- intervenções realizadas.

22. Permanência em Observação na UPA

Pacientes selecionados podem permanecer sob observação desde que atendam critérios estritos de segurança.

22.1 Critérios para observação segura

Podem permanecer em observação:

- pacientes sem supra de ST;
- hemodinamicamente estáveis;
- sem dor recorrente;
- sem alterações dinâmicas no ECG;
- com biomarcadores iniciais negativos.

A observação deve ser:

- monitorada;
- com reavaliações médicas seriadas;
- com ECGs seriados;
- com documentação rigorosa.

22.2 Critérios de interrupção da observação

A observação deve ser interrompida se ocorrer:

- dor recorrente;
- alteração eletrocardiográfica;

- elevação de biomarcadores;
- instabilidade clínica.

Nessas situações, deve-se acionar imediatamente o fluxo de transferência.

23. Alta da Unidade após Exclusão de SCA

A alta só deve ser considerada após exclusão segura de SCA.

23.1 Critérios mínimos para alta

Devem estar presentes:

- ausência de dor torácica;
- ECGs seriados sem alterações isquêmicas;
- biomarcadores dentro da normalidade conforme tempo de sintomas;
- estabilidade clínica mantida;
- orientação clara ao paciente.

23.2 Orientações de alta

Devem incluir:

- sinais de alerta para retorno imediato;
- encaminhamento ambulatorial quando indicado;
- orientações sobre fatores de risco;
- registro detalhado em prontuário.

24. Indicadores de Qualidade no Atendimento à SCA

A unidade deve monitorar indicadores específicos, incluindo:

- tempo porta-ECG;
- tempo porta-diagnóstico;
- tempo até solicitação de regulação;
- taxa de transferências adequadas;
- eventos adversos na UPA;

- mortalidade intraunidade relacionada à SCA.

Esses indicadores devem subsidiar ações de melhoria contínua.

25. Educação Permanente e Atualização do Protocolo

A implementação efetiva do protocolo exige:

- treinamento inicial de toda a equipe;
- reciclagens periódicas;
- simulações de casos críticos;
- revisão periódica do protocolo conforme novas evidências.

Janelas Temporais Críticas e Metas de Qualidade no Atendimento à SCA

O atendimento à Síndrome Coronariana Aguda é tempo-dependente. Cada minuto de atraso representa perda de músculo cardíaco viável, aumento de risco de complicações e piora do prognóstico a longo prazo. A Solution Gestão Pública estabelece metas temporais rígidas, baseadas em evidências científicas e diretrizes internacionais, que devem ser perseguidas sistematicamente por todos os plantões, inclusive nos finais de semana, feriados e períodos noturnos.

Essas janelas não são apenas referências teóricas ou aspiracionais. São compromissos assistenciais mensuráveis que definem a qualidade do atendimento prestado e impactam diretamente a sobrevida dos pacientes. O cumprimento dessas metas exige coordenação entre recepção, triagem, enfermagem, equipe médica, laboratório, regulação e transporte, funcionando como engrenagens de um processo único e fluido.

As metas institucionais obrigatórias para atendimento à SCA na UPA são:

Door-to-ECG (chegada até realização do eletrocardiograma): até 10 minutos. O eletrocardiograma é o exame diagnóstico mais importante nas primeiras etapas do atendimento à SCA. Desde a entrada do paciente com dor torácica ou equivalente isquêmico até a realização e impressão do traçado eletrocardiográfico completo não devem transcorrer mais de 10 minutos. Isso significa que o paciente não pode aguardar em filas de cadastro, não pode esperar vaga em sala de observação e não pode ficar retido na triagem por falta de fluxo. A priorização deve ser imediata e o técnico de enfermagem ou enfermeiro deve estar pronto para realizar o exame sem atrasos administrativos. Qualquer barreira que impeça o cumprimento dessa meta deve ser identificada e corrigida com urgência.

Door-to-needle ou Door-to-balloon (chegada até terapia de reperfusão): até 120 minutos. Embora a terapia de reperfusão definitiva (angioplastia primária ou trombólise química) seja realizada em hospital de referência, a UPA é parte essencial desse circuito temporal. O tempo total desde a chegada do paciente até a reperfusão depende da agilidade da UPA em três etapas críticas: diagnóstico rápido (ECG em 10 minutos), estabilização eficiente (sem prolongar desnecessariamente a permanência) e acionamento imediato da regulação com comunicação estruturada. Cada minuto economizado na UPA é tempo ganho para o músculo cardíaco. A meta de 120 minutos é o limite superior aceitável; quanto menor esse tempo, melhor o resultado clínico esperado.

Door-to-doctor (chegada até primeiro contato médico): imediato ou nos primeiros minutos. Todo paciente com suspeita de SCA deve ser avaliado por médico imediatamente após triagem e realização do ECG. Não se trata de consulta eletiva ou atendimento por ordem de chegada. A avaliação médica deve ocorrer de forma prioritária, interrompendo atendimentos de menor gravidade quando necessário. O médico deve estar ciente de que foi acionado um caso de SCA e deve se dirigir ao paciente sem demora. Atrasos nessa etapa comprometem todo o fluxo subsequente e aumentam o risco de complicações não reconhecidas.

Door-to-drug (chegada até administração de terapias iniciais): até 30 minutos. Medidas terapêuticas essenciais como antiagregação plaquetária, analgesia adequada e estabilização hemodinâmica devem ser iniciadas precocemente. O AAS, por exemplo, deve ser administrado assim que confirmada ou fortemente suspeitada a SCA, salvo contraindicação documentada. A demora na implementação dessas terapias reduz sua eficácia e expõe o paciente a risco desnecessário. A enfermagem deve estar preparada para executar prescrições rapidamente, a farmácia deve garantir disponibilidade dos medicamentos críticos e o médico deve prescrever de forma clara e objetiva.

Door-to-regulation (chegada até acionamento da regulação para transferência): até 30 minutos nos casos de IAMCSST. Pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST não devem permanecer aguardando na UPA enquanto se aguarda "estabilização perfeita" ou conclusão de todos os exames. O contato com a regulação deve ser imediato após confirmação eletrocardiográfica, mesmo que ainda estejam pendentes resultados laboratoriais. A vaga regulada deve ser solicitada enquanto se realizam as intervenções de estabilização, não após. Essa simultaneidade de ações é fundamental para não perder tempo precioso.

A gestão deve implementar rotina de medição rigorosa desses tempos, com registro obrigatório em prontuário de todos os horários críticos: hora de chegada, hora do ECG, hora da avaliação médica, hora das terapias iniciais, hora do contato com regulação, hora da confirmação de vaga e hora da saída efetiva. Esses dados devem ser consolidados mensalmente e estratificados por turno,

dia da semana e perfil de gravidade. Tempos acima das metas exigem análise de causa raiz imediata, sem cultura de culpabilização individual, mas com foco em identificar falhas de processo: falta de eletrocardiógrafo disponível, demora no cadastro, ausência de médico no setor, dificuldade de comunicação com regulação, atraso na liberação de medicamentos ou problemas de fluxo interno.

Além das janelas principais obrigatórias, alguns tempos intermediários devem ser monitorados para identificação de gargalos operacionais:

Triagem até acionamento do protocolo de dor torácica: deve ser imediato. A triagem não pode ser vista como etapa burocrática, mas como primeiro filtro diagnóstico. O profissional responsável pela classificação de risco deve reconhecer instantaneamente sinais de SCA e acionar o fluxo prioritário sem hesitação.

Realização do ECG até interpretação médica documentada: até 5 minutos após impressão do traçado. O ECG realizado mas não interpretado é inútil. O médico deve ser notificado imediatamente quando o exame estiver pronto, e sua análise deve ser registrada de forma clara no prontuário, com horário da avaliação. Traçados com supradesnivelamento de ST devem gerar ação imediata, não espera por exames complementares.

Coleta de troponina até resultado disponível: depende da estrutura laboratorial, mas a gestão deve trabalhar para reduzir esse tempo ao mínimo possível. Em casos de IAMCSST, o resultado da troponina não deve atrasar a transferência. Em casos de IAMSSST ou angina instável, a dinâmica da troponina orienta estratificação de risco e tempo de transferência, sendo necessário resultado em tempo hábil para decisão clínica.

Solicitação de vaga até confirmação pela regulação: embora dependa da central de regulação, esse tempo deve ser monitorado pela UPA. Demoras excessivas exigem articulação institucional com gestão municipal e estadual, pois refletem problemas de rede, não apenas da unidade. A UPA deve registrar sistematicamente situações de dificuldade de regulação para subsidiar negociações e ampliação da rede.

A equipe assistencial deve ser treinada para compreender que o atendimento à SCA funciona como "código interno", semelhante a parada cardiorrespiratória. Todos os profissionais devem saber seu papel específico, executar ações de forma coordenada e registrar tempos com precisão. A cultura institucional deve valorizar a agilidade sem comprometer a segurança, equilibrando rapidez com qualidade técnica.

A coordenação de enfermagem e a coordenação médica devem revisar semanalmente os casos atendidos, identificando padrões de atraso e implementando correções imediatas. Plantões que consistentemente cumprem as metas devem ser reconhecidos como referência, e suas práticas devem ser

disseminadas para os demais turnos. Plantões com dificuldades recorrentes devem receber apoio técnico, treinamento adicional e revisão de processos, sem abordagem punitiva.

Indicadores complementares que reforçam o cumprimento das janelas temporais devem incluir:

Percentual de pacientes com dor torácica que realizaram ECG em até 10 minutos: meta de 95% ou superior. Esse é o indicador mais crítico e sensível do protocolo de SCA. Valores abaixo dessa meta indicam falha grave de processo.

Percentual de casos de IAMCSST com regulação acionada em até 30 minutos: meta de 100%. Não há justificativa técnica aceitável para atrasar esse contato além de meia hora em casos com diagnóstico eletrocardiográfico claro.

Percentual de pacientes que receberam AAS nos primeiros 30 minutos (quando não contraindicado): meta acima de 90%. A antiagregação precoce salva vidas e deve ser prioridade máxima.

Percentual de transferências com documentação completa de tempos: meta de 100%. A ausência de registro de horários impede análise de qualidade e pode gerar problemas assistenciais e jurídicos.

Taxa de retorno em 72 horas por dor torácica após alta da UPA: indicador sentinela de segurança. Valores elevados podem sugerir altas prematuras ou falhas diagnósticas, exigindo revisão criteriosa dos casos.

A Solution Gestão Pública implementará painel visual de desempenho, fixado em local de fácil acesso à equipe, mostrando mensalmente os principais indicadores temporais. O painel deve ser simples, com gráficos de barras ou linhas comparando metas versus resultados reais, permitindo visualização rápida da evolução mês a mês. Essa transparência cria senso de responsabilidade coletiva e permite que a própria equipe identifique oportunidades de melhoria sem necessidade de cobrança externa.

É fundamental destacar que essas metas não substituem julgamento clínico individualizado. Casos complexos, pacientes com múltiplas comorbidades ou apresentações atípicas podem exigir tempos diferentes para avaliação segura. O protocolo é diretriz, não camisa de força. Porém, qualquer desvio significativo das metas deve ser explicitamente justificado em prontuário, com descrição clara das razões clínicas ou operacionais que motivaram o atraso. A gestão deve revisar esses casos para distinguir exceções legítimas de falhas evitáveis.

Por fim, o cumprimento das janelas temporais na SCA não é responsabilidade exclusiva da equipe assistencial. A gestão deve garantir condições estruturais mínimas: eletrocardiógrafo funcional e disponível 24 horas, insumos e medicamentos críticos sempre em estoque, comunicação eficiente com regulação, fluxos internos desobstruídos e dimensionamento adequado de

profissionais. Cobrar metas sem oferecer condições operacionais é contraproducente e gera desmotivação. O compromisso deve ser mútuo: gestão garante estrutura, equipe garante execução.

Considerações

O Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda da Unidade de Pronto Atendimento Municipal estabelece um modelo estruturado, seguro e operacional para o manejo de uma das condições mais críticas da urgência e emergência. Sua aplicação sistemática garante redução de atrasos, padronização de condutas, maior segurança assistencial e adequada integração com a rede de atenção à saúde.

A adoção rigorosa deste protocolo contribui para a redução de eventos adversos, melhora dos desfechos clínicos e fortalecimento da confiança da população no serviço prestado, assegurando que cada paciente com suspeita de SCA receba atendimento oportuno, baseado em evidências e adequado ao nível de complexidade da unidade.

5.1.2.2 Acidente Vascular Cerebral

1. Escopo, propósito e resultados esperados

Estabelecemos um modelo de protocolo completo para reconhecimento, atendimento inicial, estabilização, investigação, estratificação de risco, definição de rota assistencial, regulação/transferência e monitoramento de pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em uma UPA 24 horas, integrando-se ao SAMU 192 e à Rede de Atenção às Urgências (municipal e regional).

O objetivo central é reduzir atrasos, padronizar condutas e garantir segurança do paciente, considerando o perfil típico da unidade do projeto (UPA municipal com equipe médica de plantonistas generalistas e emergencistas em regime 12h, enfermagem 12x36, farmacêutico assistencial e coordenação técnica/administrativa, além de apoio operacional e recepção/fluxo). A Solution Gestão Pública aplicará este protocolo como rotina institucional, com treinamento, auditoria assistencial e indicadores.

Resultados esperados:

- Identificação precoce de AVC e “mímicos” (diagnósticos diferenciais).
- Estabilização segura (ABCD, glicemia, oxigenação, hemodinâmica).
- Registro padronizado do LKW (“last known well”) e tempos do processo.

- Avaliação neurológica estruturada (NIHSS ou equivalente).
- Definição rápida de rota: observação/condução local x transferência regulada para TC/centro de AVC.
- Redução de complicações (aspiração, queda, hipoglicemia não reconhecida, piora não detectada).
- Comunicação eficiente com regulação e serviço de destino.

2. Princípios clínicos e operacionais (“tempo é cérebro”)

1. Tempo é cérebro: atrasos aumentam morbidade e mortalidade. A UPA deve operar com lógica de “código”, semelhante a IAM com supra, seps e trauma.
2. Diagnóstico rápido e seguro: AVC é síndrome clínica com confirmação por imagem quando disponível; quando não disponível, o foco é estabilizar e transferir sem atrasos.
3. Não causar dano: evitar medidas que piorem perfusão cerebral (p.ex., queda brusca de PA), evitar administração precoce de medicamentos potencialmente nocivos sem excluir hemorragia (p.ex., antitrombóticos).
4. Tratar o tratável imediatamente: hipoglicemia, convulsões, hipóxia, febre, hipertensão grave com risco, hipovolemia, broncoaspiração.
5. Rota assistencial definida e treinada: cada profissional sabe o seu papel e o que registrar; a equipe repete o processo de forma padronizada, inclusive nos plantões noturnos e finais de semana.
6. Integração com SAMU 192 e regulação: informações essenciais devem ser transmitidas com consistência (principalmente LKW, gravidade, anticoagulantes e sinais de grande vaso).

3. Definições e conceitos operacionais padronizados

3.1 AVC (Acidente Vascular Cerebral)

Déficit neurológico focal (ou às vezes global) de início súbito, presumivelmente vascular, dividido em:

- **AVC isquêmico** (oclusão arterial);
- **AVC hemorrágico** (sangramento intracraniano);
- **Hemorragia subaracnóidea** (cefaleia súbita intensa, “pior da vida”, com/sem déficit focal);

- **Trombose venosa cerebral** (mais raro; pode simular AVC e cursar com cefaleia/convulsão).

3.2 LKW (Last Known Well / “última vez visto bem”)

Último momento em que o paciente foi observado sem déficit neurológico.

- Se acordou com sintomas: LKW = hora em que foi dormir bem (ou última observação normal).
- Se sintomas flutuantes: registrar **hora do início do episódio atual e hora do último estado normal**.

3.3 AIT (Ataque Isquêmico Transitório)

Déficit neurológico focal transitório com recuperação completa. Mesmo com resolução, é alto risco de AVC nas próximas horas/dias.

3.4 “Mímicos” de AVC

Condições que simulam AVC e exigem abordagem imediata:

- Hipoglicemia/hiperglicemia grave;
- Crise convulsiva e paralisia de Todd;
- Enxaqueca com aura;
- Distúrbios hidroeletrólíticos (hiponatremia etc.);
- Sepses/encefalopatia metabólica;
- Intoxicações (álcool, sedativos, drogas);
- Tumor/lesão expansiva;
- Transtornos funcionais (conversivo), diagnóstico de exclusão.

4. Critérios de suspeição e gatilhos de acionamento

A suspeita clínica deve ser levantada na triagem, recepção e equipe assistencial diante de início súbito de:

- Fraqueza ou dormência unilateral (face/braço/perna);
- Assimetria facial (desvio de rima);
- Alteração de fala (disartria, afasia, linguagem incoerente);
- Perda visual (amaurose monocular, hemianopsia);
- Ataxia intensa, vertigem com sinais neurológicos associados;
- Alteração súbita do nível de consciência sem explicação;

- Cefaleia súbita intensa (“thunderclap”) com vômitos, rigidez de nuca ou rebaixamento (suspeita hemorrágica/subaracnóidea).

Gatilho operacional obrigatório: qualquer suspeita de AVC deve acionar o **Protocolo AVC** (código interno), priorizando atendimento e evitando atrasos administrativos.

5. Organização do atendimento na UPA (papéis e responsabilidades por função)

Considerando o perfil da equipe descrita no projeto (coordenações técnicas, enfermagem 12x36, médicos plantonistas, recepção e controlador de fluxo), a rotina deve funcionar com responsabilidades claras.

5.1 Recepção / Controlador de fluxo

- Identificar sinais óbvios (queda súbita, fala alterada, fraqueza).
- Priorizar imediatamente para triagem/enfermagem (sem aguardar cadastro completo).
- Acionar apoio para cadeira de rodas/maca.
- Garantir fluxo rápido até sala de acolhimento/atendimento.

5.2 Enfermagem (triagem e assistência)

- Realizar triagem com prioridade máxima.
- Medir sinais vitais imediatos e glicemia capilar.
- Instalar monitorização, acesso venoso, coleta de exames conforme prescrição.
- Aplicar checklist de AVC e iniciar medidas de segurança (NPO, prevenção de aspiração/quedas).
- Realizar reavaliações neurológicas seriadas conforme risco.

5.3 Médico plantonista (generalista/emergencista)

- Confirmar suspeita e conduzir estabilização clínica.
- Executar exame neurológico estruturado e definir gravidade.
- Definir hipóteses (isquêmico x hemorrágico x mímico) e condutas iniciais.
- Decidir rota (observação x transferência regulada).
- Realizar contato estruturado com regulação e serviço de destino.

5.4 Farmácia (farmacêutico assistencial + coordenação farmacêutica)

- Garantir disponibilidade de insumos críticos (glicose EV, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos EV se disponíveis, antieméticos, analgésicos, materiais de via aérea).
- Rastrear e orientar sobre medicamentos de uso do paciente (anticoagulantes, antiagregantes), apoiando decisão clínica.
- Apoiar segurança medicamentosa (interações, duplicidades, administração segura).

5.5 Coordenação de enfermagem / qualidade

- Implantar treinamentos, simulações e auditorias.
- Consolidar indicadores e promover análise crítica.
- Garantir padronização documental e correção de falhas recorrentes.

A **Solution Gestão Pública** deve formalizar esses papéis em matriz de responsabilidades e treinamentos, garantindo continuidade entre plantões.

6. Classificação de risco (triagem) e tempos-alvo

Todo caso de suspeita de AVC é **prioridade**. A classificação deve considerar:

- **Vermelho (emergência imediata):** rebaixamento importante, instabilidade, convulsão ativa, sinais de herniação, déficit grave com deterioração, vômitos repetidos/risco de aspiração, insuficiência respiratória.
- **Laranja (muito urgente):** déficit focal evidente, afasia, hemiparesia importante, desvio ocular, alteração de consciência leve/moderada, suspeita de grande vaso, LKW recente.
- **Amarelo (urgente):** sintomas leves/moderados ou AIT recente, porém com alto risco e necessidade de avaliação rápida.

Tempos-alvo operacionais recomendados:

- Chegada → triagem/enfermagem: imediato.
- Chegada → glicemia capilar: em poucos minutos.
- Chegada → avaliação médica: prioridade máxima (sem atrasos por cadastro).
- Chegada → decisão de regulação (se sem TC): o mais precoce possível, após estabilização e LKW.

A gestão deve medir esses tempos e corrigir gargalos (recepção, triagem, disponibilidade médica, comunicação com regulação).

7. Fluxo assistencial detalhado (passo a passo)

7.1 Etapa 1 — Reconhecimento e acionamento

1. Identificado paciente com suspeita de AVC na triagem/entrada.
2. Registrar:
 - Hora de chegada;
 - Hora de acionamento do protocolo;
 - Quem acionou (nome/função).
3. Direcionar para área de atendimento prioritário (sala de emergência ou sala de avaliação rápida, conforme gravidade).

7.2 Etapa 2 — Estabilização inicial (ABCD + glicemia)

A (via aérea):

- Avaliar fala, proteção de via aérea, nível de consciência.
- Se risco de aspiração/rebaixamento: posicionamento lateral, aspiração de vias aéreas, preparo para suporte avançado conforme necessidade.

B (respiração):

- Oximetria contínua.
- Oxigênio apenas se hipoxemia (ou desconforto respiratório), com meta de saturação segura.

C (circulação):

- PA, FC, perfusão periférica.
- Acesso venoso (preferir calibroso).
- Evitar hipovolemia; hidratação cautelosa conforme avaliação clínica.

D (déficit neurológico):

- Avaliar nível de consciência.
- Pupilas, força, fala, campos visuais.
- Registrar déficit focal.

Glicemia capilar imediata:

- Se hipoglicemia: tratar imediatamente e reavaliar déficit.

- Se hiper/hipoglicemia significativa: registrar e tratar conforme protocolos clínicos, evitando extremos.

7.3 Etapa 3 — Definir tempo e contexto (LKW + história dirigida)

Coletar rapidamente:

- LKW (última vez visto normal);
- Forma de início: súbito, progressivo, flutuante, ao despertar;
- Sintomas associados: cefaleia intensa, vômitos, convulsão, febre, trauma;
- Comorbidades: hipertensão, diabetes, FA, dislipidemia, AVC prévio;
- Medicações: anticoagulantes/antiagregantes, anti-hipertensivos, insulina;
- Alergias relevantes;
- Status funcional prévio (independência/acamado).

Registrar em local de destaque no prontuário e no roteiro de regulação.

7.4 Etapa 4 — Exame neurológico estruturado (padrão mínimo)

A avaliação deve ser objetiva, reprodutível e registrável. Recomenda-se:

- NIHSS sempre que possível (por médico/enfermagem treinada), pois ajuda a estimar gravidade e suspeitar de grande vaso.
- Quando NIHSS completo não for viável (sobrecarga/tempo), aplicar exame neurológico mínimo estruturado:
 - Nível de consciência (alerta, sonolento, confuso, torpor, coma);
 - Linguagem/fala (afasia/disartria);
 - Face (simetria);
 - Força em MS e MI (comparativa, esquerda/direita);
 - Sensibilidade (se possível);
 - Campos visuais/olhar conjugado;
 - Coordenação/ataxia (quando aplicável).

Registrar a evolução e reavaliar periodicamente.

8. Condutas imediatas de segurança e prevenção de complicações

8.1 NPO e disfagia (aspiração)

- Manter NPO até avaliação de deglutição.

- Se o paciente estiver com fala alterada, sonolência, tosse, baba ou engasgos: considerar risco alto de aspiração.
- Cabeceira elevada quando risco de broncoaspiração; lateralização se vômitos.

8.2 Quedas e mobilidade

- Paciente com déficit motor/ataxia: risco de queda elevado.
- Transferência sempre com apoio, grade de leito, orientação à família, sinalização de risco.

8.3 Temperatura

- Febre agrava lesão neurológica; monitorar e tratar.
- Investigar foco infeccioso se indicado, sem atrasar condutas críticas.

8.4 Glicemia

- Hipoglicemia deve ser tratada sem demora (pode simular AVC e piorar prognóstico).
- Evitar hiperglicemia persistente importante; corrigir conforme protocolo clínico institucional.

8.5 Oxigenação

- Evitar hipóxia; fornecer O₂ se necessário.
- Evitar hiperóxia rotineira sem indicação.

9. Estratificação clínica: suspeita de isquêmico, hemorrágico ou mímico

Sem imagem, a diferenciação é probabilística; com TC, é diagnóstica.

Sinais sugestivos de hemorragia/subaracnóidea:

- Cefaleia súbita intensa (pior da vida), vômitos em jato;
- Rebaixamento de consciência desproporcional;
- Crises convulsivas no início;
- Hipertensão muito elevada com deterioração rápida;
- Rigidez de nuca/fotofobia (subaracnóidea).

Sinais sugestivos de isquêmico:

- Déficit focal súbito, sem cefaleia intensa;
- Afasia/hemiparesia/hemianopsia;

- História de FA, aterosclerose, AIT prévio.

Sinais sugestivos de mímico:

- Hipoglicemia confirmada;
- Sinais pós-ictais típicos após convulsão;
- Aura de enxaqueca com história pregressa;
- Quadro metabólico sistêmico (sepse, hiponatremia), sem lateralização consistente.

Mesmo com suspeita de mímico, a conduta deve ser segura: tratar causas reversíveis e manter vigilância se persistirem déficits.

10. Exames complementares na UPA (sem atrasar fluxo crítico)

A UPA deve priorizar exames que influenciam segurança e rota, sem transformar o atendimento em “espera de laboratório”.

Essenciais imediatos:

- Glicemia capilar (obrigatório).
- ECG (identificação de FA/alterações importantes).
- Sinais vitais seriados.

Laboratoriais recomendados (conforme disponibilidade e sem atraso indevido):

- Hemograma;
- Eletrólitos e função renal;
- Coagulograma (especialmente se anticoagulante ou suspeita hemorrágica);
- Outros conforme avaliação clínica (gasometria se insuficiência respiratória; marcadores quando indicado).

Imagem:

- Tomografia de crânio sem contraste é determinante. Se a UPA não tiver TC, o protocolo deve ser orientado para transferência regulada precoce.

11. Manejo hemodinâmico (pressão arterial) — abordagem segura em UPA

A pressão arterial em AVC exige equilíbrio: queda brusca pode reduzir perfusão cerebral (isquêmico), enquanto PA muito elevada pode piorar sangramento (hemorrágico).

Diretriz operacional segura para UPA:

- Não “normalizar” PA rotineiramente.
- Reduzir de forma cuidadosa e gradual somente quando houver indicação clara (suspeita hemorrágica com PA muito elevada, emergência hipertensiva com lesão aguda, ou necessidade de adequação para terapias em centro de destino, conforme orientação médica/regulação).
- Monitorar resposta clínica: qualquer piora neurológica após intervenção exige reavaliação imediata.

A UPA deve ter lista institucional de medicamentos anti-hipertensivos EV disponíveis, com diluição/administração padronizadas pela farmácia e enfermagem, e uso sob prescrição médica.

12. Terapia de reperfusão e janela temporal: papel da UPA na rede

A terapia definitiva (trombólise endovenosa e trombectomia mecânica) é, em geral, realizada em hospitais com TC 24h, neurologia e estrutura de terapia. O papel da UPA é não perder tempo, identificar elegibilidade e transferir corretamente.

12.1 O que a UPA deve fazer (núcleo essencial)

- Determinar LKW com precisão.
- Avaliar gravidade (NIHSS ou equivalente).
- Identificar uso de anticoagulantes/antiagregantes.
- Excluir causas imediatas tratáveis (hipoglicemia, convulsão ativa, hipóxia).
- Estabilizar e acionar regulação com mensagem estruturada.
- Evitar medicações que aumentem risco (antitrombóticos antes de excluir hemorragia por imagem, salvo orientação médica específica).

12.2 Informações críticas para destino (sem as quais o caso atrasa no hospital)

- LKW (e como foi definido).
- Gravidade e evolução (NIHSS).
- PA e necessidade de suporte.

- Anticoagulantes: qual, última dose (se conhecida).
- Resultado de glicemia e intervenções realizadas.
- Se houve convulsão, trauma, cefaleia intensa, vômitos.
- Exames já coletados e se há acesso venoso pérvio.

13. Condutas específicas por cenário

13.1 UPA sem tomografia (cenário frequente)

Objetivo: estabilizar e transferir rapidamente para serviço com TC e capacidade de tratamento definitivo.

Fluxo operacional recomendado:

1. Triage prioritária + protocolo AVC.
2. ABCD + glicemia + monitorização.
3. LKW registrado em destaque.
4. Exame neurológico estruturado e reavaliação seriada.
5. Coleta rápida de exames essenciais (sem atrasar).
6. **Regulação imediata** para unidade com TC/neuro/centro de AVC.
7. Preparar transporte com necessidades assistenciais: O₂ se necessário, monitor, medicação de suporte.
8. Registrar horários: solicitação de vaga, confirmação, saída.

Ponto de segurança fundamental:

Sem TC, deve-se evitar iniciar antitrombóticos por rotina. A UPA deve focar em medidas de suporte, segurança e transferência.

13.2 UPA com tomografia (se aplicável na rede local)

Caso haja TC disponível, após exclusão de hemorragia:

- Decidir rota (observação x transferência para reperfusão).
- A gestão deve ter protocolo formal alinhado com a rede: quem aciona neurologia, como prioriza TC, onde registra tempos e como comunica o hospital de referência.

14. Monitoramento e reavaliação neurológica enquanto aguarda TC/transferência

A deterioração pode ocorrer rapidamente (edema, sangramento, broncoaspiração, convulsões, progressão do infarto, hipertensão grave). Logo, é obrigatório:

- Reavaliar sinais vitais e estado neurológico com periodicidade definida:
 - Instável/gravidade alta: a cada 15 minutos inicialmente.
 - Estável: a cada 30–60 minutos, com registros.
- Monitorar:
 - nível de consciência (queda progressiva é sinal de alarme),
 - padrão respiratório,
 - vômitos e risco de aspiração,
 - piora do déficit focal.
- Qualquer piora exige:
 - reavaliação médica imediata,
 - revisão de via aérea e hemodinâmica,
 - atualização imediata da regulação/destino (a prioridade pode mudar).

15. Critérios de suspeita de oclusão de grande vaso (para acelerar rota)

A oclusão de grande vaso costuma cursar com déficit mais grave. Suspeitar quando houver:

- Hemiplegia ou fraqueza intensa;
- Afasia importante;
- Desvio de olhar conjugado;
- Hemianopsia marcante;
- NIHSS alto;
- Rebaixamento de consciência sem outra causa.

Esses casos devem ser comunicados como **alta prioridade**, pois podem se beneficiar de trombectomia em centros especializados (quando dentro de janela e elegível).

16. AIT (Ataque Isquêmico Transitório): conduta e segurança

AIT não é “alta simples”. A UPA deve:

- Documentar detalhadamente: tipo de déficit, duração, lateralidade, recuperação.
- Avaliar sinais de alto risco: episódios recorrentes, déficit motor ou fala, comorbidades importantes.
- Se rede permitir, articular avaliação rápida com referência (TC/neurologia).
- Orientar retorno imediato em caso de recorrência e registrar plano de seguimento.

Quando houver incerteza diagnóstica ou risco elevado, a conduta deve ser conservadora (observação e/ou encaminhamento priorizado).

17. Situações especiais (condutas operacionais)

17.1 “Wake-up stroke” (acordou com sintomas)

- LKW = hora em que foi dormir bem (ou última vez visto normal).
- Considerar alta prioridade para imagem/centro, pois o caso exige definição por critérios de imagem no hospital de referência.

17.2 Convulsão e paralisia de Todd

- Tratar crise convulsiva conforme protocolo.
- Reavaliar após período pós-ictal.
- Se déficit persistir ou houver dúvida, manter suspeita de AVC e conduzir como AVC até exclusão.

17.3 Suspeita de hemorragia subaracnóidea

- Cefaleia explosiva, vômitos, rigidez nuchal, alteração de consciência.
- Priorizar estabilização e transferência para TC urgente.
- Controle cuidadoso de PA e suporte conforme necessidade.

17.4 Paciente em anticoagulante

- Registrar qual anticoagulante e última dose se possível.
- Coletar coagulograma quando aplicável e sem atrasar.
- Comunicar precocemente à regulação/destino, pois influencia elegibilidade terapêutica e manejo de sangramento.

17.5 Gestante

- Seguir estabilização padrão, com atenção a eclâmpsia/HELLP como diferencial se quadro compatível.
- Comunicação rápida com referência obstétrica/neuro, conforme rede local.

17.6 AVC de circulação posterior (mais fácil de subdiagnosticar)

Sinais: vertigem intensa, desequilíbrio, diplopia, disartria, disfagia, nistagmo, ataxia, alteração de consciência.

A UPA deve evitar rotular como “labirintite” sem exame neurológico e reavaliação.

18. Integração com SAMU 192 (pré-hospitalar e handoff estruturado)

Como o projeto inclui SAMU 192, a padronização deve contemplar a interface UPA–SAMU.

18.1 Itens mínimos que o SAMU deve entregar na passagem de caso

- Hora do início/LKW e como foi obtido.
- Sinais observados (face, braço, fala).
- Evolução durante o transporte.
- Sinais vitais e glicemia pré-hospitalar (se disponível).
- Intervenções realizadas (oxigênio, via aérea, controle de crise convulsiva).
- Medicamentos relevantes informadas pela família (anticoagulante etc.).

18.2 Itens mínimos que a UPA deve devolver ao SAMU (quando SAMU transporta para referência)

- Resumo clínico e neurológico estruturado;
- Sinais vitais e necessidade de suporte durante transporte;
- Exames coletados/resultados;
- Contatos e documentação para entrega ao serviço de destino.

A Solution Gestão Pública deve implementar treinamento conjunto e roteiros de comunicação (SBAR, por exemplo: Situação–Background–Avaliação–Recomendação).

19. Comunicação com regulação e hospital de destino

A comunicação deve ser curta, objetiva e completa. A UPA deve adotar um roteiro institucional obrigatório contendo:

1. Identificação do paciente (iniciais, idade, sexo) e contato familiar
2. LKW (horário e fonte: paciente/família/testemunha)
3. Hora de chegada na UPA e hora do acionamento do protocolo
4. Déficits atuais e gravidade (NIHSS ou descrição estruturada)
5. Sinais vitais, glicemia inicial, oxigenação, nível de consciência
6. Uso de anticoagulante/antiagregante (qual e última dose se conhecida)
7. Eventos associados: convulsão, cefaleia súbita, vômitos, trauma
8. Exames realizados/coletados e resultados disponíveis
9. Necessidade de suporte no transporte (O₂, monitor, via aérea)
10. Evolução e reavaliações (piora/melhora)

O registro do contato (horário, nome, orientação recebida, destino) deve ser obrigatório no prontuário.

20. Critérios de permanência em observação na UPA versus transferência

A decisão depende de recursos locais e do desenho da rede. Como regra segura:

Indicações fortes de transferência/regulação imediata:

- Suspeita de AVC com LKW recente (especialmente potencial janela terapêutica).
- Déficit moderado/grave (afasia, hemiparesia importante, NIHSS elevado).
- Piora neurológica ou rebaixamento.
- Suspeita hemorrágica/subaracnóidea.
- Necessidade de TC que a UPA não possui.
- Anticoagulante com suspeita de sangramento.

Possível observação na UPA (com cautela e critérios rígidos):

- Mímico claramente confirmado e revertido (p.ex., hipoglicemia tratada com reversão completa e estabilidade).
- Sintomas muito leves e resolução completa com avaliação clínica robusta, e rede de seguimento garantida (situação menos comum e deve ser exceção).

A alta deve ser sempre a exceção e altamente justificada em prontuário.

21. Documentação clínica e registros obrigatórios (padrão de auditoria)

Para evitar falhas assistenciais e glosas, o prontuário deve conter obrigatoriamente:

- Hora de chegada e hora do primeiro contato clínico.
- Hora do acionamento do Protocolo AVC.
- LKW com explicação de como foi definido.
- Glicemia capilar inicial e conduta.
- Sinais vitais seriados.
- Exame neurológico estruturado (NIHSS ou equivalente) e reavaliações com horário.
- Hipóteses diagnósticas e mímicos considerados.
- Medicações de uso contínuo relevantes (anticoagulantes/antiagregantes).
- Registro de contato com regulação/hospital: horário, nome, decisão, orientações.
- Se transferência: condição de saída, suporte necessário, documentos enviados.

A Solution Gestão Pública deve auditar mensalmente amostras de casos para verificar completude desses itens.

22. Checklists operacionais (para reduzir variabilidade)

A UPA deve implementar checklists simples e obrigatórios, anexados ao prontuário (papel ou eletrônico), incluindo:

Checklist “Primeiros 10 minutos”:

- Protocolo AVC acionado
- Hora de chegada registrada
- Glicemia capilar realizada e registrada
- Sinais vitais + saturação
- Acesso venoso
- NPO e prevenção de aspiração

- LKW definido e registrado
- Exame neurológico mínimo/NIHSS iniciado

Checklist “Antes da transferência”:

- Resumo clínico com LKW e exame neurológico
- Anticoagulantes/antiagregantes identificados
- Exames coletados e resultados anexados (se disponíveis)
- Contato com regulação documentado
- Estabilidade clínica para transporte e suporte definido
- Comunicação com família e orientação registrada

23. Indicadores de desempenho (qualidade e segurança)

Para gestão por resultados, recomenda-se monitorar mensalmente:

- Percentual de casos com **LKW registrado**.
- Tempo chegada → glicemia.
- Tempo chegada → avaliação médica.
- Tempo chegada → decisão de regulação (quando sem TC).
- Percentual de casos com exame neurológico estruturado registrado.
- Eventos adversos (aspiração, quedas, piora não reconhecida).
- Percentual de transferência com resumo completo.
- Retorno em 72h por piora/recidiva (indicador sentinela).

A Solution Gestão Pública deve manter painel de indicadores e realizar análise crítica com plano de ação.

24. Educação permanente e simulações (implantação e sustentação)

A implantação real exige treinamento recorrente e simulações, especialmente porque o atendimento ao AVC depende de tempo e coordenação.

Mínimo recomendado:

- Treinamento inicial do protocolo para todos os turnos.
- Simulações de “código AVC” mensais no primeiro trimestre e trimestrais posteriormente.

- Reciclagem de NIHSS e exame neurológico mínimo.
- Treinamento conjunto UPA–SAMU (handoff e LKW).
- Auditoria com feedback aos plantões (sem cultura punitiva, focada em melhoria).

25. Janelas temporais críticas e metas assistenciais ("golden times")

O atendimento ao AVC exige velocidade. A Solution Gestão Pública adotará metas temporais reconhecidas internacionalmente como padrão de qualidade, com monitoramento obrigatório e análise crítica mensal. Essas janelas não são apenas referências teóricas, mas alvos operacionais que a equipe deve perseguir em todos os plantões, incluindo finais de semana e madrugadas.

As metas institucionais para casos de AVC na UPA são:

Door-to-doctor (chegada até primeiro atendimento médico): até 10 minutos. Isso significa que desde a entrada do paciente com suspeita de AVC até a avaliação pelo médico plantonista não devem transcorrer mais de 10 minutos. A triagem deve ser imediata, a priorização sem atrasos administrativos e o médico deve ser acionado de forma objetiva. Atrasos nessa etapa comprometem todo o fluxo subsequente.

Door-to-imaging (chegada até realização de TC de crânio): até 45 minutos. Quando a UPA dispuser de tomógrafo ou quando houver protocolo ágil de acesso à imagem na rede, o tempo entre entrada e conclusão do exame não deve ultrapassar 45 minutos. Isso exige coordenação entre recepção, triagem, médico, transporte interno (quando aplicável) e técnico de imagem. Se a UPA não tiver TC próprio, a meta se converte em "door-to-regulation" (chegada até solicitação formal de vaga regulada com TC), mantendo o mesmo princípio de agilidade.

Door-to-needle (chegada até início de trombólise): até 60 minutos. Embora a trombólise seja realizada em hospital de referência na maioria dos casos, a UPA deve conhecer essa meta porque influencia diretamente a preparação do paciente e a velocidade da transferência. Cada minuto economizado na UPA é tempo ganho para o tratamento definitivo. A equipe deve ter consciência de que o objetivo final da rede é trombólise em até 1 hora, e a UPA é parte fundamental desse circuito.

Janela terapêutica geral para trombólise: até 4,5 horas do LKW. A terapia de reperfusão com trombolítico endovenoso é eficaz até 4 horas e 30 minutos do último momento em que o paciente estava bem. Por isso, o LKW não é um dado administrativo, mas uma informação crítica de tempo. A UPA deve definir e

documentar o LKW com precisão absoluta nos primeiros minutos do atendimento. Pacientes que chegam fora de janela ainda podem ser elegíveis para outras terapias (trombectomia mecânica tem janelas mais amplas em casos selecionados), mas a decisão depende de avaliação no centro especializado.

A gestão deve medir esses tempos mensalmente, estratificando por turno, dia da semana e gravidade do caso. Tempos acima das metas exigem investigação de causa raiz: demora na triagem, falta de médico disponível, atraso no contato com regulação, problemas de transporte ou falhas de comunicação. A análise crítica deve gerar plano de ação concreto, com responsáveis e prazos definidos.

Além das janelas principais, outros tempos intermediários devem ser monitorados para identificar gargalos:

Chegada até glicemia capilar: deve ser imediato, em poucos minutos. A hipoglicemia pode simular AVC e precisa ser excluída rapidamente. Atrasos nesse item indicam falha no processo de triagem ou falta de insumo disponível.

Chegada até primeiro registro de sinais vitais completos: também nos primeiros minutos, como parte da estabilização inicial. PA, FC, saturação e temperatura orientam decisões clínicas imediatas.

Chegada até instalação de acesso venoso: nos primeiros 15 minutos em casos de prioridade máxima. O acesso permite administração de medicamentos, coleta de exames e suporte hemodinâmico se necessário.

Acionamento de regulação até confirmação de vaga: a meta deve ser definida em conjunto com a central de regulação, mas a UPA deve registrar esse tempo para análise de desempenho da rede. Demoras excessivas exigem articulação institucional com gestão municipal e regional.

A equipe deve ser treinada para reconhecer que cada etapa tem impacto direto no desfecho do paciente. Um atraso de 30 minutos na UPA pode significar perda de janela terapêutica e sequelas irreversíveis. Por isso, o protocolo de AVC deve funcionar como "código interno", semelhante a parada cardiorrespiratória ou trauma grave: prioridade absoluta, comunicação estruturada, funções claras e execução rápida.

A coordenação de enfermagem, em conjunto com a coordenação médica, deve revisar semanalmente os tempos dos casos atendidos, identificar padrões e propor ajustes operacionais. Plantões com desempenho consistente dentro das metas devem ser reconhecidos, e plantões com dificuldades devem receber apoio e treinamento adicional. O objetivo é cultura de melhoria contínua, não punição.

Indicadores complementares que reforçam o cumprimento das janelas temporais incluem:

Percentual de casos com LKW registrado nos primeiros 10 minutos: meta de 100%. Sem LKW, não há como avaliar janela terapêutica.

Percentual de casos com exame neurológico estruturado (NIHSS ou equivalente) documentado: meta de 100%. A gravidade orienta a urgência da transferência.

Percentual de casos com glicemia capilar realizada antes da avaliação médica: meta acima de 90%. Isso demonstra eficiência da triagem.

Percentual de transferências realizadas com resumo clínico completo e tempos documentados: meta de 100%. O hospital de destino precisa dessas informações para decidir terapia.

A Solution Gestão Pública implementará painel visual (físico ou eletrônico) em local acessível à equipe, mostrando o desempenho mensal das janelas temporais. Esse painel deve ser simples, com gráficos de fácil leitura e comparação mês a mês. A transparência dos resultados reforça o compromisso coletivo com a qualidade e permite que a própria equipe identifique oportunidades de melhoria.

Por fim, é importante destacar que essas metas não substituem o julgamento clínico. Casos complexos, pacientes instáveis ou situações atípicas podem exigir tempos diferentes. O protocolo é uma diretriz, não uma camisa de força. Porém, desvios devem ser justificados em prontuário e analisados para verificar se são exceções legítimas ou falhas de processo. A gestão deve equilibrar rigor com bom senso, sempre priorizando a segurança do paciente.

5.1.2.3 Parada Cardiorrespiratória

1. Objetivo, escopo e premissas de segurança

Este protocolo padroniza a resposta assistencial e operacional à Parada Cardiorrespiratória (PCR) na UPA 24h, desde o reconhecimento imediato até o pós-ROSC (retorno da circulação espontânea), incluindo organização do time, uso do carrinho de emergência, desfibrilação, medicações, via aérea, investigação de causas reversíveis, registro completo e integração com SAMU/Regulação/Referências.

Premissas:

- A PCR é evento tempo-dependente: atrasos mínimos para compressão e choque (quando indicado).
- O sucesso depende de compressões de alta qualidade, desfibrilação precoce em ritmos chocáveis, interrupções mínimas, ventilação adequada sem hiperventilar, liderança clara, papéis definidos e registro fiel.

- A UPA deve estar preparada para PCR em qualquer área (recepção, triagem, consultório, observação, sala de procedimentos, emergência, áreas comuns) e em qualquer turno.
- O protocolo deve funcionar com equipe variável; por isso, é estruturado com núcleo mínimo e expansão do time conforme disponibilidade.

2. Definições operacionais e critérios diagnósticos

2.1 PCR (adulto e pediatria)

PCR é definida pela combinação de:

- Inconsciência (sem resposta);
- Ausência de respiração normal (apneia ou gasping/respiração agônica);
- Ausência de pulso central (adulto/criança: carótida ou femoral; lactente: braquial) por até 10 segundos.

2.2 ROSC

Retorno da circulação espontânea: pulso central sustentado, PA mensurável e sinais de perfusão (melhora de cor, temperatura, capnografia com elevação sustentada quando disponível).

2.3 Ritmos de PCR

- Chocáveis: Fibrilação Ventricular (FV) e Taquicardia Ventricular sem pulso (TVSP).
- Não chocáveis: Assistolia e Atividade Elétrica sem Pulso (AESP/PEA).

2.4 Tempo zero e marcos

- Tempo zero: momento do reconhecimento da PCR na UPA (ou chegada do paciente já em PCR).
- Marcos obrigatórios: início de compressões, primeiro choque (se aplicável), primeira adrenalina, via aérea avançada, ROSC, decisão de transferência/óbito.

3. Gatilhos de acionamento e “Código PCR”

3.1 Gatilho obrigatório

Ao identificar PCR, qualquer colaborador deve:

1. Acionar o Código PCR (chamada interna padronizada e alto-falante, se houver).

2. Solicitar carrinho de emergência + desfibrilador/monitor imediatamente.
3. Iniciar compressões torácicas sem esperar equipe médica ou cadastro.
4. Solicitar oxigênio + bolsa-válvula-máscara.

3.2 Comunicação interna padronizada

- “Código PCR na (localização exata) — paciente em parada — trazer carrinho e desfibrilador.”

3.3 Controle de fluxo e segurança do ambiente

- A recepção/controle de fluxo deve afastar curiosos, liberar circulação e organizar familiares em local reservado.
- Garantir espaço ao redor do paciente, tomadas, acesso ao oxigênio e iluminação.

4. Estrutura do time de ressuscitação (papéis, responsabilidades e contingência)

4.1 Time completo (ideal)

1. Líder do código (médico; na ausência, enfermeiro até chegada do médico)
2. Compressor 1
3. Compressor 2 (revezamento)
4. Via aérea/ventilação
5. Monitor/desfibrilador
6. Medicação/acesso
7. Registrador (scribe)
8. Apoio/logística (porta, insumos, contato com regulação, acolhimento familiar)

4.2 Time mínimo (cenário realista em UPA)

- Líder + compressor + ventilação + desfibrilador + registrador/medicação (acúmulo inicial).
Assim que chegarem reforços, redistribuir funções para reduzir falhas e fadiga.

4.3 Responsabilidades detalhadas

Líder

- Confirma PCR (sem prolongar diagnóstico), define algoritmo (chocável/não chocável).
- Comanda ciclos de 2 minutos e “**pausas curtas**” para checagem de ritmo.
- Autoriza choque, drogas, via aérea avançada, e direciona busca de causas reversíveis (H's e T's).
- Decide e documenta interrupção de RCP (quando aplicável), e conduz pós-ROSC.
- Coordena comunicação com regulação e documentação médica.

Compressor

- Executa compressões no **centro do tórax**, com frequência 100–120/min, profundidade adequada, retorno total.
- Evita interrupções; interrompe apenas quando o líder solicitar para checagem de ritmo/choque (pausas mínimas).
- Troca a cada 2 min (ou antes se fadiga), avisando o líder.

Via aérea/ventilação

- Inicia ventilação com BVM com O₂.
- Garante vedação correta (preferencialmente 2 profissionais: “C-E clamp” + ventilação).
- Mantém ventilação conforme fase: 30:2 sem via aérea avançada; 10/min com via aérea avançada, sem hiperventilar.
- Prepara dispositivo supraglótico e/ou IOT conforme decisão do líder e competência disponível.
- Confirma e fixa via aérea avançada; ajusta ventilação e monitora sinais.

Monitor/desfibrilador

- Liga, posiciona pás/adesivos corretamente.
- Identifica ritmo rapidamente e informa o líder.
- Carrega energia e aplica choque com comando de segurança (“ninguém toca”).
- Mantém monitorização pós-ROSC.

Medicação/acesso

- Obtém acesso IV calibroso; se impossível em tempo adequado e disponível, prepara IO.

- Prepara e administra drogas sob comando do líder.
- Confere rotulagem, dose, via, flush e registra horários.
- Realiza checagem de segurança (droga certa, dose certa, via certa, horário certo).

Registrador

- Anota em tempo real: horário tempo zero, início de compressões, ritmos, choques, drogas, via aérea, causas e ROSC.
- Registra equipe envolvida, intercorrências, e dá “feedback” de tempo para o líder (ex.: “faltam 20 segundos para checar ritmo”).

Apoio/logística

- Traz materiais adicionais, repõe itens do carrinho durante/ao final do evento.
- Organiza transporte interno e aciona SAMU/regulação para transferência pós-ROSC (quando indicado).
- Mantém familiares informados e afastados do cenário crítico.

5. Prontidão operacional: carrinho de emergência, desfibrilador e checagens

5.1 Carrinho de emergência (padrão mínimo por setor crítico)

Deve existir, no mínimo, carrinho completo na sala de emergência e acesso rápido a carrinho secundário na observação/procedimentos, conforme estrutura da UPA.

Regras operacionais:

- Carrinho **lacrado** após conferência.
- **Checklist diário** (enfermagem) e **auditoria semanal/mensal** (coordenação).
- Após uso: reposição imediata, re-lacre e registro.

5.2 Conteúdo mínimo recomendado (adulto + pediatria)

A. Monitor/desfibrilador

- Eletrodos adesivos adulto e pediátrico (quando aplicável)
- Pás e cabos (se aplicável)
- Gel/adesivos reserva

- Bateria carregada + teste funcional

B. Via aérea

- Bolsa-válvula-máscara (adulto e pediátrica) com reservatório
- Máscaras tamanhos variados
- Cânulas orofaríngeas (Guedel) vários tamanhos
- Cânulas nasofaríngeas (quando utilizadas)
- Aspirador funcionando + sondas de aspiração
- Laringoscópio (com lâminas) ou equivalente disponível
- Tubos orotraqueais tamanhos variados + seringa para cuff
- Dispositivo supraglótico tamanhos variados
- Fixadores, cadarços, fita, lubrificante
- Capnografia/capnômetro (se disponível) ou detector colorimétrico (se disponível)

C. Acesso e infusão

- Cateteres IV calibrosos, equipos, extensores
- Seringas diversas
- SF 0,9% e flush
- Materiais IO (se adotado pela UPA)
- Torniquete, álcool, clorexidina, curativos

D. Medicações (conforme padronização local)

- Adrenalina (ampolas) — item crítico
- Antiarrítmico para FV/TVSP refratária (ex.: amiodarona) conforme padronização
- Drogas para causas reversíveis (ex.: cálcio, bicarbonato, glicose, broncodilatadores, etc.) conforme padronização assistencial e farmácia
- Sedação/analgesia para pós-ROSC/intubação conforme protocolos locais
- Vasopressores contínuos (se a UPA operar infusão; caso contrário, planejar transferência rápida)

E. Apoio

- Tesoura, pinças, lâmina, EPI

- Relógio/cronômetro visível (ou função no monitor)
- Formulário de PCR e checklist de reposição

5.3 Checagens obrigatórias

- **Diária:** lacre, desfibrilador (bateria/auto-teste), oxigênio, BVM, aspirador, eletrodos.
- **Após cada uso:** reposição completa + nova conferência.
- **Mensal:** auditoria ampliada com verificação de validade e integridade dos materiais.

6. RCP de alta qualidade: padrão técnico obrigatório

6.1 Compressões

- Frequência: 100–120/min.
- Profundidade: adequada para gerar perfusão (adulto ~5–6 cm).
- Retorno total do tórax (evitar “apoar” sobre o tórax).
- Interrupções mínimas: pausas apenas para checar ritmo/choque e procedimentos essenciais.
- Troca de compressor: a cada 2 min (ciclos), para evitar queda de qualidade.

6.2 Ventilação

Sem via aérea avançada: 30:2, com pausa mínima para ventilar.

Com via aérea avançada: compressões contínuas + 1 ventilação a cada 6 segundos (≈10/min).

Evitar hiperventilação, pois piora retorno venoso e reduz perfusão.

6.3 Monitoramento da qualidade

- Se capnografia disponível: EtCO₂ ajuda a avaliar perfusão e ROSC (elevação sustentada pode sugerir ROSC).
- Registrador deve anotar: interrupções, troca de compressor, e tempo de checagem de ritmo.

7. Algoritmo operacional em adulto — Sequência global

Fase 1 (0–2 min):

- Reconhecer PCR → acionar Código → iniciar compressões → conectar desfibrilador/monitor → identificar ritmo.

Fase 2 (ciclos de 2 min):

- Ritmo chocável: choque + RCP imediata.
- Ritmo não chocável: RCP + adrenalina precoce + busca ativa de causa.

Fase 3 (avançada):

- Acesso IV/IO, drogas, via aérea avançada (quando equipe apta), correção de H's e T's.

Fase 4 (ROSC ou encerramento):

- Pós-ROSC com estabilização e decisão de destino; ou encerramento conforme decisão médica documentada.

8. Ritmo chocável (FV/TV sem pulso) — detalhamento operacional**8.1 Sequência recomendada (ciclos)**

1. **RCP enquanto prepara desfibrilação.**
2. Checar ritmo rapidamente: FV/TVSP → **chocar**.
3. **Choque** → retomar compressões imediatamente por 2 min (não checar pulso após choque).
4. Ao fim de 2 min: checar ritmo (pausa curta) → se chocável, choque novamente → compressões.
5. Estabelecer acesso IV/IO e planejar via aérea.
6. **Adrenalina** conforme comando do líder, repetindo a cada 3–5 min.
7. Considerar antiarrítmico (ex.: amiodarona) após choques e persistência de FV/TVSP, conforme prescrição e padronização.
8. Buscar e tratar H's e T's em paralelo.

8.2 Pontos críticos para evitar falhas

- Não “perder tempo” tentando intubar antes de desfibrilar FV/TVSP.
- Evitar pausas longas para análise de ritmo; o monitor/desfibrilador deve estar pronto e a equipe treinada.
- Não atrasar troca de compressor; compressão ruim equivale a “não compressão”.
- Confirmar adesivos/pás bem posicionados e contato adequado.

9. Ritmo não chocável (Assistolia/AESP) — detalhamento operacional

9.1 Sequência recomendada

1. Iniciar **RCP imediatamente**.
2. Identificar assistolia/AESP.
3. Estabelecer **acesso IV/IO**.
4. Administrar **adrenalina** o mais cedo possível sob comando do líder; repetir a cada 3–5 min.
5. Buscar e tratar causas reversíveis ativamente (H's e T's).
6. A cada 2 min: checar ritmo/pulso rapidamente.
 - Se converter para FV/TVSP → migrar para algoritmo chocável.
 - Se permanecer não chocável → continuar RCP + adrenalina + correções.

9.2 Checagens de segurança (assistolia)

- Confirmar assistolia em mais de uma derivação.
- Checar cabos, contato e ganho do monitor.
- A assistolia “falsa” por mau contato é erro crítico e evitável.

10. Via aérea avançada: quando fazer, como fazer e como evitar prejuízo

10.1 Princípios

- Via aérea avançada é útil quando BVM é ineficaz, há aspiração/vômitos, necessidade de controle ventilatório, ou ROSC com rebaixamento.
- Não deve gerar interrupções prolongadas de compressões.
- Deve ser realizada por profissional habilitado, com material pronto e plano B (supraglótico).

10.2 Estratégia operacional

1. Manter RCP e ventilação com BVM (preferencialmente 2 pessoas).
2. Preparar IOT ou supraglótico durante compressões.
3. Programar tentativa em momento de menor impacto, com pausa mínima (se necessária).

4. Confirmar posicionamento (expansão torácica, ausculta, capnografia se disponível).
5. Fixar e ajustar ventilação (10/min com compressões contínuas).

10.3 Erros frequentes a evitar

- Hiperventilar.
- Interromper compressões por tempo excessivo para intubar.
- Não confirmar tubo (intubação esofágica).
- Não aspirar secreções em paciente com vômitos/aspiração.

11. Medicações e segurança medicamentosa durante PCR

A PCR exige administração rápida e segura. A UPA deve ter:

- seringas pré-rotuladas quando possível,
- padronização de diluições e vias,
- conferência por dupla (quando possível) antes de administrar.

Adrenalina

- Deve estar disponível e acessível no carrinho.
- Administração sob comando do líder e registro com horário preciso.

Antiarrítmico (ex.: amiodarona)

- Usar em FV/TVSP refratária conforme decisão médica e padronização.

Medicações por causa reversível

- Hipoglicemia: glicose EV conforme protocolo.
- Hipercalemia: cálcio e outras medidas conforme protocolo médico.
- Broncoespasmo grave/hipóxia: manejo ventilatório, broncodilatadores, etc., conforme protocolos clínicos.

A farmácia deve garantir padronização e reposição, com controle de validade e rastreabilidade.

12. Identificação de causas reversíveis (H's e T's) — abordagem prática em UPA

Durante a RCP, a investigação precisa ser objetiva e dirigida pelo líder.

H's (pontos práticos)

1. Hipóxia: checar ventilação, vedação BVM, O₂, aspiração, via aérea.
2. Hipovolemia: sinais de sangramento, história (GI, trauma), acesso e reposição conforme suspeita.
3. Hidrogênio/acidose: considerar em parada prolongada, sepse, insuficiência respiratória grave.
4. Hipo/hipercalcemia/metabólicos: história renal, hemodiálise, uso de diuréticos, ECG sugestivo.
5. Hipotermia: contexto de exposição/afogamento; cuidados específicos.
6. Hipoglicemia: aferir glicemia quando possível sem interromper RCP (principalmente se mímico/metabólico).

T's (pontos práticos)

1. Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo): trauma, ventilação difícil, assimetria torácica; intervenção conforme competência e protocolos locais.
2. Tamponamento cardíaco: trauma penetrante, turgência jugular, pulso paradoxal (difícil em PCR, mas suspeitar pelo contexto).
3. Toxinas: suspeita de intoxicação, overdose, sedativos/opioides, drogas ilícitas; suporte e antídotos conforme protocolo e disponibilidade.
4. Trombose pulmonar (TEP maciço): dispneia súbita, risco trombótico, choque prévio; comunicação e destino pós-ROSC.
5. Trombose coronariana (IAM): dor torácica prévia, fatores de risco, ECG pós-ROSC.

13. Pós-ROSC: cuidados completos na UPA (primeira hora crítica)

Após ROSC, a instabilidade é comum e o risco de re-PCR é alto. A UPA deve atuar com protocolo de estabilização.

13.1 Objetivos do pós-ROSC

- Manter oxigenação e ventilação adequadas.
- Sustentar perfusão (PA e débito cardíaco).
- Controlar temperatura e glicemia evitando extremos.
- Identificar causa provável e acelerar tratamento definitivo (ex.: IAM, TEP, intoxicação).

- Planejar destino (UTI/centro cardiológico/referência) com regulação.

13.2 Ações imediatas (0–10 min pós-ROSC)

- Confirmar pulso/PA e iniciar monitorização contínua.
- Garantir via aérea:
 - Se rebaixado ou ventilação inadequada: preparar via aérea avançada.
 - Evitar hiperventilação.
- Avaliar hemodinâmica:
 - Se hipotensão: fluidos conforme avaliação e preparar suporte avançado/transferência.
- ECG 12 derivações quando possível (suspeita de IAM é frequente).
- Temperatura e glicemia: aferir e tratar febre/hipo/hiperglicemia conforme protocolos.
- Analgesia/sedação se necessário (paciente agitado pós-ROSC pode piorar ventilação e hemodinâmica).

13.3 Ações na sequência (10–60 min)

- Investigar causa (história rápida, exames e achados).
- Ajustar ventilação e oxigenação.
- Planejar transferência:
 - Se suspeita de IAM com necessidade de hemodinâmica, priorizar referência adequada.
 - Se necessidade de UTI, acionar regulação imediatamente.
- Prevenir re-PCR:
 - corrigir distúrbios (eletrólitos, hipóxia),
 - manter monitorização,
 - preparar drogas e desfibrilador pronto.

14. Critérios de transferência e integração com SAMU/Regulação

A UPA deve acionar regulação/SAMU quando:

- ROSC com instabilidade hemodinâmica (hipotensão, arritmias recorrentes).

- Necessidade de ventilação mecânica e suporte avançado.
- Suspeita de IAM/TEP/causa que exige centro de maior complexidade.
- Necessidade de UTI/neuromonitorização e recursos não disponíveis na UPA.

Resumo estruturado obrigatório para transferência

- Identificação do paciente, idade, comorbidades.
- Tempo zero e tempos: início de compressões, choques, drogas, ROSC.
- Ritmos identificados e número de choques.
- Via aérea estabelecida e parâmetros de ventilação/oxigênio.
- Situação hemodinâmica atual (PA, FC, necessidade de drogas).
- Suspeita etiológica principal (H's e T's).
- Exames e ECG (se realizados).
- Intercorrências e riscos durante transporte.

15. Interrupção de RCP e óbito: critérios operacionais e documentação

A decisão de interromper esforços de reanimação é **médica**, baseada em:

- Tempo e qualidade da RCP,
- Ritmo persistente e ausência de resposta,
- Ausência de causas reversíveis tratáveis,
- Contexto clínico e diretrizes institucionais,
- Segurança do time.

Documentação deve incluir:

- Horário de início e término da RCP,
- Ritmos ao longo do evento,
- Intervenções realizadas (choques, drogas, via aérea),
- Justificativa clínica para interrupção,
- Comunicação com família (quem, quando, conteúdo essencial),
- Encaminhamento de procedimentos pós-óbito conforme rotinas institucionais.

16. POPs integrados ao protocolo (rotinas executáveis na UPA)

POP-PCR-01 — Reconhecimento e acionamento

1. Objetivo

Padronizar o reconhecimento da PCR e garantir início **imediato** de compressões torácicas e acionamento do suporte (carrinho de emergência, desfibrilador e equipe), minimizando atrasos em qualquer setor da UPA.

2. Abrangência

Aplicável a todos os profissionais (assistenciais e apoio) em qualquer área da UPA: recepção, triagem, consultórios, sala de medicação, procedimentos, observação, emergência, áreas comuns, ambulância.

3. Responsáveis

- **Executores:** qualquer profissional que identifique o paciente colapsado (técnico/auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, recepcionista, maqueiro, segurança, limpeza).
- **Apoio imediato:** equipe de enfermagem do setor, médico plantonista, coordenação do plantão.
- **Registro:** profissional designado como registrador (scribe) assim que equipe chegar.

4. Materiais necessários

- Relógio/cronômetro (do monitor ou dispositivo do registrador).
- EPI.
- Superfície rígida (prancha rígida, se disponível; ou deslocar para superfície firme).
- Carrinho de emergência.
- Desfibrilador/monitor.
- Oxigênio e bolsa-válvula-máscara (BVM).
- Aspirador.

5. Procedimento (passo a passo)

5.1 Segurança e avaliação inicial (≤10 segundos)

1. Verificar segurança do ambiente (risco elétrico, queda de objetos, secreções no chão).
2. Aproximar-se, chamar o paciente em voz alta e aplicar estímulo doloroso leve (trapézio/esternal) se necessário.

3. Se não responde: solicitar ajuda imediatamente (“preciso de ajuda aqui!”).

5.2 Checagem rápida de respiração e pulso (≤10 segundos)

4. Avaliar respiração: observar tórax, ouvir e sentir fluxo de ar.

- Gaspings não é respiração efetiva.

5. Checar pulso central:

- Adulto/criança: carótida (ou femoral).
- Lactente: braquial.

6. Se ausência de pulso **ou dúvida** após 10 segundos: tratar como PCR.

5.3 Acionamento do Código PCR (imediato)

7. Acionar chamada interna padronizada:

- “Código PCR na (localização exata) — trazer carrinho e desfibrilador”.

8. Solicitar especificamente:

- “Tragam o desfibrilador”.
- “Tragam o carrinho de emergência”.
- “Tragam oxigênio e BVM”.

9. Se houver rádio/telefone interno, utilizar canal definido; se houver alto-falante, acionar conforme rotina institucional.

5.4 Início imediato de RCP

10. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície rígida.

11. Iniciar compressões torácicas:

- Centro do tórax.
- Frequência 100–120/min.
- Profundidade adequada (adulto ~5–6 cm).
- Retorno total do tórax.
- Interrupções mínimas.

12. Se houver apenas um socorrista: manter compressões contínuas até chegada de apoio.

5.5 Ventilação inicial (quando houver 2º profissional e BVM disponível)

13. Se sem via aérea avançada:

- Relação 30:2.

14. Preferir técnica a dois profissionais para BVM (uma pessoa sela máscara e mantém via aérea; outra ventila).

15. Evitar hiperventilação (ventilações rápidas e fortes são prejudiciais).

6. Pontos críticos de controle (PCC)

- PCC-01: Checagem de pulso/respiração não deve ultrapassar 10 segundos.
- PCC-02: Compressões devem iniciar imediatamente após suspeita.
- PCC-03: Gasping não deve ser confundido com respiração normal.
- PCC-04: Superfície deve ser rígida para compressões eficazes.

7. Condutas em situações específicas

- Paciente em cadeira/sofá: transferir rapidamente para maca/superfície firme.
- Colapso em área de grande circulação: solicitar apoio para isolamento do local.
- Vômitos/secreções: posicionar cabeça lateralmente e aspirar assim que possível, sem interromper compressões por tempo prolongado.

8. Registro obrigatório

- Tempo zero (hora do reconhecimento).
- Hora de início das compressões.
- Setor/local exato.
- Profissional que identificou e acionou o Código.

POP-PCR-02 — Organização do time, distribuição de funções, condução de ciclos e comunicação operacional

1. Objetivo

Padronizar a organização do time de ressuscitação, garantindo liderança clara, funções definidas, ciclos cronometrados de 2 minutos, revezamento de compressor e comunicação efetiva.

2. Abrangência

Atendimento de PCR em qualquer área da UPA após chegada do carrinho de emergência e equipe de resposta.

3. Responsáveis

- **Líder do Código:** médico (preferencial) ou enfermeiro até chegada do médico.
- **Registrador:** indicado pelo Líder.
- **Equipe:** enfermagem, médicos, apoio.

4. Materiais necessários

- Desfibrilador/monitor com cronômetro (ou cronômetro externo).
- Formulário de PCR (papel ou eletrônico).
- Checklist de funções (se disponível).

5. Procedimento

5.1 Assunção de liderança e confirmação rápida

1. Chegando ao local, o líder se identifica: “Eu assumo a liderança do Código”.
2. Confirma rapidamente PCR (sem prolongar) e determina: “Manter compressões”.

5.2 Distribuição imediata de funções

3. Nomear funções em voz alta, apontando para pessoas:
 - “Você: compressões”.
 - “Você: ventilação”.
 - “Você: desfibrilador”.
 - “Você: acesso e medicação”.
 - “Você: registrador”.
4. Caso equipe reduzida: definir prioridades (compressões, desfibrilador, ventilação, acesso).

5.3 Ciclos de 2 minutos e revezamento

5. O registrador inicia cronômetro e avisa o líder faltando 20 segundos para checagem de ritmo.
6. Trocar compressor a cada 2 minutos (ou antes por fadiga), realizando troca rápida e organizada, sem pausa prolongada.
7. Checagem de ritmo/pulso: pausa breve, com comandos objetivos:
 - “Pausa para ritmo”.
 - “Ritmo chocável/não chocável”.
 - “Retomar compressões”.

5.4 Comunicação fechada (closed-loop)

8. Toda ordem deve ser repetida por quem executa:
 - Líder: “Adrenalina 1 mg agora.”

- Executor: “Adrenalina 1 mg aplicada agora.”
9. Registrador anota horário e confirma verbalmente:
- “Adrenalina às 14:32”.

5.5 Controle do ambiente e segurança

10. Designar apoio para:

- Afastar pessoas não essenciais.
- Garantir fluxo e acesso ao oxigênio.
- Preparar transferência interna se necessário.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: ausência de líder definido aumenta falhas; liderança deve ser explícita.
- PCC-02: ciclos devem ser cronometrados e não “por sensação”.
- PCC-03: troca de compressor sem atrasos para manter qualidade.
- PCC-04: comunicação fechada reduz erro medicamentoso e de ritmo.

7. Registro obrigatório

- Nome do líder, membros-chave e funções.
- Horários de checagem de ritmo, trocas de compressor e intervenções.

POP-PCR-03 — Operação do desfibrilador/monitor, análise de ritmo, aplicação de choque e segurança elétrica

1. Objetivo

Padronizar uso do desfibrilador/monitor para identificar ritmos, realizar desfibrilação quando indicada e manter segurança do time.

2. Abrangência

Todos os casos de PCR com uso de desfibrilador em qualquer setor.

3. Responsáveis

- Profissional designado para desfibrilador (enfermeiro/técnico treinado).
- Líder autoriza choque.
- Registrador anota choques e horários.

4. Materiais necessários

- Desfibrilador com pás ou adesivos.

- Eletrodos adequados (adulto/pediatria conforme caso).
- Oxigênio (atenção à segurança próxima ao choque).
- Gel/adesivos reserva.

5. Procedimento

5.1 Preparação

1. Ligar desfibrilador e selecionar modo desfibrilação (quando aplicável).
2. Expor tórax e secar se necessário (suor/água reduz aderência).
3. Posicionar adesivos/pás:
 - Anterolateral (padrão) ou conforme orientação do equipamento.
4. Garantir bom contato e cabos conectados.

5.2 Análise de ritmo

5. Solicitar pausa curta para análise: “Pausa para ritmo”.
6. Identificar se é chocável:
 - FV/TV sem pulso → chocável.
 - Assistolia/AESP → não chocável.
7. Informar em voz alta: “Ritmo chocável” ou “Ritmo não chocável”.

5.3 Aplicação do choque (se chocável)

8. Carregar energia conforme padrão do equipamento.
9. Comando de segurança:
 - “Afastar! Ninguém toca no paciente, maca, oxigênio afastado”.
10. Confirmar visualmente que todos afastaram.
11. Aplicar choque.
12. Ordem imediata do líder: “Retomar compressões”.

5.4 Pós-choque

13. Não checar pulso imediatamente após choque; manter 2 minutos de RCP.
14. Preparar próximo ciclo e checagem de ritmo.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: choque sem “afastar” é risco grave.
- PCC-02: choque não substitui compressões; compressões devem reiniciar imediatamente.

- PCC-03: adesivos mal posicionados reduzem eficácia.
- PCC-04: pausas longas para análise reduzem perfusão.

7. Registro obrigatório

- Ritmo identificado antes do choque.
- Horário de cada choque.
- Número total de choques.

POP-PCR-04 — Acesso vascular, preparo e administração segura de medicamentos durante PCR

1. Objetivo

Garantir acesso vascular eficaz e administração segura, rastreável e tempestiva de medicações durante PCR, reduzindo erros de dose, via e tempo.

2. Abrangência

Aplicável a todos os eventos de PCR em que se indiquem drogas de ressuscitação e/ou tratamento de causas reversíveis.

3. Responsáveis

- Profissional designado para acesso/medicações.
- Líder prescreve e autoriza.
- Registrador registra horários e doses.

4. Materiais necessários

- Cateteres IV calibrosos, seringas, equipos.
- Materiais para IO (se disponível).
- SF 0,9% para flush.
- Medicações do carrinho de PCR.
- Etiquetas/rotulagem (quando disponível).

5. Procedimento

5.1 Obtenção do acesso

1. Priorizar acesso venoso periférico calibroso.
2. Se acesso difícil e atraso significativo:

- Considerar IO (se disponível e equipe treinada), conforme decisão do líder.

3. Garantir fixação segura e patência (flush).

5.2 Preparação de medicamentos

4. Conferir: nome do medicamento, apresentação, validade.
5. Preparar dose conforme comando do líder, evitando diluições não padronizadas.
6. Rotular seringa quando possível (droga, concentração, horário).

5.3 Administração e registro

7. Administrar via IV/IO conforme comando do líder.
8. Realizar flush após administração, garantindo chegada ao compartimento central.
9. Comunicar em voz alta (closed-loop):
 - “Adrenalina aplicada às 14:32”.
10. Registrador anota dose, via e horário.

5.4 Repetição conforme ciclos

11. Manter controle para repetição de adrenalina a cada 3–5 minutos sob comando do líder.
12. Preparar antiarrítmico em FV/TVSP refratária conforme comando.

5.5 Segurança

13. Não administrar medicação sem ordem do líder.
14. Evitar “duplicidade” de doses: o registrador confirma último horário antes de nova dose.
15. Se dúvida sobre dose/medicação: interromper e esclarecer imediatamente.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: atraso de acesso não deve interromper compressões.
- PCC-02: droga errada/dose errada é evento sentinela — checagem mínima obrigatória.
- PCC-03: horários devem ser precisos para evitar repetição inadequada.
- PCC-04: flush pós-droga é necessário para eficácia.

7. Registro obrigatório

- Tipo de acesso (IV/IO), local e horário.
- Drogas: nome, dose, via e horário.

POP-PCR-05 — Pós-ROSC: estabilização, monitorização, prevenção de re-PCR e preparo para transferência

1. Objetivo

Padronizar cuidados imediatos pós-ROSC, reduzir risco de re-parada, organizar monitorização e acelerar transferência regulada para unidade de maior complexidade quando indicada.

2. Abrangência

Todos os casos com ROSC na UPA, independentemente do local de ocorrência.

3. Responsáveis

- Líder do código (médico) assume condução pós-ROSC.
- Enfermagem mantém monitorização e suporte.
- Apoio/logística aciona regulação/SAMU.
- Registrador completa documentação.

4. Materiais necessários

- Monitor multiparamétrico.
- Oxigênio, BVM e materiais de via aérea.
- Equipos, soluções, bombas (se disponíveis).
- ECG 12 derivações (quando disponível).
- Exames laboratoriais conforme disponibilidade.
- Formulário de transferência e resumo clínico.

5. Procedimento

5.1 Confirmar ROSC

1. Checar pulso central e PA.
2. Avaliar perfusão e nível de consciência.
3. Se disponível, observar capnografia (elevação sustentada sugere ROSC).

5.2 Via aérea e ventilação

4. Garantir oxigenação:

- O₂ suplementar conforme necessidade.
- 5. Evitar hiperventilação.

6. Se rebaixamento importante ou proteção de via aérea necessária:

- preparar via aérea avançada conforme competência.

7. Aspirar secreções se risco de aspiração.

5.3 Hemodinâmica

8. Monitorização contínua (PA, FC, SatO₂).

9. Se hipotensão:

- iniciar medidas conforme avaliação médica e protocolos internos (fluido/vasoativo se aplicável).

10. Tratar arritmias recorrentes conforme orientação médica.

5.4 Diagnóstico e causa provável

11. Realizar ECG 12 derivações quando possível.

12. Coletar exames essenciais conforme disponibilidade e não atrasar transferência.

13. Reavaliar H's e T's com base em história e achados.

5.5 Prevenção de re-PCR

14. Manter desfibrilador pronto e adesivos conectados.

15. Corrigir hipóxia, distúrbios metabólicos evidentes e manter vigilância.

5.6 Transferência/regulação

16. Acionar regulação/SAMU com resumo estruturado:

- tempos (início compressões, choques, ROSC),
- ritmos,
- drogas,
- via aérea,
- estabilidade atual,
- suspeita etiológica.

17. Preparar documentação e estabilizar para transporte.

5.7 Finalização do evento

18. Completar formulário de PCR no prontuário.

19. Realizar debriefing breve com equipe e registrar falhas de material/fluxo para correção.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: pós-ROSC sem monitorização adequada aumenta risco de re-PCR.
- PCC-02: hiperventilação pós-ROSC é comum e prejudicial.
- PCC-03: transferência deve ser iniciada cedo, não após “tentar resolver tudo” na UPA.
- PCC-04: documentação incompleta fragiliza auditoria e defesa institucional.

7. Registro obrigatório

- Horário do ROSC.
- Situação hemodinâmica e ventilatória pós-ROSC.
- Plano/destino e horários de contatos com regulação.
- Resumo de transferência entregue e assinado.

17. Registros obrigatórios (formulário de PCR)

O formulário deve conter, no mínimo:

- Local da PCR, tempo zero, horário início compressões.
- Ritmos por ciclo.
- Choques (horário e número).
- Drogas (nome, dose, via, horário).
- Via aérea (BVM/supraglótico/IOT, horário e confirmação).
- H's e T's suspeitos e intervenções.
- ROSC (horário) e parâmetros pós-ROSC.
- Decisão final (transferência/observação/óbito).
- Nomes/funções da equipe.

18. Indicadores e auditoria

Indicadores essenciais:

- Tempo reconhecimento → compressões.
- Tempo reconhecimento → primeiro choque (ritmo chocável).
- Percentual de eventos com registro completo.

- Taxa de ROSC.
- Conformidade do checklist diário do carrinho e desfibrilador.
- Debriefing realizado em até 24h (sim/não) e ações geradas.

Auditoria:

- Revisão mensal de casos e feedback por plantão.
- Identificação de gargalos (desfibrilador, acesso, via aérea, atrasos, falhas de registro).

5.1.2.4 Seps e choque séptico

1. Escopo, objetivo e princípios operacionais

1.1 Escopo

Este protocolo estabelece a padronização clínica e operacional para identificação precoce, abordagem inicial, monitorização, estabilização, definição de destino e integração com regulação/SAMU dos pacientes com suspeita de seps e choque séptico atendidos na Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPA 24h), contemplando:

- Porta de entrada: recepção, classificação de risco, atendimento médico, sala de medicação, sala de emergência, sala de procedimentos, observação adulto e pediátrica.
- Casos que chegam por demanda espontânea, encaminhamentos e atendimento por ambulância (SAMU/USB e outros).
- Pacientes que deterioram durante permanência na UPA (observação e reavaliação clínica).
- Integração com exames disponíveis, terapêutica padronizada, fluxo de transferência e rastreabilidade documental.

1.2 Objetivo geral

Garantir que nenhum paciente séptico grave permaneça sem reconhecimento e sem as primeiras medidas críticas (monitorização, acesso, fluidos quando indicados e antibiótico oportuno) por falhas de processo, assegurando redução de morbimortalidade, aumento de segurança assistencial e padronização entre turnos.

1.3 Objetivos específicos

1. **Reconhecer precocemente** seps e choque séptico na triagem e durante a evolução.

2. **Padronizar a ativação do Protocolo Sepsis**, com marcos temporais e checklist.
3. **Organizar o pacote terapêutico** de primeira hora e de reavaliação seriada.
4. **Evitar atrasos** no antibiótico e no suporte hemodinâmico quando indicado.
5. **Definir critérios operacionais** claros para observação, alta segura e transferência regulada.
6. **Garantir rastreabilidade** (tempos, intervenções, resposta e destino) para auditoria e gestão do contrato.
7. **Padronizar responsabilidades** (médico, enfermagem, farmácia/almoxarifado, apoio diagnóstico, regulação).
8. Monitorar indicadores, implementar melhorias e capacitar equipes continuamente.

1.4 Princípios operacionais do protocolo

- **Sepsis é tempo-dependente**: atrasos evitáveis aumentam risco de piora e mortalidade.
- **Triagem é ponto crítico**: reconhecimento deve ocorrer antes do consultório sempre que possível.
- **Tratamento guiado por perfusão**: reposição volêmica e reavaliação seriada com parâmetros objetivos.
- **Antibiótico oportuno**: em choque/instabilidade, não se aguarda “fechar diagnóstico” para iniciar terapia empírica racional.
- **Foco infeccioso** deve ser buscado de forma ativa e documentada, com plano de controle (mesmo que dependa de transferência).
- **Reavaliação frequente** é obrigatória: sepsis evolui rapidamente e exige ajustes sucessivos.
- **Integração com regulação** deve ser antecipada nos graves: transferência não é etapa final, é estratégia precoce.

2. Definições operacionais e critérios clínicos

2.1 Suspeita de infecção

Considera-se suspeita de infecção quando houver sinais/sintomas compatíveis com processo infeccioso (presentes ou recentes), por exemplo:

- Febre, calafrios, sudorese, dor localizada, secreção purulenta.
- Tosse, dispneia, dor torácica pleurítica, expectoração.
- Disúria, urgência miccional, dor lombar, urina turva, hematúria.
- Dor abdominal, diarreia, vômitos, sinais peritoneais.
- Lesão cutânea inflamatória, feridas, abscessos, celulite, necrose.
- Cefaleia intensa com febre, rigidez nuchal, alteração neurológica.
- História de procedimento invasivo recente, dispositivo, cateter, pós-operatório.
- Em idosos/imunossuprimidos: pode haver infecção sem febre.

2.2 Sepses (definição operacional para UPA)

Suspeita ou confirmação de infecção associada a sinais de disfunção orgânica aguda (clínica, hemodinâmica, respiratória, neurológica, renal, metabólica) atribuível à infecção.

Disfunções orgânicas de alerta na UPA (mínimo operacional):

- Hipotensão (PAS < 90 ou PAM baixa ou queda importante do basal).
- Alteração do estado mental (confusão aguda, sonolência, agitação, rebaixamento).
- Taquipneia importante (FR elevada) e/ou necessidade de oxigênio.
- Hipoperfusão periférica (extremidades frias, tempo de enchimento capilar > 3s, pele marmórea).
- Oligúria (quando mensurável) ou desidratação importante com sinais de hipoperfusão.
- Lactato elevado (quando disponível) e/ou acidose metabólica.
- Plaquetopenia/leucopenia relevantes (quando disponíveis) + instabilidade clínica.
- Hipoglicemia/hiperglicemia associada à instabilidade (principalmente em diabéticos/idosos).

2.3 Choque séptico

Sepses com hipotensão persistente e/ou sinais de hipoperfusão que não melhoram com ressuscitação volêmica inicial apropriada, com necessidade de suporte vasotativo e/ou transferência urgente para unidade de maior complexidade.

Na UPA, considerar choque séptico quando houver:

- Hipotensão persistente após bolus seriados e reavaliação adequada, OU
- Hipoperfusão grave (pele marmórea, capilar lento, rebaixamento importante) mesmo com PA aparentemente preservada, **OU**
- Lactato muito elevado (quando disponível) associado a sinais clínicos de choque.

2.4 Conceitos críticos para padronização interna

- **Tempo zero (T0):** hora do reconhecimento/ativação do Protocolo Sepses (não a hora do “diagnóstico final”).
- **Pacote inicial:** ações obrigatórias em sequência e paralelas (monitorização, acesso, exames essenciais, antibiótico oportuno, fluidos guiados).
- **Resposta hemodinâmica:** melhora sustentada de perfusão (PA, capilar, nível de consciência, extremidades, diurese quando disponível).
- **Falha de resposta:** persistência de instabilidade ou deterioração apesar das medidas iniciais.

3. Gatilhos de ativação e estratificação de gravidade

3.1 Gatilhos de ativação do “Protocolo Sepses”

Ativar o protocolo quando houver suspeita de infecção + qualquer um dos seguintes:

A) Instabilidade/hemodinâmica ou perfusão

- PAS baixa, PAM baixa, tontura/síncope, perfusão ruim (capilar > 3s, extremidades frias, pele marmórea).
- Taquicardia persistente com sinais de hipoperfusão.

B) Respiração

- FR elevada, dispneia importante, SatO₂ baixa ou necessidade crescente de oxigênio.

C) Neurológico

- Confusão aguda, sonolência inexplicada, rebaixamento, agitação fora do padrão.

D) Situações de risco aumentado

- Idoso frágil, imunossuprimido, gestante/puerpério, comorbidades graves, infecção aparente com prostração intensa.

E) Deterioração em observação

- Qualquer piora súbita de sinais vitais, dor intensa com instabilidade, queda de PA, rebaixamento.

3.2 Estratificação de gravidade (para decisão de local, velocidade e destino)

Após ativação, classificar em três níveis operacionais:

Nível 1 — Sepses provável sem choque (estável ou limítrofe)

- Sinais de disfunção leves/moderados, sem hipoperfusão franca.
- Pode necessitar oxigênio de baixo fluxo, sem hipotensão persistente.
- Conduta: pacote inicial + antibiótico conforme foco + observação e reavaliação seriada.

Nível 2 — Sepses grave / alto risco (instabilidade inicial ou múltiplas disfunções)

- Hipotensão inicial (mesmo responsiva), hipoperfusão leve/moderada, alteração importante do sensorio, necessidade relevante de O₂.
- Conduta: sala de emergência/monitorização contínua, fluidos em bolus guiados, antibiótico oportuno, iniciar regulação cedo.

Nível 3 — Choque séptico (crítico)

- Hipotensão persistente, hipoperfusão grave, rebaixamento importante, falha de resposta a bolus seriados.
- Conduta: abordagem de choque, considerar suporte vasoativo conforme capacidade local e transferência regulada imediata.

4. Fluxo operacional (macroprocesso)**4.1 Sequência padrão do atendimento**

1. **Reconhecer e ativar (T0).**
2. **Levar para local adequado:**
 - Nível 1: consultório/sala de medicação com reavaliações.
 - Nível 2 e 3: sala de emergência/monitorização contínua.
3. **Iniciar pacote inicial em paralelo:**
 - Monitorização, oxigênio se necessário, acesso venoso (idealmente 2), exames essenciais, culturas (se possível sem atrasar), antibiótico e fluidos conforme perfusão.

4. **Reavaliar a cada ciclo definido** (5–10 min no choque; 15–30 min nos demais nas primeiras 2 horas).
5. **Buscar foco e plano de controle** (imagem/exame clínico/consulta/transferência).
6. **Definir destino:**
 - Alta com segurança (situação rara em sepse verdadeira; mais comum em infecção sem disfunção).
 - Observação (até 24h) com critérios.
 - Transferência regulada (quando necessidade de UTI, suporte avançado, foco cirúrgico, instabilidade).

4.2 Pontos críticos do fluxo

- Falha 1: “não era tão grave” e atrasar antibiótico em paciente que já tem hipoperfusão.
- Falha 2: coletar exames e “esperar resultado” antes de iniciar medidas essenciais no grave.
- Falha 3: excesso de fluidos sem reavaliação e sem vigilância de sobrecarga pulmonar.
- Falha 4: não acionar regulação cedo quando o perfil do paciente já indica UTI.
- Falha 5: documentação incompleta dos tempos e intervenções, inviabilizando auditoria e melhoria.

5. Pacote inicial estruturado (primeira hora e primeiras 3 horas)

5.1 Primeira hora (ações críticas)

As ações devem ocorrer **em paralelo**. A liderança (médico/enfermeiro) deve distribuir tarefas.

(1) Monitorização imediata e X-ABCDE

- PA, FC, FR, SatO₂, temperatura e nível de consciência.
- Perfusão periférica: enchimento capilar, extremidades, pele marmórea.
- Dor, padrão respiratório, sinais de esforço.
- Se rebaixamento: avaliar proteção de via aérea e risco de aspiração.

(2) Oxigênio

- Iniciar O₂ se SatO₂ baixa, esforço respiratório, choque ou hipoperfusão.
- Ajustar para manter oxigenação adequada, evitando atrasos em outras intervenções.

(3) Acesso venoso e coleta

- Ideal: 2 acessos periféricos calibrosos em Nível 2–3.
- Coletar exames essenciais conforme disponibilidade (lactato quando houver, hemograma, eletrólitos, função renal, gasometria se disponível).
- Culturas antes do antibiótico **se isso não atrasar** (principalmente nos graves: colher rápido ou iniciar ATB).

(4) Antibiótico empírico oportuno (marco: “hora do antibiótico”)

- Prescrever e iniciar o mais cedo possível em sepse grave/choque.
- Registrar horário de início como indicador obrigatório.

(5) Fluidos guiados por perfusão

- Em hipotensão/hipoperfusão: bolus de cristalóide e reavaliação.
- Em cardiopatas/idosos/DRC: bolus menores e reavaliação mais frequente.
- Documentar volumes e resposta.

(6) Identificação e plano do foco

- Exame direcionado, imagem quando possível sem atraso.
- Definir se há necessidade de intervenção fora da UPA (cirurgia/drenagem/UTI), antecipando regulação.

5.2 Primeiras 3 horas (reavaliação e consolidação)

- Reavaliar resposta hemodinâmica e respiratória.
- Repetir lactato se disponível e indicado, conforme evolução clínica.
- Ajustar antibiótico conforme foco e resposta (quando houver dados).
- Definir destino formal e plano de continuidade (observação/transferência).

6. Avaliação clínica detalhada e padronizada

6.1 História dirigida

- Início e evolução dos sintomas (tempo, progressão).

- Foco provável: respiratório, urinário, abdominal, pele, neurológico, cateter/dispositivo.
- Comorbidades e fragilidade (DM, DRC, ICC, DPOC, cirrose, neoplasia).
- Imunossupressão (corticoide crônico, quimioterapia, HIV, transplante).
- Uso de antibiótico prévio (últimos 30 dias), internação recente, colonização por resistentes (quando conhecido).
- Alergias medicamentosas e reações graves.
- Medicamentos em uso (anticoagulantes, betabloqueadores, diuréticos, etc.).
- Sinais de desidratação, perdas gastrointestinais.
- Em mulheres: gestação/puerpério.

6.2 Exame físico dirigido por foco e disfunções

Geral/perfusão: prostração, sudorese, pele marmórea, enchimento capilar.

Respiratório: ausculta, esforço, tiragem, frequência, SatO₂, dor pleurítica.

Cardiovascular: PA seriada, taquicardia, pulsos, extremidades.

Neurológico: Glasgow/AVPU, confusão aguda, déficit focal (diferencial de AVC/meningite).

Abdome: dor, defesa, sinais peritoneais, distensão.

Urinário: dor lombar, bexiga, sinais de obstrução.

Pele/partes moles: celulite, abscesso, necrose, dor desproporcional (alerta fascite).

Dispositivos: acessos, feridas, sondas.

7. Diagnósticos diferenciais críticos (“sepsé mimickers”) — rotina de segurança

Sem atrasar ações críticas quando o paciente é grave, considerar e descartar ativamente:

- Hemorragia oculta, anafilaxia, TEP, IAM, tamponamento, crise adrenal, cetoacidose diabética, intoxicações, pancreatite, golpe de calor, abstinência grave, crises convulsivas/metabólicas, choque cardiogênico.

A cada reavaliação, registrar: “mantém hipótese infecciosa principal / diferenciais considerados”.

8. Exames e apoio diagnóstico

8.1 Exames essenciais (conforme disponibilidade e gravidade)

Nível 2–3 (prioridade máxima):

- Lactato (quando disponível).
- Hemograma.
- Função renal e eletrólitos.
- Gasometria (se disponível) em choque/dispneia importante.
- Glicemia.
- EAS/urocultura (se foco urinário).
- Radiografia de tórax (se foco respiratório).
- ECG quando instabilidade ou dor torácica.

Nível 1:

- Exames direcionados ao foco e ao risco, sem necessidade de excesso quando estável e com plano definido.

8.2 Culturas (regra prática)

- Coletar antes do antibiótico **se** isso não atrasar terapia no grave.
- Se logística/tempo impedirem, iniciar antibiótico e registrar motivo da não coleta prévia (“instabilidade/risco”).

9. Antibioticoterapia empírica

Importante: a seleção final deve respeitar padronização municipal, disponibilidade do elenco terapêutico e perfil epidemiológico local. A lógica abaixo organiza o processo para garantir racionalidade, rastreabilidade e auditoria.

9.1 Princípios de prescrição

- Definir foco mais provável e gravidade (Nível 1/2/3).
- Considerar risco de resistência:
 - antibiótico recente, internação recente, imunossupressão, feridas complexas, dispositivos.
- Ajustar em insuficiência renal/hepática quando aplicável.
- Evitar atrasos em choque: antibiótico oportuno tem prioridade.
- Registrar no prontuário:
 - foco presumido,

- antibiótico escolhido,
- justificativa (cobertura),
- horário de início.

9.2 Rotina de segurança antes da administração (checklist mínimo)

- Confirmar alergia (tipo de reação).
- Confirmar dose e via.
- Conferir estabilidade do medicamento e diluição.
- Registrar início (hora) e reações adversas.

9.3 Focos e escolhas empíricas (modelo operacional para padronização interna)

A) Foco respiratório (pneumonia comunitária com sepse)

- Cobertura para patógenos comunitários e gravidade.
- Se risco de aspiração ou pneumonia grave: considerar cobertura ampliada conforme padronização local.

B) Foco urinário (pielonefrite/uroseps)

- Cobertura para gram-negativos.
- Considerar risco de ESBL/resistência se internação/ATB recente.

C) Foco abdominal

- Cobertura para gram-negativos e anaeróbios.
- Se suspeita de perfuração/abdome agudo: regulação precoce para avaliação cirúrgica.

D) Pele e partes moles

- Celulite extensa: cobertura para estreptococos/estafilococos.
- Se sinais de necrose/fascite: urgência absoluta de transferência e cobertura ampliada conforme padrão municipal.

E) SNC (meningite/encefalite)

- Protocolos específicos (alta prioridade, regulação precoce), antibiótico/antiviral conforme suspeita e disponibilidade.

F) Seps sem foco claro

- Cobertura empírica conforme gravidade, risco e epidemiologia local; foco deve continuar sendo buscado ativamente.

9.4 Governança e revisão

- Reavaliar antibiótico após exames/imagem/resposta clínica.
- Registrar “revisão antibiótica” em até 6–12h (na UPA, conforme permanência).
- Para pacientes transferidos: enviar no resumo a hora do ATB e qual foi administrado.

10. Ressuscitação volêmica e suporte hemodinâmico — rotina detalhada com reavaliação seriada

10.1 Indicações de fluidos imediatos

- Hipotensão ou sinais clínicos de hipoperfusão.
- Taquicardia persistente com perfusão ruim.
- Desidratação importante com suspeita infecciosa e instabilidade.

10.2 Como fazer na prática (UPA) — bolus guiados

Roteiro operacional:

1. Iniciar bolus de cristalóide e **reavaliar** imediatamente após cada etapa.
2. Reavaliar (obrigatório):
 - PA, FC, FR, SatO₂
 - enchimento capilar
 - estado mental
 - ausculta pulmonar e desconforto respiratório
3. Documentar resposta:
 - “melhora perfusão/PA” ou “sem resposta significativa”.

10.3 Pacientes com risco de sobrecarga (ICC, DRC, idosos frágeis)

- Bolus menores, reavaliação mais frequente.
- Baixa tolerância respiratória → considerar limitar fluidos e antecipar transferência se choque persistente.

10.4 Quando considerar choque refratário (UPA) e antecipar vasopressor/transferência

- Hipotensão persistente após bolus seriados com reavaliação adequada.
- Hipoperfusão mantém-se grave.

- Necessidade de O₂ crescente e deterioração clínica.

Na UPA, em paciente com choque séptico refratário, a conduta prioritária é:

- **suporte imediato e regulação urgente**, com documentação clara de volumes administrados, resposta e estado atual.

11. Controle de foco (source control) — rotina e critérios de urgência

Controle de foco é tudo que remove/contém a origem infecciosa (drenagem, cirurgia, retirada de dispositivo infectado, etc.). Na UPA, muitas vezes o controle definitivo depende de hospital de referência.

11.1 Sinais de foco com necessidade de transferência imediata

- Abdome agudo com instabilidade, suspeita de perfuração/abscesso profundo.
- Fascíte necrosante (dor desproporcional, bolhas, necrose, toxemia).
- Meningite com instabilidade/rebaixamento.
- Obstrução urinária com uroseps (suspeita clínica) necessitando abordagem especializada.
- Endocardite com sinais sistêmicos graves.

11.2 Documentação mínima

- “Foco presumido: _____”
- “Possibilidade de controle na UPA: sim/não”
- “Medida tomada: _____”
- “Necessidade de controle definitivo no hospital: _____”
- “Regulação acionada: horário, referência, conduta orientada”.

12. Monitorização e reavaliação

12.1 Frequência mínima

Nível 3 (choque):

- Reavaliação a cada 5–10 minutos até estabilização.
- Monitorização contínua quando disponível.

Nível 2:

- Reavaliação a cada 10–15 minutos nas primeiras 1–2h; depois 30/30 min conforme evolução.

Nível 1:

- Reavaliação 30/30 min nas primeiras 2h; depois conforme resposta.

12.2 Elementos obrigatórios da reavaliação

- PA e tendência (não um valor isolado).
- Perfusão periférica (capilar, extremidades, pele).
- Nível de consciência.
- SatO₂, FR e esforço respiratório.
- Resposta a fluidos e antibiótico (tempo desde início).
- Sinais de deterioração: necessidade de O₂ crescente, queda de PA, rebaixamento.

12.3 Critérios de deterioração (acionar médico imediatamente)

- Queda sustentada da PA ou retorno de hipoperfusão.
- Rebaixamento agudo.
- Hipoxemia/progressão respiratória.
- Oligúria/anúria quando mensurável.
- Dor intensa e sinais de abdome agudo.
- Sinais de reação adversa a antibiótico.

13. Critérios de destino: observação, alta e transferência regulada**13.1 Observação na UPA (até 24h) — critérios mínimos**

Pode permanecer em observação quando:

- Estabilidade hemodinâmica sustentada sem sinais de hipoperfusão.
- Necessidade de O₂ baixa e estável (ou sem O₂) e sem progressão respiratória.
- Antibiótico iniciado quando indicado e plano de continuidade definido.
- Reavaliações seriadas documentadas e sem deterioração.
- Sem necessidade de suporte avançado (vasopressor/VM) e sem foco que exija intervenção imediata fora da UPA.

Obrigatório na observação:

- Plano de reavaliação com horários.
- Plano de exames/imagem, se necessários.
- Critérios de transferência se houver piora.
- Critérios de alta se houver melhora.

13.2 Alta (situação seletiva) — critérios de segurança

Alta apenas se:

- Quadro compatível com infecção sem disfunção orgânica persistente.
- Sem instabilidade e com boa perfusão.
- Orientações claras, prescrição, retorno programado e sinais de alarme.

Atenção: pacientes que preencheram critérios de sepse verdadeira geralmente exigem observação ou internação/transferência conforme resposta e risco.

13.3 Transferência regulada (SAMU/Regulação) — critérios operacionais

Transferir quando houver:

- Choque séptico ou instabilidade persistente.
- Necessidade provável de vasopressor, ventilação mecânica ou monitorização intensiva.
- Rebaixamento importante do nível de consciência.
- Foco que exija cirurgia/intervenção especializada.
- Falha de resposta às medidas iniciais e tendência de piora.
- Comorbidades graves com risco elevado.

Regra operacional: em Nível 2–3, acionar regulação precocemente e atualizar evolução.

14. Comunicação com regulação/SAMU

Ao contatar regulação, informar de forma estruturada:

1. Identificação (iniciais/idade/sexo) e peso aproximado (se relevante).
2. Tempo de evolução e **T0 do Protocolo Sepses**.
3. Sinais vitais iniciais e atuais (PA, FC, FR, SatO₂, estado mental).
4. Suspeita de foco e achados relevantes.

5. Intervenções realizadas:

- O₂,
- acessos,
- volume de fluidos e resposta,
- antibiótico (qual e horário),
- exames (lactato se disponível).

6. Necessidades atuais:

- monitorização intensiva,
- suporte hemodinâmico,
- avaliação cirúrgica,
- ventilação, etc.

7. Pendências e riscos imediatos.**15. Documentação e rastreabilidade****15.1 Marcos temporais obrigatórios**

- Hora do reconhecimento/ativação (T0).
- Hora da primeira aferição completa de sinais vitais após ativação.
- Hora da coleta de exames essenciais (lactato quando disponível).
- Hora da coleta de culturas (quando feitas).
- Hora de início do antibiótico.
- Volume total de fluidos por hora e por bolus, com resposta.
- Horários de reavaliações e alterações de conduta.
- Hora do contato com regulação e orientações recebidas.
- Hora de saída (alta/transferência) e condição.

15.2 Registro de justificativas (para auditoria e segurança jurídica)

- Se não coletou cultura antes do antibiótico: motivo (instabilidade/risco).
- Se não realizou lactato: indisponibilidade/condição clínica/decisão justificada.
- Se limitou fluidos: risco de congestão/ICC/DRC + achados objetivos.

- Se não transferiu: critérios clínicos e plano de observação.

POP-SEPSE-01 — Triagem, reconhecimento precoce, priorização e ativação do Protocolo Seps

1. Objetivo

Padronizar a identificação precoce de pacientes com sepse/choque séptico na porta de entrada e ativar o protocolo com encaminhamento ao local adequado sem atrasos.

2. Abrangência

Recepção, classificação de risco, chegada por ambulância e reavaliação de pacientes na sala de espera.

3. Responsáveis

- Enfermagem da triagem: identificação, priorização, ativação e encaminhamento.
- Recepção/apoio: acionar equipe assistencial quando necessário e organizar fluxo.
- Médico: confirmação e início do pacote após encaminhamento.

4. Materiais necessários

- Equipamentos de sinais vitais: oxímetro, esfigmomanômetro, termômetro.
- Maca/cadeira de rodas para transporte interno.
- Oxigênio disponível no setor de triagem ou rota rápida para sala assistencial.
- Formulário de ativação do protocolo (papel ou eletrônico) / carimbo “Protocolo Seps”.

5. Procedimento (passo a passo)

5.1 Identificação do risco

1. Perguntar e observar sinais de infecção (sintomas e história recente).
2. Aferir sinais vitais completos e avaliar estado mental.
3. Avaliar perfusão periférica: enchimento capilar, temperatura de extremidades, sudorese, palidez, pele marmórea.
4. Classificar como suspeita de sepse se houver infecção + disfunção/hipoperfusão (conforme gatilhos do protocolo).

5.2 Ação imediata

5) Se Nível 2 ou 3:

- Encaminhar imediatamente para sala de emergência/monitorização.
- Acionar equipe (enfermagem do setor e médico) com comunicação objetiva.

6. Se Nível 1:

- Encaminhar para atendimento prioritário com alerta ao time assistencial.

5.3 Ativação formal

7) Registrar hora de ativação (T0).

8) Abrir checklist do protocolo e anexar ao prontuário.

9) Garantir que o paciente não permaneça na sala de espera.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: triagem não aguarda exame para ativar protocolo.
- PCC-02: idosos e imunossuprimidos podem estar graves sem febre.
- PCC-03: “pressão normal” não exclui choque (avaliar perfusão).

7. Registros obrigatórios

- Sinais vitais e perfusão.
- Hora de ativação.
- Local de encaminhamento e profissional comunicado.

POP-SEPSE-02 — Instalação de monitorização, acesso venoso e coleta prioritária de exames

1. Objetivo

Garantir acesso venoso rápido e coleta de exames essenciais com priorização, sem atrasar antibiótico em pacientes graves.

2. Abrangência

Sala de emergência, sala de medicação, observação adulto e pediátrica.

3. Responsáveis

- Enfermagem: monitorização, punção, coleta, identificação e envio.
- Médico: solicita exames e define prioridades.

- Apoio diagnóstico/laboratório: processamento prioritário quando pactuado.

4. Materiais

- Cateter IV calibroso, equipos, SF 0,9%, seringas.
- Tubos de coleta, frascos de hemocultura (quando disponíveis), etiquetas de identificação.
- Materiais para IO (se disponível e equipe treinada).
- Monitor multiparamétrico (quando disponível).

5. Procedimento

1. Instalar monitorização e iniciar O₂ se indicado.
2. Obter 1–2 acessos venosos periféricos calibrosos (conforme gravidade).
3. Coletar exames solicitados, priorizando lactato quando disponível e casos graves.
4. Se for possível colher culturas antes do antibiótico sem atraso relevante:
 - coletar e enviar imediatamente.
5. Identificar corretamente amostras (nome, data, hora, setor, responsável).
6. Registrar hora de coleta e hora de envio.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: identificação errada de amostra é evento crítico.
- PCC-02: em choque, antibiótico não deve aguardar logística de culturas.
- PCC-03: acesso venoso não pode atrasar suporte hemodinâmico.

7. Registros obrigatórios

- Tipo/local de acesso e horário.
- Exames coletados e horários.
- Justificativa se cultura pré-antibiótico não foi possível.

POP-SEPSE-03 — Antibioticoterapia empírica: seleção por foco, preparo seguro, administração e rastreabilidade

1. Objetivo

Padronizar a prescrição e administração do antibiótico empírico de forma segura, oportuna, rastreável e alinhada ao foco presumido.

2. Abrangência

Todos os pacientes com sepse; prioridade máxima para sepse grave/choque.

3. Responsáveis

- Médico: define foco, prescreve e reavalia.
- Enfermagem/farmácia: prepara, administra e registra.
- Coordenação: garante disponibilidade e padronização.

4. Materiais

- Antibióticos padronizados da unidade.
- Diluentes, equipos, bomba (quando disponível).
- Etiquetas e formulário de medicação.

5. Procedimento

1. Registrar foco presumido e gravidade.
2. Verificar alergias e risco de resistência (ATB recente/internação).
3. Prescrever antibiótico empírico conforme foco.
4. Enfermagem confere “5 certos” (paciente, medicamento, dose, via, tempo).
5. Administrar o antibiótico e registrar horário exato do início.
6. Observar reações imediatas e registrar intercorrências.
7. Reavaliar após início (clínica, sinais vitais, evolução).

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: atraso do antibiótico em choque aumenta risco.
- PCC-02: registrar hora do antibiótico é obrigatório.
- PCC-03: alergia grave deve ser checada sempre.

7. Registros obrigatórios

- Antibiótico, dose, via, horário de início e término (se aplicável).
- Foco presumido e justificativa.

POP-SEPSE-04 — Reanimação volêmica em sepse: bolus guiados, reavaliação seriada e prevenção de sobrecarga

1. Objetivo

Padronizar fluidos em sepse/choque com reavaliação seriada e segurança em pacientes de risco.

2. Abrangência

Sala de emergência, observação e durante preparo para transferência.

3. Responsáveis

- Médico: define estratégia e limites.
- Enfermagem: administra bolus, monitora e registra resposta.

4. Materiais

- Cristaloide, equipos, bomba (quando disponível).
- Monitorização, oxímetro, estetoscópio.

5. Procedimento

1. Identificar sinais de hipoperfusão/hipotensão.
2. Iniciar bolus de cristaloide conforme prescrição médica.
3. Reavaliar obrigatoriamente após cada bolus:
 - PA, FC, capilar, estado mental, ausculta pulmonar, FR e SatO₂.
4. Se resposta positiva: manter monitorização e ajustar plano.
5. Se falha de resposta: comunicar médico imediatamente, intensificar suporte e antecipar transferência.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: bolus sem reavaliação aumenta risco de congestão.
- PCC-02: pacientes com ICC/DRC exigem cautela e documentação.
- PCC-03: documentar volume e resposta é obrigatório.

7. Registros obrigatórios

- Volume por bolus, volume total, horários.
- Resposta hemodinâmica e respiratória.

POP-SEPSE-05 — Monitorização, reavaliação, critérios de deterioração e acionamento de regulação

1. Objetivo

Padronizar reavaliações, reconhecer piora precocemente e acionar regulação sem atrasos em casos graves.

2. Abrangência

Observação, emergência e sala de medicação.

3. Responsáveis

- Enfermagem: vigilância e sinais vitais.
- Médico: reavaliação e decisão.
- Apoio: contato com regulação/SAMU.

4. Materiais

- Monitor, prontuário, formulário de transferência.

5. Procedimento

1. Definir frequência de reavaliação por nível de gravidade.
2. Registrar parâmetros obrigatórios em cada ciclo.
3. Se deterioração:
 - comunicar médico imediatamente,
 - iniciar medidas adicionais conforme conduta,
 - acionar regulação se critérios de transferência.
4. Preparar resumo estruturado para regulação e atualizar evolução.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: regulação deve ser precoce em sepse grave/choque.
- PCC-02: piora respiratória durante fluidos exige reavaliação imediata.
- PCC-03: registro incompleto fragiliza continuidade do cuidado.

7. Registros obrigatórios

- Sinais vitais seriados, evolução, horários de contato com regulação, destino.

POP-SEPSE-06 — Transferência segura do paciente séptico: estabilização mínima, documentação e handoff

1. Objetivo

Garantir transferência segura e rastreável do paciente séptico para serviço de maior complexidade, com estabilização mínima e comunicação estruturada.

2. Abrangência

Casos regulados para hospital/UTI ou referência cirúrgica.

3. Responsáveis

- Médico: define estabilidade mínima e documentação.
- Enfermagem: prepara paciente, acessos, medicações e monitorização.
- Apoio: logística com SAMU e documentação.

4. Materiais

- Oxigênio portátil, monitor (se disponível), medicações em curso, bombas (se disponível).
- Relatório de transferência padronizado.

5. Procedimento

1. Confirmar estabilidade mínima (via aérea, ventilação, circulação).
2. Garantir acessos funcionantes e fixados.
3. Garantir antibiótico já administrado (quando indicado) e registrar horário.
4. Registrar volumes de fluidos e resposta.
5. Preparar relatório estruturado e repassar verbalmente ao time do transporte:
 - T0, sinais vitais, foco, antibiótico, fluidos, exames, riscos.
6. Registrar hora de saída e condição.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: transferência sem registro de antibiótico/volumes inviabiliza continuidade.
- PCC-02: garantir oxigênio e acessos bem fixados reduz intercorrências no transporte.

7. Registros obrigatórios

- Relatório assinado, hora de saída, condição clínica na saída.

16. Indicadores, auditoria interna e melhoria contínua

16.1 Indicadores mínimos do Protocolo Sepsis

- Tempo porta-triagem e triagem-médico nos casos ativados.
- Tempo T0 → acesso venoso/monitorização.
- Tempo T0 → antibiótico (porta-antibiótico).
- Percentual com documentação de reavaliação seriada.
- Volume total de fluidos em choque e registro de resposta.
- Tempo T0 → acionamento de regulação (quando indicado).
- Desfechos: transferência, alta, retorno em 72h, óbito (quando disponível).

16.2 Auditoria operacional

- Auditoria semanal/mensal por amostragem de prontuários ativados.
- Identificação de gargalos (laboratório, farmácia, fluxo de sala, regulação).
- Plano de ação com responsáveis e prazos.

16.3 Educação permanente

- Treinamento inicial por turnos (triagem + equipe assistencial).
- Simulação realística de sepse/choque na emergência.
- Reciclagem trimestral/semestral.
- Checklist físico afixado na triagem e sala de emergência.

Modelos de anexos operacionais que poderão ser usados em Colina-SP:

Anexo A — Checklist Protocolo Sepse (marcos e execução)

- T0 registrado: :
- Sinais vitais completos: :
- Perfusão periférica avaliada (capilar/extremidades/pele): sim/não
- O₂ iniciado (se indicado): sim/não — hora :
- Acesso venoso: 1 / 2 — hora :
- Exames coletados (listar): ____ — hora :
- Culturas antes do ATB: sim/não — motivo se não: _____
- Antibiótico iniciado: sim/não — hora : — qual: _____
- Fluidos iniciados: sim/não — bolus: ____ mL — resposta: _____
- Reavaliação 1: : — PA ____ — perfusão ____ — conduta ____

- Reavaliação 2: : — PA ____ — perfusão ____ — conduta ____
- Regulação acionada: sim/não — hora : — destino: _____
- Desfecho na UPA: alta / observação / transferência — hora :

Anexo B — Resumo estruturado para regulação (modelo)

- Identificação e idade: _____
- T0 Protocolo Seps: :
- SV iniciais: PA ____ / FC ____ / FR ____ / Sat ____ / T ____ / consciência ____
- SV atuais: PA ____ / FC ____ / FR ____ / Sat ____ / consciência ____
- Foco presumido: _____
- Intervenções: O₂ sim/não; acesso 1/2; fluidos total ____ mL; resposta ____
- ATB: qual ____; hora início :
- Exames: lactato ____ (se houver); hemograma ____; creat ____; RX ____
- Necessidade: UTI / cirurgia / VM / vasoativo / monitorização intensiva
- Riscos imediatos e pendências: _____

9.4 Governança, revisão terapêutica e reavaliação de antibioticoterapia (antimicrobial stewardship aplicado à UPA)

A gestão racional da antibioticoterapia em sepse na UPA deve conciliar dois imperativos igualmente críticos: **início oportuno** (principalmente em sepse grave/choque) e **adequação progressiva** à medida que novos dados surgem (exame clínico reavaliado, exames laboratoriais, imagens, culturas, resposta clínica). Para evitar tanto atraso terapêutico quanto uso indiscriminado de antimicrobianos, a unidade adota rotina de governança com etapas explícitas e registráveis.

9.4.1 Princípios operacionais

- **Iniciar cedo quando o risco é alto:** sepse grave e choque séptico requerem antibiótico empírico oportuno, mesmo antes da confirmação definitiva do foco.
- **Reavaliar sempre:** toda prescrição empírica deve ser revisada com base em evolução e dados complementares, evitando continuidade desnecessária de esquemas muito amplos.
- **Documentar a justificativa:** a prescrição deve trazer foco presumido, gravidade, fatores de risco e razão da escolha.

- **Reduzir espectro quando seguro:** quando a evolução e os achados apontarem foco e patógeno mais provável (ou quando culturas/exames descartarem hipóteses), ajustar o esquema.
- **Garantir continuidade segura na transferência:** o serviço receptor deve receber informação precisa de antibioticoterapia já administrada (nome, dose, hora).

9.4.2 Janela de revisão na UPA (padrão mínimo)

A UPA, em geral, não mantém o paciente por tempo suficiente para uma revisão clássica de 48–72h baseada em culturas. Ainda assim, existem janelas de revisão relevantes:

- **Revisão imediata (até 60–120 min após início):** checar tolerância, reação alérgica, adequação de via e dose, além de confirmar se o foco presumido segue plausível após exame dirigido e primeiras respostas.
- **Revisão clínica precoce (2–6h):** reavaliar hipótese de foco, necessidade de ampliar ou ajustar cobertura (ex.: suspeita inicial urinária que evolui como foco pulmonar).
- **Revisão antes do desfecho na UPA (alta/observação/transferência):** garantir registro final de condutas, plano de continuidade e, se houver observação por até 24h, manter reavaliações seriadas e ajustar conforme resposta.

9.4.3 Critérios objetivos para considerar inadequação do antibiótico empírico (alertas)

O antibiótico deve ser reavaliado imediatamente se ocorrer qualquer um dos seguintes:

- Deterioração clínica apesar de medidas hemodinâmicas adequadas.
- Piora respiratória importante sem explicação alternativa.
- Evolução do quadro sugerindo foco diferente do inicialmente presumido.
- Sinais de reação adversa importante ao antibiótico.
- Evidência clínica/imaginalógica de foco que demande cobertura diferente (ex.: abscesso, infecção necrosante de pele, meningite, abdome agudo infeccioso).
- História que eleve risco de patógeno resistente não coberto (internação recente, antibiótico recente, imunossupressão, feridas complexas).

9.4.4 Ajuste de dose e segurança

- Em idosos, pacientes com disfunção renal e hepatopatas, o ajuste de dose deve ser considerado conforme protocolos internos/padronização municipal.
- Na UPA, quando não houver tempo para cálculo refinado, deve-se ao menos registrar: “disfunção renal suspeita” e orientar reavaliação pelo serviço receptor, sem atrasar antibiótico em choque.
- A administração deve seguir dupla checagem de enfermagem e, quando houver farmacêutico ou apoio, validação adicional em casos complexos.

9.4.5 Rotina de registro para auditoria

No prontuário, deve constar em campo de evolução:

- Foco presumido inicial e motivo.
- Antibiótico, dose, via, horário.
- Revisão realizada (sim/não) e ajustes (se houver).
- Justificativa de ampliação/restrrição.
- Plano de continuidade (observação, transferência, prescrição domiciliar — quando aplicável).

17. Protocolo por foco infeccioso (source-oriented approach) — rotinas padronizadas para UPA

A abordagem por foco organiza a avaliação e a terapêutica empírica de forma robusta, sem reduzir a necessidade de reavaliação contínua. Cada foco possui peculiaridades de risco, sinais de alarme (“red flags”), exames prioritários e critérios para transferência.

17.1 Foco respiratório: pneumonia comunitária, pneumonia grave, aspiração e insuficiência respiratória associada à sepse

17.1.1 Reconhecimento clínico e sinais de gravidade

Suspeitar de foco respiratório quando houver:

- Tosse, expectoração, febre (nem sempre presente), dor torácica pleurítica.
- Dispneia, taquipneia, piora de saturação.
- Ausculta com estertores, roncos, diminuição de murmúrio.
- Idoso com prostração e confusão pode ter pneumonia sem sintomas exuberantes.

Sinais de gravidade e alto risco na UPA

- SatO₂ baixa em ar ambiente ou necessidade crescente de O₂.
- Taquipneia importante com esforço respiratório.
- Alteração do sensório associada a hipoxemia.
- Hipotensão/hipoperfusão concomitante (sepse respiratória grave).
- Suspeita de aspiração com deterioração rápida.
- Comorbidades: DPOC grave, ICC, DRC, imunossupressão, neoplasia.

17.1.2 Exames prioritários (sem atrasar intervenções críticas)

- Saturação e FR seriadas (mais importante que um valor isolado).
- RX de tórax quando disponível e quando não atrasar medidas vitais.
- Gasometria (se disponível) em insuficiência respiratória moderada/grave.
- Hemograma e função renal conforme protocolo de sepse e necessidade de ajuste terapêutico.
- Lactato quando disponível em sepse grave/choque.

17.1.3 Conduta operacional na UPA (passo a passo)

1. Aplicar X-ABCDE, iniciar O₂ conforme necessidade e monitorização contínua em casos graves.
2. Avaliar necessidade de escalonamento de suporte ventilatório:
 - O₂ baixo fluxo para hipoxemia leve.
 - Considerar protocolos de ventilação não invasiva conforme capacidade e critérios (quando aplicável e equipe treinada), especialmente em DPOC e edema agudo (diferencial) — sempre reavaliando risco.
3. Iniciar antibiótico empírico oportuno conforme foco respiratório e gravidade, registrando hora de início.
4. Repor fluidos conforme perfusão, com cautela em ICC/risco de congestão.
5. Reavaliar resposta a O₂ e sinais de exaustão respiratória (FR, uso de musculatura acessória, alteração do sensório).
6. Definir destino:
 - Observação se estabiliza rapidamente, sem progressão respiratória, com necessidade baixa e estável de O₂.

- Transferência regulada se hipoxemia importante, necessidade crescente de O₂, risco de ventilação mecânica, choque, ou múltiplas disfunções.

17.1.4 Red flags (transferência precoce)

- Saturação persistentemente baixa apesar de O₂ escalonado.
- Sinais de fadiga respiratória/alteração do nível de consciência.
- Hemodinâmica instável (choque séptico).
- Suspeita de pneumonia grave com risco de UTI.
- Necessidade de suporte ventilatório avançado além da capacidade local.

17.1.5 Checklist respiratório no paciente séptico

- SatO₂ e FR seriadas documentadas.
- O₂ iniciado e ajustado com registro.
- RX solicitado/realizado quando indicado.
- Antibioticoterapia iniciada com horário.
- Critérios de transferência avaliados e registrados.

17.2 Foco urinário: pielonefrite, uroseps e situações com risco de obstrução

17.2.1 Reconhecimento clínico

Suspeitar de foco urinário quando houver:

- Disúria, polaciúria, urgência miccional, dor suprapúbica.
- Dor lombar, febre (nem sempre), calafrios, náuseas/vômitos.
- Idoso pode apresentar confusão, prostração e instabilidade sem sintomas urinários claros.
- História de cálculo renal, retenção urinária, hiperplasia prostática, sondas/urostomias.

17.2.2 Exames prioritários

- EAS (quando disponível) e urocultura conforme possibilidade.
- Função renal e eletrólitos para avaliar gravidade e ajustar condutas.
- Lactato e hemograma em sepse grave/choque.

- Considerar imagem (US) quando suspeita de obstrução, dependendo da capacidade local e estabilidade.

17.2.3 Conduta operacional na UPA

1. Ativar protocolo sepse se houver disfunção/hipoperfusão.
2. Garantir acesso venoso, coleta e antibiótico oportuno.
3. Reposição volêmica conforme perfusão, reavaliando risco de congestão.
4. Identificar risco de obstrução:
 - dor lombar intensa, anúria/oligúria, bexiga palpável, retenção, história de cálculo.
5. Se suspeita de obstrução com sepse (alto risco):
 - acionar regulação precoce para serviço com capacidade de intervenção.
6. Documentar claramente hipótese de obstrução, exames, condutas e motivo da transferência.

17.2.4 Red flags

- Urosepse com instabilidade hemodinâmica.
- Suspeita de obstrução urinária associada a sepse.
- Anúria/oligúria persistente com sinais de hipoperfusão.
- Deterioração clínica apesar de medidas iniciais.

17.2.5 Checklist urinário no paciente séptico

- EAS/urocultura quando possível sem atraso crítico.
- Avaliação de retenção/obstrução registrada.
- Antibiótico iniciado (hora).
- Critérios de transferência avaliados.

17.3 Foco abdominal: peritonite, colecistite, colangite, apendicite complicada, perfuração/abscesso e sepse abdominal

17.3.1 Reconhecimento clínico

Sinais e sintomas:

- Dor abdominal intensa, difusa ou localizada, com piora progressiva.
- Vômitos, distensão, parada de eliminação de gases/fezes.

- Febre pode estar ausente em idosos e imunossuprimidos.
- Defesa abdominal, rigidez, sinais de irritação peritoneal.
- Icterícia e dor em hipocôndrio direito (suspeita de colangite/colecistite) com sinais sistêmicos.
- Hipotensão, confusão, pele marmórea (sepse abdominal grave).

17.3.2 Exames prioritários

- Avaliação clínica seriada (dor e peritônio).
- Hemograma e função renal; eletrólitos.
- Gasometria e lactato quando disponíveis em graves.
- Imagem conforme capacidade e estabilidade (US, RX, outros), sem atrasar medidas de choque.

17.3.3 Conduta operacional na UPA

1. Aplicar protocolo sepse quando houver disfunção/hipoperfusão.
2. Monitorizar, garantir acesso venoso e iniciar antibiótico empírico oportuno quando sepse abdominal provável.
3. Suporte hemodinâmico com fluidos guiados por perfusão.
4. Controle de dor com cautela (não mascarar sinais peritoneais sem reavaliação), registrando resposta e evolução.
5. Identificar necessidade cirúrgica/intervenção especializada:
 - sinais de peritonite, instabilidade, suspeita de perfuração, abdome agudo grave.
6. Acionar regulação precocemente quando houver forte suspeita de necessidade cirúrgica/UTI.
7. Preparar transferência com resumo estruturado: foco, sinais de peritonite, antibiótico, fluidos e estado atual.

17.3.4 Red flags

- Defesa/rigidez abdominal com instabilidade.
- Dor abdominal intensa com choque/hipoperfusão.
- Icterícia + sinais sistêmicos (suspeita de colangite grave).
- Lactato elevado e deterioração rápida.
- Suspeita de perfuração/abscesso profundo.

17.3.5 Checklist abdominal no paciente séptico

- Exame abdominal completo e reavaliações registradas.
- Antibiótico iniciado (hora) quando sepse abdominal provável.
- Regulação acionada precocemente quando suspeita cirúrgica.
- Analgesia e resposta documentadas.

17.4 Pele e partes moles: celulite extensa, abscessos, infecções necrosantes (fascite) e sepse de foco cutâneo**17.4.1 Reconhecimento clínico**

- Lesões com eritema, edema, calor, dor local, linfangite, secreção purulenta.
- Abscessos com flutuação podem demandar drenagem (quando possível e indicado).
- Em sepse cutânea grave: toxemia, hipotensão, confusão, taquicardia intensa.

Alerta máximo: infecção necrosante

- Dor desproporcional ao exame.
- Progressão rápida, bolhas, áreas de necrose, crepitação, anestesia cutânea tardia.
- Sinais sistêmicos intensos com lesão aparentemente “não tão grande”.

17.4.2 Exames prioritários

- Exame local detalhado, delimitação de bordas e registro fotográfico institucional quando permitido.
- Hemograma, função renal, lactato quando disponíveis.
- Imagem apenas se não atrasar transferência quando suspeita forte de necrosante.

17.4.3 Conduta operacional

1. Protocolo sepse se houver sinais sistêmicos/disfunção.
2. Antibiótico oportuno.
3. Avaliar se há drenagem viável e segura na UPA (abscessos superficiais selecionados), respeitando POP de procedimentos.
4. Suspeita de fascite necrosante:

- tratar como emergência absoluta,
- iniciar medidas de suporte,
- acionar regulação para serviço com cirurgia imediata,
- documentar sinais de alerta claramente.

17.4.4 Red flags (transferência urgente)

- Suspeita de necrosante/fascite.
- Celulite extensa com instabilidade hemodinâmica.
- Lesões rapidamente progressivas.
- Imunossuprimidos com foco cutâneo e sinais sistêmicos.

17.4.5 Checklist pele/partes moles no séptico

- Lesão descrita com localização, extensão, sinais de necrose.
- Antibiótico iniciado (hora).
- Suspeita de necrosante avaliada e registrada.
- Regulação acionada se red flags.

17.5 Sistema nervoso central: meningite/encefalite e sepse com rebaixamento neurológico

17.5.1 Reconhecimento clínico

- Febre e cefaleia intensa.
- Rigidez nuchal, fotofobia.
- Rebaixamento, confusão, convulsões.
- Exantema petequial/púrpura (quando presente) sugere gravidade e risco de meningococemia.
- Idosos podem ter apresentação atípica.

17.5.2 Conduta operacional na UPA

1. Considerar alta gravidade quando há rebaixamento/convulsões/instabilidade.
2. Estabilizar X-ABCDE e iniciar O₂, acesso venoso e suporte hemodinâmico.
3. Antimicrobiano oportuno quando suspeita clínica for forte e quadro for grave, sem atrasar por exames que não estejam prontamente disponíveis.

4. Preparar transferência regulada imediata para serviço com capacidade de manejo avançado.
5. Registrar sinais neurológicos, evolução e horários de intervenções.

17.5.3 Red flags

- Rebaixamento, convulsões, choque, púrpura.
- Suspeita de meningococemia.
- Instabilidade respiratória ou hemodinâmica.

17.6 Foco intravascular/dispositivos: cateteres, feridas complexas, endocardite suspeita

17.6.1 Reconhecimento clínico

- Sinais sistêmicos sem foco claro.
- História de cateter, ferida crônica, procedimentos recentes.
- Sopros novos, fenômenos embólicos (quando reconhecíveis), febre persistente (nem sempre presente).

17.6.2 Conduta operacional

- Ativar protocolo sepse se disfunção.
- Coletar culturas quando possível sem atraso em choque.
- Iniciar antibiótico oportuno conforme gravidade e risco, documentando foco presumido e hipótese de endocardite/dispositivo.
- Transferir quando gravidade alta e necessidade de avaliação especializada.

18. Populações especiais — rotinas e precauções adicionais

A sepse em populações especiais demanda vigilância ampliada, limiares mais baixos para ativação do protocolo e maior cautela no manejo de fluidos e medicações. A UPA deve manter abordagem pragmática: reconhecer cedo, iniciar medidas críticas e transferir quando necessário.

18.1 Pediatria (sepse pediátrica na UPA)

18.1.1 Particularidades

- Criança pode deteriorar rapidamente; compensação hemodinâmica pode mascarar choque até fases tardias.

- Febre pode ser menos confiável em lactentes; prostração e irritabilidade são sinais relevantes.
- Taquicardia e taquipneia são comuns em febre, mas devem ser interpretadas com perfusão e estado mental.

18.1.2 Sinais de choque pediátrico (alertas)

- Extremidades frias, enchimento capilar lento.
- Letargia, irritabilidade extrema ou rebaixamento.
- Taquicardia desproporcional e persistente.
- Hipotensão é sinal tardio (gravidade elevada quando presente).
- Oligúria/ausência de diurese (quando mensurável).

18.1.3 Conduta operacional

- Ativação precoce do protocolo em criança com infecção + sinais de perfusão ruim ou alteração do estado geral.
- Acesso venoso rápido; considerar acesso alternativo conforme capacidade local e treinamento (quando aplicável).
- Reposição volêmica em bolus guiados por perfusão e reavaliação muito frequente.
- Antibioticoterapia precoce nos casos graves.
- Transferência regulada precoce quando suspeita de choque/necessidade de suporte avançado.

18.1.4 Registros obrigatórios em pediatria

- Peso estimado e parâmetros vitais seriados.
- Perfusão (capilar, extremidades) e estado mental.
- Volume de fluidos por kg e resposta.
- Antibiótico e horário.

18.2 Gestação e puerpério

18.2.1 Riscos e particularidades

- Alterações fisiológicas podem modificar sinais vitais basais.
- Infecções urinárias, respiratórias e uterinas/puerperais podem evoluir rapidamente.

- Hipoperfusão materna impacta feto; necessidade de avaliação especializada em casos graves.

18.2.2 Conduta operacional

- Ativar protocolo com baixo limiar.
- Suporte hemodinâmico e antibiótico oportuno conforme foco.
- Transferência regulada para serviço com suporte obstétrico e, se necessário, UTI.

18.3 Idoso frágil e comorbidades (ICC/DRC/DPOC)

18.3.1 Apresentação atípica

- Sepses pode ocorrer sem febre; confusão e queda do estado funcional são frequentes.
- Risco aumentado de efeitos adversos de fluidos e medicações.

18.3.2 Conduta operacional

- Limiar baixo para ativação do protocolo.
- Fluidos em bolus menores e reavaliação mais frequente; documentar ausculta pulmonar e sinais de congestão.
- Transferência precoce se instabilidade persistente ou necessidade de suporte além da UPA.

18.4 Imunossuprimidos

- Podem não ter resposta inflamatória típica.
- Alto risco de patógenos incomuns e evolução rápida.
- Conduta: ativação precoce, antibiótico oportuno, baixa tolerância a atrasos, transferência conforme gravidade.

19. Suporte clínico adicional na sepse (antes e durante transferência) — rotinas práticas na UPA

19.1 Oxigenação e suporte respiratório

- Monitorizar SatO₂ e FR seriadas.
- Ajustar O₂ conforme necessidade.

- Identificar precocemente sinais de fadiga respiratória.
- Em deterioração respiratória progressiva, antecipar transferência para suporte avançado.

19.2 Controle glicêmico e alterações metabólicas

- Hipoglicemia deve ser reconhecida e corrigida rapidamente.
- Hiperglicemia significativa em diabéticos pode sinalizar gravidade e precisa ser acompanhada, sem atrasar medidas essenciais.

19.3 Convulsões e rebaixamento

- Tratar convulsões conforme protocolo institucional (segurança e via aérea).
- Rebaixamento exige vigilância de via aérea, risco de aspiração e transferência precoce se grave.

POP-SEPSE-07 — Sepses de foco respiratório: fluxo assistencial, O₂, exames e critérios de transferência

1. Objetivo: padronizar abordagem de sepse respiratória, evitando atrasos em oxigenação e antibiótico e definindo critérios claros de transferência.

2. Abrangência: triagem, emergência, observação.

3. Responsáveis: médico (conduta e destino), enfermagem (monitorização e O₂), apoio diagnóstico (RX).

4. Materiais: O₂, monitor, RX (quando disponível), antibiótico padronizado.

5. Procedimento:

1. Identificar sinais respiratórios + suspeita infecciosa.
2. Aferir SatO₂/FR e iniciar O₂ se indicado.
3. Ativar protocolo sepse se houver disfunção/hipoperfusão.
4. Solicitar RX se não atrasar medidas vitais.
5. Administrar antibiótico empírico oportuno e registrar horário.
6. Reavaliar SatO₂/FR após O₂ e após fluidos (se feitos).
7. Definir destino conforme estabilidade e necessidade de suporte.

6. Pontos críticos: hipoxemia progressiva exige regulação precoce.

7. Registros: SatO₂/FR seriadas, O₂ (litros/min), ATB e hora, destino.

POP-SEPSE-08 — Urosepse: avaliação de obstrução, exames e escalonamento

1. Objetivo: padronizar abordagem da urosepse, com alerta para obstrução e necessidade de transferência.

2. Abrangência: emergência e observação.

3. Responsáveis: médico (avalia obstrução e destino), enfermagem (coletas e monitorização), regulação (transferência).

4. Procedimento:

1. Suspeita urinária + disfunção → ativar protocolo.
2. Coletar EAS/urocultura quando possível sem atraso.
3. Avaliar sinais clínicos de obstrução e retenção.
4. Iniciar antibiótico oportuno.
5. Fluidos guiados por perfusão.
6. Obstrução suspeita + instabilidade → regulação imediata.

7. Registros: hipótese de obstrução (sim/não), ATB (hora), volumes, regulação.

POP-SEPSE-09 — Sepses abdominal: identificação de abdome agudo e regulação precoce

1. Objetivo: reconhecer sepse abdominal grave, iniciar medidas críticas e regular para cirurgia/UTI quando indicado.

5. Procedimento (resumo operacional):

- Exame abdominal completo e reavaliações.
- ATB oportuno quando sepse provável.
- Dor intensa + defesa/rigidez + instabilidade → regulação imediata.
- Documentar sinais peritoneais, fluidos, ATB e evolução.

POP-SEPSE-10 — Infecção necrosante (suspeita): resposta imediata e transferência urgente

1. Objetivo: padronizar conduta frente a suspeita de fascite necrosante e evitar atrasos.

Procedimento essencial:

- Reconhecer sinais: dor desproporcional, progressão rápida, bolhas, necrose, toxemia.
- Ativar sepse/choque e iniciar suporte.
- Antibiótico oportuno conforme padronização.
- Regulação imediata para cirurgia.
- Documentar red flags e horários.

21. Checklist por foco (para fixar nos setores)**21.1 Checklist rápido — foco respiratório**

- O₂ iniciado e SatO₂/FR seriadas.
- RX solicitado/realizado quando indicado.
- ATB iniciado (hora).
- Avaliação de necessidade de transferência.

21.2 Checklist rápido — foco urinário

- EAS/urocultura quando possível.
- Avaliação de obstrução.
- ATB (hora) e fluidos guiados.
- Critérios de transferência.

21.3 Checklist rápido — abdome agudo infeccioso

- Exame e reavaliações.
- ATB (hora) se sepse provável.
- Regulação precoce se sinais peritoneais/instabilidade.

21.4 Checklist rápido — pele/necrosante

- Delimitação e descrição da lesão.
- Red flags de necrosante avaliadas.
- ATB (hora) e regulação imediata se suspeita.

22. Pontos de integração com processos da unidade (almojarifado, farmácia e auditoria)

Para que este protocolo funcione de maneira consistente em todos os plantões, a gestão deve garantir:

- Disponibilidade contínua de antibióticos-chave e insumos de acesso venoso.
- Frascos de hemocultura (quando pactuado).
- Checklists impressos em triagem e emergência.
- Rotina de auditoria por amostragem (tempo porta-antibiótico, reavaliações, registro de volumes).
- Treinamento periódico com simulação, incluindo cenário “choque refratário + regulação”.

23. Abordagem operacional do choque séptico na UPA: algoritmo temporal e metas por janela (0–10 / 10–30 / 30–60 / 60–180 min)

O choque séptico é uma condição **tempo-dependente**. Na UPA, o desempenho não deve ser medido apenas por “o que foi feito”, mas por **quando** foi feito e **como** foi reavaliado. A seguir, estrutura-se um algoritmo temporal que organiza prioridades e reduz variabilidade entre plantões.

23.1 Janela 0–10 minutos: estabilização imediata e início do ciclo de perfusão

Objetivo clínico: garantir oxigenação mínima, estabelecer acesso e iniciar compressão de tempo (“não deixar o paciente piorar enquanto a equipe organiza o resto”).

Objetivo operacional: ativar o protocolo formalmente, definir líder e iniciar registro com horário.

Ações obrigatórias (executar em paralelo):

1. Reconhecimento e declaração do caso

- Médico/enfermeiro declara: “Protocolo Sepsis/Choque ativado às :”.
- Identificar local do paciente e garantir espaço físico (emergência/observação monitorizada).

2. Monitorização imediata

- PA (idealmente repetida e/ou monitor), FC, FR, SatO₂, temperatura.
- Avaliar estado mental (AVPU/Glasgow), perfusão (enchimento capilar, extremidades, marmorização).
- Se disponível: monitor cardíaco contínuo.

3. Oxigenação e ventilação

- Iniciar O₂ para manter oxigenação adequada conforme necessidade clínica.
- Evitar hiperventilação; focar em correção da hipóxia e redução do trabalho ventilatório.
- Se rebaixamento importante: preparar equipe para proteção de via aérea conforme capacidade e fluxos da unidade.

4. Acesso venoso

- Obter acesso venoso calibroso; em choque, buscar 2 acessos quando viável.
- Se acesso difícil e atraso significativo: acionar estratégia alternativa prevista na unidade (equipe mais experiente, ultrassom se houver, ou acesso alternativo conforme disponibilidade e competência).

5. Coleta rápida priorizada

- Glicemia capilar (se disponível) em até 5–10 min.
- Lactato e exames essenciais se disponíveis, sem atrasar antibiótico quando o paciente é crítico.

6. Início da ressuscitação volêmica

- Iniciar bolus de cristalóide (ex.: 500 mL) e programar reavaliação ao término.
- Se hipotensão profunda ou hipoperfusão intensa: bolus sequenciais com reavaliações muito frequentes.

7. Sinalização para logística

- Enfermagem aciona farmácia/almojarifado (quando aplicável) para antibiótico “protocolo sepse”.
- Apoio administrativo/recepção organiza prontuário, pulseira/identificação, e prepara rota para exames/transferência.

Regra operacional: na janela 0–10 min, não existe “esperar estabilizar para começar”. O paciente estabiliza porque as ações começam.

23.2 Janela 10–30 minutos: confirmação de gravidade, foco provável e primeira rodada completa do pacote

Objetivo clínico: consolidar a suspeita de infecção, identificar disfunção orgânica e iniciar antibiótico; completar 1º ciclo de fluidos com reavaliação documentada.

Objetivo operacional: estruturar registro padronizado e iniciar comunicação com regulação quando houver sinais de choque/alto risco.

Ações obrigatórias:

1. Reavaliação estruturada

- A: via aérea (proteção? aspiração?).
- B: SatO₂, FR, ausculta, esforço respiratório.
- C: PA, FC, perfusão periférica, tempo de enchimento capilar, pele, sinais de congestão após fluidos.
- D: consciência, sinais neurológicos, delirium.
- E: inspeção dirigida (pele, feridas, cateteres, abdome, lombar, sinais meníngeos, etc.).

2. Definição operacional de foco provável

- Respiratório / Urinário / Abdominal / Pele-partes moles / SNC / Intravascular / Indefinido.
- Documentar: “Foco provável: ____; justificativa: ____”.

3. Coletas complementares

- Hemoculturas e outras culturas **se não houver atraso relevante** (prioridade: antes do antibiótico quando possível).
- Exames (hemograma, função renal, eletrólitos, gasometria) conforme capacidade local.

4. Antibioticoterapia empírica

- Prescrever e iniciar o antibiótico adequado ao foco e gravidade.
- Registrar: **hora exata do início**.

5. Definição de risco de transferência

- Se sinais de choque persistente, hipoperfusão relevante, rebaixamento importante, necessidade crescente de O₂, ou múltiplas disfunções: acionar regulação **ainda nesta janela**, não “mais tarde”.

6. Primeiro “marco de perfusão”

- Ao final do primeiro bolus, registrar resposta:
 - Melhorou PA? Melhorou enchimento capilar? Melhorou estado mental? Melhorou extremidades?

- Se resposta inadequada: iniciar novo bolus e já preparar escalonamento (transferência e suporte avançado).

23.3 Janela 30–60 minutos: consolidação terapêutica, decisão de destino e prevenção de deterioração

Objetivo clínico: garantir antibiótico iniciado, fluidos em curso com reavaliações, e plano de destino (observação monitorizada vs transferência regulada).
Objetivo operacional: fechar o “dossiê mínimo” de sepse no prontuário para auditoria e continuidade do cuidado.

Ações obrigatórias:

1. Checagem de metas pragmáticas na UPA

- Perfusão: enchimento capilar, extremidades, pele marmórea.
- Hemodinâmica: PA e FC.
- Respiratório: SatO₂/FR e necessidade de O₂.
- Neurológico: melhora, estabilidade ou piora.
- Diurese: quando possível mensurar; em choque com transferência, considerar sondagem conforme avaliação.

2. Segundo ciclo de fluidos (se indicado)

- Administrar em bolus com reavaliações.
- Cautela em cardiopatas: bolus menores, reavaliação mais frequente, ausculta e saturação.

3. Investigar e tratar “H’s e T’s” adaptados à sepse

- Hipóxia, hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipo/hipercalcemia, hipotermia.
- Tóxicos/medicações, tamponamento (diferencial), trombose (TEP), tensão (pneumotórax), trauma/hemorragia ocultas, etc.
- Não é para “fechar diagnóstico”, mas para evitar erro grosseiro em choque refratário.

4. Definição de destino com critérios

- Transferência regulada quando: instabilidade persistente, sinais de choque, necessidade de suporte avançado, foco cirúrgico, rebaixamento importante, hipoxemia progressiva.

- Observação monitorizada na UPA quando: resposta sustentada aos primeiros passos, estabilidade hemodinâmica, plano terapêutico claro e capacidade de reavaliação rigorosa.

5. Comunicação estruturada (SBAR) com regulação

- Situação: “Choque séptico/seps grave, instável/estável...”
- Background: comorbidades relevantes, tempo de sintomas, foco provável.
- Avaliação: sinais vitais, perfusão, exames/lactato, resposta a fluidos.
- Recomendação: necessidade de UTI/categoria de transferência.

23.4 Janela 60–180 minutos: manutenção segura, vigilância e transferência efetiva

Objetivo clínico: impedir “re-choque” e deterioração enquanto aguarda regulação/remoção.

Objetivo operacional: garantir prontidão documental, preparo logístico e continuidade terapêutica.

Ações essenciais:

- Monitorização contínua (PA, FC, SatO₂, FR) com registros seriados.
- Manter O₂ e reavaliar necessidade.
- Manter acesso pérvio; reposição conforme perfusão.
- Garantir que antibiótico foi administrado e planejar dose seguinte se o tempo se estender.
- Organizar exames/imagens sem atrasar transporte quando já indicado.
- Preparar documentação completa de transferência e checklist de equipamentos (O₂ portátil, monitor, acesso, medicações em curso, etc.).

24. Ciclo de reavaliação seriada: “o que avaliar”, “com que frequência” e “como registrar”

A reavaliação é parte do tratamento. A UPA deve padronizar frequência mínima e itens mínimos para evitar variação por plantão.

24.1 Frequência mínima recomendada (padrão operacional)

- Choque séptico/instável: a cada 5–10 minutos até estabilizar, depois 10–15 min.
- Sepses grave estável: a cada 15–30 minutos nas primeiras 2 horas.
- Sepses moderada: a cada 30–60 minutos, mantendo atenção para deterioração.

24.2 Itens mínimos obrigatórios por reavaliação

1. Sinais vitais: PA, FC, FR, SatO₂, temperatura (quando pertinente).
2. Estado mental: AVPU/Glasgow, confusão/delirium.
3. Perfusão: enchimento capilar, extremidades, cor/marmorização, sudorese fria.
4. Respiratório: esforço, ausculta direcionada, necessidade de O₂.
5. Resposta a fluidos: antes/depois de cada bolus, com anotação objetiva.
6. Foco: evolução de sinais locais (dor abdominal, lesão cutânea, etc.).
7. Eventos adversos: reação a antibiótico, piora respiratória, vômitos/aspiração.

24.3 Registro padronizado (modelo de frase técnica)

- “Reavaliação : — PA /; FC __; FR __; Sat __% em O₂ __ L/min; AVPU __; perfusão: TEC __s, extremidades __, pele __; ausculta: __; após bolus __ mL: resposta __; conduta: __; destino: __.”

POP-SEPSE-11 — Coleta de hemoculturas e culturas associadas com redução de contaminação e rastreabilidade

1. Objetivo

Padronizar a coleta de hemoculturas e outras culturas para reduzir contaminação, garantir identificação correta e preservar rastreabilidade no prontuário.

2. Abrangência

Todos os setores assistenciais onde haja coleta (emergência, observação, sala de procedimentos).

3. Responsáveis

- Enfermagem: coleta, identificação, acondicionamento e envio.
- Médico: indicação e priorização (não atrasar antibiótico em choque).

- Apoio/laboratório: recebimento e processamento.

4. Materiais necessários

- Frascos de hemocultura (aeróbio/anaeróbio quando aplicável).
- Antisséptico apropriado (conforme padronização local).
- Luvas, campos, gases estéreis.
- Etiquetas de identificação do paciente e horário.
- Formulário de requisição laboratorial.

5. Procedimento (passo a passo)

5.1 Preparação e checagens

1. Confirmar identificação do paciente (nome completo, documento, data de nascimento).
2. Verificar prescrição e foco suspeito.
3. Higienizar as mãos e paramentar-se conforme risco.

5.2 Escolha do sítio e técnica

- 4) Preferir punção periférica; evitar coleta em cateter salvo quando indicado para suspeita de infecção relacionada a cateter (e, nesses casos, coletar também periférica, quando possível).
- 5) Realizar antisepsia rigorosa no local com tempo de ação adequado do antisséptico; não tocar novamente no sítio após antisepsia.
- 6) Se tocar acidentalmente, repetir antisepsia.

5.3 Coleta e inoculação

- 7) Coletar volume adequado conforme protocolo do laboratório (volume insuficiente reduz sensibilidade).
- 8) Inocular nos frascos conforme orientação (ordem e volume), evitando contaminar a tampa.
- 9) Homogeneizar delicadamente.

5.4 Identificação e rastreabilidade

- 10) Etiquetar frascos imediatamente à beira-leito com:

- paciente, data/hora, coletor, local (membro/sítio), se periférico ou cateter.

11. Registrar no prontuário:

- horário da coleta, local, número de frascos, motivo (sepse), e se antibiótico já foi iniciado.

5.5 Envio

12) Encaminhar ao laboratório com requisição correta e prioridade.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: erro de identificação é evento crítico.
- PCC-02: antissepsia inadequada aumenta contaminação e compromete decisões clínicas.
- PCC-03: atrasar antibiótico em choque para “fazer cultura perfeita” não é aceitável; coletar quando possível sem atrasar.

7. Registro obrigatório

- Hora, sítio, responsável, status do antibiótico (antes/depois).

POP-SEPSE-12 — Preparo e administração de antibióticos na sepse: dupla checagem, diluição, tempo de infusão e registro

1. Objetivo

Garantir administração segura e rastreável do antibiótico, prevenindo erro de dose, via, diluição e tempo, e reduzindo “tempo porta-antibiótico”.

2. Abrangência

Todos os antibióticos administrados no contexto de sepse/choque.

3. Responsáveis

- Médico: prescrição (foco, dose, intervalo, ajustes).
- Enfermagem: preparo, conferência, administração e registro.
- Farmácia (quando houver): validação e disponibilidade.

4. Materiais necessários

- Antibiótico, diluente adequado, seringa/equipo.
- Etiqueta para rotulagem.
- Bomba de infusão quando necessário.

5. Procedimento

5.1 Conferência inicial

1. Checar prescrição: medicamento, dose, via, tempo de infusão, alergias.
2. Realizar dupla checagem (dois profissionais) para:
 - medicamento correto, dose correta, paciente correto, via correta, tempo correto.

5.2 Preparo

- 3) Higienizar mãos e preparar em área limpa.
- 4) Reconstituir/diluir conforme padronização local e orientação do fabricante.
- 5) Rotular imediatamente:
 - nome, concentração, horário de preparo, responsável.

5.3 Administração

- 6) Garantir acesso pérvio (flush).
- 7) Administrar conforme tempo recomendado (evitar infusão rápida quando não indicada).
- 8) Observar sinais de reação:
 - prurido, urticária, broncoespasmo, hipotensão, náuseas intensas.
9. Em reação moderada/grave: suspender, comunicar médico e registrar.

5.4 Registro

- 10) Registrar horário de início e término, dose, via e intercorrências.

6. Pontos críticos de controle

- PCC-01: horário de início é marco de qualidade.
- PCC-02: antibiótico não pode “ficar separado” aguardando; prioridade operacional é administração.
- PCC-03: reação alérgica deve ser reconhecida precocemente, com suporte imediato.

26. Comunicação com regulação/SAMU e transferência: estrutura operacional completa

26.1 Quando acionar regulação

Acionar regulação imediatamente quando houver:

- Choque séptico ou instabilidade hemodinâmica persistente.
- Hipoperfusão importante apesar de bolus iniciais.
- Necessidade de suporte ventilatório avançado provável.
- Rebaixamento importante ou convulsões.
- Foco cirúrgico provável (abdome agudo infeccioso, necrosante, etc.).
- Múltiplas disfunções orgânicas ou deterioração rápida.

Regra operacional: acionar cedo não impede continuar tratando; acionar tarde aumenta risco.

26.2 Conteúdo mínimo obrigatório para regulação (modelo SBAR detalhado)

- **S (Situação):** “Paciente com sepse grave/choque séptico, instável/estável no momento.”
- **B (Background):** idade, comorbidades relevantes, tempo de sintomas, possível origem.
- **A (Avaliação):**
 - Sinais vitais atuais e tendência.
 - Perfusão: TEC, extremidades, estado mental.
 - O₂: SatO₂ e suporte em uso.
 - Medidas já feitas: volume de fluidos, antibiótico (nome e hora), exames e lactato (se disponível).
- **R (Recomendação):**
 - Necessidade de leito (UTI/enfermaria), necessidade de cirurgia/intervenção.
 - Condição para transporte (estável/risco alto), necessidade de monitorização durante transporte.

26.3 Preparação do paciente para transporte (checklist operacional)

- Identificação completa no prontuário e pulseira.
- Resumo clínico com marcos de tempo (ativação, antibiótico, volume).
- Acesso venoso pérvio (idealmente 2 em choque).
- O₂ portátil e reserva, com registro de fluxo.
- Monitorização disponível no transporte (quando aplicável).
- Medicações em uso documentadas.
- Exames/imagens impressos ou referenciados.
- Nome de contato e telefone da UPA.

27. Matriz de responsabilidades (RACI) do Protocolo de Sepse/Choque Séptico

A clareza de papéis reduz falhas. A matriz abaixo é uma referência para estruturação interna:

Processo 1 — Reconhecimento e ativação do protocolo

- R (Responsável): Enfermagem da triagem / equipe assistencial do setor
- A (Aprovador): Enfermeiro líder do plantão / médico do setor (conforme fluxo)
- C (Consultado): Coordenação do plantão (quando necessário)
- I (Informado): Direção/gestão (em auditorias e casos críticos)

Processo 2 — Coletas e acesso venoso

- R: Enfermagem
- A: Enfermeiro do plantão
- C: Médico (priorização em choque)
- I: Laboratório/apoio diagnóstico (quando houver)

Processo 3 — Prescrição e início de antibiótico

- R: Médico (prescrição) + Enfermagem (administração)
- A: Médico plantonista (líder do caso)
- C: Farmácia (quando houver)
- I: Coordenação (para controle de indicadores e ruptura de estoque)

Processo 4 — Ressuscitação volêmica e reavaliações

- R: Médico + Enfermagem
- A: Médico líder
- C: Coordenação (em casos de falha de resposta/necessidade de transferência)
- I: Regulação (quando acionada)

Processo 5 — Comunicação com regulação e transferência

- R: Médico (comunicação clínica) + Apoio administrativo/enfermagem (logística)
- A: Médico líder
- C: Coordenação do plantão
- I: Direção (em eventos críticos e relatórios)

28. Dossiê mínimo de sepse no prontuário: estrutura de documentação

Para reduzir glosas, divergências e fragilidades em auditoria, o prontuário deve conter um “núcleo mínimo” estruturado:

1. Hora do reconhecimento e ativação do protocolo
2. Sinais vitais iniciais completos e estado mental
3. Critério clínico de gravidade (hipoperfusão/instabilidade)
4. Foco provável e justificativa
5. Exames coletados (incluindo lactato quando disponível) e culturas (se aplicável)
6. Antibiótico (nome, dose, via, hora de início)
7. Fluidos (tipo, volume total, horários e resposta após cada bolus)
8. Reavaliações seriadas com parâmetros mínimos
9. Decisão de destino (observação x transferência), com justificativa
10. Contato com regulação (horário, síntese do que foi pactuado) e condição de transporte

29. Implantação do protocolo na rotina da UPA

29.1 Componentes estruturantes

1. Padronização de materiais e medicamentos

- Lista de antibióticos essenciais e insumos de acesso venoso.
- Kits de sepse (quando viável): materiais de punção, tubos, etiquetas, checklist.

2. Checklists físicos em pontos críticos

- Triagem (gatilhos e fluxo).
- Emergência/observação (pacote por janela, dossiê mínimo).

3. Treinamento e simulação

- Treinamento inicial para todos os turnos.
- Simulações curtas (“10 minutos”) focadas em:
 - ativação rápida,

- antibiótico sem atraso,
- reavaliação pós-bolus,
- comunicação com regulação.

4. Auditoria por amostragem

- Selecionar casos de sepse/choque e avaliar:
 - tempo ativação → antibiótico,
 - volume e reavaliações documentadas,
 - completude do dossiê mínimo,
 - tempo para acionar regulação quando indicado.

5. Reunião de análise crítica mensal

- Revisar indicadores, rupturas de estoque, gargalos de laboratório e falhas de registro.
- Plano de ação com responsáveis e prazo.

29.2 Indicadores operacionais

- Percentual de casos com hora de ativação registrada.
- Tempo mediano ativação → antibiótico nos graves.
- Percentual com reavaliação pós-bolus documentada.
- Percentual de casos com foco presumido registrado.
- Tempo até acionamento de regulação em choque.
- Taxa de retorno precoce/agravamento (quando rastreável).

5.1.2.5 Insuficiência respiratória aguda

1. Finalidade e escopo assistencial

A insuficiência respiratória aguda (IRA) é uma síndrome clínica caracterizada pela incapacidade do sistema respiratório em manter oxigenação e/ou ventilação adequadas, com risco iminente de deterioração rápida, parada cardiorrespiratória, broncoaspiração e lesão orgânica por hipóxia/hipercapnia. Em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com funcionamento ininterrupto, alta rotatividade e variabilidade de gravidade, o protocolo deve assegurar reconhecimento precoce, estabilização imediata, padronização de condutas e definição objetiva de destino (observação monitorizada x transferência regulada).

Este protocolo padroniza:

- Identificação e estratificação de gravidade (triagem e sala de emergência).
- Abordagem por janelas temporais (0–5 / 5–15 / 15–60 / 60–180 min).
- Intervenções de suporte (oxigênio, ventilação com BVM, VNI quando aplicável, higiene brônquica/aspiração, broncodilatadores, corticoterapia, diuréticos/vasodilatadores quando indicados, antibióticos quando foco infeccioso provável).
- Investigação dirigida sem atrasar medidas críticas.
- Critérios claros de intubação (quando aplicável), falha de VNI e transferência.
- POPs técnicos de execução (oxigenoterapia, nebulização, VNI, aspiração, gasometria, monitorização, checklist de transporte).
- Documentação mínima obrigatória e indicadores operacionais.

2. Definições operacionais

2.1 Insuficiência respiratória aguda (IRA)

Paciente com sintomas respiratórios agudos e pelo menos um dos seguintes:

- Sinais de aumento do trabalho respiratório (uso de musculatura acessória, tiragens, batimento de asa de nariz, fala entrecortada, fadiga).
- Saturação periférica de oxigênio (SpO_2) abaixo do esperado para o contexto, ou necessidade progressiva de oxigênio.
- Taquipneia persistente com repercussão hemodinâmica/neurológica.
- Alteração do nível de consciência relacionada à hipóxia/hipercapnia.
- Sinais de hipoperfusão associados (pele fria/moteada, hipotensão, choque) quando a causa é respiratória primária ou componente respiratório relevante.

2.2 IRA hipoxêmica (falha de oxigenação)

Quadro clínico com hipoxemia predominante (SpO_2 baixa, dispneia, cianose, crepitações/estertores, infiltrados), frequentemente associada a pneumonia, edema agudo de pulmão, TEP, SDRA, atelectasia, broncoaspiração.

2.3 IRA hipercápica (falha ventilatória)

Quadro com hipoventilação e retenção de CO₂, frequentemente associada a exacerbação de DPOC, asma grave com fadiga, depressão do SNC, doenças neuromusculares, obesidade-hipoventilação.

2.4 Parâmetros de gravidade (critérios de alerta imediato)

Considerar IRA grave com necessidade de sala de emergência e resposta rápida se houver:

- SpO₂ persistentemente baixa apesar de oxigênio escalonado.
- Sinais de fadiga respiratória (redução da FR após período de taquipneia com piora clínica; sonolência; incapacidade de falar; exaustão).
- Alteração do nível de consciência (agitação/sonolência/confusão) com suspeita de hipoxemia/hipercapnia.
- Instabilidade hemodinâmica (hipotensão, choque) associada.
- Cianose central, silêncio auscultatório (asma grave), ou estridor com ameaça de via aérea.
- Necessidade de ventilação assistida (BVM) ou suspeita de falha iminente.

3. Princípios norteadores do manejo na UPA

1. Tratar primeiro a ameaça à vida: oxigenação/ventilação e perfusão precedem exames.
2. Intervenções em paralelo: enquanto um profissional ajusta O₂, outro coleta sinais vitais e organiza acesso/medicação.
3. Reavaliação seriada obrigatória: em IRA, o valor isolado é insuficiente; a tendência e a resposta à intervenção definem gravidade.
4. Evitar hiperventilação e hiperóxia desnecessária: O₂ é medicamento; deve ser titulado. Em DPOC com hipercapnia, evitar hiperóxia sustentada.
5. Critérios objetivos para escalonamento: definir, registrar e agir com base em sinais clínicos e resposta ao tratamento.
6. Destino precoce: indicar transferência antes de “esgotar” paciente em UPA, quando houver necessidade de suporte avançado.

4. Organização do atendimento: fluxos e responsabilidades

4.1 Ativação do Protocolo IRA

Ativar quando houver qualquer critério de IRA moderada/grave ou necessidade de O_2 acima do mínimo para manter SpO_2 alvo.

4.2 Liderança e papéis mínimos

- Líder clínico: médico (preferencial) ou enfermeiro até chegada do médico.
- Enfermagem 1: monitorização, O_2 e medicações inaladas/IV.
- Enfermagem 2 (quando disponível): acesso, coleta, preparo de VNI.
- Registrador: anota marcos de tempo (hora de chegada, início de O_2 , início de VNI, administração de broncodilatadores/corticoide, gasometria, decisão de transferência).
- Apoio: logística de exames, regulação/ambulância, organização do box.

4.3 Trilhas de auditoria

Todo caso de IRA grave deve ter:

- SpO_2 /FR/FC/PA seriados com horários.
- Terapias iniciadas e resposta documentada.
- Critério de destino (observação x transferência) com justificativa objetiva.

5. Metas clínicas

5.1 Meta de SpO_2

- População geral: alvo típico 94–98% (ajustar conforme clínica).
- Risco de hipercapnia crônica (DPOC/hipoventilação): alvo 88–92% com titulação cuidadosa e vigilância clínica.

5.2 Meta ventilatória (clínica)

- Redução do trabalho respiratório.
- Melhora da fala, diminuição de tiragens, redução progressiva da fadiga.
- Normalização gradual de FR ou redução para faixa tolerável com melhora do esforço.

5.3 Meta hemodinâmica

- Perfusão adequada (TEC reduzido, extremidades aquecendo, pele sem moteamento progressivo).
- PA adequada ao contexto e reversão de choque quando presente.

6. Algoritmo temporal operacional

6.1 Janela 0–5 minutos

Objetivo: garantir oxigenação inicial, identificar ameaça de via aérea/ventilação e iniciar suporte sem atraso.

Ações obrigatórias:

1. Posicionar paciente sentado (se tolerado) e liberar vias aéreas (retirar próteses soltas, secreções visíveis).
2. Monitorização imediata: SpO₂, FC, PA, FR, nível de consciência.
3. Iniciar oxigênio conforme gravidade (ver POP de oxigenoterapia).
4. Avaliar sinais de ameaça de via aérea: estridor, incapacidade de manter proteção, vômitos, rebaixamento importante.
5. Avaliar esforço respiratório: fala, tiragens, uso de acessória, batimento de asa nasal, exaustão.
6. Se ventilação inadequada (apneia, gasping, rebaixamento com hipoventilação): iniciar BVM com O₂ e chamar apoio imediatamente.

Registro mínimo:

- Hora do reconhecimento.
- SpO₂/FR iniciais.
- Dispositivo de O₂ e fluxo inicial.

6.2 Janela 5–15 minutos — caracterização sindrômica e terapia dirigida inicial

Objetivo: definir provável mecanismo (broncoespasmo, congestão, infecção, TEP, obstrução alta, pneumotórax, depressão central) e iniciar terapias específicas em paralelo.

Ações:

1. X-ABCDE repetido (rápido e focado).
2. Ausculta e inspeção dirigida (sibilos difusos, estertores, assimetria ventilatória, silêncio auscultatório, estridor).
3. Iniciar terapias conforme fenótipo:
 - Broncoespasmo (asma/DPOC): broncodilatadores inalatórios + corticoide conforme protocolo.

- Edema agudo cardiogênico: O₂ titulado, considerar VNI (CPAP/BiPAP conforme capacidade) e terapia hemodinâmica conforme avaliação.
 - Pneumonia grave/sepsis: O₂, coleta dirigida e antibiótico oportuno se quadro sistêmico compatível.
 - Suspeita de TEP: O₂, monitorização e transferência precoce se instável.
 - Estridor/obstrução alta: prioridade de via aérea e transferência.
4. Definir necessidade de gasometria (quando disponível) em: suspeita de hipercapnia, rebaixamento, falha de O₂, risco de VNI/intubação, DPOC grave.

Registro:

- Fenótipo presumido e justificativa.
- Terapias iniciadas e horário.

6.3 Janela 15–60 minutos — reavaliação de resposta, escalonamento (VNI) e decisão de destino

Objetivo: verificar resposta real, evitar “falsa estabilidade”, reduzir risco de falha tardia e definir transferência quando necessário.

Ações:

1. Reavaliações seriadas (a cada 5–10 min na grave; 15 min na moderada).
2. Ajuste de O₂ para manter alvo.
3. Considerar VNI quando indicada e disponível (ver POP VNI):
 - DPOC com sinais de fadiga/hipercapnia clínica.
 - Edema agudo cardiogênico com hipoxemia e esforço respiratório.
 - Falha de oxigenoterapia convencional com trabalho respiratório significativo, quando VNI é apropriada e sem contraindicações.
4. Investigações complementares sem atrasar intervenções: RX tórax, ECG, exames laboratoriais conforme suspeita.
5. Definir destino:
 - Observação monitorizada se resposta sustentada e risco baixo.
 - Transferência se necessidade de suporte avançado, instabilidade, falha de resposta, alto risco de deterioração.

Registro:

- Tendência de SpO₂/FR e esforço respiratório.
- Critérios objetivos do destino.

6.4 Janela 60–180 minutos — manutenção segura, prevenção de recaída e transferência efetiva

Objetivo: manter estabilidade e prontidão, evitando piora enquanto aguarda regulação.

Ações:

- Monitorização contínua.
- Garantia de terapia contínua (nebulizações seriadas, VNI, antibiótico, diuréticos etc.).
- Reavaliação de sinais de falha: rebaixamento, aumento do esforço, queda de saturação, instabilidade hemodinâmica.
- Preparar documentação e checklist de transporte.

7. Estratificação clínica prática por “fenótipos” na UPA (sem depender de exames sofisticados)

A UPA deve reconhecer padrões clínicos que direcionam conduta imediata:

7.1 Fenótipo A — Broncoespasmo predominante (asma/DPOC)

Sinais: sibilos difusos, expiração prolongada, dificuldade para falar, tórax “cheio”, uso de musculatura acessória.
Risco: fadiga e hipercapnia tardia; silêncio auscultatório é gravidade.
Conduta inicial: broncodilatadores inalatórios seriados + corticoide; avaliar VNI em DPOC e falha ventilatória; monitorizar resposta.

7.2 Fenótipo B — Congestão/alveolar (edema agudo cardiogênico)

Sinais: estertores, ortopneia, espuma, hipertensão/taquicardia, história de cardiopatia.
Conduta: O₂ titulado, VNI (CPAP/pressão positiva) quando disponível e indicada, terapia hemodinâmica conforme avaliação clínica; destino geralmente transferência se instável.

7.3 Fenótipo C — Hipoxemia com sinais infecciosos (pneumonia/sepse)

Sinais: febre ou história sugestiva, crepitações localizadas/difusas, tosse produtiva, prostração, hipotensão/hipoperfusão.

Conduta: O₂, protocolo sepse se disfunção, antibiótico oportuno, reavaliação e transferência se grave.

7.4 Fenótipo D — Descompensação com dor torácica/TEP suspeito

Sinais: dispneia súbita, dor pleurítica, taquicardia, síncope, fatores de risco trombótico, hipoxemia desproporcional ao exame.

Conduta: O₂, monitorização, evitar atrasos; se instável, transferência regulada precoce.

7.5 Fenótipo E — Obstrução de via aérea superior (estridor/edema/anafilaxia/corpo estranho)

Sinais: estridor inspiratório, voz abafada, dificuldade para engolir, sialorreia, retrações cervicais, piora rápida.

Conduta: prioridade absoluta de via aérea; acionar equipe e regulação; intervenções conforme protocolos específicos (anafilaxia, corpo estranho).

7.6 Fenótipo F — Assimetria ventilatória e risco mecânico (pneumotórax, derrame maciço, atelectasia)

Sinais: murmúrio vesicular diminuído unilateral, desvio traqueal (tensão), instabilidade.

Conduta: oxigênio, reconhecimento rápido e transferência; se pneumotórax hipertensivo suspeito com instabilidade, tratar como emergência conforme capacidade/fluxo institucional.

7.7 Fenótipo G — Depressão central/hipoventilação (intoxicação, sedação, neurológico)

Sinais: sonolência, respiração lenta/superficial, hipoxemia/hipercapnia clínica, pupilas alteradas, história de uso de sedativos.

Conduta: suporte ventilatório (BVM se necessário), correção de causas, transferência quando risco de via aérea.

8. Critérios objetivos de gravidade, escalonamento e falha terapêutica

8.1 Critérios de IRA grave (tratar como alta prioridade e considerar transferência precoce)

- SpO₂ persistente abaixo do alvo apesar de escalonamento apropriado de O₂.
- FR muito elevada com sinais de exaustão ou queda de FR com piora do sensório.
- Uso intenso de musculatura acessória, tiragens importantes.
- Incapacidade de falar frases completas.

- Alteração do nível de consciência (agitação/sonolência) associada a desconforto respiratório.
- Instabilidade hemodinâmica (hipotensão/choque) associada.
- Necessidade de VNI ou BVM.
- Suspeita de causa que requer intervenção não disponível na UPA (cirurgia/UTI, broncoscopia, ventilação invasiva).

8.2 Critérios de falha de oxigenoterapia convencional

- Não atinge alvo de SpO₂ com dispositivo e fluxo adequados.
- Trabalho respiratório não melhora ou piora após 10–20 min.
- Deterioração neurológica ou hemodinâmica.
- Hipoxemia recorrente após melhora transitória.

8.3 Critérios de falha de VNI (quando utilizada)

- Piora do nível de consciência.
- Intolerância persistente à máscara ou agitação incontrolável.
- Hipoxemia persistente apesar de ajustes razoáveis.
- Exaustão progressiva, sinais de fadiga, piora hemodinâmica.
- Incapacidade de proteger via aérea, vômitos, secreção abundante sem manejo.

8.4 Critérios clínicos de necessidade de via aérea avançada/transferência imediata

- Apneia, gasping, ventilação ineficaz.
- Rebaixamento importante com risco de aspiração e incapacidade de proteger via aérea.
- Obstrução alta ameaçadora.
- Falha de suporte não invasivo com deterioração.
- Choque associado e deterioração rápida.

POP-IRA-01 — Reconhecimento, Classificação e Ativação do Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda (IRA)

1. Objetivo

Detectar precocemente pacientes com risco de deterioração respiratória, **iniciar medidas imediatas, priorizar fluxo** para área apropriada e acionar o **Protocolo**

IRA com rastreabilidade, garantindo uniformidade entre plantões e reduzindo atrasos.

2. Escopo

Triagem/acolhimento, consultórios, sala de medicação, observação, emergência, corredores e recepção (qualquer ponto onde o paciente possa chegar ou piorar).

3. Responsabilidades

- Técnico(a) de enfermagem / enfermeiro(a) de triagem: aferir sinais vitais completos, reconhecer critérios de IRA, iniciar oxigênio quando indicado, acionar fluxo de prioridade.
- Enfermeiro(a) líder do plantão: confirmar ativação, alocar equipe/leito monitorizado, garantir equipamentos disponíveis.
- Médico(a): avaliar, definir fenótipo, prescrever condutas, definir destino e necessidade de regulação.
- Recepção/administrativo: não atrasar assistência por cadastro; garantir identificação mínima e abertura de prontuário com prioridade.

4. Definições operacionais de gravidade (para padronizar decisões)

4.1 IRA crítica (encaminhar direto à emergência + resposta imediata)

Qualquer um:

- SpO₂ muito baixa e/ou queda progressiva apesar de O₂ inicial.
- Incapacidade de falar frases completas, exaustão, tiragens importantes.
- Rebaixamento de consciência/agitação com suspeita de hipóxia/hipercapnia.
- Estridor, cianose central, silêncio auscultatório, apneia/gasping.
- Instabilidade hemodinâmica associada (hipotensão/choque).
- Necessidade de ventilação assistida (BVM) ou suspeita forte de falha iminente.

4.2 IRA moderada (prioridade alta + leito monitorizado)

- SpO₂ abaixo da meta com necessidade de O₂ em escalonamento.
- Taquipneia persistente + esforço respiratório visível, porém sem sinais de falência iminente.
- Dor torácica/dispneia súbita com risco intermediário (avaliar TEP/EAP).

4.3 IRA leve (prioridade conforme risco + reavaliação programada)

- Dispneia leve sem esforço importante, SpO₂ dentro da meta sem O₂ (ou com baixo suporte).
- Sem alteração do sensório ou instabilidade.

5. Procedimento — passo a passo (triagem e pontos de contato)

1. **Aferição obrigatória imediata** em todo paciente com queixa respiratória (ou “mal estar”, “fraqueza”, “dor torácica”, “ansiedade” com suspeita respiratória):

- SpO₂, FR, FC, PA, temperatura (quando possível), nível de consciência (AVPU).

2. **Perguntas gatilho rápidas (30–60s):**

- Início e progressão (horas/dias), febre, tosse, escarro, dor pleurítica, ortopneia, chiado, história de DPOC/asma/cardiopatia, uso de sedativos, trombose recente, alergia/anafilaxia.

3. **Inspeção curta e objetiva:**

- Fala em frases? uso de musculatura acessória? tiragens? cianose? sudorese fria? posição trípole? agitação?

4. **Se SpO₂ abaixo da meta ou esforço importante:**

- Iniciar O₂ **na triagem** (não aguardar médico).
- Reavaliar SpO₂ em 2–3 minutos e documentar.

5. **Ativação formal do Protocolo IRA**

- Registrar “Protocolo IRA ativado às : por (nome/cargo)”.

6. **Encaminhamento**

- IRA crítica: encaminhar imediatamente para box de emergência/monitorização e acionar enfermeiro líder.
- IRA moderada: leito monitorizado/observação com prioridade médica.

7. **Cadastro não bloqueante**

- Recepção coleta identificação mínima simultânea; atendimento não para por pendência administrativa.

6. Registros obrigatórios

- Horário da ativação.
- Sinais vitais iniciais completos.

- SpO₂ e dispositivo/fluxo de O₂ iniciados (se aplicável).
- Local de encaminhamento (emergência/observação) e motivo (critério).

7. Pontos críticos de controle (PCC)

- PCC-01: SpO₂ e FR são obrigatórios em queixas respiratórias (meta interna: 100%).
- PCC-02: não atrasar O₂ por “esperar o médico”.
- PCC-03: reavaliação rápida após início de O₂ (documentar antes/depois).

POP-IRA-02 — Oxigenoterapia: Seleção do Dispositivo, Titulação, Metas e Segurança

1. Objetivo

Garantir oxigenação adequada com titulação segura, evitando hipóxia persistente, hiperóxia desnecessária e falhas por escolha inadequada de dispositivo.

2. Responsáveis

- Enfermagem: instalar, ajustar, monitorar e registrar.
- Médico: definir meta de SpO₂ e revisar escalonamento.
- Enfermeiro líder: garantir disponibilidade de dispositivos e checklist de O₂ (rede/cilindros).

3. Materiais

Cateter nasal, máscara simples, máscara com reservatório (não reinalante), fonte de O₂ (rede/cilindro), umidificador quando aplicável, oxímetro funcional com bateria/reserva.

4. Metas (definir e registrar)

- Meta geral: **94–98%** (ajustável conforme contexto).
- Risco de hipercapnia crônica (DPOC/hipoventilação): **88–92%**, com vigilância clínica.

5. Procedimento — passo a passo

5.1 Checagem inicial

1. Confirmar SpO₂, FR e esforço.
2. Definir meta (médico ou enfermagem conforme perfil conhecido; se dúvida e paciente grave, iniciar O₂ e ajustar depois).

5.2 Escolha do dispositivo por gravidade

- **Leve/moderada:** cateter nasal.
- **Moderada com hipoxemia persistente:** máscara simples.
- **Grave/ameaça de falha:** máscara com reservatório (não reinalante) até estabilizar ou escalar suporte.

5.3 Titulação e reavaliação

3. Iniciar O₂ no dispositivo escolhido.
4. **Reavaliar em 2–5 minutos:**
 - SpO₂, FR, fala, tiragens, estado mental.
5. Se não atinge meta:
 - Verificar vedação, posicionamento, conexões e fluxo.
 - Escalonar dispositivo e reavaliar novamente em 2–5 min.
6. Se atinge meta e melhora clínica:
 - Manter e programar reavaliações seriadas.
7. Quando estabilizado:
 - Reduzir gradualmente para menor suporte possível **sem sair da meta**.

6. Segurança e boas práticas

- Checar regularmente “O₂ está de fato fluindo”.
- Evitar desconexões em transporte interno.
- Cilindro: checar manômetro e autonomia antes de deslocar.
- Em DPOC: evitar saturações muito acima da meta por tempo prolongado sem reavaliação.

7. Registros obrigatórios

- Horário de início.
- Dispositivo e fluxo.
- SpO₂ antes/depois (com horários).
- Mudanças de dispositivo/fluxo com justificativa.

8. PCC

- PCC-01: **reavaliação após cada escalonamento.**

- PCC-02: O₂ “em uso” sem registro de fluxo/dispositivo é não conformidade.

POP-IRA-03 — Ventilação com Bolsa-Válvula-Máscara (BVM): Técnica, Vedação, Oxigenação e Prevenção de Aspiração

1. Objetivo

Padronizar ventilação assistida temporária, garantindo ventilação eficaz e reduzindo distensão gástrica, broncoaspiração e hiperventilação.

2. Indicações operacionais

- Apneia/gasping ou ventilação claramente ineficaz.
- Rebaixamento com hipoventilação.
- Falha iminente com queda de SpO₂ e incapacidade de manter ventilação espontânea adequada.
- Ponte até VNI/transferência/via aérea definitiva conforme capacidade da rede.

3. Contraindicações relativas

Não “contraindica”, mas exige cuidado reforçado:

- Vômitos ativos, secreções abundantes (aspiração contínua e posicionamento).
- Trauma facial dificultando vedação (usar técnica alternativa conforme competência).

4. Equipe e papéis

- Operador 1: via aérea + vedação da máscara (preferencialmente com técnica de duas mãos).
- Operador 2: compressão do balão, ritmo e volume.
- Terceiro (se disponível): monitorização/aspiração/medicação.

5. Materiais

BVM com reservatório, máscara tamanho adequado, O₂ em alto fluxo, cânula orofaríngea (quando indicada), aspirador pronto, monitor/oxímetro, fonte de sucção.

6. Procedimento — passo a passo (padrão 2 pessoas)

1. Posicionar paciente (decúbito com elevação de cabeça quando possível).

2. Abrir via aérea (tração da mandíbula; evitar hiperextensão em trauma).
3. Inserir cânula orofaríngea se indicado e tolerado.
4. Conectar BVM ao O₂ e reservatório.
5. Vedação:
 - Duas mãos segurando a máscara com tração da mandíbula.
6. Ventilar:
 - Volume suficiente para elevar tórax visivelmente, evitando excessos.
 - Ritmo regular, evitando hiperventilação.
7. Aspirar secreções sempre que necessário (interromper o mínimo possível).
8. Reavaliar eficácia:
 - Expansão torácica, SpO₂, ausculta, cor, nível de consciência.
9. Se ventilação ineficaz:
 - Reposicionar, ajustar máscara, considerar cânula, checar equipamento, solicitar apoio imediato.
10. Registrar marcos:
 - Início BVM, resposta, motivo (apneia/hipoventilação).

7. PCC

- PCC-01: BVM sem O₂ conectado adequadamente é falha crítica.
- PCC-02: Vedação inadequada é causa principal de “não melhora”.
- PCC-03: Vômito/secreção exige aspiração pronta e reavaliação constante.

POP-IRA-04 — Nebulização e Broncodilatadores: Preparo, Administração, Sequência e Avaliação Objetiva de Resposta

1. Objetivo

Padronizar broncodilatadores inalatórios em broncoespasmo (asma/DPOC), garantindo sequência correta, repetição conforme gravidade e avaliação clínica objetiva pós-ciclo.

2. Indicações

- Sibilância difusa/expiração prolongada/broncoespasmo clínico.
- Exacerbação de asma ou DPOC.

3. Materiais

Nebulizador, máscara/mouthpiece, fonte de O₂/ar conforme equipamento, medicação padronizada, relógio/cronômetro, monitorização.

4. Procedimento — passo a passo

1. Confirmar fenótipo broncoespástico e gravidade (fala, esforço, FR, SpO₂).
2. Iniciar O₂ conforme POP-IRA-02 (nebulização não substitui suporte).
3. Preparar nebulização:
 - Conferir nome/dose/intervalo na prescrição.
 - Rotular seringa/copo quando aplicável.
4. Administrar:
 - Ajustar máscara bem vedada.
 - Orientar respiração lenta e profunda se possível.
5. Monitorar durante:
 - SpO₂, FC, tremor, ansiedade, piora do esforço.
6. Ao término:
 - Reavaliar imediatamente e documentar:
 - SpO₂, FR, fala, tiragens, ausculta (sibilos, “silêncio”).
7. Repetição conforme gravidade:
 - Em grave, ciclos seriados com reavaliação a cada ciclo; não “esperar horas”.
8. Critérios de alerta durante broncodilatador:
 - Silêncio auscultatório, rebaixamento, exaustão, piora hemodinâmica → escalonar (VNI/transferência/BVM conforme necessidade).

5. Registros obrigatórios

- Horário de início/fim de cada ciclo.
- Resposta objetiva após cada ciclo (melhora/igual/piora).

6. PCC

- PCC-01: “Melhorou sibilo” pode significar piora (silêncio por baixa ventilação). Registrar esforço e fala, não só ausculta.
- PCC-02: ciclos sem reavaliação documentada são não conformidade.

POP-IRA-05 — Corticoterapia e Terapias Sistêmicas no Broncoespasmo (Asma/DPOC): Indicação, Janela de Administração e Segurança

1. Objetivo

Garantir que corticoide e terapias sistêmicas sejam administrados em tempo adequado, com checagem de contraindicações e registro que permita continuidade.

2. Indicações operacionais

- Asma moderada/grave.
- Exacerbação de DPOC com broncoespasmo e impacto clínico.
- Falha parcial após broncodilatadores iniciais.

3. Procedimento

1. Confirmar indicação e alergias relevantes.
2. Prescrição médica com dose/rota/intervalo.
3. Administração pela enfermagem **sem atrasos indevidos** após prescrição, com registro do horário.
4. Monitorização de efeitos:
 - glicemia capilar quando indicado (diabéticos/risco).
5. Reavaliação seriada de esforço e SpO₂ (corticoide não substitui suporte ventilatório).

4. Registros obrigatórios

- Hora da administração.
- Via e dose.
- Intercorrências (náusea, agitação importante etc., quando relevantes).

5. PCC

- PCC-01: broncoespasmo grave sem corticoide administrado em tempo adequado deve gerar análise de causa (fluxo, estoque, atraso de prescrição ou enfermagem).

POP-IRA-06 — Ventilação Não Invasiva (VNI): Seleção do Paciente, Instalação, Ajustes, Monitorização e Falha (Implementável)

1. Objetivo

Aplicar VNI com segurança e padronização, garantindo seleção adequada, instalação correta, reavaliação objetiva e decisão rápida em caso de falha.

2. Pré-requisitos mínimos de segurança para VNI na UPA

A VNI só deve ser aplicada quando houver:

- Equipe treinada no plantão.
- Monitorização contínua (mínimo SpO₂/FC; ideal PA seriada).
- Capacidade de reavaliação frequente e intervenção rápida (BVM disponível e aspirador pronto).
- Critérios claros de interrupção e transferência.

3. Indicações operacionais (mais comuns)

- DPOC exacerbado com esforço importante e suspeita clínica de hipoventilação/hipercapnia (sonolência leve, fadiga, retenção clínica).
- Edema agudo cardiogênico com hipoxemia e trabalho respiratório.
- Hipoxemia moderada com esforço importante quando VNI for apropriada e sem contraindicações.

4. Contraindicações (não iniciar / interromper)

- Rebaixamento importante e incapacidade de proteger via aérea.
- Vômitos ativos/alto risco de aspiração não controlável.
- Instabilidade hemodinâmica grave.
- Trauma facial incompatível com máscara.
- Secreções muito abundantes sem manejo.

5. Materiais

Equipamento VNI, máscaras em tamanhos variados, fixadores, filtros, circuito, oxímetro/monitor, aspirador, BVM pronto.

6. Procedimento — passo a passo

6.1 Preparação

1. Explicar ao paciente (reduz ansiedade e melhora adesão).
2. Posicionar semi-sentado.

3. Checar máscara adequada e integridade do circuito.
4. Definir meta de SpO₂ e plano de reavaliação (10, 20 e 30 min).

6.2 Instalação

5. Colocar máscara com vedação gradual (sem apertar excessivamente).
6. Iniciar VNI em parâmetros iniciais conservadores e **ajustar progressivamente** conforme resposta e tolerância.
7. Ajustar O₂ acoplado para atingir meta de saturação.

6.3 Monitorização obrigatória nos primeiros 30 minutos

8. Reavaliar em 5–10 min:
 - SpO₂, FR, esforço, sincronia, conforto, nível de consciência, PA/FC.
9. Ajustar:
 - Se vazamento: reposicionar, trocar tamanho, ajustar fixador.
 - Se desconforto: revisar vedação, ansiedade, orientação e apoio.

6.4 Critérios de resposta adequada (documentar)

10. Após 10–20 min:
 - Redução do esforço respiratório (menos tiragem, fala melhor).
 - Melhora de SpO₂ com menor necessidade de O₂.
 - FR reduzindo com melhora clínica (não queda por fadiga).
 - Estabilidade hemodinâmica.

6.5 Critérios de falha (ação imediata)

11. Considerar falha e acionar plano:
 - Piora do nível de consciência.
 - Hipoxemia persistente apesar de ajustes.
 - Exaustão progressiva.
 - Instabilidade hemodinâmica.
 - Intolerância intratável.
12. Conduta na falha:
 - Interromper VNI se necessário.
 - Iniciar suporte com BVM se ventilação inadequada.

- Acionar regulação/transferência imediata.

7. Registros obrigatórios

- Hora de início.
- Indicação clínica.
- SpO₂/FR antes e após 10/20/30 min.
- Decisão: manter / interromper / transferir + justificativa.

8. PCC

- PCC-01: VNI sem reavaliação documentada em 10–20 min é não conformidade grave.
- PCC-02: “melhorou saturação” sem melhora do esforço pode ser enganoso.

POP-IRA-07 — Aspiração de Vias Aéreas e Manejo de Secreções: Técnica, Segurança e Integração com Oxigenação/Ventilação

1. Objetivo

Remover secreções que impactam oxigenação/ventilação, reduzir risco de broncoaspiração e padronizar técnica segura e rápida.

2. Indicações operacionais

- Secreção audível/visível com queda de saturação.
- Incapacidade de expectorar com esforço respiratório importante.
- Vômitos/risco de aspiração.
- Paciente em BVM ou VNI com secreção comprometendo eficácia.

3. Materiais

Aspirador funcional, sondas adequadas, luvas, máscara/óculos, sistema de O₂ em uso, recipiente para descarte, gaze.

4. Procedimento

1. Preparar ambiente e checar sucção antes de iniciar (teste rápido).
2. Manter oxigenação durante o procedimento:
 - Não retirar O₂ por longos períodos; aspirar em ciclos curtos.
3. Posicionar paciente (lateralizar se vômito/risco).
4. Aspirar secreções orais/nasais conforme técnica, evitando trauma.

5. Reavaliar imediatamente:

- SpO₂, FR, esforço, ausculta direcionada.

6. Se secreção recorrente e rebaixamento:

- considerar necessidade de proteção de via aérea/transferência (conforme capacidade e risco).

5. Registros obrigatórios

- Indicação, horário, resposta (SpO₂ antes/depois), intercorrências.

6. PCC

- PCC-01: aspirador “sem funcionar” no box de emergência é falha estrutural; exigir checklist por plantão.
- PCC-02: aspirar longamente pode dessaturar; usar ciclos curtos e reoxigenar.

POP-IRA-08 — Gasometria (arterial/venosa), Avaliação de Ventilação/Oxigenação e Integração com Decisão Clínica

1. Objetivo

Padronizar quando solicitar, como coletar, como interpretar de forma operacional e como usar o resultado (sem atrasar intervenções críticas) para orientar escalonamento de suporte (O₂/VNI/BVM), definição de gravidade, decisão de transferência e rastreabilidade do atendimento.

2. Escopo

Sala de emergência, observação monitorizada e consultórios (quando risco identificado). Inclui gasometria arterial (GSA) e, quando aplicável, gasometria venosa (GSV) como triagem em contextos específicos definidos abaixo.

3. Responsabilidades e alçadas

- **Médico(a):** define indicação, priorização e uso do resultado na decisão (escalonamento/transferência), registra interpretação e conduta.
- **Enfermeiro(a):** organiza fluxo, garante prioridade, supervisiona técnica e acondicionamento/identificação.
- **Técnico(a) habilitado(a):** realiza coleta conforme técnica e biossegurança, registra horário e condições (O₂ em uso, dispositivo/fluxo).
- **Laboratório/apoio diagnóstico (quando existente):** processa com prioridade “IRA grave”.

- **Líder do plantão:** garante disponibilidade de kit, heparina, seringa própria, gelo/porta-amostra, checklists e rota.

4. Indicações operacionais (quando a gasometria muda conduta)

Solicitar com prioridade quando houver pelo menos 1 dos critérios abaixo:

4.1 Suspeita de falha ventilatória/hipercapnia (principal)

- História de DPOC/hipoventilação/obesidade-hipoventilação/neuromuscular.
- Rebaixamento de consciência, sonolência, confusão, agitação desproporcional.
- Respiração superficial, fadiga, redução progressiva do esforço com piora do sensório.
- Necessidade de VNI ou dúvida sobre indicação/monitorização de falha.

4.2 Falha de oxigenoterapia convencional (hipoxemia persistente)

- Não atinge meta de SpO₂ após escalonamento adequado de O₂.
- Necessidade de O₂ alto com trabalho respiratório importante.
- Deterioração rápida ou hipoxemia recorrente após melhora transitória.

4.3 Situações de risco elevado / decisão de transferência

- Pneumonia grave com sinais sistêmicos/disfunção.
- Edema agudo cardiogênico com hipoxemia importante.
- Suspeita de TEP instável ou grave.
- Pós-convulsão/rebaixamento com suspeita de hipoventilação.
- Necessidade de documentar gravidade para regulação/UTI.

4.4 Quando NÃO é prioridade (evitar uso “automático”)

- Dispneia leve, SpO₂ na meta sem O₂ ou com baixo suporte e sem sinais de fadiga.
- Quadro claramente ansioso/hiperventilação sem sinais de hipóxia (avaliar clinicamente; se dúvida, reavaliar e considerar outros exames primeiro).
- Situações em que o resultado não alterará conduta imediata (por exemplo, paciente já com indicação inequívoca de transferência imediata por instabilidade — não atrasar transporte).

5. Modalidade: arterial vs venosa (padronização pragmática)

- Preferir arterial quando a decisão depende de oxigenação (hipoxemia grave, necessidade de documentar PaO_2 , avaliação fina de falha de oxigenação).
- Venosa pode ser aceitável como triagem em cenários de foco ventilatório/hipercapnia, quando a arterial não é possível rapidamente, desde que o médico registre que é venosa e utilize para tendência clínica (ex.: suspeita de hipercapnia em DPOC, rebaixamento, fadiga).
- Sempre registrar tipo de amostra (arterial/venosa) e condições (em ar ambiente ou com O_2 ; dispositivo/fluxo).

6. Materiais e preparação (mínimo obrigatório)

- Seringa apropriada para gasometria com anticoagulante (heparina) conforme protocolo do serviço/lab.
- Agulha adequada.
- Algodão/gaze, antisséptico, luvas, máscara/óculos.
- Curativo compressivo.
- Etiqueta de identificação (nome, data de nascimento/ID, setor, horário exato).
- Porta-amostra e transporte conforme rotina (gelo quando indicado pelo laboratório).
- Monitor e oxímetro no paciente durante/apos coleta em casos graves.

7. Procedimento — passo a passo (execução e rastreabilidade)

7.1 Antes da coleta

1. Confirmar indicação e prioridade (“IRA grave”).
2. Registrar no prontuário:
 - “Solicitada gasometria (arterial/venosa) às : para avaliação de (hipercapnia/falha O_2 /VNI/decisão transferência).”
3. Registrar condição respiratória no momento:
 - SpO_2 , FR, nível de consciência, dispositivo/fluxo de O_2 (se em VNI: mencionar).
4. Garantir estabilidade mínima:
 - paciente com risco de síncope/instabilidade deve estar monitorizado.

7.2 Coleta

5. Realizar antisepsia e coleta conforme técnica institucional.
6. Eliminar bolhas de ar (quando aplicável), homogeneizar conforme orientação.
7. Identificar imediatamente a amostra com horário exato.
8. Enviar com prioridade; registrar “coletada às : / enviada às :”.

7.3 Após coleta

9. Comprimir local e orientar; verificar sangramento/hematoma.
10. Reavaliar paciente (SpO₂/FR/sensório) e registrar.

8. Interpretação operacional (como usar para decisão sem virar “texto acadêmico”)

A interpretação deve sempre ser clínica-guiada. Regra de ouro: *resultado não substitui avaliação do esforço respiratório e do nível de consciência.*

8.1 Itens que devem constar na anotação médica (mínimo útil)

- Tipo de amostra (arterial/venosa).
- Situação de O₂ no momento (ar ambiente ou dispositivo/fluxo).
- Achados relevantes (ex.: “hipercapnia”, “acidose”, “hipoxemia importante”) e o que isso mudou na conduta.

8.2 Uso prático por cenário

DPOC/hipercapnia suspeita:

- Se há sinais clínicos de fadiga e o resultado sugere hipercapnia/acidose → fortalecer indicação de VNI/transferência/monitorização intensiva.
- Se o paciente está sonolento e piorando → priorizar suporte e transferência, independentemente de “número bonito”.

Falha de O₂/hipoxemia:

- Se hipoxemia persistente (ou suspeita clínica forte) → reforçar necessidade de escalonamento e transferência, sobretudo quando requer suporte não disponível.

Pneumonia grave/sepsis:

- Resultado compatível com gravidade → priorizar antibiótico e regulação sem atrasos.

9. Repetição de gasometria (quando faz sentido)

- Após início de VNI, se o resultado inicial foi usado para decisão e a evolução clínica exigir documentação adicional.
- Se piora clínica apesar de suporte.
- Se mudança relevante de estratégia (ex.: falha de VNI, necessidade de ventilação assistida).

10. Registros obrigatórios e campos padrão

- Indicação (por que foi solicitada).
- Horário de solicitação, coleta e recebimento do resultado.
- Tipo de amostra.
- Condição do paciente e O₂ no momento.
- Decisão tomada após resultado (manter O₂ / iniciar VNI / transferir / reavaliar em __ min).

11. Pontos críticos de controle (PCC)

- PCC-08-01: gasometria **não deve atrasar** O₂, broncodilatadores, VNI indicada ou antibiótico em sepse.
- PCC-08-02: sempre documentar **dispositivo/fluxo** no momento — sem isso o valor perde rastreabilidade.
- PCC-08-03: em paciente grave, registrar **tempo total** (solicitação→resultado). Atrasos sistemáticos devem virar ação corretiva de processo.

POP-IRA-09 — Manejo Operacional da IRA por Edema Agudo Cardiogênico (EAP): O₂, VNI, Monitorização, Terapêutica e Destino

1. Objetivo

Padronizar abordagem do paciente com suspeita de EAP/insuficiência cardíaca aguda descompensada com IRA, garantindo rapidez no suporte respiratório, reavaliação objetiva, controle de risco de deterioração e critérios consistentes de transferência.

2. Escopo

Emergência e observação monitorizada; integração com regulação.

3. Critérios operacionais de suspeita (não depender apenas de RX)

Suspeitar de EAP quando houver combinação de:

- Dispneia de início agudo/subagudo + ortopneia (piora ao deitar) + história de cardiopatia/hipertensão.
- Estertores difusos ou crepitações bibasais.
- Taquicardia, hipertensão (frequente), sudorese fria.
- Expectoração espumosa (quando presente aumenta probabilidade).
- SpO₂ abaixo da meta com necessidade crescente de O₂.

4. Responsabilidades

- Médico: define diagnóstico sindrômico, prescreve suporte respiratório e terapêutica hemodinâmica, decide destino/transferência.
- Enfermagem: instala O₂/VNI, monitoriza, administra medicações, registra marcos e resposta.
- Líder de plantão: garante disponibilidade de VNI (se houver), cilindros e monitor.

5. Materiais

Monitor, O₂ (rede/cilindro), máscara com reservatório, acesso venoso, bomba/seringa conforme necessário, VNI quando disponível, aspirador.

6. Procedimento — passo a passo (primeira hora)

6.1 Primeiros 5–10 minutos

1. Posicionar **sentado** (semi-Fowler/ortopneia).
2. Iniciar O₂ conforme POP-IRA-02 (titulando para meta).
3. Monitorização contínua: SpO₂/FC; PA seriada a cada 5–10 min nos graves.
4. Avaliar gravidade:
 - fala, tiragens, fadiga, estado mental, perfusão.

6.2 Entre 10–20 minutos (decisão de VNI e terapia)

5. Considerar VNI (CPAP/BiPAP conforme disponibilidade/protocolo) quando:
 - esforço respiratório importante + hipoxemia significativa, sem contraindicações.
6. Realizar avaliação clínica integrada (ausculta, sinais de congestão, pressão arterial, perfusão).

7. Terapia medicamentosa conforme prescrição médica e perfil hemodinâmico do paciente (o POP descreve fluxo; a prescrição específica segue protocolo médico da unidade).

6.3 Reavaliações seriadas (obrigatórias)

8. Reavaliar e registrar a cada 5–10 min nos primeiros 30 min:
- SpO₂ (com dispositivo/fluxo), FR, fala, tiragens, PA, nível de consciência.
9. Se melhora sustentada:
- reduzir progressivamente O₂ mantendo meta e manter observação monitorizada.
10. Se não melhora ou piora:
- tratar como alto risco e iniciar regulação/transferência.

7. Critérios de alto risco/transferência precoce

- Necessidade de VNI contínua ou com risco de falha.
- Hipoxemia persistente apesar de suporte.
- Instabilidade hemodinâmica (hipotensão, choque, arritmia grave).
- Rebaixamento de consciência, exaustão.
- Suspeita de IAM/complicação aguda associada.

8. Registros obrigatórios (mínimo)

- Hora de início de O₂ e (se houver) VNI.
- PA seriada (primeira meia hora em graves).
- Resposta objetiva (SpO₂, esforço, estado mental).
- Hora de acionamento da regulação e síntese SBAR.

9. Pontos críticos de controle (PCC)

- PCC-09-01: EAP piora rápido; não “deixar em cadeira” sem monitorização e reavaliação.
- PCC-09-02: VNI sem reavaliação em 10–20 min é falha de processo.
- PCC-09-03: queda de FR com piora do sensório é sinal de fadiga, não melhora.

POP-IRA-10 — IRA Infecçiosa (Pneumonia/Infecção Respiratória Grave): Integração Assistencial, Critérios de Gravidade e Fluxo com Seps

1. Objetivo

Padronizar abordagem de IRA associada a pneumonia/infecção respiratória, garantindo suporte respiratório imediato, avaliação de gravidade sistêmica, integração com fluxo de seps quando aplicável e critérios claros para transferência.

2. Escopo

Triagem, emergência, observação; interface com laboratório e regulação.

3. Reconhecimento e estratificação de gravidade (operacional)

3.1 Sinais de gravidade respiratória

- Hipoxemia importante (SpO_2 abaixo da meta apesar de suporte).
- Esforço respiratório acentuado/tiragens.
- Alteração de consciência, exaustão.

3.2 Sinais de gravidade sistêmica / disfunção orgânica

- Hipotensão, hipoperfusão, confusão aguda, oligúria referida, prostração extrema.
- Taquicardia persistente com sinais de choque.
- Febre/hipotermia com instabilidade.

Se houver gravidade sistêmica, tratar como **suspeita de seps** até prova em contrário.

4. Responsabilidades

- Médico: define fenótipo infeccioso, ativa seps quando aplicável, prescreve antibiótico e suporte, define destino.
- Enfermagem: instala O_2 , coleta exames prioritizados, administra antibiótico e registra horários, monitora sinais vitais.
- Farmácia/almojarifado: garantir disponibilidade dos antimicrobianos pactuados e kits (para não atrasar início).

5. Procedimento — passo a passo (primeira hora)

1. Iniciar suporte respiratório imediatamente (POP-IRA-02), com reavaliação 2–5 min.
2. Monitorização:

- SpO₂/FC contínuos; PA seriada em suspeita de instabilidade.
- 3. Avaliar critérios para ativação do protocolo sepse:
 - disfunção orgânica + suspeita infecciosa.
- 4. Coletas essenciais conforme fluxo local (sem travar antibiótico quando gravidade):
 - hemograma, marcadores conforme disponibilidade e protocolo; culturas se pactuado e factível.
- 5. Antibiótico:
 - iniciar conforme protocolo médico e foco provável quando gravidade/sepse.
 - **Registrar horário de início** como marco assistencial.
- 6. Reavaliar em 10–20 min:
 - esforço, SpO₂, sensório, perfusão.
- 7. Destino:
 - Se grave ou risco de deterioração: acionar regulação e preparar transferência.
 - Se moderado com resposta sustentada: observação monitorizada com reavaliação seriada e plano claro.

6. Critérios de transferência precoce

- Necessidade de O₂ elevado persistente ou VNI.
- Sinais de choque/hipoperfusão.
- Alteração do nível de consciência.
- Comorbidades de alto risco com piora rápida.
- Falha de resposta nas primeiras 30–60 min.

7. Registros obrigatórios

- Hora de início O₂ e ajustes.
- Hora de ativação sepse (se aplicável).
- Hora de antibiótico (fundamental).
- Reavaliações seriadas com tendência.

8. PCC

- PCC-10-01: antibiótico sem registro de horário = falha de rastreabilidade.

- PCC-10-02: coleta “perfeita” não pode atrasar suporte/transferência em instável.
- PCC-10-03: paciente hipoxêmico infeccioso deve ter plano de destino precoce.

POP-IRA-11 — Regulação/Transferência na IRA: Gatilhos, SBAR Padronizado, Dossiê de Transferência e Gestão do Tempo

1. Objetivo

Padronizar o acionamento da regulação e o processo de transferência em IRA, reduzindo atrasos por informação incompleta, garantindo rastreabilidade, segurança clínica durante espera e transporte.

2. Escopo

Emergência/observação; inclui comunicação com central de regulação, hospital de referência e equipe de transporte.

3. Gatilhos objetivos para acionar regulação (não “esperar piorar”)

Acionar regulação **imediatamente** se houver qualquer um:

- Necessidade de **BVM** ou ventilação assistida.
- Uso de **VNI** com risco de falha, ou falha documentada.
- Hipoxemia persistente apesar de escalonamento adequado de O₂.
- Alteração do nível de consciência atribuída ao quadro respiratório.
- Instabilidade hemodinâmica/choque.
- Suspeita de etiologia com necessidade provável de UTI/ventilação invasiva (TEP instável, SDRA/pneumonia grave, obstrução alta, pneumotórax hipertensivo, intoxicação com hipoventilação).

4. Preparação antes do contato

Reunir e registrar:

- Identificação e idade.
- Horário de início dos sintomas e evolução.
- Comorbidades relevantes (DPOC/cardiopatia/neuromuscular).
- Sinais vitais atuais e tendência (últimos 30–60 min nos graves).
- Suporte atual: dispositivo O₂/fluxo, VNI/BVM, resposta.
- Suspeita diagnóstica/fenótipo.

- Exames já realizados (RX/ECG/labs) e achados chave.
- Medicações e horários (nebulizações, corticoide, antibiótico, diurético etc.).
- Risco no transporte (dessaturação, necessidade de monitor/aspiração).

5. SBAR Respiratório

S — Situação:

“Paciente ___ anos, IRA (hipoxêmica/hipercápnica). Está (estável/instável). Em (cateter/máscara/reservatório) ___ L/min / VNI / BVM. SpO₂ atual ___%.”

B — Background:

“Início há ___ (horas/dias). Comorbidades: ___. Suspeita principal: ___ (pneumonia/EAP/DPOC/TEP/outro).”

A — Avaliação:

“Últimos sinais vitais: PA ___, FC ___, FR ___, nível consciência ___. Tendência: (melhorando/piorando). Resposta às medidas: (O₂ escalonado às ___, nebulização ___, VNI iniciada às ___).”

R — Recomendação:

“Solicito leito (UTI/enfermaria) e transporte avançado (sim/não). Necessita (O₂ alto contínuo/BVM disponível/monitorização/aspiração).”

6. Gestão do tempo

- Registrar hora do 1º contato com regulação.
- Se não houver definição em tempo razoável para caso instável, realizar **recontato** e registrar (sem intervalos longos em caso de deterioração).
- Se houver piora durante espera, comunicar imediatamente atualização clínica (novo SBAR resumido).

7. Dossiê mínimo de transferência

- Resumo clínico com linha do tempo (chegada → O₂ → intervenções → resposta → decisão).
- Sinais vitais seriados (principalmente primeira hora).
- Terapias realizadas e horários.
- Exames e achados essenciais.
- Nome do médico responsável e contato da UPA.

8. PCC

- PCC-11-01: regulação sem SBAR/documento = atraso e risco de recusa.

- PCC-11-02: paciente grave aguardando vaga sem plano de contingência (BVM/O₂/aspiração) = falha crítica.
- PCC-11-03: sempre documentar “hora do contato” e “o que foi orientado”.

POP-IRA-12 — Transporte/Remoção do Paciente com IRA: Checklist Completo, Segurança Clínica, Continuidade Terapêutica e Registro

1. Objetivo

Garantir transporte seguro de paciente com IRA, prevenindo eventos adversos (dessaturação, desconexão, falha de O₂, aspiração, perda de acesso, ausência de documentação) e assegurando continuidade do cuidado na unidade de destino.

2. Escopo

Transporte interno (RX, sala de procedimentos) e externo (transferência regulada), incluindo preparação, saída, trajeto e entrega.

3. Responsabilidades

- Médico: autoriza e define nível de suporte necessário no transporte (O₂ alto, monitor, BVM, acompanhante profissional).
- Enfermeiro: coordena checklist, garante cilindro e dispositivos, confere medicações e acesso.
- Técnico/Equipe de transporte: executa deslocamento com monitorização conforme indicado.
- Líder do plantão: garante disponibilidade de cilindros e materiais “prontos para remoção”.

4. Classificação do risco para transporte

4.1 Alto risco

- Necessita máscara com reservatório/O₂ alto.
- Em VNI recente ou com risco de falha.
- Alteração de consciência, secreção abundante, vômitos prévios.
- Instabilidade hemodinâmica ou tendência de piora.
- Hipoxemia que reaparece com mínima redução de suporte.

4.2 Risco moderado

- Necessita O₂ baixo/moderado para manter meta, estável, sem fadiga importante.

- Sem alteração de consciência.

4.3 Baixo risco

- Sem O₂, SpO₂ estável e sem esforço importante (ainda assim, manter oxímetro disponível se deslocamento prolongado).

5. Checklist completo pré-saída

5.1 Avaliação imediata antes de sair

- Horário: :
- SpO₂ ___ % com (dispositivo/fluxo)
- FR ___ / FC ___ / PA ___
- Estado mental: alerta / responde voz / dor / não responde
- Esforço: leve / moderado / importante
- Ausculta/resumo respiratório (quando relevante)

5.2 Oxigênio portátil e dispositivos

- Cilindro: pressão/manômetro conferido (sim/não)
- Autonomia estimada compatível com trajeto + margem (sim/não)
- Conexões testadas e fluxo conferido (sim/não)
- Dispositivo adequado instalado (cateter/máscara/reservatório)
- Oxímetro portátil disponível e funcionando (sim/não)

5.3 Ventilação de contingência (alto risco)

- BVM montado com reservatório e O₂ (sim/não)
- Aspirador portátil ou plano de sucção (sim/não)
- Sonda e material de aspiração (sim/não)

5.4 Acesso e medicações

- Acesso venoso pérvio e fixado (sim/não)
- Medicações críticas já administradas e horários registrados (sim/não)
- Próximas doses programadas (se necessário) anotadas (sim/não)

5.5 Documentação que acompanha o paciente

- Resumo clínico (linha do tempo) (sim/não)
- Sinais vitais seriados (sim/não)

- Exames relevantes (RX/ECG/labs) anexados ou descritos (sim/não)
- Contatos: médico responsável + telefone da UPA (sim/não)
- Protocolo/regulação: número/registro e horário (sim/não)

6. Durante o transporte

6.1 Alto risco

- Monitorizar SpO₂ continuamente quando possível.
- Reavaliar estado mental e esforço.
- Não reduzir suporte no trajeto.
- Se dessaturar:
 - checar conexões e vedação → aumentar fluxo/dispositivo → considerar BVM se ventilação inadequada.

6.2 Moderado risco

- Checar SpO₂ periodicamente (pontos do trajeto) e sempre que houver queixa/piora.

7. Entrega na unidade de destino

- Informar suporte atual e resposta.
- Entregar resumo com horários e terapias.
- Registrar no prontuário da UPA:
 - hora da saída e hora da entrega (quando possível),
 - condições clínicas no momento da saída.

8. Registros obrigatórios

- Checklist preenchido com nome e assinatura (ou identificação) de quem conferiu.
- Horário de saída e destino.
- Intercorrências no trajeto (se ocorrerem).

9. PCC

- PCC-12-01: cilindro sem teste e sem autonomia estimada = risco crítico.
- PCC-12-02: alto risco sem BVM disponível = falha grave.
- PCC-12-03: transferência sem resumo/linha do tempo compromete continuidade e aumenta risco jurídico.

5.1.2.6 Trauma

1. Objetivo e resultados esperados

1.1 Objetivo geral

Organizar e padronizar o atendimento ao paciente vítima de trauma na UPA 24h, assegurando:

- Reconhecimento imediato de risco de morte;
- Intervenções prioritárias com tempo-resposta mínimo;
- Estabilização inicial segura e rastreável;
- Redução de falhas por variabilidade de plantão;
- Integração com regulação/transferência e continuidade do cuidado;
- Documentação completa para controle clínico, auditoria e proteção institucional.

1.2 Resultados assistenciais e operacionais esperados

- Redução do tempo entre chegada e início de medidas de salvamento (controle de sangramento, O₂, monitorização, acesso);
- Aumento do percentual de traumas moderados/graves com avaliação estruturada (XX-ABCDE) registrada;
- Aumento do percentual de casos com decisão precoce de destino (observação/alta/transferência);
- Diminuição de eventos adversos evitáveis: dessaturação não reconhecida, hipotermia, atraso em transferência, imobilização inadequada, falha de registro.

2. Escopo, definições e classificação operacional

2.1 Escopo

Aplica-se a todo paciente com suspeita ou confirmação de trauma:

- Trauma contuso (quedas, colisões, atropelamentos, agressões);
- Trauma penetrante (perfurocortante, empalamento);
- Trauma por esmagamento;
- Queimaduras térmicas, químicas e elétricas;

- Trauma em populações especiais);
- Trauma com implicações legais/forenses.

2.2 Definições operacionais

- Trauma grave (alta probabilidade de risco imediato): apresenta instabilidade hemodinâmica, rebaixamento de consciência, sinais respiratórios graves, hemorragia relevante, trauma penetrante de tronco/pescoço, múltiplas lesões com mecanismo de alta energia, suspeita de lesão interna significativa, necessidade provável de UTI/cirurgia.
- Trauma moderado: estável no momento, porém com risco de deterioração, dor importante, fratura relevante, trauma torácico/abdominal sem sinais de choque porém com mecanismo sugestivo, necessidade de observação monitorizada e/ou exames seriados.
- Trauma leve: sinais vitais estáveis, exame sem suspeita de lesão grave, dor controlável, sem mecanismo de alto risco e com segurança para alta com orientações.

Regra operacional: mecanismo + fisiologia + anatomia definem gravidade. Se um dos três sugere alto risco, tratar como moderado/grave até reclassificação.

2.3 Princípios “não negociáveis”

1. Primeiro tratar o que mata: hemorragia, via aérea, ventilação, choque, TCE grave.
2. XX-ABCDE padroniza sequência e registro.
3. Reavaliação cíclica: toda intervenção exige re Checagem de sinais vitais e resposta clínica.
4. Hipotermia piora sangramento: prevenir desde o início.
5. Transferência precoce salva vida: em trauma grave, a UPA estabiliza e transfere; não “resolve tudo”.
6. Registro é parte do cuidado: tempo e rastreabilidade são obrigatórios.

3. Governança do atendimento: ativação, papéis e fluxo de entrada

3.1 Gatilhos de ativação do “Fluxo Trauma”

O Fluxo Trauma deve ser ativado quando houver qualquer:

- Mecanismo de alta energia: colisão alta velocidade, capotamento, ejeção, atropelamento, queda de altura, esmagamento, explosão, acidente com

múltiplas vítimas, trauma penetrante em tronco/pescoço, queimadura relevante, afogamento associado, acidente elétrico importante.

- Sinais fisiológicos de gravidade: hipotensão, taquicardia importante com sinais de má perfusão, rebaixamento de consciência, dessaturação, dispneia, FR muito elevada com fadiga, convulsão pós-trauma.
- Lesão anatômica de alto risco: amputação, fratura exposta grande, suspeita de pelve/fêmur, tórax instável, ferimento penetrante no tronco, hematoma cervical expansivo, sangramento ativo importante.

3.2 Prioridade de atendimento (sem travar no administrativo)

- Paciente com gatilho de trauma entra direto no box de emergência/monitorização, com cadastro posterior.
- A triagem pode ser feita no leito (triagem assistencial) quando quadro grave.

3.3 Papéis mínimos e comando do atendimento

Estrutura recomendada por gravidade:

Trauma Grave

- Líder clínico (médico): comanda XX-ABCDE, define prioridades e destino.
- Enfermeiro líder: coordena execução, checklists, materiais, monitorização e tempos.
- Téc. Enfermagem 1: acesso venoso + coleta + infusão.
- Téc. Enfermagem 2: oxigenação/ventilação básica, posicionamento, curativos/torniquete conforme orientação.
- Registrador (scribe): pode ser técnico/enfermeiro designado, focado em registrar tempos e intervenções.
- Apoio:aqueiro/segurança para controle de ambiente + administrativo para regulação.

Trauma Moderado

- Médico + enfermeiro + 1 técnico (mínimo), com possibilidade de acionar reforço.

Trauma Leve

- fluxo padrão com avaliação estruturada e orientação de alta.

3.4 Comunicação e disciplina de sala

- Uma pessoa fala por vez (líder).

- Ordens em “circuito fechado” (quem executa repete e confirma).
- Ambiente controlado: reduzir número de pessoas não essenciais, manter passagem livre para carrinho, oxigênio, aspirador e saída para transporte.

4. Preparação da sala de trauma

4.1 Equipamentos mínimos no box de trauma

- Rede de O₂ e/ou cilindro com fluxômetro funcional.
- Aspirador funcional com sondas.
- Monitor multiparamétrico (PA, FC, SpO₂).
- Desfibrilador disponível no setor.
- BVM com reservatório e máscaras tamanhos diversos.
- Materiais de acesso venoso (calibres variados) + soluções.
- Materiais de curativo compressivo e hemostasia externa.
- Materiais de imobilização (talas, ataduras, tipóias) e colar cervical (tamanhos).
- Cinta pélvica (se disponível) ou alternativa institucional padronizada.
- Cobertores/mantas (prevenção hipotermia).
- Kits de coleta (incluindo glicemia capilar).

4.2 Organização por “Kits”

- Kit Hemorragia: compressas, bandagens, curativo compressivo, torniquete, tesoura, luvas, caneta para horário.
- Kit Via Aérea Básica: cânulas, aspirador, BVM, máscaras.
- Kit Acesso/Infusão: cateteres, extensores, equipos, torniquete venoso, fixação.
- Kit Imobilização: talas, ataduras, colares, tipoia.
- Kit Exposição/Temperatura: manta térmica, lençol, tesoura de roupa.

4.3 Checklist de prontidão por plantão

- O₂/aspiração testados
- BVM montado
- Torniquete presente

- Cinta pélvica disponível (ou alternativa)
- Monitor funcionando
- Mantas disponíveis

5. Fluxo clínico: XX-ABCDE implantável

O XX-ABCDE deve ser executado com registro por blocos. A cada letra, registrar: achado principal + intervenção + resposta.

5.1 X — Hemorragia

5.1.1 Objetivo

Interromper hemorragia externa grave em segundos/minutos, evitando progressão para choque e morte.

5.1.2 Ações imediatas

1. Identificar sangramento ativo importante (roupa encharcada, jato pulsátil, poça de sangue, sangramento que não cessa com compressão leve).
2. Compressão direta vigorosa + elevar membro (se aplicável).
3. Aplicar curativo compressivo firme; reavaliar em 30–60s.
4. Se hemorragia em membro não controlada: torniquete (alto e apertado, acima do sangramento) e registrar horário visível.
5. Feridas em transição (axila/virilha/pelve) com sangramento: compressão contínua e tamponamento conforme capacitação e protocolo institucional.
6. Suspeita de fratura pélvica com instabilidade/choque: cinta pélvica o mais cedo possível.

5.1.3 Pontos críticos de controle

- Hemorragia externa importante não pode ficar “para depois do X-ABCDE”. Ela é o X.
- Torniquete sem registro de horário é falha grave.
- Reavaliação do sangramento após cada medida é obrigatória.

5.1.4 Registros mínimos

- Local do sangramento.
- Medida aplicada (compressão/curativo/torniquete).
- Hora do torniquete (se usado).

- Resposta (cessou/reduziu/persistiu) e plano.

5.2 A — Via aérea com proteção cervical

5.2.1 Objetivo

Garantir via aérea pérvia, prevenir aspiração e reduzir risco neurológico por movimentação cervical inadequada em casos indicados.

5.2.2 Critérios para suspeita de comprometimento de via aérea

- Sons anormais: estridor, gorgolejo, roncos progressivos.
- Trauma facial extenso, sangramento oral importante.
- Vômitos repetidos.
- Rebaixamento de consciência/incapacidade de proteger via aérea.
- Queimadura de face/inalação
- Hematoma cervical progressivo.

5.2.3 Sequência operacional

1. Verificar se o paciente fala (sinal indireto de via aérea).
2. Aspirar secreção/sangue quando necessário (aspiração pronta).
3. Manobras: jaw thrust se suspeita cervical; evitar hiperextensão.
4. Dispositivos básicos: cânula oro/nasofaríngea conforme tolerância e contraindicações.
5. Oxigênio suplementar e monitorização contínua.
6. Proteção cervical: indicar colar/estabilização manual quando:
 - mecanismo compatível + dor cervical;
 - déficit neurológico;
 - rebaixamento;
 - intoxicação;
 - exame não confiável.
7. Se ameaça real à via aérea e recursos de via aérea avançada não disponíveis/seguro: acionar transferência imediata e manter via aérea básica + BVM se necessário.

5.2.4 Registros mínimos

- Achado principal (p. ex., “sangue em orofaringe”, “vômitos”, “rebaixamento”).
- Intervenção (aspiração, cânula, estabilização cervical).
- Resposta (melhora de saturação/ventilação/fala).
- Decisão (observação/transferência).

5.3 B — Respiração e ventilação

5.3.1 Objetivo

Identificar e tratar rapidamente causas respiratórias potencialmente fatais associadas ao trauma e manter oxigenação/ventilação adequadas.

5.3.2 Avaliação rápida padronizada (30–60s)

- FR, SpO₂, uso de musculatura acessória.
- Simetria de expansão torácica.
- Ausculta (bilateral) e dor torácica.
- Sinais externos: feridas, equimoses, crepitação subcutânea.
- Capacidade de falar frases completas.

5.3.3 Intervenções imediatas

1. Iniciar O₂ e titular conforme meta clínica (e manter registro do dispositivo/fluxo).
2. Analgesia precoce (dor torácica impede ventilação).
3. Suspeitar e agir em condições de risco:
 - Pneumotórax hipertensivo (suspeita clínica): piora respiratória + instabilidade + assimetria ventilatória → tratar como emergência e iniciar transferência imediata; manter suporte ventilatório básico, evitar atrasos.
 - Hemotórax volumoso: choque + murmúrio diminuído/macicez; tratar como risco alto e transferir.
 - Contusão pulmonar: hipóxia progressiva após trauma torácico; alto risco de deterioração.
4. Se falência ventilatória: BVM e regulação imediata.

5.3.4 Registros mínimos

- SpO₂/FR iniciais e após O₂.

- Dispositivo/fluxo.
- Achados torácicos relevantes.
- Necessidade de BVM e hora.

5.4 C — Circulação e choque

5.4.1 Objetivo

Detectar choque precocemente, controlar sangramento, garantir acesso e manter perfusão enquanto organiza transferência quando necessário.

5.4.2 Avaliação de perfusão

- PA, FC, temperatura de extremidades, enchimento capilar, nível de consciência.
- Pele fria/sudorese, palidez.
- Sinais de hipoperfusão (confusão, prostração extrema).

5.4.3 Ações operacionais

1. Dois acessos periféricos calibrosos quando possível.
2. Coletas conforme gravidade e capacidade (sem atrasar medidas vitais).
3. Reposição volêmica com reavaliação frequente (resposta de perfusão, PA, estado mental).
4. Investigar fonte provável:
 - Externa (X)
 - Tórax (B)
 - Abdome
 - Pelve
 - Fêmur/fraturas longas
5. Imobilizações que reduzem sangramento:
 - Cinta pélvica em suspeita pélvica com instabilidade.
 - Imobilização adequada de fratura de fêmur.
6. Transferência precoce quando choque/suspeita de hemorragia interna significativa.

5.4.4 Registros mínimos

- PA/FC seriados (com horários).
- Acessos (quantos, locais, hora).
- Intervenções e resposta.
- Hora do acionamento da regulação.

5.5 D — Déficit neurológico (TCE/medula)

5.5.1 Objetivo

Identificar TCE moderado/grave e déficit neurológico, prevenir hipóxia/hipotensão secundárias e estabelecer vigilância seriada com gatilhos de transferência.

5.5.2 Avaliação padronizada

- Nível de consciência (AVPU ou Glasgow conforme rotina da unidade).
- Pupilas (tamanho, simetria, reatividade).
- Força/sensibilidade (se possível) e sinais focais.
- Glicemia capilar em rebaixamento sem explicação.

5.5.3 Gatilhos de alto risco

- Rebaixamento progressivo.
- Convulsão pós-trauma ou recorrente.
- Déficit focal, pupilas assimétricas.
- Vômitos repetidos com cefaleia e piora.
- Trauma com uso de anticoagulante/antiagregante + sintomas neurológicos.
- Suspeita de lesão de coluna com déficit.

5.5.4 Registros mínimos

- Escala utilizada e pontuação (ou AVPU).
- Pupilas.
- Evolução temporal (melhora/piora) com horários.
- Condutas e destino.

5.6 E — Exposição completa e prevenção de hipotermia

5.6.1 Objetivo

Identificar lesões ocultas e prevenir hipotermia, que aumenta sangramento e piora desfecho.

5.6.2 Sequência

1. Expor o suficiente para examinar completamente (inclui dorso).
2. Inspecionar couro cabeludo, axilas, períneo, dorso e extremidades.
3. Após examinar: cobrir e aquecer (manta/lençol), reduzir corrente de ar, avaliar necessidade de aquecimento adicional.
4. Registrar lesões e medidas de aquecimento.

6. Avaliação secundária completa

6.1 História AMPLE (obrigatória em moderado/grave)

- Alergias
- Medicações (anticoagulantes/antiagregantes/insulina/sedativos)
- Passado médico (cardiopatia, DPOC, epilepsia, insuf. renal)
- Last meal (se transferência provável)
- Events (mecanismo detalhado) + hora do evento + atendimento pré-hospitalar (SAMU, imobilização, sangramento, perda de consciência).

6.2 Exame físico por regiões (com pontos de decisão)

Cabeça/face

- Lacerações, hematomas, deformidades.
- Sangramento nasal/oral persistente.
- Sinais sugestivos de fratura de base (registrar suspeita).

Pescoço

- Dor, deformidade, hematoma expansivo, ferimentos penetrantes.
- Avaliar precocemente risco de via aérea/vascular.

Tórax

- Dor localizada, crepitação, instabilidade de arcos costais, assimetria ventilatória.
- Sinais de contusão/trauma fechado.

Abdome

- Dor localizada, distensão, defesa, sinais de irritação peritoneal.
- Equimose em “cinto de segurança” sugere risco aumentado.

Pelve

- Dor pélvica, instabilidade (evitar repetir manobras), hematoma perineal.
- Suspeita de lesão urológica se sangue em meato uretral (não instrumentar, registrar e transferir).

Extremidades

- Deformidades, feridas, dor, edema progressivo.
- Avaliação neurovascular distal antes e depois de imobilizar:
 - Pulsos, perfusão, enchimento capilar, sensibilidade, motricidade.

Coluna/dorso

- Dor, deformidades, lesões, hematomas.

6.3 Reavaliação seriada

Trauma grave/instável: reavaliar sinais vitais e X-ABCDE a cada 5–10 minutos na primeira hora.

Trauma moderado: reavaliar a cada 15–30 minutos conforme risco e evolução.

Toda reavaliação deve gerar registro objetivo (tendência).

7. Manejo de dor, sedação e segurança clínica**7.1 Diretrizes**

- Dor intensa não tratada piora ventilação, aumenta consumo de oxigênio e dificulta exame.
- Analgesia deve ser **planejada**, com reavaliação de eficácia e eventos adversos.

7.2 Rotina mínima

1. Mensurar dor (escala numérica) e registrar.
2. Avaliar risco de depressão respiratória (especialmente em TCE/hipoventilação).
3. Administrar analgesia conforme prescrição e protocolos locais.
4. Reavaliar dor e sedação (alerta/sonolência) e registrar resposta.

A prescrição detalhada de fármacos e doses deve seguir o protocolo médico institucional e a padronização farmacêutica da unidade; aqui o foco é o processo e os pontos de controle.

8. Imobilização, feridas e ortopedia: rotinas que precisam “rodar” no plantão

8.1 Regra neurovascular (obrigatória)

Antes e após imobilização/curativo compressivo em membro:

- Pulso distal (presente/ausente)
- Perfusão (cor/temperatura/enchimento capilar)
- Sensibilidade (normal/alterada)
- Motricidade (presente/limitada)

Sem esse registro, não há rastreabilidade de complicação.

8.2 Fratura exposta (fluxo operacional)

1. Cobrir com curativo estéril.
2. Não manipular fragmentos.
3. Avaliar neurovascular distal e registrar.
4. Analgesia e antibiótico/profilaxias conforme protocolo médico.
5. Transferência/regulação precoce quando indicado.

8.3 Suspeita de síndrome compartimental (gatilhos)

- Dor desproporcional, dor à mobilização passiva, parestesias, tensão, piora progressiva.
Conduta: afrouxar contenções apertadas, manter membro em posição neutra, avaliação médica imediata e transferência.

8.4 Suspeita de lesão vascular (gatilhos)

- Ausência de pulso, membro frio/pálido, enchimento capilar lento, déficit neurológico progressivo.
Conduta: emergência e transferência imediata.

9. Critérios objetivos de destino (alta, observação, transferência)

9.1 Alta segura (somente se TODOS presentes)

- Sinais vitais estáveis e mantidos.

- Dor controlada com plano terapêutico.
- Exame físico sem sinais de lesão oculta grave.
- Sem mecanismo de alto risco não esclarecido.
- Orientações de retorno e sinais de alarme documentados.
- Encaminhamentos/receitas e restrições (repouso, mobilidade) registradas.

9.2 Observação monitorizada na UPA

Indicar quando:

- Necessita reavaliação seriada (neurológica, dor, perfusão).
- Trauma moderado estável aguardando exame/parecer/controle de sintomas.
- Necessidade de vigilância por risco de deterioração.

Obrigatório: plano com tempo de reavaliação e critérios de escalonamento.

9.3 Transferência/regulação imediata

Qualquer um:

- Instabilidade hemodinâmica/choque.
- Necessidade de BVM / falência ventilatória.
- TCE moderado/grave ou deterioração neurológica.
- Trauma penetrante em tronco/pescoço.
- Suspeita de hemorragia interna significativa (abdome/pelve) com sinais de hipoperfusão.
- Fratura exposta grande, amputação, lesão vascular, queimadura grave.
- Necessidade de recurso não disponível (cirurgia/UTI/imagem crítica).

10. Regulação e transferência: SBAR do Trauma (padronização implantável)

10.1 Quando acionar

- **Trauma grave:** acionar no início do atendimento após estabilização mínima (não esperar “finalizar tudo”).
- **Trauma moderado com risco:** acionar após primeira avaliação e reavaliação inicial se persistirem sinais de risco.

10.2 SBAR obrigatório (modelo para leitura)

S (Situação): paciente ___ anos, trauma ___ (contuso/penetrante), estado atual ___ (instável/estável), suporte em uso ___.

B (Background): mecanismo, hora do evento, atendimento pré-hospitalar, comorbidades e anticoagulantes.

A (Avaliação): achados críticos do XX-ABCDE, sinais vitais e tendência, suspeitas principais (ex.: TCE, hemorragia interna, trauma torácico).

R (Recomendação): necessidade de leito (UTI/sala cirúrgica/trauma), tipo de transporte, riscos no trajeto (dessaturação, sangramento), suporte necessário.

10.3 Dossiê mínimo de transferência (não pode faltar)

- Linha do tempo (chegada, intervenções e respostas com horários).
- Sinais vitais seriados (primeira hora nos graves).
- Intervenções: controle de sangramento, O₂, BVM, acessos, fluidos, analgesia, imobilização.
- Exames disponíveis e achados essenciais (se realizados).
- Suspeitas diagnósticas e plano de risco.
- Contatos do médico/enfermagem responsável.

11. Documentação clínica e legal: padrão mínimo obrigatório

11.1 Campos mínimos no prontuário

- Hora de chegada e origem (SAMU/demanda espontânea).
- Mecanismo e hora do evento.
- XX-ABCDE com achados e intervenções.
- Sinais vitais seriados.
- Avaliação neurovascular distal (quando imobilizações/trauma de membro).
- Analgesia: medicação/horário/resposta.
- Reavaliações e tendência.
- Decisão de destino e justificativa.
- Regulação: hora do contato, resumo SBAR e orientação recebida.

11.2 Controle de pertences e cadeia de custódia (quando aplicável)

Se houver suspeita de violência, objetos/roupas podem ter relevância. Padronizar:

- Registro de itens entregues à família/autoridade (data, hora, assinatura).
- Não descartar roupas com perfurações sem orientação institucional/autoridade.

12. Checklists operacionais (para implantação imediata)

12.1 Checklist “Trauma — Primeiros 10 minutos”

- Fluxo Trauma ativado / sala preparada
- X: hemorragia externa avaliada e controlada (se presente)
- O₂ iniciado e SpO₂ registrada + dispositivo/fluxo
- Monitor instalado (FC/PA/SpO₂)
- 1–2 acessos venosos obtidos (ou tentativa registrada)
- Avaliação neurológica inicial registrada (AVPU/Glasgow + pupilas)
- Exposição e prevenção de hipotermia iniciada
- Decisão preliminar de destino (observar/transferir) definida

12.2 Checklist “Pré-transferência do Trauma”

- Sinais vitais na saída + suporte em uso
- O₂ portátil com autonomia conferida
- BVM disponível (se risco respiratório)
- Controle de sangramento mantido (curativo/torniquete com horário)
- Imobilizações com avaliação neurovascular antes/depois registrada
- Linha do tempo e SBAR anexados
- Intercorrências e riscos no transporte comunicados

13. Pontos críticos de controle (PCC) e falhas frequentes (para auditoria interna)

- PCC-01: Hemorragia importante sem intervenção imediata registrada.
- PCC-02: Trauma moderado/grave sem XX-ABCDE documentado.
- PCC-03: Hipotermia por falta de manta/cobertura após exposição.

- PCC-04: Imobilização sem neurovascular antes/depois.
- PCC-05: Regulação tardia em trauma grave.
- PCC-06: Ausência de horários em intervenções críticas.

14. Indicadores de processo e qualidade (mensais)

- Tempo chegada → controle inicial de sangramento (quando presente).
- Tempo chegada → O₂ e monitorização em trauma moderado/grave.
- Percentual de traumas moderados/graves com XX-ABCDE completo registrado.
- Percentual com reavaliação seriada registrada na primeira hora.
- Tempo até acionamento de regulação em trauma grave.
- Percentual de transferências com checklist completo e SBAR anexado.

15. Implantação: rotina de treinamento e sustentação

- Treinamento inicial (teórico-prático) do XX-ABCDE e checklists.
- Simulações mensais (politrauma, TCE com rebaixamento, hemorragia de membro, trauma torácico).
- Auditoria por amostragem (10–20 prontuários/mês) com devolutiva.
- Ajustes de logística (kits, manta, torniquete, O₂ portátil) com responsável e prazos.

16. Traumas por região e síndromes críticas (condutas operacionais completas)

16.1 Trauma torácico (contuso e penetrante)

16.1.1 Objetivos específicos

- Identificar precocemente ameaça ventilatória e circulatória;
- Controlar dor e garantir ventilação eficaz;
- Reconhecer sinais de pneumotórax hipertensivo, hemotórax volumoso, contusão pulmonar e tamponamento cardíaco (quando aplicável);
- Definir com rapidez necessidade de transferência para serviço com cirurgia torácica/UTI e imagem avançada.

16.1.2 Triagem de risco (gatilhos de “alto risco torácico”)

Considerar trauma torácico de alto risco quando houver:

- Dispneia moderada a grave, SpO₂ persistente baixa apesar de O₂;
- Hipotensão/taquicardia associadas a dor torácica e/ou sinais de hipoperfusão;
- Assimetria ventilatória (expansão reduzida unilateral), murmúrio vesicular diminuído unilateral;
- Crepitação subcutânea extensa;
- Dor torácica intensa com FR elevada e fadiga;
- Trauma penetrante em tórax ou próximo ao esterno;
- Sinais de tórax instável (múltiplas fraturas costais com movimento paradoxal);
- Hemoptise, cianose;
- Mecanismo de alta energia com impacto direto no tórax (volante, cinto, queda alta, esmagamento).

16.1.3 Avaliação estruturada (padrão)

Em até 2 minutos após estabilização do X/A:

1. Inspeção: feridas, equimoses, deformidade, movimento paradoxal, uso de musculatura acessória.
2. Palpação: dor localizada, crepitação óssea, crepitação subcutânea.
3. Percussão (quando possível): hipersonoridade unilateral (suspeita pneumotórax), macicez (suspeita hemotórax).
4. Ausculta: bilateral, comparar lados.
5. Monitorização: SpO₂ contínua, PA seriada, FR e sinais de fadiga.

16.1.4 Condutas operacionais por suspeita clínica (UPA)

A UPA estabiliza e acelera transferência quando há ameaça; não deve prolongar permanência em casos de provável deterioração.

A) Suspeita de pneumotórax hipertensivo (ameaça imediata)
Sinais sugestivos:

- Dispneia importante + queda de saturação + instabilidade hemodinâmica;
- Redução marcada do murmúrio vesicular unilateral + distensão progressiva;

- Desvio traqueal é tardio e não deve ser aguardado.

Conduta operacional:

1. Oxigênio imediato + preparar suporte ventilatório (BVM se necessário).
2. Solicitar apoio/regulação **imediatamente** (sem atrasos).
3. Monitorização contínua; manter acesso venoso calibroso.
4. Se houver protocolo institucional e equipe treinada com material disponível: executar procedimento conforme diretriz local (registrar técnica, local e resposta).
5. Se não houver condição segura de procedimento na UPA: manter suporte ventilatório e acelerar transferência.

Registro mínimo obrigatório: hora do reconhecimento, sinais, intervenção/encaminhamento, resposta de SpO₂/PA.

B) Suspeita de hemotórax volumoso

Sinais: choque + murmúrio reduzido + macicez, trauma de alta energia/penetrante.

Conduta:

1. O₂ + acesso venoso + reposição guiada por perfusão.
2. Evitar atrasos; acionar regulação e transferência para serviço com cirurgia/UTI.
3. Reavaliar ABCD a cada 5–10 min em instáveis.

C) Contusão pulmonar / insuficiência ventilatória progressiva

Sinais: hipóxia que piora com o tempo, taquipneia, estertores, trauma importante.

Conduta:

1. O₂ titulado; observar fadiga respiratória.
2. Analgesia e posicionamento.
3. Se necessidade crescente de O₂, sinais de fadiga ou dessaturação: indicar transferência precoce.

D) Tórax instável

Conduta:

1. Analgesia agressiva (com segurança) e O₂.
2. Suporte ventilatório se necessário.
3. Monitorização contínua e transferência se instabilidade/hypóxia.

E) Ferimento penetrante em tórax

Conduta:

1. X-ABCDE; foco em via aérea e ventilação.
2. Curativo e controle de sangramento externo.
3. Não atrasar regulação/transferência para centro com cirurgia.
4. Documentar localização, tamanho aproximado, sangramento, dispneia e evolução.

16.1.5 Reavaliações e critérios de escalonamento

- Se SpO₂ não melhora ou piora em 5–10 min apesar de O₂: escalonar imediatamente.
- Se PA cai ou FC sobe com perfusão ruim: tratar como choque hemorrágico até prova em contrário.
- Qualquer deterioração clínica é gatilho de transferência imediata.

16.2 Trauma abdominal (contuso/penetrante)**16.2.1 Objetivos específicos**

- Identificar hemorragia interna e peritonite precocemente;
- Evitar “observação prolongada” em casos com risco elevado;
- Garantir decisão de destino baseada em sinais clínicos e mecanismo.

16.2.2 Sinais e mecanismos de alto risco

- Dor abdominal progressiva, defesa involuntária, rigidez, dor à descompressão;
- Distensão abdominal crescente;
- Equimoses extensas (especialmente padrão “cinto de segurança”);
- Hipotensão/taquicardia com sinais de hipoperfusão;
- Vômitos persistentes com dor importante após trauma;
- Trauma penetrante em abdome/flanco/lombar;
- Mecanismo de alta energia com impacto abdominal.

16.2.3 Avaliação operacional na UPA (padrão)

1. Inspeção: equimoses, feridas, distensão, abrasões.

2. Palpação: dor localizada, defesa, rigidez, sinais de irritação peritoneal.
3. Ausculta: não é decisiva, mas pode ser registrada.
4. Sinais vitais seriados: PA/FC a cada 5–10 min nos de risco.
5. Análise integrada: mecanismo + dor + perfusão + evolução.

16.2.4 Condutas por cenários

A) Abdome agudo pós-trauma (peritonite/sinais fortes)

- Tratar como urgência cirúrgica potencial.
- Conduta:
 1. O₂ se indicado, acesso venoso, analgesia com cautela.
 2. Jejum e preparo para transferência.
 3. Acionar regulação imediatamente; registrar hora e resumo SBAR.
 4. Monitorização contínua.

B) Suspeita de hemorragia interna sem peritonite (instável ou “borderline”)

- Conduta:
 1. Manejo de choque (C) com reavaliação frequente.
 2. Transferência imediata para serviço com capacidade cirúrgica/UTI.
 3. Evitar atrasos por exames que não mudam a conduta.

C) Abdome doloroso estável, mecanismo moderado/alto

- Conduta:
 1. Observação monitorizada com reavaliações seriadas.
 2. Se dor progride, aparecem sinais de irritação peritoneal ou há qualquer instabilidade: transferir.
 3. Definir tempo de reavaliação (15–30 min), registrar e cumprir.

16.2.5 Critérios objetivos de transferência no trauma abdominal

- Qualquer instabilidade hemodinâmica ou sinais de hipoperfusão;
- Dor abdominal progressiva ou sinais peritoneais;
- Trauma penetrante em abdome/flanco;
- Equimoses extensas + mecanismo de alta energia + dor importante;
- Impossibilidade de vigilância/monitorização adequada na UPA.

16.3 Trauma pélvico e urológico (alta letalidade oculta)

16.3.1 Objetivos específicos

- Reduzir mortalidade por hemorragia pélvica;
- Reconhecer sinais de lesão urológica associada;
- Padronizar uso de cinta pélvica e decisões de transferência.

16.3.2 Gatilhos de suspeita de lesão pélvica grave

- Mecanismo de alta energia (atropelamento, moto, queda alta);
- Dor pélvica intensa, incapacidade de deambular;
- Instabilidade hemodinâmica sem sangramento externo evidente;
- Hematoma perineal/escrotal, dor pélvica difusa;
- Deformidade de membros inferiores e dor em quadril.

16.3.3 Conduta operacional

1. Evitar “testar pelve” repetidamente. Se suspeitar, **assumir** risco.
2. Aplicar cinta pélvica (quando indicada) com técnica padronizada e registrar hora.
3. Acesso venoso e manejo de choque.
4. Se houver sangue no meato uretral, hematoma perineal, incapacidade de urinar associada: suspeitar lesão uretral.
 - Não realizar procedimentos invasivos sem protocolo e avaliação adequada.
5. Transferência precoce:
 - suspeita de lesão pélvica associada a instabilidade → emergência.

16.3.4 Registros obrigatórios

- Mecanismo, dor pélvica, sinais cutâneos (hematoma), PA/FC e tendência.
- Uso de cinta: hora, posicionamento, resposta hemodinâmica.
- Sinais urológicos: sangue no meato, retenção, dor suprapúbica.

16.4 Fraturas longas (fêmur) e risco hemorrágico

16.4.1 Objetivos específicos

- Reduzir sangramento e dor através de alinhamento e imobilização;
- Padronizar avaliação neurovascular e decisão de transferência.

16.4.2 Conduta operacional

1. Avaliar neurovascular distal (pulso/perfusão/sensibilidade/motricidade) e registrar.
2. Imobilizar adequadamente o membro e reduzir movimento.
3. Analgesia e reavaliação de dor e perfusão.
4. Fratura de fêmur com sinais de hipoperfusão deve ser tratada como potencial grande perda sanguínea.
5. Transferência para ortopedia conforme gravidade e recursos locais.

17. Trauma penetrante (arma branca/objeto perfurante) — conduta padronizada

17.1 Princípios operacionais

- Tratar como alto risco quando localizado em: pescoço, tórax, abdome, virilha, axila, dorso próximo ao tronco.
- Não atrasar regulação/transferência em penetrante de tronco.
- Não manipular objeto empalado (se houver) — estabilizar e transferir conforme protocolo institucional.
- Priorizar controle de sangramento e via aérea.

17.2 Fluxo operacional

1. XX-ABCDE imediato.
2. Controlar sangramento externo com compressão/curativo compressivo (sem retirar objeto empalado).
3. Avaliar sinais de pneumotórax/hemotórax se tórax.
4. Avaliar abdome (dor, rigidez, choque) se abdome/flanco.
5. Transferência precoce para serviço cirúrgico.

17.3 Documentação e fotografia

- Descrever localização, tamanho aproximado da lesão, sangramento, sinais vitais e evolução.
- Foto só se houver política institucional e consentimento/fluxo

18. Populações especiais (gatilhos e condutas iniciais)

18.1 Idoso

18.1.1 Por que é alto risco

- Pode ter lesão grave com sinais discretos.
- Reservas fisiológicas menores.
- Quedas simples podem gerar TCE/hemorragias.

18.1.2 Conduta operacional diferenciada

- Limiar baixo para observação monitorizada e reavaliação seriada.
- Atenção especial a hipotensão “relativa” (PA aparentemente normal pode ser baixa para o idoso).
- Avaliar uso de anticoagulantes/antiagregantes.
- Transferir precocemente se sintomas neurológicos ou deterioração.

18.2 Anticoagulados e antiagregados

18.2.1 Princípio

- Trauma craniano em anticoagulado tem risco aumentado de sangramento intracraniano, inclusive tardio.

18.2.2 Conduta operacional

- Registrar medicação, dose e última tomada.
- Limiar baixo para transferência se:
 - sintomas neurológicos,
 - vômitos repetidos,
 - cefaleia intensa progressiva,
 - rebaixamento ou confusão.
- Observação seriada se não transferir (com critérios claros de escalonamento).

18.3 Gestante

18.3.1 Princípios

- Prioridade é estabilização materna.

- Mecanismo de trauma pode afetar feto mesmo com sinais maternos discretos.

18.3.2 Conduta operacional

- XX-ABCDE com foco em perfusão e oxigenação.
- Posicionamento que evite compressão (conforme tolerância clínica).
- Transferência precoce se trauma moderado/grave ou sinais de risco.

18.4 Pediatria (visão operacional)

18.4.1 Pontos críticos

- Deteriora rápido.
- Sinais de choque podem aparecer tardiamente.

18.4.2 Conduta operacional

- XX-ABCDE com reavaliações frequentes.
- Controle térmico rigoroso (hipotermia é mais comum).
- Limiar baixo para transferência em rebaixamento, dessaturação e mecanismos de alta energia.

A padronização pediátrica completa (doses, escalas e critérios específicos por idade) pode ser desenvolvida como anexo/POP específico, se você quiser.

19. Queimaduras (rotina operacional de triagem e estabilização)

19.1 Objetivos

- Reconhecer queimaduras graves e risco de via aérea;
- Padronizar primeiros cuidados e analgesia;
- Prevenir hipotermia;
- Definir transferência conforme critérios.

19.2 Critérios de queimadura grave / transferência precoce

- Face, pescoço ou suspeita de inalação (rouquidão, fuligem, dispneia);
- Circunferenciais (membros/tórax);
- Genitais, mãos, pés, grandes articulações;
- Elétricas e químicas relevantes;
- Extensas (pela área corporal estimada) ou associadas a trauma múltiplo;

- Crianças e idosos com queimaduras moderadas.

19.3 Conduta operacional na UPA

1. Interromper exposição ao agente e remover roupas quentes/contaminadas com cuidado.
2. Resfriamento inicial quando aplicável (sem provocar hipotermia).
3. Curativo limpo, não aderente, proteção térmica.
4. Avaliação de via aérea e sinais respiratórios.
5. Analgesia e monitorização.
6. Transferência conforme critérios de gravidade.

20. Violência, múltiplas vítimas e segurança do ambiente (padrão)

20.1 Situações com risco de agressor/família exaltada

- Acionar segurança institucional, controlar acesso ao box.
- Garantir privacidade e segurança da equipe.
- Registrar ocorrências relevantes (sem juízo de valor).

20.2 Múltiplas vítimas (incidente com várias entradas)

- Priorizar triagem rápida por risco (fisiologia primeiro).
- Separar área de casos leves e moderados para não travar emergência.
- Um líder coordena, outro profissional registra e organiza fluxo.

21. POPs específicos de Trauma (estrutura e títulos)

Para manter consistência e implantação, este protocolo pode ser desdobrado em POPs:

- POP-TRA-01 Ativação do Fluxo Trauma e organização do box
- POP-TRA-02 X: Controle de hemorragia e torniquete
- POP-TRA-03 A: Via aérea básica e proteção cervical
- POP-TRA-04 B: Trauma torácico – avaliação e escalonamento
- POP-TRA-05 C: Choque hemorrágico – acesso, monitorização e transferência
- POP-TRA-06 D: Avaliação neurológica seriada no TCE

- POP-TRA-07 E: Exposição completa e prevenção de hipotermia
- POP-TRA-08 Imobilização e avaliação neurovascular
- POP-TRA-09 Trauma penetrante – condutas e registros
- POP-TRA-10 Queimaduras – triagem e estabilização
- POP-TRA-11 Transferência e SBAR do Trauma
- POP-TRA-12 Documentação, cadeia de custódia e interface forense

22. Critérios de escalonamento (resumo operacional por “sinais de alarme”)

Escalonar imediatamente (transferência/regulação) se houver:

- Queda de PA, perfusão ruim, alteração mental;
- Dessaturação persistente, fadiga respiratória, necessidade de BVM;
- Rebaixamento progressivo, pupilas assimétricas, convulsão;
- Dor abdominal progressiva com defesa/rigidez;
- Suspeita de pelve com instabilidade;
- Lesão vascular/perda de pulso distal;
- Queimadura grave/inalação;
- Trauma penetrante de tronco/pescoço.

23. Registros e auditoria (reforço do que mais falha)

Em todo trauma moderado/grave, a auditoria interna deverá conseguir responder:

1. Quando chegou?
2. Qual mecanismo e gravidade inicial?
3. Qual foi o XX-ABCDE (achado/intervenção/resposta)?
4. Houve reavaliações seriadas?
5. Quando a regulação foi acionada e o que foi informado (SBAR)?
6. Qual o destino e justificativa?

Se algum desses 6 pontos não estiver claramente no prontuário, o protocolo não está implantado de fato.

POP-TRA-01 — Ativação do Fluxo Trauma, organização do box, comando de cena e prontidão

1. Objetivo

Padronizar o acionamento e a preparação do atendimento ao trauma para garantir:

início do **XX-ABCDE em tempo mínimo**;

montagem do box (O₂, aspiração, monitor, BVM, acesso venoso, controle de hemorragia);

definição de **líder e funções**;

controle de acesso e fluxo (evitar aglomeração, interferências e atrasos);

rastreabilidade (linha do tempo e registros essenciais).

2. Abrangência

Triagem, recepção, sala de emergência, radiologia (se houver), medicação, observação, laboratório, transporte interno, segurança/portaria, administrativo/regulação.

3. Definições (classificação operacional)

Trauma leve: sem mecanismo de alta energia, sem sinais de instabilidade, sem lesões de alto risco, dor controlável, exame confiável.

Trauma moderado: mecanismo relevante ou lesão potencialmente grave, porém estável; requer avaliação seriada e/ou exames.

Trauma grave: qualquer instabilidade, ameaça de via aérea/ventilação/perfusão, rebaixamento, sangramento importante, penetrante de tronco/pescoço, suspeita de hemorragia interna significativa.

4. Gatilhos objetivos de “ATIVAR FLUXO TRAUMA”

Ativar **imediatamente** se houver qualquer um:

Fisiologia: PAS baixa ou em queda, perfusão ruim (TEC prolongado, extremidade fria/marmórea), alteração de consciência, SpO₂ baixa persistente, FR muito elevada com fadiga.

Anatomia: amputação, fratura exposta grande, ferida penetrante em pescoço/tórax/abdome/virilha/axila, tórax instável, queimadura grave/suspeita de inalação, déficit neurológico focal pós trauma.

Mecanismo: atropelamento, moto alta energia, capotamento/ejeção, queda significativa, esmagamento, explosão, agressão com arma branca em tronco/pescoço, múltiplas vítimas.

5. Responsáveis e comando (padrão ICS interno)

Líder clínico (médico): comanda XX-ABCDE, decide destino, define prioridades e solicita regulação.

Líder de enfermagem: coordena equipe, prepara materiais, garante monitorização, executa checklist, mantém linha do tempo.

Técnico 1 (monitor/oxigênio): monitor, SpO₂, PA, ECG, posicionamento, O₂, BVM pronto.

Técnico 2 (acesso/coleta): 2 acessos calibrosos, coleta conforme orientação, infusão, medicamentos.

Apoio: maqueiro (transporte), administrativo (cadastro posterior, regulação, impressão), segurança (controle de acesso).

Regra: ninguém “faz de tudo”; cada função é **fixa** até o líder redistribuir.

6. Materiais mínimos do “KIT TRAUMA” (padronizar por checklist)

A) Hemorragia

torniquetes (mín. 2), compressas grandes, bandagens elásticas, ataduras, fita, hemostáticos (se padronizado), tesoura forte.

cinta pélvica (ou alternativa institucional definida).

B) Via aérea/ventilação

aspirador + sondas, BVM com reservatório, máscaras tamanhos, cânulas OPA/NPA, O₂ (máscara com reservatório, cateter nasal).

C) Acesso/choque

jelcos calibrosos, equipos, soluções conforme padronização, garrote, seringas, etiquetas.

D) Imobilização

talas (membros), colar cervical (tamanhos), prancha/maca rígida se padronizado, tiras/ataduras, tipoia.

E) Termorregulação

mantas térmicas, lençóis, aquecimento ambiental quando possível.

7. Procedimento passo a passo (cronologia prática)

7.1 Identificação e acionamento (0–30s)

Profissional identifica gatilho e anuncia em voz alta:

“FLUXO TRAUMA — SALA DE EMERGÊNCIA — (idade/sexo se possível) — (instável/estável)”.

Se chega por ambulância: receber relato rápido (mecanismo + intervenções + evolução).

7.2 Preparação do box (30–120s)

Enfermagem executa **Checklist de Prontidão Rápida:**

O₂ ligado e máscara disponível

aspirador testado

monitor ligado (cabos prontos)

BVM montado

kit hemorragia aberto

2 acessos e equipos prontos

manta pronta

tesoura à mão

7.3 Controle de fluxo e acesso

Segurança/apoio restringe entrada: somente equipe definida.

Acompanhantes ficam fora do box (salvo menor/necessidade especial conforme regra institucional).

7.4 Distribuição de tarefas

Enfermeiro: “Você monitor e O₂; você acesso; eu registro tempos.”

Médico ao chegar confirma: “Vamos XX-ABCDE, foco em hemorragia/via aérea.”

7.5 Linha do tempo (obrigatória)

Enfermagem registra no prontuário/folha:

hora de chegada

hora de início do XX-ABCDE

hora de O₂/monitor

hora de controle de hemorragia (torniquete/curativo)

hora do 1º acesso

hora de acionamento da regulação (se indicado)

8. Pontos críticos de controle (PCC)

PCC-01: trauma grave não deve parar em cadastro.

PCC-02: sem O₂/aspiração/monitor funcionando → risco imediato.

PCC-03: ausência de líder e de funções fixas → atraso e erro.

PCC-04: sem linha do tempo → inviabiliza auditoria e defesa institucional.

9. Registros obrigatórios (campos mínimos)

mecanismo (descrição objetiva)

sinais vitais iniciais e seriados (com horários)

XX-ABCDE com achados e intervenções

responsável por cada intervenção crítica

destino e justificativa

10. Critérios de encerramento do “Fluxo Trauma”

paciente estabilizado e destino definido (alta/observação/transferência), com documentação completa e checklist final.

POP-TRA-02 — Controle de Hemorragia (X): compressão, curativo compressivo, torniquete, packing e cinta pélvica

1. Objetivo

Interromper hemorragia externa grave e reduzir mortalidade por exsanguinação, padronizando técnica, decisões e registros.

2. Abrangência

Qualquer ambiente da UPA (portaria, triagem, corredor, sala de emergência).

3. Definições operacionais

Hemorragia ameaçadora de vida: sangramento em jato, encharcamento rápido, poça no chão, queda de PA/perfusão, alteração de consciência, amputação, sangramento não controlável com compressão simples.

Regiões compressíveis: membros.

Regiões de junção (axila/virilha/pescoço): difícil torniquete → compressão/packing.

4. Responsáveis

Qualquer profissional inicia compressão.

Enfermagem executa curativo/torniquete/packing conforme treinamento.

Médico valida gravidade, integra com choque e decide destino.

5. Materiais (mínimo por plantão)

Torniquetes, compressas grandes, bandagens, hemostáticos (se houver), gaze/rolos para packing, fita, tesoura, caneta, manta.

6. Procedimento técnico detalhado

6.1 Compressão direta (imediate)

Expor local rapidamente (cortar roupa se necessário).

Compressão direta com compressa grande e pressão contínua.

Se saturar compressa: não retirar a de baixo; adicionar acima e manter pressão.

6.2 Curativo compressivo

Manter compressão direta e envolver com bandagem elástica firme.

Verificar se o curativo está efetivo (redução clara do sangramento).

Reavaliar a cada 2–3 minutos inicialmente.

6.3 Torniquete (membros) — critérios e execução

Indicar torniquete quando:

sangramento intenso em membro não controlado por compressão;

amputação/lesão extensa;

múltiplas vítimas (precisa liberar mãos);

ambiente com risco/necessidade de rapidez.

Aplicação:

Colocar “alto e apertado” no membro (proximal ao sangramento).

Apertar até cessar sangramento (não “apertar pouco”).

Registrar hora exata no torniquete/pele e no prontuário.

Não afrouxar para “testar” sem orientação e sem controle/monitorização.

6.4 Packing (junção) e compressão sustentada

Usar compressas/gazes para preencher a cavidade do ferimento (quando treinado).

Manter pressão por tempo contínuo.

Fixar com curativo compressivo robusto.

Registrar material utilizado e resposta.

6.5 Cinta pélvica (suspeita de hemorragia pélvica)

Indicar quando:

alta energia + dor pélvica importante ou sinais de choque sem sangramento externo evidente.

Execução:

Posicionar corretamente conforme padronização institucional (ponto anatômico definido).

Ajustar firme para reduzir volume pélvico.

Registrar hora e resposta hemodinâmica (PA/FC/perfusão).

7. Integração com choque (link obrigatório com POP-TRA-05)

Sempre que houver hemorragia grave, acionar simultaneamente manejo de choque e regulação precoce.

8. PCC

torniquete sem hora = falha grave

curativo frouxo = ineficaz

hipotermia não tratada = piora de sangramento

não reavaliar perfusão = risco de perda de membro/complicações

9. Registros obrigatórios

local, tipo de sangramento, técnica, hora, resposta

sinais vitais seriados

se torniquete: hora, membro, motivo, estado distal (quando possível)

POP-TRA-03 — Via Aérea e Proteção Cervical (A): aspiração, dispositivos, O₂, BVM, critérios de escalonamento

1. Objetivo

Garantir via aérea pérvia e oxigenação inicial, reduzindo aspiração e falhas por manejo cervical inadequado.

2. Abrangência

Trauma moderado/grave e qualquer trauma com rebaixamento, vômitos, sangramento em via aérea, queimadura de face/inalação.

3. Materiais

Aspirador testado, sondas, O₂, máscara com reservatório, BVM, cânulas OPA/NPA, colar cervical, coxins, luvas, proteção ocular.

4. Procedimento detalhado

4.1 Avaliação rápida (≤30s)

O paciente fala frases completas? há ruído? roncos? estridor?

há sangue/vômito? risco de aspiração?

há rebaixamento e incapacidade de manter via aérea?

4.2 Aspiração e limpeza

Aspirar secreções/sangue/vômito imediatamente.

Repetir aspiração se persistir; manter aspirador “em espera”.

4.3 Manobras manuais

Suspeita cervical: **jaw thrust**.

Evitar hiperextensão cervical em trauma com mecanismo compatível.

4.4 Dispositivos básicos

OPA: se rebaixado e sem reflexo de vômito protetor.

NPA: se tolerado e sem contraindicação (seguir padrão institucional).

Registrar tipo e tamanho.

4.5 Oxigenação

Iniciar O₂ e titular conforme quadro, mantendo SpO₂ monitorizada continuamente.

Registrar dispositivo, fluxo e resposta.

4.6 Ventilação com BVM (quando necessário)

Indicar BVM se:

apneia, ventilação inadequada, fadiga evidente, dessaturação apesar de O₂.

Técnica operacional segura:

preferir 2 pessoas: uma sela máscara (vedação), outra ventila.

ventilar apenas o necessário para expansão torácica visível.

monitorar resposta (SpO₂, cor, nível de consciência).

4.7 Proteção cervical e movimentação

Colar cervical quando indicado e disponível.

Se não, estabilização manual e coxins.

Evitar movimentações repetidas e desnecessárias.

5. Gatilhos de escalonamento e transferência imediata

rebaixamento progressivo

falência ventilatória / necessidade contínua de BVM

trauma facial grave

suspeita de inalação com piora respiratória

sangramento maciço de via aérea

6. PCC

aspirador não testado = falha sentinela

BVM mal vedado = hipóxia persistente

ausência de registro de intervenções e resposta = falha de rastreabilidade

7. Registros obrigatórios

condição da via aérea, aspiração (hora), dispositivo (tipo/tamanho), O₂ (fluxo), necessidade de BVM, SpO₂ antes/depois, decisão de destino.

POP-TRA-04 — B: Avaliação e manejo inicial do Trauma Torácico e da Insuficiência Ventilatória no Trauma

1. Objetivo

Padronizar a abordagem respiratória do trauma (contuso e penetrante), garantindo:

identificação precoce de insuficiência ventilatória e risco de deterioração;

intervenção inicial (oxigenação, ventilação assistida, analgesia funcional, posicionamento);

decisão rápida de **transferência/regulação** nos casos que excedem capacidade resolutiva da UPA;

reavaliação seriada e registro completo.

2. Abrangência

Sala de emergência, leitos de observação, triagem (quando necessário), transporte interno e transferência.

3. Definições operacionais

Insuficiência ventilatória no trauma: incapacidade de manter ventilação/oxigenação adequadas (SpO_2 persistentemente baixa, FR muito elevada com fadiga, rebaixamento progressivo, uso intenso de musculatura acessória, dificuldade para falar).

Trauma torácico de alto risco: mecanismo relevante + sinais respiratórios/hemodinâmicos ou achados sugestivos (assimetria ventilatória, dor incapacitante, crepitação, enfisema subcutâneo, ferimento penetrante em tórax, tórax instável).

4. Responsabilidades (mínimo por equipe)

Médico (Líder clínico): conduz avaliação integrada, define gravidade, decide transferência/regulação, prescreve analgesia e suporte ventilatório.

Enfermeiro: coordena monitorização contínua, garante disponibilidade de O_2 /BVM/aspiração, implementa checklist, registra tempos e reavaliações.

Técnico 1: monitor, SpO_2 contínua, PA seriada, ECG quando indicado, posicionamento e O_2 .

Técnico 2: acesso venoso, medicações prescritas, preparo de materiais e apoio à ventilação com BVM (técnica a 2 pessoas).

Apoio/regulação: acionamento imediato e organização de transferência quando indicado.

5. Materiais e prontidão

Monitor multiparamétrico funcional; oxímetro; esfigmomanômetro; aspirador testado.

Oxigênio (máscara com reservatório, cateter nasal).

BVM com reservatório e máscaras adequadas.

Materiais para acesso venoso; manta térmica.

Checklists impressos (Box Trauma / Transferência).

6. Procedimento operacional (passo a passo)

6.1 Avaliação primária respiratória ($\leq 60-90$ segundos)

Observação imediata: fala (frases completas?), esforço respiratório, cianose, agitação/sonolência.

FR + SpO_2 : instalar oximetria contínua; registrar valores iniciais.

Inspeção: expansão torácica (simétrica?), feridas, equimoses, deformidades, movimento paradoxal.

Palpação: dor localizada, crepitação óssea, enfisema subcutâneo.

Ausculata comparativa bilateral: murmúrio vesicular diminuído/ausente unilateral? estertores difusos?

Integração com circulação: se choque + achados torácicos, tratar como cenário de alto risco e **não atrasar regulação.**

6.2 Intervenções iniciais padronizadas (imediatas)

Oxigenação: iniciar O₂ e titular conforme resposta clínica e SpO₂.

Posicionamento: elevar cabeceira se tolerado; evitar decúbito que piora ventilação; atenção a hipotensão.

Analgesia funcional (sob prescrição): dor torácica intensa reduz ventilação, aumenta atelectasia e fadiga. Objetivo: reduzir dor para permitir ventilação adequada e tosse eficaz.

Ventilação assistida com BVM (quando indicado):

Indicações operacionais: apneia, ventilação inadequada, queda progressiva de SpO₂ apesar de O₂, fadiga evidente, rebaixamento associado.

Preferir técnica de **2 pessoas** (vedação + ventilação).

6.3 Classificação de gravidade e decisão de destino (gatilhos objetivos)

Considerar “alto risco/transferência imediata” se qualquer:

SpO₂ persistente baixa apesar de O₂ e intervenções iniciais;

fadiga respiratória (rebaixamento, queda de performance ventilatória, incapacidade de falar);

instabilidade hemodinâmica associada ao trauma torácico;

assimetria ventilatória importante + deterioração clínica;

ferimento penetrante em tórax (especialmente com dispneia/sangramento);

tórax instável com hipóxia ou dor intratável.

Regra prática: se o paciente exige suporte ventilatório contínuo, tem deterioração em minutos, ou há suspeita de lesão que demanda cirurgia/UTI, **a UPA estabiliza e transfere.**

6.4 Reavaliação seriada (obrigatória)

Instável/alto risco: reavaliar e registrar **a cada 5–10 min.**

Estável com risco moderado: reavaliar **a cada 15–30 min.**
Reavaliar sempre: FR, SpO₂, esforço respiratório, ausculata comparativa, dor, nível de consciência, PA/FC/perfusão.

7. Pontos críticos de controle (PCC)

PCC-01: **O₂ sem resposta + fadiga** = escalonamento rápido (não “observar”).

PCC-02: analgesia é parte do suporte ventilatório (dor impede respirar).

PCC-03: ausência de reavaliação seriada em trauma torácico é falha sentinela.

PCC-04: aspirador/BVM não testados antes do uso = falha grave.

8. Registros obrigatórios (campos mínimos)

FR, SpO₂, tipo/fluxo de O₂ e resposta.

Achados: inspeção, ausculta, dor (0–10), sinais de fadiga.

Intervenções: O₂, aspiração, BVM (se usado), analgesia e resposta.

Horários de reavaliação e tendências.

Hora do acionamento da regulação e resumo SBAR.

9. Não conformidades e ações imediatas

Falha de monitorização contínua em alto risco → corrigir imediatamente e notificar coordenação.

Ausência de registro seriado → abertura de RNC e reorientação do plantão.

10. Indicadores

Tempo chegada → SpO₂ contínua instalada.

Tempo identificação de alto risco → acionamento regulação.

% prontuários com reavaliações seriadas registradas conforme categoria.

POP-TRA-05 — C: Manejo do choque no trauma e suspeita de hemorragia interna (controle, reavaliação, regulação)

1. Objetivo

Padronizar reconhecimento e manejo inicial do choque no trauma, reduzindo atrasos e garantindo:

estabilização mínima de perfusão;

identificação e mitigação de fontes prováveis (externa/tórax/abdome/pelve/fêmur);

reavaliação de tendência;

acionamento precoce de regulação/transferência.

2. Definições operacionais

Choque no trauma: perfusão inadequada identificada por tendência de PA/FC, TEC, pele fria/marmórea, alteração mental, extremidades frias, queda de performance, oligúria (quando monitorável).

Choque hemorrágico provável: trauma + sinais de hipoperfusão + ausência de causa clara não hemorrágica.

3. Responsabilidades

Médico: define hipótese principal e destino; prescreve medidas.

Enfermeiro: coordena acessos, monitorização, volumes administrados e reavaliações seriadas.

Técnico: punção/infusão, controles seriados de PA/FC/SpO₂, preparação de cinta pélvica e imobilização quando indicado.

4. Materiais

2 acessos periféricos calibrosos (padrão), equipos, soluções, monitor, manta térmica, cinta pélvica, talas/imobilizadores.

5. Procedimento operacional (sequência prática)

5.1 Reconhecimento inicial e “alarme de choque” (≤ 2 min)

Instalar monitor e PA seriada.

Avaliar perfusão periférica (TEC, temperatura, cor), estado mental, dor, sinais de sangramento.

Se suspeita de choque: declarar em voz alta (“**Choque no trauma**”) e iniciar pacote.

5.2 Acesso venoso e preparo (sem atrasos)

Obter **2 acessos periféricos** o quanto antes; registrar hora, local e sucesso/dificuldade.

Se dificuldade: registrar tentativas e acionar estratégia institucional (sem improviso).

Coletas laboratoriais **somente se não atrasarem** medidas críticas e transferência.

5.3 Mitigação de fontes prováveis (roteiro obrigatório)

Externa (X): curativos compressivos/torniquete (POP-TRA-02).

Tórax: sinais respiratórios + choque → alto risco (POP-TRA-04) e regulação imediata.

Abdome: dor progressiva, distensão, defesa/rigidez, equimoses extensas → tratar como alto risco e transferir.

Pelve: alta energia + dor pélvica/instabilidade → aplicar cinta pélvica conforme protocolo local.

Fêmur/longos: fratura de fêmur pode sangrar muito → imobilizar e considerar alto risco.

5.4 Reposição e reavaliação por ciclos curtos

Administrar medidas de suporte conforme prescrição e recursos, reavaliando:

PA/FC/perfusão/consciência a cada 5–10 min no instável.

Objetivo: manter perfusão mínima até destino definitivo.

5.5 Critérios de regulação/transferência imediata (não postergar)

instabilidade hemodinâmica persistente ou recorrente;

suspeita de hemorragia interna;

necessidade de suporte ventilatório associado;

piora progressiva apesar das medidas iniciais.

6. PCC

PCC-01: esperar “exame” para regular em choque é falha grave.

PCC-02: choque pode existir com PA “normal” em jovens — olhar tendência e perfusão.

PCC-03: hipotermia agrava choque — aquecimento ativo é obrigatório.

7. Registros obrigatórios

Sinais vitais seriados com horário (PA/FC/SpO₂/TEC/consciência).

Acessos (hora/local/tentativas).

Medidas de controle de fonte (curativo/torniquete/cinta/imobilização).

Volume administrado e resposta.

Hora do SBAR/regulação e destino.

8. Indicadores

Tempo triagem → identificação do choque.

Tempo choque identificado → regulação acionada.

% prontuários com “tendência” documentada (≥3 checagens seriadas).

POP-TRA-06 — D: Manejo do TCE e deterioração neurológica no trauma (avaliação seriada, gatilhos, segurança)

1. Objetivo

Garantir vigilância neurológica efetiva no trauma, prevenindo perda de deterioração por falha de reavaliação/registro.

2. Abrangência

Todos os pacientes com:

queda com impacto craniano,

rebaixamento/confusão,

cefaleia intensa pós-trauma,

vômitos repetidos,

uso de anticoagulantes/antiagregantes (quando informado),

mecanismo de alta energia.

3. Responsabilidades

Médico: define gravidade, destino e necessidade de transferência.

Enfermagem: instala monitorização, aplica escala e registra reavaliações com horários.

Técnico: checagens seriadas, glicemia quando indicada e comunicação imediata de piora.

4. Materiais

Lanterna, glicosímetro, monitor, oxímetro, materiais para proteção e contenção segura (se necessário e conforme política).

5. Procedimento operacional

5.1 Avaliação inicial (≤ 3 min)

Consciência: AVPU e/ou Glasgow conforme rotina institucional (escolher uma e padronizar).

Pupilas: tamanho, simetria, reatividade; registrar objetivamente.

Sinais focais: fala, força, assimetria de face, coordenação (quando possível).

Glicemia capilar se rebaixamento/confusão sem explicação clara.

Iniciar O₂ se dessaturação ou risco respiratório associado.

5.2 Estratificação de risco (define frequência de reavaliação)

Alto risco: rebaixamento, confusão persistente, pupilas alteradas, convulsão, déficit focal, deterioração, anticoagulação + sintomas, mecanismo alto.

Reavaliar e registrar **a cada 5–10 min** na 1ª hora.

Risco moderado: cefaleia importante, vômitos, amnésia, mecanismo relevante, porém estável.

Reavaliar **a cada 15–30 min**.

Baixo risco: estável, sem sintomas significativos e exame confiável.

Reavaliar conforme fluxo clínico, mantendo registro mínimo.

5.3 Gatilhos de escalonamento imediato

piora do nível de consciência;

novas assimetrias pupilares;

convulsão;

vômitos repetidos e progressivos;

dor de cabeça intensa progressiva;

queda de SpO₂ ou sinais de fadiga respiratória;

agitação não explicada (pode ser hipóxia/choque/dor).

5.4 Segurança e prevenção de falhas

Manter paciente sob vigilância: evitar ficar sozinho em alto risco.

Cabeceira conforme tolerância e estabilidade hemodinâmica.

Evitar sedação “para acalmar” sem avaliação de hipóxia/choque/dor (conduta médica).

6. PCC

PCC-01: “estava bem e piorou” = prioridade máxima.

PCC-02: reavaliação sem horário é inválida para auditoria.

PCC-03: ausência de pupilas documentadas em TCE moderado/grave é falha.

7. Registros obrigatórios

Escala neurológica e horário (série).

Pupilas e horário (série).

Glicemia se realizada e conduta.

Decisão de destino e motivo (critérios objetivos).

8. Indicadores

% TCE risco alto com reavaliação seriada documentada.

Tempo de identificação de piora → acionamento de médico/regulação.

POP-TRA-07 — E: Exposição completa, exame do dorso e prevenção/controle de hipotermia no trauma

1. Objetivo

Garantir exame físico completo (incluindo dorso e períneo quando indicado) sem induzir hipotermia, reduzindo lesões ocultas e piora fisiológica.

2. Responsabilidades

Enfermeiro coordena exposição/rolagem e aquecimento.

Técnico auxilia rolagem e mantém estabilização quando indicada.

Médico conduz exame e registra achados críticos.

3. Materiais

Tesoura forte, lençóis, manta térmica, campos/curativos, termômetro se disponível.

4. Procedimento operacional

4.1 Exposição controlada (técnica)

Expor por etapas (tórax → abdome → pelve → membros), evitando deixar paciente descoberto desnecessariamente.

Cortar roupas, não puxar por membros com suspeita de fratura.

Identificar sangramentos ocultos, deformidades, feridas e equimoses.

4.2 Exame do dorso (rolagem coordenada)

Definir comando único (“1–2–3”) e rolar em bloco se houver suspeita cervical/coluna.

Inspecionar coluna, escápulas, glúteos, região lombar e dorso.

Retornar à posição e aquecer imediatamente.

4.3 Prevenção ativa de hipotermia

Cobrir com manta térmica assim que terminar inspeção.

Reduzir correntes de ar, fechar portas, manter ambiente adequado.

Aquecimento não é “conforto”: é parte do manejo do choque e sangramento.

5. PCC

PCC-01: dorso não examinado em politrauma é falha comum.

PCC-02: paciente exposto e frio = pior prognóstico.

PCC-03: rolagem sem coordenação e sem estabilização quando indicada = risco de agravamento.

6. Registros obrigatórios

Lesões encontradas por região.

Medidas de aquecimento adotadas.

Temperatura quando disponível e justificativa se não mensurada em alto risco.

7. Indicadores

% politraumas com registro de exame de dorso.

% alto risco com medida ativa de aquecimento registrada.

POP-TRA-08 — Imobilização, avaliação neurovascular e vigilância de complicações (síndrome compartimental/ischemia)

1. Objetivo

Padronizar imobilização segura e rastreável, garantindo avaliação neurovascular **antes e depois**, e vigilância de complicações relacionadas a talas e edema.

2. Abrangência

Suspeita de fratura/luxação/lesão ligamentar importante, dor intensa pós-trauma, deformidade, edema relevante.

3. Materiais

Talas (tamanhos), ataduras, tipoias, compressas, gelo (se indicado), tesoura, marcador.

4. Procedimento operacional

4.1 Avaliação neurovascular pré-imobilização (obrigatória)

Registrar:

Pulso distal (qual e intensidade quando possível).

Perfusão: cor, temperatura, enchimento capilar.

Sensibilidade: parestesia/dormência?

Motricidade: movimenta dedos/pé/mão?

Dor: escala 0–10 e localização.

4.2 Imobilização (técnica geral)

Alinhar suavemente para posição funcional (sem manobras agressivas).

Aplicar tala estabilizando articulação acima e abaixo quando aplicável.

Fixar sem compressão excessiva (atenção a edema progressivo).

Imobilizar e proteger proeminências ósseas (evitar pressão).

4.3 Avaliação neurovascular pós-imobilização (obrigatória)

Repetir e registrar os mesmos itens, comparando com antes.

4.4 Vigilância de complicações (durante observação/transferência)

Sinais de alarme:

dor desproporcional e progressiva,

parestesia piorando,

palidez/frieza distal,

piora de motricidade,

ausência de pulso,

edema tensional importante.

Conduta: comunicar médico imediatamente; revisar compressão e reavaliar tala conforme decisão clínica.

5. PCC

PCC-01: sem neurovascular antes/depois = falha sentinela.

PCC-02: tala apertada pode causar dano — precisa reavaliar.

PCC-03: dor “piorando” em membro imobilizado não deve ser ignorada.

6. Registros obrigatórios

Neurovascular pré e pós com horário.

Tipo de imobilização e local.

Orientação dada (não apoiar, manter membro elevado quando aplicável, retorno se piora).

7. Indicadores

% imobilizações com neurovascular pré/pós completo.

Incidência de ajuste de tala por sinais de compressão (monitorar e treinar).

POP-TRA-09 — Trauma penetrante e objetos transfixantes/empalados: estabilização, segurança, documentação e transferência

1. Objetivo

Padronizar atendimento seguro e rastreável de trauma penetrante, minimizando agravamento por manipulação inadequada, e garantindo transferência oportuna.

2. Abrangência

Ferimentos penetrantes em qualquer região, especialmente tronco, pescoço e regiões de junção (axila/virilha).

3. Responsabilidades

Médico: decisão de destino/regulação imediata quando tronco/pescoço/junções.

Enfermagem: controle de sangramento, estabilização de objeto (quando presente), monitorização, linha do tempo.

Segurança: controle de acesso ao box quando risco de violência/retaliação.

4. Materiais

Curativos estéreis, compressas, bandagens, tesoura, materiais para estabilização (rolos de gaze), EPIs, manta térmica.

5. Procedimento operacional

5.1 Princípios de segurança

Prioridade é XX-ABCDE.

Não remover objeto transfixante/empalado.

Evitar manipular, girar ou tracionar.

Controlar acesso e manter ambiente seguro se evento violento.

5.2 Controle de sangramento e estabilização

Expor o suficiente para visualizar sem ampliar trauma.

Compressão ao redor e curativo compressivo quando possível.

Se objeto presente: **estabilizar** com rolos/curativos ao redor para impedir movimento.

5.3 Estratificação de alto risco (transferência precoce)

Penetrante em pescoço, tórax, abdome, virilha, axila, dorso próximo ao tronco
→ alto risco.

Qualquer instabilidade, dispneia, sangramento importante → alto risco.
A conduta padrão é estabilizar e **regular/transferir**.

5.4 Documentação mínima “forense-robusta”

Localização anatômica precisa (ex.: “hemitórax direito, linha axilar média, 4º espaço aproximado” quando possível).

Dimensões aproximadas do ferimento e sangramento (leve/moderado/intenso).

Intervenções feitas e resposta.

Linha do tempo e fonte do relato (paciente, SAMU, acompanhante).

6. PCC

PCC-01: remover objeto é erro grave.

PCC-02: penetrante de tronco com “observação” prolongada = alto risco.

PCC-03: documentação vaga (“ferimento em tórax”) fragiliza auditoria.

7. Registros obrigatórios

Localização e descrição objetiva.

Controle de sangramento (técnica/hora).

Sinais vitais seriados e tendência.

Hora de regulação e SBAR.

8. Indicadores

Tempo chegada → regulação em penetrante de alto risco.

% casos com linha do tempo completa.

POP-TRA-10 — Queimaduras no trauma: triagem de gravidade, risco de via aérea, cuidados iniciais e critérios de transferência

1. Objetivo

Padronizar triagem, estabilização e destino de queimaduras, prevenindo hipotermia e falhas na identificação de risco respiratório.

2. Abrangência

Queimaduras térmicas, elétricas e químicas atendidas na UPA.

3. Responsabilidades

Médico: classifica gravidade, avalia risco de via aérea, define destino e prescreve analgesia/medidas.

Enfermagem: executa resfriamento seguro quando indicado, curativo, aquecimento, monitorização e registros.

Técnico: suporte ao curativo, sinais vitais seriados, organização do box.

4. Procedimento operacional

4.1 Triagem imediata ($\leq 2-3$ min)

Avaliar via aérea e respiração: rouquidão, tosse, desconforto respiratório, sinais clínicos de inalação.

SpO₂ contínua e FR.

Avaliar localização crítica: face/pescoço/mãos/pés/genitais/grandes articulações; circunferenciais.

Avaliar mecanismo: fogo em ambiente fechado, explosão, eletricidade, produto químico.

4.2 Cuidados iniciais padronizados

Interromper exposição e remover roupas/objetos (com cuidado).

Resfriamento **quando aplicável** sem causar hipotermia (não prolongar).

Cobertura com material limpo não aderente.

Aquecimento ativo: manta térmica e controle ambiental.

Analgesia conforme prescrição.

Registrar evolução da dor e sinais respiratórios.

4.3 Critérios de “alto risco/transferência”

Suspeita de inalação ou comprometimento de face/pescoço;

Queimaduras circunferenciais;

Elétricas/químicas relevantes;

Extensas ou com risco funcional (mãos/pés/genitais/articulações);

Crianças/idosos com queimaduras moderadas;

Associações com trauma de alta energia.

5. PCC

PCC-01: hipotermia é erro frequente — aquecer sempre.

PCC-02: risco de via aérea pode evoluir — não subestimar sinais clínicos.

PCC-03: curativo inadequado/aderente aumenta dor e dano.

6. Registros obrigatórios

Localização, mecanismo, risco respiratório, SpO₂/FR seriados.

Cuidados realizados (resfriamento, curativo, aquecimento, analgesia).

Destino e justificativa.

7. Indicadores

% queimaduras com avaliação de risco de via aérea registrada.

% alto risco com regulação acionada precocemente.

POP-TRA-11 — Transferência/Regulação no Trauma: SBAR, checklist pré-transporte, estabilidade mínima e documentação de saída

1. Objetivo

Evitar falhas de comunicação e eventos durante transferência, garantindo padronização do SBAR, checklist pré-transporte e documentação completa.

2. Abrangência

Qualquer transferência de trauma moderado/grave e qualquer caso com risco de deterioração.

3. Responsabilidades

Médico: define necessidade/destino, realiza SBAR (ou supervisiona), registra justificativa clínica.

Enfermeiro: checklist pré-transporte, prepara documentação e linha do tempo, garante O₂/monitorização e segurança.

Técnico: checa acessos, curativos, imobilizações e sinais vitais na saída.

Administrativo/regulação: contato e registro de aceite, horário e meio de transporte.

4. Procedimento operacional

4.1 Acionamento precoce (regra de ouro)

Acionar regulação assim que identificar:

instabilidade ou risco alto;

necessidade de cirurgia/UTI/imagem avançada;

necessidade de suporte ventilatório contínuo;

penetrante de tronco/pescoço;

deterioração neurológica.

4.2 SBAR padronizado (roteiro obrigatório)

S (Situação): idade, mecanismo, gravidade atual, motivo da transferência.

B (Background): comorbidades relevantes (anticoagulação, gestação, etc.), intervenções prévias (SAMU/UPA), tempo do evento.

A (Avaliação): resumo XX-ABCDE com dados objetivos:

X: sangramento (torniquete? hora?)

A/B: via aérea, O₂, SpO₂/FR, necessidade de BVM

C: PA/FC/perfusão, volumes e resposta

D: escala neurológica/pupilas/tendência

E: lesões principais, hipotermia/aquecimento

R (Recomendação): destino sugerido, tipo de transporte, cuidados no trajeto, riscos previstos.

4.3 Checklist pré-transporte (obrigatório e auditável)

Antes de sair:

Sinais vitais de saída (com horário): PA/FC/SpO₂/FR/consciência.

Via aérea/respiração:

O₂ portátil testado e com autonomia;

BVM disponível se risco ventilatório.

Circulação:

acessos prévios e fixados;

curativos firmes;

torniquete com hora visível e registrado.

Imobilizações:

checagem neurovascular distal;

talas/colar/contensões adequadas.

Aquecimento:

manta e controle térmico no transporte.

Documentos:

linha do tempo anexa;

resumo SBAR impresso ou registrado;

exames e medicações administradas.

4.4 Documentação de aceite e saída

Hora do aceite, nome/serviço (se aplicável), meio de transporte.

Condição clínica na saída e riscos comunicados.

5. PCC

PCC-01: saída sem O₂ funcional quando indicado é evento grave.

PCC-02: sem sinais vitais de saída, não há rastreabilidade.

PCC-03: SBAR incompleto gera perda de informação crítica.

6. Registros obrigatórios

SBAR completo ou equivalente no prontuário.

Checklist pré-transporte preenchido.

Sinais vitais na saída e hora.

Contatos de regulação: hora e resultado.

7. Indicadores

Tempo decisão → acionamento regulação.

% transferências com checklist preenchido.

% transferências com sinais vitais de saída registrados.

POP-TRA-12 — Documentação robusta, preservação de pertences, interface com segurança/violência e respostas a solicitações externas

1. Objetivo

Garantir documentação clara, objetiva e completa do trauma, além de padronizar manejo de pertences e demandas externas (autoridades, solicitações de informações), preservando sigilo e segurança.

2. Abrangência

Traumas com:

violência interpessoal, suspeita de crime, agressões;

pacientes sob custódia/escolta;

solicitações formais de informações/documentos;

óbitos por causa externa (quando aplicável ao fluxo local).

3. Princípios de registro

Objetivo, descritivo, cronológico.

Sem julgamentos (“parece mentiroso”, “culpado”, etc.).

Sempre identificar **fonte** do relato (“paciente refere”, “SAMU informa”, “acompanhante relata”).

Registrar **dados e tendência**, não impressões vagas.

4. Procedimento operacional (documentação clínica do trauma)

4.1 Núcleo mínimo obrigatório (para auditoria)

Mecanismo + horário aproximado do evento.

Estado inicial e sinais vitais iniciais.

XX-ABCDE com achados e intervenções (e resposta).

Reavaliações com horário (tendência).

Decisão de destino e justificativa clínica.

Linha do tempo.

4.2 Descrição padronizada de lesões (modelo)

Para cada lesão:

Localização anatômica precisa;

Tipo (corte/laceração/contusão/perfuração/escoriação);

Dimensão aproximada;

Sangramento (leve/moderado/intenso);

Função (limitação de movimento, dor 0–10, déficit sensitivo/motor).

5. Pertences e itens do paciente (controle e rastreabilidade)

5.1 Quando controlar formalmente

Roupas/objetos potencialmente relevantes para esclarecimento do evento;

Paciente inconsciente ou sem acompanhante;

Solicitação de custódia por autoridade;

Presença de valores (carteira, celular).

5.2 Procedimento padronizado de guarda/entrega

Listar itens em formulário (descrição + quantidade).

Embalar e lacrar (quando houver rotina) ou acondicionar em envelope apropriado.

Identificar: nome do paciente, data/hora, responsável pelo acondicionamento.

Destino:

entregue ao familiar (nome/documento/assinatura),

entregue à autoridade (nome/cargo/identificação/assinatura),

guardado conforme política interna (local e responsável).

Registrar no prontuário o destino.

6. Segurança do ambiente e controle de acesso

Restringir entrada no box em caso de risco (conflito, possível agressor, tumulto).

Acionar segurança institucional.

Registrar intercorrências relevantes (ameaças, tentativa de invasão, etc.) de forma objetiva.

7. Solicitações externas e sigilo

Qualquer fornecimento de informação deve seguir fluxo institucional.

Registrar solicitação (quem, quando, o que pediu) e encaminhamento.

Não entregar prontuário integral sem fluxo formal.

8. PCC

PCC-01: prontuário sem linha do tempo é fragilidade grave.

PCC-02: perda/entrega informal de pertences gera risco institucional.

PCC-03: descrição vaga de lesão fragiliza análise e defesa.

9. Registros obrigatórios

Núcleo mínimo do trauma (itens 1–6).

Formulário de pertences quando aplicável.

Registro de ocorrências de segurança quando aplicável.

10. Indicadores

% prontuários com núcleo mínimo completo.

% eventos com controle de pertences quando aplicável.

Tempo de resposta interna a solicitações formais (quando monitorado).

5.1.2.7 Crises convulsivas

1) Objetivo geral

Padronizar o manejo de crises convulsivas em UPA 24h para:

- interromper rapidamente crises prolongadas e prevenir recorrência;
- evitar hipóxia, aspiração e complicações (rabdomiólise, acidose, hipertermia, arritmias, lesão traumática);
- identificar causas reversíveis imediatas;
- estratificar risco e definir destino (alta/observação/transferência) com critérios rastreáveis;
- garantir documentação auditável e continuidade assistencial entre turnos e na regulação.

2) Fundamentos científicos adotados

2.1 Definição operacional de emergência (regra de 5 minutos)

Convulsão tônico-clônica que dura ≥ 5 minutos (ou crises repetidas sem retorno ao basal) deve ser tratada como **status epilepticus convulsivo (SE-C)**. A ILAE define **t1=5 min** para convulsivo e **t2≈30 min** (risco de consequências de longo prazo).

Implicação prática: **não esperar “passar sozinho”** se está chegando/perdurando em 5 minutos ou se o tempo é incerto e o paciente segue convulsionando.

2.2 Primeira linha: benzodiazepínico precoce e dose adequada

AAES recomenda benzodiazepínico como **primeira escolha** e traz três opções equivalentes de primeira linha (IM midazolam, IV lorazepam, IV diazepam), com possibilidade de repetir **uma vez**. Erro operacional frequente e perigoso: “subdosar” benzodiazepínico e atrasar a segunda linha, prolongando crise e complicações.

2.3 Segunda linha em refratário a benzo: opções equivalentes

Após benzodiazepínico adequado, se persistir/recorrer, iniciar medicação de segunda linha (levetiracetam, valproato, fosfenitoína/fenitoína). Ensaio ESETT mostrou eficácia semelhante entre **levetiracetam 60 mg/kg**, **valproato 40 mg/kg** e **fosfenitoína 20 mgPE/kg** em benzo-refratário.

2.4 Refratário: foco em estabilizar e transferir

Protocolos ENLS reforçam rapidez, escalonamento e necessidade de suporte intensivo/monitorização avançada quando refratário, o que excede capacidade definitiva de grande parte das UPAs.

3) Escopo e definições operacionais para a UPA

3.1 Definições

Crise convulsiva: evento paroxístico com manifestações motoras (tônico-clônica ou clônica), geralmente com alteração de consciência e fase pós-ictal.

Crise autolimitada: cessou espontaneamente; paciente evolui para recuperação progressiva.

Crises em cluster: ≥ 2 crises em curto período (p.ex. em 24h) ou múltiplas crises no atendimento, com recuperação incompleta entre episódios.

SE convulsivo (SE-C): convulsão ≥ 5 min ou crises repetidas sem retorno ao basal.

SE refratário (operacional): crise persiste após benzodiazepínico adequado + segunda linha em dose de ataque adequada.

3.2 Princípio de segurança

A UPA deve operar com **duas rotas em paralelo:**

- Interromper crise e prevenir recorrência (farmacológico + suporte);
- Buscar causa e tratar reversíveis (glicose, eletrólitos, sepse/SNC, eclâmpsia, intoxicações, trauma, AVC, etc.).

4) Estrutura do atendimento e papéis (implantação)

4.1 Funções essenciais (mínimo para padronização)

Médico líder do caso

- define fase (crise ativa / SE / cluster / pós-ictal);
- prescreve benzo e segunda linha com doses adequadas;
- decide via aérea avançada e transferência;
- define investigação dirigida.

Enfermeiro

- inicia cronômetro e “linha do tempo” (T0, T5, T10 etc.);
- garante monitorização contínua e segurança da administração;
- executa checklist e coordena equipe.

Técnico 1

O₂, aspiração, posicionamento, controle térmico, sinais vitais seriados.

Técnico 2

acesso venoso, glicemia capilar, coleta laboratorial, preparo de medicações.

Regulação/Administrativo

aciona vaga/ambulância; prepara documentação de transferência (SBAR + resumo terapêutico).

5) TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**5.1 Encaminhar imediatamente à sala de emergência**

- Crise ativa (qualquer duração no momento da chegada);
- Tempo ≥ 5 min ou incerto com crise em curso;
- Crises repetidas sem recuperar basal;
- Gestante/puerpério com convulsão;
- SpO₂ < 92% persistente / cianose / hipoventilação / vômitos + rebaixamento;
- Sinais de choque/instabilidade;
- Trauma associado relevante (queda com TCE, sangramento, suspeita de fratura);
- Febre alta + alteração mental importante / rigidez de nuca / petéquias / sinais de sepse;
- Uso de anticoagulante + suspeita de TCE;
- Idosos frágeis/lactentes com alteração persistente do nível de consciência.

5.2 Encaminhar para box monitorizado (alto risco)

- Primeira crise (sem causa evidente);
- Pós-ictal prolongado (>30–60 min sem melhora consistente);
- Déficit focal pós-ictal (avaliar Todd x AVC) com reavaliação seriada;
- Epilepsia conhecida com falha terapêutica e risco de recorrência.

6) ALGORITMO POR TEMPO (núcleo do protocolo)**6.1 Linha do tempo padronizada**

T0 = início observado (ou “última vez visto bem” + relato de duração).

T5 = se convulsão ativa aos 5 minutos → tratar como SE-C.

T10–T20 = se persistência/recorrência após benzo adequado → segunda linha.

T20–T40 = se persiste → refratário → estabilizar + regulação imediata.

6.2 Fluxo resumido (para parede/box)

Crise ativa: segurança + ABC + glicemia capilar + benzo.

Sem acesso IV em 1–2 min: usar via alternativa (IM/intranasal/bucal/retal conforme disponibilidade).

Persistiu/recorreu: repetir benzo **1 vez** se indicado e iniciar **segunda linha** sem atraso.

Persistiu após segunda linha: tratar como refratário → suporte ventilatório, causas, transferência.

Base: AES (algoritmo) e ENLS.

7) ATENDIMENTO IMEDIATO — CRISE ATIVA (0–5 MIN)

7.1 Segurança e prevenção de aspiração/trauma

- Retirar objetos próximos e proteger cabeça.
- Não colocar objetos na boca; não forçar contenção de membros.
- Se possível, decúbito lateral (posição de recuperação).
- Aspirador pronto; cânula orofaríngea apenas se treinado e indicado.

7.2 ABC (prioridades)

A – Via aérea

- Avaliar ruídos, vômito, secreções; aspirar.
- Preparar BVM, máscara e oxigênio.

B – Respiração

- Oxigênio suplementar e oximetria contínua.
- Se hipoventilação/cianose: ventilação assistida com BVM.

C – Circulação

- Monitor cardíaco se disponível; PA seriada.
- Acesso venoso calibroso (2 acessos se risco alto).
- Considerar causas de choque (hemorragia/sepsis/metabólico).

D – Neurológico

- GCS quando crise cessa; pupilas.
- Avaliar sinais de focalidade e assimetria após cessar.

E – Exposição

- Ver trauma, mordedura de língua, lesões por queda.
- Controle térmico (hipotermia por exposição + hipertermia pós-crise).

7.3 Intervenção reversível obrigatória: glicemia capilar

Glicemia capilar deve ser realizada **em todo paciente** com crise ativa ou pós-ictal importante, documentando valor e horário.

8) TRATAMENTO FARMACOLÓGICO — PRIMEIRA LINHA (BENZODIAZEPÍNICO)

8.1 Princípio

Benzodiazepínico precoce é o tratamento inicial de escolha e deve ser usado em dose efetiva.

8.2 Opções de primeira linha (adulto e pediatria) — conforme AES

Opções equivalentes (escolher 1, conforme via disponível):

- IM midazolam: recomendado quando não há IV imediato.
- IV lorazepam
- IV diazepam

Repetição: pode repetir **1 vez** se crise persiste, com reavaliação ventilatória rigorosa.

8.3 Doses usuais (referência do algoritmo AES)

IV Lorazepam: 0,1 mg/kg/dose (máx. 4 mg/dose), pode repetir 1 vez.

IV Diazepam: 0,15–0,2 mg/kg (máx. 10 mg/dose), pode repetir 1 vez.

IM Midazolam: 10 mg se >40 kg; 5 mg se 13–40 kg (dose única).

Observação operacional (UPA): se o protocolo municipal utiliza diazepam IV como padrão, a equipe deve estar treinada para “não subdosar” e para reavaliar ventilação imediatamente após a dose.

8.4 Segurança pós-benzodiazepínico (o que a enfermagem monitora)

- FR, padrão respiratório, SpO₂, necessidade de O₂ crescente;
- nível de consciência e proteção de via aérea;
- PA e perfusão periférica;
- presença de vômitos/aspiração.

Gatilhos para suporte ventilatório imediato

SpO₂ baixa persistente apesar de O₂;

hipoventilação, roncos/gorgolejo, apneias;

rebaixamento profundo com perda de reflexos de proteção.

9) SEGUNDA LINHA (10–40 MIN): LEVETIRACETAM / VALPROATO / FOSFENITOÍNA-FENITOÍNA

9.1 Quando iniciar (critério operacional)

Iniciar segunda linha quando:

- crise persiste após benzodiazepínico adequado; ou
- crise cessou, mas recorre rapidamente (cluster/sequência) sem recuperação sustentada; ou
- há alta suspeita de SE em evolução (tempo incerto + sinais de atividade recorrente).

9.2 Doses usuais baseadas em ESETT / diretrizes

O ESETT utilizou:

Levetiracetam 60 mg/kg (máx 4500 mg)

Valproato 40 mg/kg (máx 3000 mg)

Fosfenitoína 20 mgPE/kg (máx 1500 mgPE)
administrados por infusão padronizada.

9.3 Seleção prática por perfil (matriz de decisão)

Levetiracetam tende a ser preferido quando:

- múltiplas comorbidades, risco de interação medicamentosa;
- necessidade de via mais “neutra” em termos hemodinâmicos;
- cenário misto/etiologia incerta.

Valproato exige cautela em:

- hepatopatia significativa;
- algumas populações específicas (avaliar política local e equipe médica).

Fosfenitoína/fenitoína exige cautela em:

- risco de efeitos cardiovasculares;
- necessidade de monitorização durante infusão.

A escolha final deve estar alinhada ao **formulário municipal**, disponibilidade, e perfil do paciente, mas o ponto crítico é: **não atrasar a segunda linha**.

9.4 Monitorização durante a segunda linha

Monitor cardíaco e PA seriada (principalmente com fosfenitoína/fenitoína).

SpO₂ contínua.

Observação ativa de recorrência clínica.

10) STATUS EPILEPTICO REFRATÁRIO (SE-C refratário): estabilização e transferência

10.1 Definição operacional

Persistência/recorrência após:

- benzodiazepínico adequado (com repetição quando indicado) e
- segunda linha em dose de ataque adequada.

10.2 Conduta imediata na UPA (o que fazer sem perder tempo)

ABC reforçado: ventilação/oxigenação e via aérea, se necessário.

Controle fisiológico: temperatura, glicemia, eletrólitos, hemodinâmica.

Tratar causas: eclâmpsia, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos, intoxicações selecionadas, infecção/SNC, etc.

Regulação/transferência imediata para unidade com suporte intensivo e possibilidade de EEG/controle avançado, conforme ENLS.

10.3 O que não pode falhar na transferência do refratário

- linha do tempo completa (T0, doses, horários, resposta);
- sinais vitais de saída e suporte em curso (O₂, BVM, acesso venoso);
- suspeita etiológica e exames já realizados;
- resumo SBAR para regulação.

11) INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DIRIGIDA (sem “exame por rotina” que atrasa decisão)

11.1 Perguntas-chave (em paralelo ao tratamento)

Primeira crise ou epilepsia conhecida?

Tempo da crise e recorrência?

Febre? cefaleia intensa? rigidez de nuca? comportamento/alteração mental persistente?

Uso de álcool/drogas? abstinência?

Traumatismo craniano? anticoagulantes?

Gestante/puerpério?

Medicações em uso (inclusive antidepressivos, antipsicóticos, tramadol, isoniazida, etc.)?

Adesão a antiepiléticos (faltou dose? trocou medicamento? vômitos/diarreia)?

História de AVC, tumor, neuroinfecção, HIV, câncer?

11.2 Exames mínimos por cenário (padrão de UPA)

Sempre

glicemia capilar (obrigatório), sinais vitais seriados.

Recomendados em: primeira crise, SE/cluster, pós-ictal prolongado, alteração persistente

eletrólitos (Na, K, Ca, Mg se disponível), função renal, hemograma.

ECG se risco de arritmia/uso de fármacos que prolongam QT/idosos.

Suspeita infecciosa/SNC

hemograma, PCR se disponível, avaliação clínica; antibiótico/antiviral e transferência conforme gravidade e rede.

Suspeita trauma/anticoagulado/idoso com déficit

imagem conforme disponibilidade e, sobretudo, **transferência** quando alta suspeita e risco elevado.

POP-CCV-04 — Atendimento imediato de crise convulsiva ativa (0–5 min) — Sala de Emergência/Box Crítico

1. Objetivo

Garantir resposta imediata e padronizada ao paciente em crise convulsiva ativa, com foco em:

- segurança física (prevenção de queda/trauma),
- proteção de via aérea e oxigenação/ventilação,
- identificação de hipoglicemia e outras causas rapidamente reversíveis,
- administração precoce e segura de benzodiazepínico conforme algoritmo da unidade,
- registro completo e rastreável (linha do tempo do evento).

2. Abrangência

Aplicável a:

paciente que chega convulsionando;

paciente que convulsiona em qualquer setor (recepção, triagem, sala de espera, observação).

3. Definições operacionais

T0: horário de início observado (ou estimado informado por terceiro/relato de SAMU).

Crise ativa: movimentos tônico-clônicos/clônicos em curso, com/sem responsividade.

Status convulsivo: crise ≥ 5 minutos ou crises repetidas sem recuperação sustentada.

4. Responsabilidades (RACI simplificado)

Médico (Responsável técnico/decisor): avaliação ABC avançada; define medicação e via; decide 2ª linha e transferência.

Enfermeiro (Responsável operacional): assume comando do box; abre cronômetro; coordena equipe; administra/garante administração correta; assegura registros.

Técnico 1 (Execução suporte): O₂/posicionamento/aspiração/monitor.

Técnico 2 (Execução acesso/insumos): acesso venoso; glicemia; coleta e preparo de medicações.

Regulação/Administrativo (Informado/acionado quando necessário): aciona fluxo de regulação em refratário/alto risco.

5. Pré-requisitos de prontidão (obrigatórios para implantação)

5.1 Carrinho de emergência — itens mínimos

- Fonte de O₂ + fluxômetro + máscara não reinalante + máscara simples + cânula nasal.
- Aspirador testado (ligado) + sondas.
- BVM com reservatório + máscaras tamanhos adulto/pediátrico.
- Monitor multiparamétrico (SpO₂, ECG, PA não invasiva).
- Glicosímetro com tiras e lancetas (estoque checado por turno).
- Cateter venoso calibroso + equipos + SF 0,9%.
- Medicações padronizadas e acessíveis:
- benzodiazepínico (de escolha e alternativa),
- solução glicose (quando padronizada),
- 2ª linha (levetiracetam/valproato/fenitoína/fosfenitoína conforme unidade),
- antiemético (quando aplicável), antitérmico, etc.
- Prancha/maca com grade funcional, cinto de segurança quando aplicável.

5.2 Checagem por turno (enfermagem)

- Checklist de “carrinho de emergência” assinado e arquivado.
- Teste do aspirador.
- Validade e quantidade mínima de benzo e 2ª linha.
- Funcionamento do monitor e BVM.

6. Procedimento (passo a passo)

6.1 Acionamento e deslocamento

Identificação imediata: qualquer colaborador que observar crise ativa deve acionar verbalmente: “CRISE CONVULSIVA — SALA DE EMERGÊNCIA”.

Priorizar transporte em maca com grades elevadas, com acompanhante de equipe.

6.2 Segurança do paciente (0–30 segundos)

- Retirar objetos do entorno; afastar cadeira, mesa, objetos cortantes.
- Proteger cabeça (apoio macio).

Não colocar nada na boca; não tentar abrir mandíbula; não segurar membros com força.

Se possível, posicionar em **decúbito lateral** (ou semilateral) para reduzir aspiração.

6.3 ABC simultâneo (0–2 minutos)

A – via aérea: avaliar presença de vômito/secreção; aspirar se necessário.

B – respiração:

- instalar O₂ imediatamente;
- colocar oxímetro;
- observar padrão ventilatório (apneia, gasping, hipoventilação).

C – circulação:

- monitor/ECG quando disponível;
- PA inicial assim que possível, sem atrasar benzo;
- checar perfusão (tempo de enchimento capilar, pele fria, etc.).
- Acesso venoso: tentativa de acesso em até 1–2 min. Se falhar e crise persiste, seguir via alternativa de benzo conforme padronização (IM/IN/bucal/retal).

6.4 Glicemia capilar (até 2 minutos)

- Glicemia capilar obrigatória; registrar valor e horário.

- Se hipoglicemia (ou valor crítico conforme protocolo institucional), iniciar correção imediatamente e registrar conduta.

6.5 Administração de benzodiazepínico (até 3–5 minutos)

Médico prescreve e enfermagem administra benzo **na via mais rápida disponível**.

Registrar:

- hora de administração (T1),
- dose e via,
- responsável que administrou.

6.6 Reavaliação e “ponto de decisão” (após 2–3 min do benzo)

Se crise cessou:

- iniciar POP-CCV-07 (pós-ictal e monitorização).
- Se crise persiste:
- checar ventilação/SpO₂/FR;
- considerar repetição única do benzo conforme prescrição;
- preparar início imediato de **2ª linha** (POP-CCV-06) sem “tempo morto”.

7. Pontos de controle (críticos para auditoria)

- T0 registrado (ou “tempo incerto + fonte do relato”).
- Glicemia registrada e conduta se alterada.
- Benzo administrado com hora registrada.
- SpO₂ instalada e monitorização documentada.
- Reavaliação pós-benzo registrada em 2–3 minutos.

8. Não conformidades frequentes e ações corretivas

Sem glicemia: abrir “evento de falha de segurança” e reforçar treinamento/checagem de carrinho.

Benzo atrasado por falta de acesso IV: capacitar equipe em via alternativa (conforme disponibilidade e protocolo).

Ausência de T0: padronizar “relógio do box” e folha de crise.

9. Registros obrigatórios

- Folha de “Linha do Tempo da Crise” (anexo).
- Evolução médica e de enfermagem com horários.
- Medicações com dose/via/horário/resposta.
- Sinais vitais seriados.

POP-CCV-05 — Administração segura de benzodiazepínico e vigilância respiratória

1. Objetivo

Administrar benzodiazepínico em dose efetiva, com prevenção e resposta rápida à depressão respiratória/aspiração.

2. Indicações (gatilhos)

- crise ativa ≥ 5 min ou tempo incerto com crise em curso;
- crise repetida sem recuperação sustentada;
- cluster em evolução com risco alto.

3. Contraindicações relativas e cautelas (não impedem uso quando necessário)

idosos frágeis, DPOC/hipercapnia, intoxicação por depressores, apneia do sono: **usar com vigilância ventilatória intensificada**, não “evitar” quando há SE.

4. Preparação pré-administração (check obrigatório)

- O₂ pronto e em uso.
- Oxímetro funcionando.
- Aspirador ligado e acessível.
- BVM montado e testado.
- Profissional designado para observar exclusivamente respiração nos 5–10 min seguintes.

5. Administração

5.1 Seleção de via

IV se acesso imediato.

Alternativa (IM/IN/bucal/retal) conforme padronização da unidade quando IV atrasa.

5.2 Procedimento

- Confirmar prescrição: droga, dose, via.
- Confirmar identidade do paciente.
- Administrar e registrar hora exata.
- Iniciar “janela de vigilância respiratória”:
- avaliar FR, SpO₂ e padrão ventilatório continuamente;
- observar acúmulo de secreções/vômitos.

6. Reavaliação e repetição (regra operacional)

- Reavaliar em 2–3 minutos:
- cessou crise?

- respiração está adequada?
- Repetição: apenas se prescrito/indicado e após reavaliar ventilação, em regra uma repetição.

7. Gestão de eventos adversos (fluxo prático)

7.1 Depressão respiratória

- Reposicionar via aérea, aspirar, O₂ alto fluxo.
- Ventilação com BVM se necessário.
- Acionar médico imediatamente (já no box).
- Documentar evento e medidas.

7.2 Aspiração / vômitos

- Decúbito lateral, aspiração, O₂.
- Avaliar necessidade de transferência conforme gravidade.

8. Registros obrigatórios

- FR/SpO₂ antes do benzo, 2–3 min após e seriado até estabilização.
- Necessidade de ventilação assistida.
- Resposta clínica (cessou/recorreu).

POP-CCV-06 — Segunda linha (pós-benzo) — preparo, administração, monitorização e resposta

1. Objetivo

Iniciar antiepilético de segunda linha sem atraso, reduzir recorrência e controlar SE benzo-refratário.

2. Critérios de entrada

- persistência da crise após benzo adequado; ou
- recorrência rápida; ou
- cluster com recuperação incompleta.

3. Preparação (antes da infusão)

Estimar peso (preferir peso real; se impossível, estimativa documentada).

Verificar:

- acesso venoso pérvio (preferir calibroso);
- soro em curso;
- monitorização contínua (SpO₂ e ECG).
- Separar kit de infusão:
 - bomba de infusão se disponível,

- equipo e diluentes conforme fármaco.

4. Administração (sequência operacional)

- Médico escolhe e prescreve fármaco e dose.
- Enfermagem prepara dose e dupla checagem (2 profissionais, quando possível):
 - nome da medicação,
 - dose total calculada,
 - diluição,
 - tempo de infusão.
- Iniciar infusão e registrar:
 - horário de início,
 - horário de término (quando aplicável),
 - resposta clínica.

5. Monitorização e critérios de sucesso

- cessou crise clínica e não recorre durante período de observação inicial;
- estabilização respiratória/hemodinâmica.

6. Critérios de falha (declarar refratário e acionar POP-CCV-10)

- persistência clínica após segunda linha completa;
- recorrência imediata sem recuperação sustentada;
- piora ventilatória/hemodinâmica exigindo suporte avançado e rede de maior complexidade.

7. Registros obrigatórios

- cálculo de dose (kg estimado/real);
- fármaco, dose, diluição, tempo;
- sinais vitais seriados;
- resposta e eventos adversos.

POP-CCV-07 — Manejo pós-crise e período pós-ictal — monitorização, reavaliação e prevenção de complicações

1. Objetivo

Garantir recuperação segura, detectar recorrência e identificar sinais de causa grave, reduzindo risco de alta inadequada.

2. Entrada no POP

- cessou crise após intervenção; ou
- crise autolimitada na chegada, mas paciente em pós-ictal.

3. Conduta imediata (primeiros 10 minutos)

- Manter decúbito lateral até recuperar reflexos de proteção.
- Oxigênio conforme necessidade; SpO₂ contínua.

Avaliar:

- via aérea (secreções/vômito),
- padrão respiratório,
- PA/FC.
- Inspeccionar trauma:
 - cabeça/couro cabeludo,
 - língua,
 - ombro/coluna (queda),
 - sinais de fratura.

4. Reavaliações seriadas (padronização por risco)

4.1 Alto risco

- (SE/cluster, idosos frágeis, gestante, TCE, alteração mental intensa)
- reavaliação a cada 5–10 min na 1ª hora, depois conforme estabilidade.

4.2 Moderado risco

- (primeira crise, pós-ictal prolongado em melhora)
- reavaliação 15–30 min.

4.3 Baixo risco

- (epilepsia conhecida, crise breve, recuperação rápida)
- reavaliação conforme protocolo mínimo, registrando evolução.

5. Avaliação neurológica padronizada

- Nível de consciência (tendência: melhora progressiva?).
- Pupilas.
- Déficit focal: força, fala, simetria facial, coordenação quando possível.
- Considerar paralisia de Todd: documentar e reavaliar (tendência a melhorar).

6. Critérios de alerta no pós-ictal

- ausência de melhora progressiva;

nova crise;

- dessaturação persistente;
- febre alta com alteração mental importante;
- déficit focal persistente/progressivo;

- suspeita de trauma intracraniano.

7. Saídas

POP-CCV-08 (investigação dirigida) se risco;

POP-CCV-11 (transferência) se gatilhos;

POP-CCV-12 (alta segura) se critérios.

POP-CCV-08 — Investigação etiológica dirigida após crise convulsiva (primeira crise, alto risco, pós-ictal prolongado, suspeita secundária)

1. Objetivo

Estabelecer **rotina padronizada e rastreável** para investigação etiológica de crises convulsivas atendidas na UPA, garantindo:

- identificação e tratamento de causas imediatamente reversíveis;
- detecção de condições potencialmente graves que exigem transferência;
- definição consistente de observação x alta x regulação;
- documentação completa para auditoria e continuidade do cuidado.

2. Abrangência

Aplicável a todo paciente que:

- teve primeira crise na vida (qualquer idade);
- apresentou status epilepticus (convulsivo) ou cluster;
- possui pós-ictal prolongado (sem melhora progressiva em 30–60 min);
- apresenta déficit focal persistente, rebaixamento persistente ou comportamento anormal sustentado;
- tem suspeita de causa secundária (metabólica, infecciosa, tóxica, estrutural, vascular, traumática, obstétrica).

3. Definições e gatilhos operacionais

3.1 “Primeira crise”

Episódio compatível com crise convulsiva/epiléptica **sem história prévia confirmada** de epilepsia ou crises.

3.2 “Pós-ictal prolongado” (critério operacional UPA)

- sem retorno progressivo do estado mental esperado em até 30–60 minutos, OU
- nível de consciência sem tendência de melhora após crise controlada.

3.3 Critérios que obrigam investigação ampliada e/ou transferência (não “negociáveis”)

- primeira crise + idade > 50–60 anos;
- déficit focal persistente (suspeita AVC/lesão estrutural);
- febre + alteração mental, rigidez nuchal, petéquias, sinais de sepse;
- trauma craniano (especialmente se anticoagulante);
- imunossupressão (HIV avançado, quimioterapia, uso de imunossupressor);
- gestante/puerpério;
- sinais de intoxicação/abstinência relevante;
- recorrência na observação/cluster;
- suspeita de crise não convulsiva com rebaixamento persistente (necessidade de rede com EEG).

4. Responsabilidades

Médico: coleta dirigida, decide escopo de exames, institui condutas, decide destino.

Enfermagem: garante execução em tempo adequado, coleta e registros seriados, aplica checklists e sinaliza alertas.

Técnicos: coleta exames, monitorização, sinais vitais seriados, organização de documentos.

Regulação: acionada conforme critérios de transferência.

5. Procedimento (fluxo completo implantável)

5.1 Etapa 1 — Confirmação sindrômica (até 10 min após controle)

Confirmar se o evento foi compatível com crise:

- relato de movimentos tônico-clônicos, perda de consciência, cianose, mordedura de língua lateral, incontinência, confusão pós-evento;
- avaliar alternativas: síncope, hipoglicemia isolada, intoxicação, crise psicogênica.

Registrar:

- duração estimada, número de crises, recuperação entre crises;
- presença de trauma associado.

5.2 Etapa 2 — “Pacote de reversíveis imediatos” (sem depender de laboratório)

Executar e registrar obrigatoriamente:

- glicemia capilar (já realizada no POP-04, repetir se dúvida/alteração);
- temperatura;
- saturação e FR;

- avaliação clínica de sinais de intoxicação/abstinência (odor etílico, pupilas, sudorese, agitação, tremores, alucinações);
- avaliação de uso/adesão a antiepiléticos (se epilepsia conhecida).

5.3 Etapa 3 — Anamnese etiológica padronizada (checklist obrigatório)

Preencher no prontuário:

A. História do evento

- início presenciado? tempo? como começou? focal antes de generalizar?
- teve febre, cefaleia, vômitos, dor cervical?
- houve queda/trauma?

B. História prévia

- epilepsia diagnosticada? qual medicação? última dose? falhou dose?
- AVC, TCE, tumor, meningite/encefalite, neurocisticercose, HIV, câncer?

C. Exposição/precipitantes

- álcool (uso pesado/cessação nas últimas 6–48h), cocaína/anfetamina, benzodiazepínicos (uso/abstinência), drogas desconhecidas;
- privação de sono, jejum prolongado, diarreia/vômitos (risco distúrbio eletrolítico);
- novos medicamentos (tramadol, bupropiona, antipsicóticos, quinolonas, isoniazida, etc.);
- gestação/puerpério.

D. Comorbidades e riscos

- DM e uso de insulina/hipoglicemiantes;
- insuficiência renal/hepática;
- uso de anticoagulante/antiagregante.

5.4 Etapa 4 — Exame físico e neurológico estruturado (obrigatório)

Registrar:

- sinais vitais seriados;
- pupilas (tamanho e reatividade);
- nível de consciência (tendência);
- focalidade (força, fala, simetria facial);
- rigidez nuchal/meningismo;
- exame respiratório (aspiração? roncos? esforço?);
- exame de pele (petéquias, mordedura, sinais de picada, etc.);
- pesquisa de trauma (couro cabeludo, face, ombro, coluna, língua).

5.5 Etapa 5 — Exames complementares por “pacotes” (conforme risco)

Pacote A — Obrigatório em: primeira crise, SE/cluster, pós-ictal prolongado, idosos, comorbidades

- eletrólitos básicos (Na/K) e função renal;
- hemograma;
- glicemia (se ainda não validada);
- ECG se idade avançada, cardiopata, síncope possível, uso de drogas/medicações de risco.

Pacote B — Quando suspeita clínica

- Ca/Mg (se disponível) quando há risco de distúrbio (diarreia/vômitos, alcoolismo, desnutrição, pós-paratireoide, etc.);
- gasometria quando suspeita de hipoventilação/acidose grave (se recurso disponível);
- exames infecciosos conforme disponibilidade e fluxo de rede (PCR, etc.).

Pacote C — Imagem/transferência

se suspeita estrutural/vascular/traumática e UPA não possui imagem: **transferir** com justificativa (não “aguardar melhorar” se há focalidade persistente, anticoagulante+queda, febre+alteração mental intensa).

6. Tomada de decisão (observação x alta x transferência)**6.1 Observação na UPA (critérios)**

- epilepsia conhecida com crise típica, recuperação parcial, sem gatilhos de gravidade, sem recorrência imediata;
- primeira crise com recuperação completa, sem sinais de alarme, com exames básicos sem alterações significativas (quando disponíveis);
- cluster leve controlado, com plano e vigilância seriada.

6.2 Transferência (critérios objetivos)

- SE/cluster alto risco;
- refratário ou recorrente;
- déficit focal persistente;
- alteração mental persistente sem melhora progressiva;
- suspeita neuroinfecção;
- trauma importante/anticoagulante;
- gestante/puerpério;
- necessidade de imagem/EEG/UTI.

6.3 Alta (somente se preencher POP-CCV-12)

Alta só é considerada quando o POP-12 estiver integralmente cumprido.

7. Registros obrigatórios (auditáveis)

- checklist etiológico preenchido;
- exame neurológico com focalidade “sim/não” e tendência;
- justificativa do destino baseada em critério;
- anexar resultados de exames realizados e condutas.
- 8. Não conformidades e ações corretivas
- alta sem checklist etiológico: reeducação + auditoria com devolutiva;
- ausência de registro de focalidade: treinamento com modelo de exame neurológico rápido;
- falta de critério explícito no destino: reforço de formulário padronizado.

POP-CCV-09 — Convulsão em gestante/puerpério (suspeita de eclâmpsia e outras causas) — estabilização e regulação imediata

1. Objetivo

Padronizar atendimento para reduzir atraso e risco materno-fetal, garantindo estabilização, identificação de sinais de eclâmpsia e transferência conforme rede.

2. Abrangência

Gestante em qualquer idade gestacional e puérpera conforme definição de rede local (recomenda-se até 42 dias), com crise convulsiva ou quadro compatível.

3. Procedimento implantável

3.1 Primeiros 5 minutos

- Aplicar POP-CCV-04 (ABC, O₂, aspiração, benzo se crise ativa).
- Monitorização contínua: SpO₂ + PA seriada (a cada 3–5 min inicialmente).
- Glicemia capilar e temperatura.

3.2 Avaliação dirigida obstétrica (até 10–15 min)

Identificar:

- IG/puerpério, pré-natal, hipertensão prévia;
- sintomas de alerta: cefaleia intensa, turvação visual, dor epigástrica, edema súbito, dispneia;
- PA atual e tendência (registrar 3 medidas).

3.3 Condutas e regulação

- Considerar eclâmpsia hipótese prioritária até exclusão.
- Acionar regulação para unidade obstétrica/UTI conforme gravidade, sem aguardar “melhorar totalmente”.
- Preparar documentação: linha do tempo, PA seriada, medicações.

3.4 Critérios de transferência imediata

- convulsão em gestante/puerpério (por si só), especialmente com PA elevada;
- rebaixamento persistente;
- sinais respiratórios/aspiração;
- recorrência.

4. Registros obrigatórios

- PA seriada com horários;
- IG/puerpério registrado;
- sinais de alerta obstétrico;
- horário de acionamento de regulação.

POP-CCV-10 — Status epilepticus refratário ou recorrente: estabilização completa e transferência com “pacote fechado”

1. Objetivo

Impedir prolongamento de SE na UPA sem recursos definitivos, estruturando estabilização e transferência segura.

2. Critérios de entrada

refratário (falhou benzo + 2ª linha) OU

recorrência repetida sob observação, sem recuperação sustentada, com risco de deterioração.

3. Procedimento (muito prático)

3.1 Organização do box e comando

- Definir líder (médico) e “enfermeiro de comando”.
- Um técnico fica dedicado à via aérea/aspiração, outro a acesso/medicações.
- Abrir folha “pacote SE” (Anexo 2).

3.2 Estabilização respiratória

- O₂ alto fluxo.
- Se hipoventilação/rebaixamento:
- BVM e aspiração;
- preparar transferência como “alto risco de via aérea”.

3.3 Estabilização hemodinâmica e metabólica

- PA/FC seriados e perfusão.

- Checar e corrigir:
- glicemia (repetir se necessário),
- distúrbios eletrolíticos críticos conforme exames disponíveis.
- Controle térmico e prevenção de complicações:
- hipertermia: medidas físicas;
- hidratação conforme avaliação clínica (sem “litros automáticos”).

3.4 Tratamento etiológico inicial quando indicado (sem atrasar transferência)

Suspeita infecciosa grave: iniciar protocolo local (coleta/antibiótico se aplicável).

Suspeita de intoxicação/abstinência: medidas de suporte e comunicação ao destino.

3.5 Regulação e transferência (já em paralelo)

Chamar regulação assim que refratário for reconhecido.

Informar explicitamente:

- “SE refratário”,
- tempo de crise,
- medicações e doses,
- suporte ventilatório em uso.

4. Checklist “não pode faltar” antes de sair

- acesso venoso pérvio, fixado e identificado;
- O₂ com autonomia;
- BVM e aspiração disponíveis (conforme risco);
- cópia da linha do tempo e prescrições;
- sinais vitais imediatamente antes da saída;
- resumo SBAR completo.

5. Registros e auditoria

- tempo T0, tempo até benzo, tempo até 2ª linha;
- tempo até acionamento da regulação;
- intercorrências (aspiração, dessaturação, hipotensão).

POP-CCV-11 — Transferência/Regulação do paciente convulsivo: SBAR + dossiê + rastreabilidade

1. Objetivo

Eliminar falhas de comunicação e reduzir eventos em transporte, garantindo entrega de informações essenciais e documentação padronizada.

2. Quando aplicar

Qualquer transferência por crise convulsiva, especialmente:

- SE, cluster alto risco, refratário;
- suspeita estrutural/AVC/TCE;
- suspeita neuroinfecção;
- gestante/puerpério.

3. Dossiê obrigatório de transferência (padrão UPA)

3.1 Documento 1 — Linha do Tempo (Anexo 3)

Contém:

- T0 e fonte;
- cada medicação com hora/dose/via;
- resposta e recorrências;
- sinais vitais seriados;
- glicemia e exames.

3.2 Documento 2 — SBAR completo (modelo padronizado)

S: situação atual, estabilidade, última crise, suporte atual.

B: história relevante (epilepsia, drogas, trauma, febre, gestação).

A: exame atual (GCS, focalidade, SpO₂, PA), exames realizados e resultados críticos.

R: necessidade (UTI/neurologia/imagem), riscos durante transporte, condutas pendentes.

3.3 Documento 3 — Prescrição/medicações administradas

cópia do que foi administrado e do que está programado.

4. Procedimento operacional da transferência

- Enfermeiro confere “pacote de segurança” (checklist).
- Médico faz contato com regulação/destino quando aplicável.
- Entregar documentos ao transporte e registrar:
 - horário de saída,
 - sinais vitais de saída,
 - nome da equipe transportadora,
 - destino e protocolo.

5. Checklist de segurança do transporte (obrigatório)

- O₂ com autonomia
- Aspiração disponível quando indicado
- BVM disponível quando risco alto

- Monitorização no transporte (quando disponível)
- Acesso venoso fixado e funcionando
- Medicações administradas e horários anexados
- Sinais vitais de saída
- Contato do médico/enfermagem da UPA

6. Falhas comuns e prevenção

“Sem horários das medicações”: folha de linha do tempo obrigatória e auditada.

“Sem focalidade registrada”: exame neurológico rápido obrigatório.

“Sem glicemia”: falha grave.

POP-CCV-12 — Alta segura após crise convulsiva: critérios, plano, orientação, documentação e responsabilidade

1. Objetivo

Padronizar alta de paciente após crise convulsiva, reduzindo risco de retorno e eventos graves pós-alta, com orientação clara, rastreável e clinicamente defensável.

2. Critérios obrigatórios para alta (todos devem estar presentes)

2.1 Critérios clínicos

- recuperação neurológica adequada, com melhora progressiva e sustentada;
- sem nova crise durante período de observação proporcional ao risco;
- sinais vitais estáveis;
- sem sinais de alerta infeccioso/estrutural/traumático;
- exame neurológico documentado: sem déficit focal persistente.

2.2 Critérios de contexto/segurança

- paciente orientado ou acompanhado por responsável apto;
- entendimento das orientações (registrar);
- possibilidade de retorno imediato se necessário.

3. Tempo mínimo de observação (regra operacional para padronizar)

epilepsia conhecida, crise típica, recuperação rápida: observar tempo suficiente para garantir estabilidade e ausência de recorrência imediata (registrar);

primeira crise ou cluster controlado: observação maior e decisão mais conservadora (registrar justificativa).

O POP exige que a UPA defina localmente “janelas mínimas” por risco (ex.: 1–2h baixo risco; 4–6h risco intermediário), conforme estrutura e rede. O ponto é: **não dar alta sem declarar qual janela foi aplicada e por quê.**

4. Conteúdo mínimo obrigatório da orientação de alta (registrar no prontuário)

4.1 Sinais de retorno imediato

nova crise;

- confusão persistente ou piora;
- febre alta, rigidez cervical, manchas na pele;
- fraqueza em um lado, fala enrolada, assimetria facial;
- vômitos repetidos;
- falta de ar/dessaturação, tosse com secreção após crise (aspiração).

4.2 Cuidados gerais

- repouso, hidratação;
- evitar situações de risco de queda/afogamento nas próximas 24–48h (banho sozinho, altura, piscina);
- orientar restrições conforme rede local e avaliação clínica.

4.3 Medicação (quando aplicável)

- se epilepsia conhecida: reforçar adesão, horários, conduta se perdeu dose.
- registrar se houve ajuste/prescrição e o racional.

4.4 Encaminhamento

- orientar seguimento em APS/neurologia conforme fluxo local;
- se primeira crise: reforçar necessidade de avaliação adicional.

5. Documentação de alta (modelo padronizado)

Deve conter:

- diagnóstico sindrômico e hipótese etiológica provável;
- “critérios de alta atendidos” marcados (checklist);
- orientações dadas e quem recebeu;
- condutas e medicações administradas;
- plano de seguimento.

6. Checklist de alta (obrigatório e auditável) — Anexo 4

- Exame neurológico registrado (GCS e focalidade)
- Sem recorrência durante observação (tempo registrado)
- Sinais vitais estáveis

- Sem sinais de alerta infeccioso/estrutural/traumático
- Orientações de retorno imediato dadas e registradas
- Acompanhante/condição social adequada
- Encaminhamento registrado

7. Não conformidades e ações corretivas

alta sem checklist: devolutiva imediata + auditoria semanal até estabilizar.

retorno em <24–72h por recorrência: discutir caso em reunião de qualidade e ajustar critérios.

ANEXOS

Anexo 1 — Checklist Etiológico (POP-08) — preencher no atendimento

Primeira crise? () sim () não

Tempo/duração: _____ **Nº crises:** _____

Febre/cefaleia/rigidez nuchal? () sim () não

Trauma/queda? () sim () não **Anticoagulante?** () sim () não

Álcool/drogas/abstinência? () sim () não

Adesão a DAE (se usa): () ok () falha () desconhece

Comorbidades (marcar): DM () IRC () hepatopatia () AVC ()

HIV/imunossupressão ()

Exame neuro: focalidade () sim () não GCS: _____

Destino: () obs () alta () transf — justificativa objetiva: _____

Anexo 2 — Folha “Pacote SE/Cluster” (POP-10)

T0 _____ Fonte _____

Benzo 1: _____ hora _____ resposta _____

Benzo 2: _____ hora _____ resposta _____

2ª linha: _____ hora início _____ fim _____ resposta _____

SV seriados: PA/FC/FR/SpO₂/Temp (colunas por horário)

Intercorrências: aspiração () dessaturação () hipotensão ()

Regulação acionada: hora _____ resposta _____ destino _____

Anexo 3 — SBAR de Transferência (POP-11)

S: _____

B: _____

A: _____

R: _____

5.1.2.8 Emergências hipertensivas

1. Introdução e Justificativa Assistencial

As emergências hipertensivas representam condições clínicas de elevada gravidade, caracterizadas por elevação acentuada e sustentada da pressão arterial associada a lesão aguda de órgão-alvo, com risco imediato à vida e potencial de sequelas permanentes. No contexto das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de funcionamento ininterrupto, inseridas na Rede de Atenção às Urgências, essas situações configuram eventos críticos que exigem reconhecimento precoce, abordagem sistematizada, intervenção terapêutica imediata e monitoramento contínuo.

A elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população brasileira, associada a fatores como baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso contínuo à atenção primária, uso irregular de medicamentos e presença de comorbidades, faz com que as UPAs sejam portas frequentes de entrada de pacientes em crise hipertensiva. Dentro desse espectro, torna-se fundamental diferenciar adequadamente urgências hipertensivas de emergências hipertensivas, uma vez que a conduta terapêutica, o risco assistencial e a necessidade de recursos diferem substancialmente entre essas condições.

A Solution Gestão Pública, ao assumir a gestão e execução dos serviços assistenciais da unidade, adota o presente protocolo como instrumento normativo-operacional, com o objetivo de padronizar condutas, reduzir variabilidade clínica indevida, minimizar riscos assistenciais e assegurar resposta rápida e eficaz às emergências hipertensivas, em consonância com as diretrizes científicas atualizadas e com o perfil assistencial da unidade.

2. Conceitos Fundamentais e Classificação Clínica

2.1 Definição de Emergência Hipertensiva

Considera-se emergência hipertensiva toda situação em que há elevação grave da pressão arterial, geralmente com valores de pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 180 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 120 mmHg, associada a evidência clínica, laboratorial ou radiológica de lesão aguda de órgão-alvo, exigindo redução imediata e controlada da pressão arterial, preferencialmente por via intravenosa, em ambiente monitorado.

A gravidade da emergência hipertensiva não está restrita aos valores absolutos da pressão arterial, mas principalmente à presença e à progressão da lesão de órgãos vitais, tais como cérebro, coração, rins, retina e sistema vascular.

2.2 Diferença entre Urgência e Emergência Hipertensiva

É fundamental que a equipe assistencial da UPA diferencie, de forma clara e objetiva, as seguintes condições:

- **Urgência hipertensiva:** elevação acentuada da pressão arterial **sem evidência de lesão aguda de órgão-alvo**, permitindo redução gradual da PA em horas a dias, geralmente com medicação oral.
- **Emergência hipertensiva:** elevação da pressão arterial **com lesão aguda de órgão-alvo**, exigindo intervenção imediata, redução controlada da PA e manejo intensivo.

A falha nessa diferenciação pode resultar em condutas inadequadas, como redução excessivamente rápida da pressão arterial em pacientes sem indicação, ou atraso terapêutico em situações críticas, com risco de óbito ou sequelas irreversíveis.

3. Epidemiologia e Impacto na Rede de Urgência

No cenário brasileiro, as emergências hipertensivas representam parcela significativa das admissões em serviços de urgência e emergência, especialmente em unidades de pronto atendimento de média complexidade. Estudos nacionais demonstram que até 25% dos atendimentos relacionados à pressão arterial elevada nas emergências envolvem quadros potencialmente graves, sendo que uma fração relevante evolui com complicações cardiovasculares ou neurológicas.

Fatores como envelhecimento populacional, alta prevalência de HAS não controlada, coexistência de diabetes mellitus, doença renal crônica, dislipidemias e doenças cardiovasculares estabelecidas ampliam o risco de eventos hipertensivos graves. Nesse contexto, a UPA assume papel estratégico na identificação precoce, estabilização clínica e adequada regulação desses pacientes para serviços de maior complexidade quando necessário.

4. Fisiopatologia das Emergências Hipertensivas

A fisiopatologia das emergências hipertensivas envolve uma complexa interação entre aumento abrupto da resistência vascular sistêmica, disfunção endotelial, ativação neuro-hormonal e autorregulação inadequada do fluxo sanguíneo nos órgãos-alvo.

A elevação súbita da pressão arterial ultrapassa a capacidade de autorregulação vascular, resultando em:

- Lesão endotelial difusa

- Aumento da permeabilidade capilar
- Ativação da cascata inflamatória
- Isquemia tecidual
- Hemorragia ou edema em órgãos sensíveis à pressão, como cérebro e rins

Esse processo cria um ciclo de retroalimentação, no qual a lesão orgânica agrava ainda mais a instabilidade hemodinâmica, exigindo intervenção rápida e precisa.

5. Órgãos-Alvo e Manifestações Clínicas Associadas

5.1 Sistema Nervoso Central

As emergências hipertensivas com acometimento neurológico incluem:

- Encefalopatia hipertensiva
- Acidente vascular cerebral isquêmico
- Acidente vascular cerebral hemorrágico
- Hemorragia subaracnoide
- Edema cerebral agudo

Manifestações clínicas frequentes:

- Cefaleia intensa e progressiva
- Náuseas e vômitos
- Alteração do nível de consciência
- Convulsões
- Déficits neurológicos focais
- Confusão mental e agitação psicomotora

5.2 Sistema Cardiovascular

O envolvimento cardíaco pode se manifestar por:

- Síndrome coronariana aguda
- Insuficiência cardíaca aguda
- Edema agudo de pulmão
- Dissecção aguda de aorta

Sinais e sintomas associados:

- Dor torácica típica ou atípica
- Dispneia súbita
- Estertores pulmonares
- Hipoxemia
- Instabilidade hemodinâmica

5.3 Sistema Renal

A lesão renal aguda relacionada à emergência hipertensiva decorre de isquemia glomerular e dano vascular direto, manifestando-se por:

- Oligúria ou anúria
- Elevação aguda de creatinina
- Hematúria
- Proteinúria significativa

5.4 Retina

A retinopatia hipertensiva grave é marcador de emergência hipertensiva e pode incluir:

- Hemorragias retinianas
- Exsudatos algodonosos
- Edema de papila

6. Reconhecimento Precoce e Abordagem Inicial na UPA

6.1 Triagem e Classificação de Risco

Todo paciente com pressão arterial $\geq 180/120$ mmHg deve ser considerado, **até prova em contrário**, como potencial emergência hipertensiva. A classificação de risco deve priorizar esses pacientes, especialmente quando associados a sintomas neurológicos, cardiovasculares ou respiratórios.

6.2 Avaliação Clínica Imediata

A avaliação inicial deve seguir abordagem sistematizada, com foco em:

- Confirmação da medida da pressão arterial com técnica adequada
- Avaliação do nível de consciência
- Identificação de sinais de insuficiência respiratória ou circulatória

- Pesquisa ativa de sintomas de lesão de órgão-alvo

A aferição da pressão arterial deve ser realizada em ambos os membros superiores, com manguito adequado ao biotipo do paciente, evitando erros de mensuração que possam subestimar ou superestimar a gravidade do quadro.

7. Exames Complementares na Emergência Hipertensiva

A solicitação de exames deve ser direcionada pela suspeita clínica, sem atrasar o início do tratamento nos casos graves. Exames habitualmente indicados incluem:

- Eletrocardiograma
- Gasometria arterial (quando indicado)
- Dosagem de creatinina e ureia
- Eletrólitos séricos
- Urina tipo I
- Troponina (quando suspeita de SCA)
- Radiografia de tórax
- Tomografia computadorizada de crânio (em suspeita neurológica)

8. Objetivos Terapêuticos e Metas Pressóricas

8.1 Princípios Gerais da Redução da Pressão Arterial

O manejo da emergência hipertensiva deve obedecer a princípios fundamentais que visam reduzir a pressão arterial de forma **segura, controlada e progressiva**, evitando tanto a persistência da hipertensão grave quanto a redução excessivamente rápida, que pode comprometer a perfusão tecidual e agravar a lesão de órgãos-alvo.

A redução abrupta da pressão arterial pode levar a hipoperfusão cerebral, coronariana e renal, especialmente em pacientes com hipertensão crônica, nos quais os mecanismos de autorregulação estão ajustados a níveis pressóricos mais elevados.

Assim, a conduta terapêutica deve sempre considerar:

- O tipo de emergência hipertensiva
- O órgão-alvo acometido
- O tempo de instalação do quadro
- As comorbidades associadas

- O perfil hemodinâmico do paciente

8.2 Metas Pressóricas Iniciais

De forma geral, recomenda-se:

Redução da pressão arterial média (PAM) em até 20–25% na primeira hora

Após estabilização inicial, redução gradual para valores em torno de **160/100–110 mmHg nas próximas 2 a 6 horas**

Normalização progressiva da pressão arterial ao longo de 24 a 48 horas, conforme evolução clínica

Essas metas são orientativas e devem ser ajustadas conforme o cenário clínico específico, evitando condutas padronizadas rígidas sem avaliação individualizada.

9. Metas Específicas por Tipo de Emergência Hipertensiva

9.1 Encefalopatia Hipertensiva

Objetivo:

- Reduzir a pressão arterial de forma controlada para interromper o ciclo de edema cerebral e disfunção neurológica.

Conduta:

- Redução da PAM em até 20–25% na primeira hora
- Evitar redução rápida excessiva, que pode precipitar isquemia cerebral
- Monitorização neurológica contínua

9.2 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Conduta diferenciada conforme elegibilidade para trombólise:

Pacientes candidatos à trombólise:

- Manter PA < 185/110 mmHg antes do procedimento
- Manter PA < 180/105 mmHg nas primeiras 24 horas pós-trombólise

Pacientes não candidatos à trombólise:

- Não reduzir PA se PAS < 220 mmHg ou PAD < 120 mmHg, exceto em situações específicas
- Redução cautelosa se valores muito elevados ou presença de outras complicações

9.3 Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

Objetivo:

- Reduzir risco de expansão do hematoma sem comprometer a perfusão cerebral

Conduta:

- Reduzir PAS para valores em torno de 140–160 mmHg
- Evitar quedas abruptas
- Monitorização rigorosa em ambiente controlado

9.4 Síndrome Coronariana Aguda

Objetivo:

- Reduzir pós-carga e consumo miocárdico de oxigênio

Conduta:

- Redução gradual da PA

Manter PAS geralmente entre 100–120 mmHg

- Atenção para hipotensão e bradicardia, especialmente com uso de betabloqueadores

9.5 Edema Agudo de Pulmão

Objetivo:

- Reduzir rapidamente a pós-carga e a congestão pulmonar

Conduta:

- Redução mais rápida da pressão arterial pode ser necessária
- Uso preferencial de vasodilatadores intravenosos
- Monitorização respiratória contínua

9.6 Dissecção Aguda de Aorta

- Emergência hipertensiva de altíssimo risco.

Conduta imediata:

- Reduzir PAS para < 120 mmHg em até 20 minutos
- Reduzir frequência cardíaca para < 60 bpm
- Priorizar controle da FC antes da vasodilatação isolada

10. Estratégias Farmacológicas na Emergência Hipertensiva

10.1 Princípios da Terapia Medicamentosa

- Na emergência hipertensiva, a via intravenosa é preferencial devido a:
- Início de ação rápido
- Facilidade de titulação
- Controle preciso do efeito terapêutico

O uso de medicações orais **não é indicado** na fase inicial da emergência hipertensiva, salvo em contextos específicos e após estabilização clínica.

11. Fármacos Utilizados no Manejo das Emergências Hipertensivas

11.1 Nitroprussiato de Sódio

Indicações:

- Emergências hipertensivas graves
- Edema agudo de pulmão
- Insuficiência cardíaca aguda
- Dissecção de aorta (associado a betabloqueador)

Posologia:

- Iniciar com 0,25–0,5 mcg/kg/min
- Titulação progressiva até máximo de 10 mcg/kg/min

Cuidados:

- Risco de toxicidade por cianeto e tiocianato
- Necessidade de monitorização contínua
- Uso preferencial em ambiente com monitorização intensiva

11.2 Nitroglicerina

Indicações:

- Síndrome coronariana aguda
- Edema agudo de pulmão
- Insuficiência cardíaca congestiva

Posologia:

- Iniciar com 5 mcg/min
- Titular a cada 5–10 minutos conforme resposta

Vantagens:

- Ação predominantemente venodilatadora
- Menor risco de hipotensão abrupta

Limitações:

- Efeito anti-hipertensivo menos potente isoladamente

11.3 Labetalol

Indicações:

- Emergências hipertensivas com acometimento neurológico
- AVC isquêmico e hemorrágico
- Dissecção de aorta (controle inicial da FC)

Posologia:

- Bólus inicial de 20 mg IV em 2 minutos
- Repetir doses de 20–80 mg a cada 10 minutos
- Dose máxima: 300 mg

Contraindicações:

- Asma brônquica grave
- Bloqueios atrioventriculares
- Insuficiência cardíaca descompensada

11.4 Metoprolol / Esmolol

Indicações:

- Dissecção aguda de aorta
- Síndrome coronariana aguda

Esmolol:

- Ação ultrarrápida
- Ideal para titulação fina da FC

Posologia (Esmolol):

- Bólus de ataque seguido de infusão contínua

11.5 Hidralazina

Indicações:

- Situações específicas, como gestantes
- Quando outras opções não estão disponíveis

Limitações:

- Resposta imprevisível
- Risco de hipotensão abrupta e taquicardia reflexa
- Uso com cautela, não sendo fármaco de primeira linha na maioria das emergências hipertensivas.

11.6 Furosemida

Indicações:

- Edema agudo de pulmão associado à emergência hipertensiva

Posologia:

- 20–40 mg IV
- Ajustar conforme resposta clínica e função renal

Observação:

- Não atua diretamente na redução imediata da PA
- Deve ser associada a vasodilatadores quando indicado

12. Monitorização Clínica e Hemodinâmica

Pacientes em emergência hipertensiva devem permanecer sob monitorização contínua, incluindo:

- Pressão arterial não invasiva seriada ou invasiva (quando disponível)
- Frequência cardíaca
- Saturação de oxigênio
- Estado neurológico
- Débito urinário

- A frequência da monitorização deve ser proporcional à gravidade do quadro e à medicação utilizada.

13. Papel da Enfermagem no Manejo das Emergências Hipertensivas

A equipe de enfermagem desempenha papel central no sucesso do protocolo, sendo responsável por:

- Monitorização rigorosa dos sinais vitais
- Administração correta e segura das medicações IV
- Identificação precoce de efeitos adversos
- Comunicação imediata de alterações clínicas ao médico
- Registro preciso em prontuário
- A atuação integrada entre médico e enfermagem reduz falhas assistenciais e melhora o desfecho clínico.

14. Fluxo Assistencial da Unidade para Emergências Hipertensivas

14.1 Porta de Entrada e Classificação de Risco

Todo paciente admitido na unidade com níveis pressóricos elevados deve ser submetido imediatamente à **classificação de risco**, conforme protocolo institucional vigente. Na presença de **PAS $\geq$ 180 mmHg e/ou PAD $\geq$ 120 mmHg**, o paciente deverá ser avaliado prioritariamente quanto à presença de sinais e sintomas de lesão aguda de órgão-alvo.

Critérios clínicos que determinam **prioridade máxima (atendimento imediato)** incluem, mas não se limitam a:

- Rebaixamento do nível de consciência
- Convulsões
- Déficits neurológicos focais
- Dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda
- Dispneia súbita ou sinais de edema agudo de pulmão
- Dor torácica irradiada ou dorsal sugestiva de dissecação aórtica
- Oligúria ou anúria aguda
- Crise hipertensiva em gestantes

Pacientes enquadrados nesses critérios devem ser conduzidos imediatamente à **sala de emergência**, com início simultâneo de monitorização, avaliação médica e preparo para intervenção farmacológica intravenosa.

14.2 Avaliação Médica Inicial Estruturada

A avaliação médica inicial deve seguir abordagem sistematizada, priorizando:

- Confirmação da pressão arterial com técnica adequada
- Avaliação do estado neurológico (nível de consciência, Glasgow, déficits focais)
- Avaliação respiratória (frequência respiratória, uso de musculatura acessória, saturação)
- Avaliação cardiovascular (frequência cardíaca, ritmo, perfusão periférica)
- Anamnese dirigida ao tempo de início dos sintomas, histórico de hipertensão, uso prévio de medicações e comorbidades
- A presença de qualquer evidência clínica de lesão de órgão-alvo caracteriza emergência hipertensiva e exige intervenção imediata.

14.3 Sequência Operacional na Sala de Emergência

Após a identificação da emergência hipertensiva, devem ser executadas, de forma concomitante:

- Monitorização cardíaca contínua
- Acesso venoso calibroso (preferencialmente dois acessos)
- Oxigenoterapia, se indicado
- Coleta de exames laboratoriais conforme suspeita clínica
- Início de terapia anti-hipertensiva intravenosa conforme o cenário clínico
- Solicitação de exames de imagem urgentes quando indicados
- O tempo entre a identificação da emergência hipertensiva e o início da terapia não deve ultrapassar 30 minutos, salvo contraindicações clínicas específicas.

15. Critérios de Observação, Internação e Transferência

15.1 Observação Prolongada na UPA

Pacientes com emergência hipertensiva que apresentem resposta adequada ao tratamento inicial, estabilidade clínica e ausência de progressão da lesão de órgão-alvo podem permanecer em **observação prolongada**, respeitando os limites assistenciais da unidade.

Critérios mínimos para observação na UPA:

- Estabilidade hemodinâmica
- Redução controlada da pressão arterial conforme metas estabelecidas
- Ausência de necessidade de suporte ventilatório avançado
- Monitorização contínua disponível
- Avaliação médica seriada documentada

15.2 Indicações de Internação Hospitalar

Devem ser regulados para internação hospitalar os pacientes que apresentem:

- Emergência hipertensiva com lesão neurológica confirmada
- Síndrome coronariana aguda
- Edema agudo de pulmão refratário
- Dissecção aguda de aorta
- Insuficiência renal aguda significativa
- Necessidade de infusão contínua de anti-hipertensivos por tempo prolongado
- Instabilidade clínica persistente
- A regulação deve ser realizada de forma imediata, com comunicação clara e completa das condições clínicas e terapêuticas já instituídas.

15.3 Transferência Inter-hospitalar

Quando indicada a transferência, esta deverá ocorrer **somente após estabilização inicial**, garantindo:

- Via aérea protegida, se necessário
- Pressão arterial dentro das metas definidas
- Monitorização contínua durante o transporte
- Acompanhamento por equipe capacitada, conforme gravidade

- A documentação clínica deve acompanhar o paciente, incluindo resumo do quadro, terapias realizadas, resposta ao tratamento e exames disponíveis.

16. Manejo de Populações Especiais

16.1 Gestantes (Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia)

As emergências hipertensivas na gestação configuram situações de altíssimo risco materno-fetal.

Condutas essenciais:

- Controle rigoroso da pressão arterial
- Uso preferencial de fármacos seguros na gestação
- Prevenção e controle de convulsões
- Monitorização materna contínua
- Regulação imediata para unidade com suporte obstétrico e UTI, quando indicado

16.2 Idosos

Pacientes idosos apresentam maior risco de efeitos adversos decorrentes de redução abrupta da pressão arterial.

Condutas:

- Redução mais gradual da PA
- Monitorização frequente do estado neurológico
- Avaliação cuidadosa do risco de quedas e hipoperfusão

16.3 Pacientes com Doença Renal Crônica

Condutas específicas:

- Monitorização rigorosa da função renal
- Ajuste de doses de medicamentos
- Evitar nefrotóxicos
- Avaliar necessidade de suporte especializado

17. Segurança do Paciente e Gestão de Riscos

A condução das emergências hipertensivas deve estar integrada às políticas institucionais de segurança do paciente, com foco em:

- Identificação correta do paciente
- Prescrição clara e padronizada
- Dupla checagem de medicações intravenosas
- Monitorização contínua
- Prevenção de eventos adversos evitáveis
- A Solution Gestão Pública implementará auditorias clínicas periódicas para avaliação da adesão ao protocolo e identificação de oportunidades de melhoria.

18. Registro em Prontuário e Rastreabilidade Assistencial

O registro clínico deve ser **completo, cronológico e fidedigno**, incluindo obrigatoriamente:

- Valores pressóricos iniciais e seriados
- Sinais e sintomas apresentados
- Hipóteses diagnósticas
- Medicamentos administrados (dose, via, horário)
- Resposta clínica ao tratamento
- Decisão de observação, internação ou transferência
- O prontuário é instrumento essencial de continuidade do cuidado, respaldo legal e avaliação da qualidade assistencial.

19. Indicadores de Qualidade Assistencial

Para monitoramento contínuo da efetividade do protocolo, deverão ser acompanhados, no mínimo:

- Tempo porta-tratamento em emergências hipertensivas
- Percentual de pacientes com PA dentro da meta na primeira hora
- Taxa de eventos adversos relacionados ao manejo
- Necessidade de transferência após observação

- Mortalidade associada às emergências hipertensivas
- Esses indicadores subsidiam ações de educação permanente e aprimoramento dos processos assistenciais.

20. Educação Permanente das Equipes Assistenciais

A efetividade do protocolo de emergências hipertensivas depende diretamente da capacitação contínua das equipes multiprofissionais envolvidas no atendimento. Considerando a rotatividade de profissionais, a diversidade de vínculos e a dinâmica assistencial das Unidades de Pronto Atendimento, a educação permanente deve ser estruturada como processo sistemático, contínuo e integrado à rotina da unidade.

20.1 Objetivos da Educação Permanente

Os programas de educação permanente deverão ter como objetivos centrais:

- Padronizar o reconhecimento precoce das emergências hipertensivas
- Reduzir a variabilidade clínica indevida
- Aprimorar a tomada de decisão baseada em evidências
- Fortalecer a atuação integrada entre médico, enfermagem e equipe multiprofissional
- Reduzir eventos adversos relacionados ao manejo pressórico

20.2 Conteúdos Mínimos a Serem Abordados

Os treinamentos periódicos deverão contemplar, no mínimo:

- Conceitos de urgência versus emergência hipertensiva
- Técnicas corretas de aferição da pressão arterial
- Reconhecimento clínico de lesão de órgão-alvo
- Metas pressóricas por cenário clínico
- Uso seguro de anti-hipertensivos intravenosos
- Monitorização clínica e hemodinâmica
- Critérios de observação, internação e transferência
- Registro adequado em prontuário

20.3 Metodologia de Capacitação

A capacitação deverá utilizar metodologias ativas, priorizando:

- Discussão de casos clínicos reais da unidade

- Simulações de atendimento em sala de emergência
- Treinamentos práticos sobre preparo e administração de medicações IV
- Avaliação periódica de aderência ao protocolo
- A educação permanente deve ser registrada formalmente, com listas de presença, conteúdos ministrados e avaliações, compondo o sistema de governança clínica da unidade.

21. Revisão, Atualização e Governança do Protocolo

21.1 Periodicidade de Revisão

O presente protocolo deverá ser revisado, no mínimo, a cada **24 meses**, ou antes, sempre que houver:

- Atualização relevante nas diretrizes científicas nacionais ou internacionais
- Alterações no perfil assistencial da unidade
- Identificação de falhas assistenciais recorrentes
- Eventos adversos graves relacionados ao manejo hipertensivo

21.2 Comissão Responsável

A revisão do protocolo deverá ser conduzida por comissão multiprofissional, preferencialmente integrada por:

- Responsável Técnico Médico
- Coordenação de Enfermagem
- Representante da Comissão de Revisão de Prontuários
- Representante da Comissão de Segurança do Paciente
- As revisões deverão ser formalizadas, com registro das alterações realizadas e divulgação institucional às equipes.

22. Integração com a Rede de Atenção às Urgências

O manejo das emergências hipertensivas na UPA deve estar plenamente integrado à Rede de Atenção às Urgências, garantindo continuidade assistencial e fluxo regulado dos pacientes.

22.1 Articulação com a Atenção Hospitalar

A unidade deverá manter comunicação efetiva com os serviços hospitalares de referência, assegurando:

- Regulação ágil dos casos que demandem internação
- Transferência segura e estabilizada
- Compartilhamento de informações clínicas relevantes

22.2 Interface com a Atenção Primária

Pacientes estabilizados após emergência hipertensiva devem ser encaminhados para seguimento na Atenção Primária, com:

- Orientação clara sobre adesão ao tratamento
- Ajuste terapêutico documentado
- Agendamento de acompanhamento, quando possível
- Essa integração contribui para a redução de reinternações e recorrência de crises hipertensivas.

23. Aspectos Éticos, Legais e de Responsabilidade Assistencial

O atendimento às emergências hipertensivas envolve decisões clínicas complexas e de alto risco, exigindo rigor técnico e responsabilidade profissional.

23.1 Responsabilidade Profissional

Todos os profissionais envolvidos devem atuar dentro de suas competências legais, observando:

- Protocolos institucionais vigentes
- Princípios da boa prática clínica
- Registros completos e fidedignos
- A adoção do protocolo não substitui o julgamento clínico individual, mas orienta condutas baseadas em evidências, reduzindo riscos assistenciais.

23.2 Consentimento e Comunicação com Paciente e Família

Sempre que possível, deve-se garantir:

- Comunicação clara sobre o quadro clínico
- Orientação quanto às condutas adotadas
- Registro das informações prestadas
- Em situações de risco iminente à vida, as medidas necessárias devem ser adotadas de forma imediata, conforme preconiza a legislação vigente.

24. Fundamentação Científica e Diretrizes de Referência

O presente protocolo foi elaborado com base em diretrizes e consensos amplamente reconhecidos, incluindo:

- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia
- Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC)
- Diretrizes do American College of Cardiology (ACC) e American Heart Association (AHA)
- Recomendações do Joint National Committee (JNC)

Evidências clínicas publicadas em periódicos indexados de medicina de emergência, cardiologia e terapia intensiva

As recomendações aqui descritas refletem o consenso atual da literatura científica quanto ao manejo seguro e eficaz das emergências hipertensivas, adaptadas à realidade operacional de Unidades de Pronto Atendimento de média complexidade.

25. Considerações Finais

As emergências hipertensivas configuram condições clínicas de elevada gravidade, com potencial de desfechos fatais ou sequelas permanentes quando não manejadas de forma adequada. A padronização de condutas por meio deste protocolo permite à unidade oferecer resposta rápida, organizada e segura, alinhada às melhores evidências científicas disponíveis e às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A implementação efetiva deste protocolo pela Solution Gestão Pública fortalece a governança clínica, eleva o padrão de qualidade assistencial e contribui diretamente para a segurança do paciente e a eficiência da Rede de Atenção às Urgências, assegurando atendimento resolutivo, humanizado e tecnicamente qualificado à população atendida.

POP 01 – AFERIÇÃO CORRETA DA PRESSÃO ARTERIAL EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimento padronizado, seguro e tecnicamente validado para aferição da pressão arterial em pacientes atendidos na unidade, garantindo confiabilidade dos dados clínicos utilizados na classificação de risco, decisão

terapêutica e monitorização de pacientes com suspeita de urgência ou emergência hipertensiva.

2. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A aferição incorreta da pressão arterial é causa frequente de:

- diagnóstico equivocado de crise hipertensiva;
- atraso no reconhecimento de emergências hipertensivas;
- intervenções desnecessárias ou iatrogênicas;
- falhas de segurança do paciente.

Em ambiente de UPA, onde decisões são tempo-dependentes, a padronização da técnica é **medida de segurança clínica obrigatória**.

3. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a:

- equipe de enfermagem (classificação de risco, sala de emergência, observação);
- equipe médica, quando da confirmação de valores críticos.

4. RESPONSABILIDADES

Enfermagem: execução da técnica, repetição em valores críticos, registro adequado.

Enfermeiro responsável: supervisão da técnica, correção de não conformidades.

Médico: validação clínica da medida em situações críticas e correlação com quadro clínico.

5. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO

5.1 Preparação do paciente

Sempre que a condição clínica permitir:

- repouso mínimo de 5 minutos;
- evitar aferição imediatamente após esforço físico, dor intensa ou agitação sem registro do contexto;
- manter ambiente silencioso e com paciente orientado.

Em pacientes graves ou instáveis, a aferição será realizada **independentemente do repouso**, devendo essa condição ser registrada.

5.2 Posicionamento

- paciente sentado ou em decúbito dorsal;
- braço desnudo, apoiado, ao nível do coração;
- pés apoiados no chão (se sentado);
- evitar compressão por roupas ou dispositivos.

5.3 Seleção do manguito

- manguito compatível com circunferência do braço;
- é vedado o uso de manguito padrão em pacientes obesos sem ajuste adequado.

5.4 Técnica de aferição

- posicionar manguito 2–3 cm acima da fossa cubital;
- localizar artéria braquial;
- insuflar até 20–30 mmHg acima da pressão estimada;
- desinsuflar a 2–3 mmHg/segundo;
- identificar PAS no primeiro som de Korotkoff e PAD no desaparecimento do som.

5.5 Valores críticos

- Diante de PAS ≥ 180 mmHg e/ou PAD ≥ 120 mmHg;
- repetir aferição após 5 minutos;
- realizar aferição em ambos os membros superiores na primeira avaliação;
- registrar todos os valores, não apenas o maior.

6. SITUAÇÕES ESPECIAIS

- pacientes com arritmias: priorizar método manual;
- pacientes agitados: registrar condição clínica no momento da aferição;
- suspeita de dissecção aórtica: obrigatória aferição bilateral.

7. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Obrigatório registrar:

- valor da PA;
- membro utilizado;
- posição do paciente;
- horário;

- condição clínica associada (dor, agitação, dispneia).

8. RISCOS E NÃO CONFORMIDADES

- uso de manguito inadequado;
- decisão clínica baseada em medida isolada sem correlação clínica;
- ausência de registro completo.

POP 02 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE COM PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA

1. OBJETIVO

Garantir identificação precoce, priorização correta e encaminhamento imediato de pacientes com suspeita de emergência hipertensiva, reduzindo risco de deterioração clínica em sala de espera.

2. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A crise hipertensiva com lesão de órgão-alvo é condição tempo-dependente. Permanência indevida em sala de espera configura **falha grave de processo assistencial**.

3. ABRANGÊNCIA

Equipe de enfermagem da classificação de risco e enfermeiro responsável pelo fluxo assistencial.

4. CRITÉRIOS DE ATENÇÃO IMEDIATA

Paciente com PA $\geq 180/120$ mmHg **associada a qualquer um dos seguintes**:

- cefaleia intensa e progressiva;
- déficit neurológico;
- alteração do nível de consciência;
- convulsões;
- dor torácica;
- dispneia;
- dor torácica dorsal ou interescapular;
- oligúria;
- gestante com PA elevada.

5. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

5.1 Avaliação inicial

- aferir PA conforme POP 01;
- investigar sintomas de órgão-alvo;
- observar estado geral e consciência.

5.2 Classificação

Emergência hipertensiva: encaminhamento imediato à sala de emergência, sem permanência em sala de espera.

Urgência hipertensiva: prioridade alta para avaliação médica.

5.3 Comunicação

- comunicar imediatamente o enfermeiro e o médico plantonista;
- garantir liberação física da sala de emergência.

6. REGISTRO

Registrar:

- sinais e sintomas identificados;
- classificação atribuída;
- horário da decisão;
- profissional responsável.

POP 03 – AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

1. OBJETIVO

Padronizar a avaliação médica inicial para reconhecimento rápido da lesão de órgão-alvo e definição imediata da conduta terapêutica.

2. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A falha mais comum no manejo da emergência hipertensiva é a **subvalorização da lesão de órgão-alvo** ou a demora na intervenção.

3. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

3.1 Anamnese dirigida obrigatória

- início dos sintomas;
- progressão temporal;
- histórico de HAS;

- adesão medicamentosa;
- uso recente de drogas (AINEs, cocaína, etc.);
- comorbidades relevantes.

3.2 Exame físico dirigido

- neurológico completo (Glasgow, déficits focais);
- respiratório (dispneia, estertores);
- cardiovascular (ritmo, perfusão);
- renal (diurese, edema).

3.3 Definição diagnóstica

- Classificar formalmente no prontuário:
- urgência hipertensiva ou
- emergência hipertensiva, especificando órgão-alvo.

4. CONDUTA IMEDIATA

- iniciar anti-hipertensivo IV quando indicado;
- solicitar exames complementares sem atrasar tratamento;
- definir necessidade de monitorização contínua.

5. REGISTRO

Registrar hipótese diagnóstica, decisão terapêutica, meta pressórica e justificativa clínica.

POP 04 – ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICA DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA POR ÓRGÃO-ALVO

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios clínicos, operacionais e decisórios para a **estratificação obrigatória da emergência hipertensiva conforme o órgão-alvo acometido**, garantindo definição correta de metas pressóricas, seleção segura da terapêutica anti-hipertensiva intravenosa, redução de variabilidade clínica e mitigação de riscos iatrogênicos.

2. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL E DE SEGURANÇA

A emergência hipertensiva **não é uma condição homogênea**. A velocidade de redução da pressão arterial, a meta pressórica e o fármaco escolhido variam conforme o órgão-alvo acometido.

A ausência de estratificação formal pode resultar em:

- redução excessivamente rápida da pressão arterial;
- hipoperfusão cerebral, miocárdica ou renal;
- piora do quadro neurológico;
- eventos adversos graves evitáveis;
- falhas de rastreabilidade clínica e jurídica.
- Este POP transforma a estratificação da emergência hipertensiva em ato assistencial obrigatório, documentado e auditável.

3. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a:

- médicos da unidade (plantonistas e reguladores);
- equipe de enfermagem da sala de emergência;
- enfermeiro responsável pelo setor.

4. RESPONSABILIDADES

Médico assistente: realizar a estratificação, definir órgão-alvo predominante, estabelecer meta pressórica e prescrever a conduta.

Enfermagem: monitorar sinais clínicos compatíveis com o órgão-alvo estratificado e comunicar alterações.

Enfermeiro responsável: garantir cumprimento do POP e registrar não conformidades.

5. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE ÓRGÃO-ALVO

Considera-se órgão-alvo, para fins deste POP, aquele que apresenta **evidência clínica, laboratorial ou radiológica de lesão aguda associada à elevação pressórica**, com risco imediato à vida ou à função orgânica.

A estratificação deve identificar o **órgão-alvo predominante**, mesmo que múltiplos sistemas estejam envolvidos.

6. ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICA OBRIGATÓRIA

6.1 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA NEUROLÓGICA

6.1.1 Critérios clínicos de enquadramento

- rebaixamento do nível de consciência;
- confusão mental aguda;

- convulsões;
- déficit neurológico focal;
- cefaleia intensa e progressiva associada a sinais neurológicos;
- suspeita ou confirmação de AVC isquêmico ou hemorrágico;
- suspeita de encefalopatia hipertensiva.

6.1.2 Riscos assistenciais específicos

- hipoperfusão cerebral por redução abrupta da PA;
- expansão de hematoma em AVC hemorrágico;
- piora neurológica súbita.

6.1.3 Diretriz de conduta

- redução controlada da PAM (máx. 20–25% na primeira hora);
- evitar normalização imediata da PA;
- monitorização neurológica contínua;
- registro seriado do estado neurológico.

6.2 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA CARDIOVASCULAR

6.2.1 Critérios clínicos de enquadramento

- dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda;
- dispneia súbita;
- estertores pulmonares;
- edema agudo de pulmão;
- sinais de insuficiência cardíaca aguda;
- instabilidade hemodinâmica associada à hipertensão.

6.2.2 Riscos assistenciais específicos

- aumento do consumo miocárdico de oxigênio;
- progressão para choque cardiogênico;
- hipotensão induzida por vasodilatação excessiva.

6.2.3 Diretriz de conduta

- redução gradual da PA, com foco em redução de pós-carga;

- atenção rigorosa à frequência cardíaca;
- associação de vasodilatadores e suporte ventilatório quando indicado;
- monitorização cardíaca contínua.

6.3 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA VASCULAR – DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA

6.3.1 Critérios clínicos de enquadramento

- dor torácica súbita, intensa, lancinante;
- irradiação dorsal ou interescapular;
- assimetria de pulsos;
- diferença de pressão arterial entre membros superiores;
- instabilidade hemodinâmica associada à dor torácica.

6.3.2 Riscos assistenciais específicos

- progressão da dissecção;
- ruptura aórtica;
- óbito súbito.

6.3.3 Diretriz de conduta

prioridade absoluta no controle da frequência cardíaca;

- redução rápida da PAS para < 120 mmHg;
- associação obrigatória de betabloqueador antes de vasodilatador isolado;
- preparo imediato para regulação e transferência.

6.4 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA RENAL

6.4.1 Critérios clínicos de enquadramento

- oligúria ou anúria aguda;
- elevação abrupta de creatinina;
- hematúria ou proteinúria significativa;
- sinais clínicos de sobrecarga volêmica.

6.4.2 Riscos assistenciais específicos

- agravamento da lesão renal;
- necessidade de terapia renal substitutiva;
- distúrbios hidroeletrólíticos.

6.4.3 Diretriz de conduta

- redução gradual da PA;
- evitar hipotensão prolongada;
- monitorar diurese horária;
- ajuste rigoroso de doses medicamentosas.

6.5 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA GESTACIONAL

6.5.1 Critérios clínicos de enquadramento

- gestante com PA $\geq$ 160/110 mmHg;
- sinais neurológicos;
- epigastralgia;
- alterações visuais;
- convulsões (eclâmpsia).

6.5.2 Riscos assistenciais específicos

- AVC materno;
- insuficiência hepática;
- sofrimento fetal;
- óbito materno-fetal.

6.5.3 Diretriz de conduta

- controle rigoroso da PA com fármacos seguros na gestação;
- prevenção e controle de convulsões;
- monitorização materna contínua;
- regulação imediata para unidade com suporte obstétrico.

7. DEFINIÇÃO DA META PRESSÓRICA

Após estratificação, o médico **deve obrigatoriamente registrar no prontuário:**

- órgão-alvo predominante;
- meta pressórica inicial;
- tempo estimado para alcance da meta;
- justificativa clínica.
- A ausência dessa definição configura não conformidade assistencial.

8. INTEGRAÇÃO COM POPs CORRELATOS

Este POP é **indissociável** de:

POP 03 – Avaliação Médica Inicial

POP 05 – Prescrição e Administração de Anti-hipertensivos IV

POP 08 – Monitorização Clínica e Hemodinâmica

9. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

É obrigatório constar:

- órgão-alvo estratificado;
- critérios clínicos utilizados;
- meta pressórica definida;
- terapêutica escolhida;
- reavaliações seriadas.

10. INDICADORES DE CONFORMIDADE

- % de emergências hipertensivas com órgão-alvo registrado
- % com meta pressórica documentada
- eventos adversos relacionados à redução pressórica

POP 05 – PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE ANTI-HIPERTENSIVOS INTRAVENOSOS NA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

1. OBJETIVO

Padronizar a prescrição médica, o preparo, a administração e a titulação de anti-hipertensivos intravenosos em pacientes com emergência hipertensiva, garantindo **segurança do paciente, eficácia terapêutica, controle de riscos iatrogênicos e rastreabilidade assistencial**.

2. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL E DE SEGURANÇA

A administração de anti-hipertensivos intravenosos é considerada **procedimento de alto risco**, uma vez que:

- atua diretamente sobre a perfusão de órgãos vitais;
- pode causar hipotensão abrupta, choque ou hipoperfusão;
- exige titulação precisa e monitorização contínua.
- Este POP transforma a administração dessas drogas em processo controlado, com responsabilidades claramente definidas.

3. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a:

- médicos prescritores;
- equipe de enfermagem da sala de emergência e observação;
- enfermeiro responsável pelo setor.

4. RESPONSABILIDADES

Médico: definir indicação, meta pressórica, droga, dose, velocidade de infusão e critérios de ajuste.

Enfermagem: preparo, dupla checagem, administração segura, monitorização contínua e comunicação de intercorrências.

Enfermeiro responsável: supervisionar o processo e registrar não conformidades.

5. CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS PARA INÍCIO DA TERAPIA IV

Antes do início da infusão, devem estar garantidos:

- confirmação diagnóstica de emergência hipertensiva;
- estratificação por órgão-alvo (POP 04);
- definição documentada da meta pressórica;
- acesso venoso calibroso e pérvio;
- monitorização contínua disponível.
- A ausência de qualquer um desses critérios contraindica o início da infusão, salvo risco iminente de morte.

6. PRESCRIÇÃO MÉDICA OBRIGATÓRIA

A prescrição deve conter, de forma explícita:

- nome do fármaco;

- dose inicial;
- via intravenosa;
- velocidade de infusão ou intervalo de titulação;
- meta pressórica;
- parâmetros para ajuste, suspensão ou troca.
- Prescrições genéricas ou incompletas configuram não conformidade assistencial grave.

7. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO

- preparo realizado exclusivamente por profissional de enfermagem habilitado;
- dupla checagem obrigatória (droga, dose, diluição, paciente);
- uso de bomba de infusão sempre que disponível;
- identificação clara da medicação em uso.

8. TITULAÇÃO E AJUSTES

- ajustes realizados conforme resposta clínica e pressórica;
- vedada titulação sem prescrição médica;
- qualquer ajuste deve ser registrado em prontuário.

9. EVENTOS ADVERSOS

- Diante de hipotensão, bradicardia, rebaixamento neurológico ou outros eventos:
- suspender ou reduzir infusão;
- comunicar imediatamente o médico;
- instituir medidas de suporte;
- registrar evento e conduta adotada.

10. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Registrar obrigatoriamente:

- horário de início da infusão;
- doses e ajustes;
- valores pressóricos seriados;
- resposta clínica;

- intercorrências.

POP 06 – USO SEGURO DE VASODILATADORES INTRAVENOSOS NA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios clínicos, operacionais e de segurança para **indicação, preparo, administração, titulação e suspensão** de vasodilatadores intravenosos em pacientes com emergência hipertensiva, reduzindo risco de hipotensão abrupta, hipoperfusão de órgãos-alvo e eventos adversos graves.

2. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL E DE SEGURANÇA

Vasodilatadores intravenosos possuem **potência elevada e início de ação rápido**, podendo provocar queda abrupta da pressão arterial se utilizados sem controle rigoroso. Seu uso inadequado é causa frequente de:

- piora neurológica por hipoperfusão cerebral;
- isquemia miocárdica secundária;
- colapso hemodinâmico;
- falhas assistenciais auditáveis.
- Este POP estabelece o vasodilatador como droga de ambiente monitorado, nunca como conduta isolada ou automática.

3. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a:

- médicos prescritores;
- enfermagem da sala de emergência e observação;
- enfermeiro responsável pelo setor.

4. CRITÉRIOS CLÍNICOS OBRIGATÓRIOS PARA INDICAÇÃO

A infusão de vasodilatador intravenoso **somente poderá ser iniciada** se **TODOS** os critérios abaixo forem atendidos:

- diagnóstico confirmado de emergência hipertensiva;
- estratificação por órgão-alvo documentada (POP 04);
- definição explícita de meta pressórica inicial;
- acesso venoso pérvio e monitorização contínua disponível;
- ausência de sinais de hipovolemia não corrigida.

5. INDICAÇÕES CLÍNICAS PRIORITÁRIAS

- edema agudo de pulmão hipertensivo;
- insuficiência cardíaca aguda com congestão pulmonar;
- síndrome coronariana aguda associada à hipertensão;
- dissecção aguda de aorta (associado obrigatoriamente a betabloqueador);
- emergências hipertensivas com sobrecarga de pós-carga significativa.

6. CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS OU RELATIVAS

- suspeita de AVC isquêmico sem indicação clara de redução pressórica;
- hipotensão relativa ($PAS < 100$ mmHg);
- choque de qualquer etiologia;
- hipovolemia não corrigida;
- ausência de monitorização contínua.

7. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO

7.1 Antes de iniciar a infusão

- confirmar prescrição médica completa;
- revisar meta pressórica e limites de redução;
- orientar enfermagem sobre parâmetros de suspensão;
- registrar condição clínica basal.

7.2 Durante a infusão

- iniciar sempre na menor dose eficaz;
- titulação progressiva, nunca em saltos abruptos;
- PA monitorada a cada 5–10 minutos na fase inicial;
- avaliação neurológica seriada obrigatória.

7.3 Critérios imediatos de suspensão ou redução

- queda da PAS $> 25\%$ na primeira hora;
- PAS $<$ meta mínima definida;
- piora neurológica;
- sinais de hipoperfusão sistêmica.

8. RISCOS CONTROLADOS PELO POP

- hipotensão iatrogênica;
- isquemia cerebral ou miocárdica;
- falha de rastreabilidade clínica.

9. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Registrar obrigatoriamente:

- indicação clínica;
- droga, dose e horário de início;
- valores pressóricos seriados;
- ajustes e motivo;
- eventos adversos.

POP 07 – USO SEGURO DE BETABLOQUEADORES INTRAVENOSOS NA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

1. OBJETIVO

Padronizar o uso de betabloqueadores intravenosos em emergências hipertensivas, garantindo **controle adequado da frequência cardíaca**, prevenção de agravamento hemodinâmico e redução de risco de eventos fatais.

2. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

O betabloqueador, quando bem indicado, **salva vidas** (especialmente na dissecação aórtica).

Quando mal indicado, pode precipitar:

- choque cardiogênico;
- bradicardia grave;
- bloqueios atrioventriculares;
- parada cardiorrespiratória.

3. INDICAÇÕES CLÍNICAS FORMALMENTE ACEITAS

- dissecação aguda de aorta (prioridade absoluta);
- síndrome coronariana aguda;
- emergências hipertensivas com taquicardia significativa;
- controle adjuvante da PA em emergências neurológicas selecionadas.

4. CONTRAINDICAÇÕES OBRIGATÓRIAS

- asma brônquica moderada a grave;
- DPOC com broncoespasmo ativo;
- bloqueio AV de 2º ou 3º grau;
- insuficiência cardíaca descompensada sem suporte;
- bradicardia (< 50 bpm).

5. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

5.1 Antes da administração

- avaliar FC, PA, ritmo cardíaco;
- revisar contraindicações;
- definir alvo de FC no prontuário.

5.2 Administração

- ambiente monitorado obrigatório;
- iniciar em dose mínima eficaz;
- nunca associar betabloqueador e vasodilatador sem controle prévio da FC.

5.3 Metas clínicas

- FC alvo definida conforme cenário;
- evitar FC < 50 bpm;
- evitar queda abrupta da PA.

6. CONDUTA FRENTE A COMPLICAÇÕES

- suspender imediatamente diante de bradicardia sintomática;
- iniciar medidas de suporte;
- comunicação médica imediata;
- registro e notificação.

7. REGISTRO

- Registrar FC basal, droga, dose, ajustes, resposta e intercorrências.

POP 08 – MONITORIZAÇÃO CLÍNICA E HEMODINÂMICA DO PACIENTE EM EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

1. OBJETIVO

Garantir vigilância contínua e sistematizada do paciente em emergência hipertensiva, permitindo **detecção precoce de deterioração clínica** e intervenção imediata.

2. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Emergências hipertensivas são **quadros instáveis e evolutivos**, podendo deteriorar rapidamente mesmo após aparente estabilização inicial.

3. MONITORIZAÇÃO OBRIGATÓRIA

- pressão arterial seriada;
- frequência cardíaca;
- saturação de oxigênio;
- nível de consciência (escala de Glasgow);
- débito urinário (quando aplicável);
- dor torácica ou dispneia.

4. FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO

- fase inicial: PA a cada 5–15 minutos;
- após estabilização: conforme prescrição médica;
- reavaliação neurológica seriada obrigatória.

5. CRITÉRIOS DE ALERTA IMEDIATO

- queda abrupta da PA;
- piora neurológica;
- dor torácica nova;
- oligúria;
- dessaturação.
- Diante de qualquer critério de alerta, interromper titulação e comunicar médico imediatamente.

6. REGISTRO

Registros cronológicos, legíveis e completos.

POP 09 – MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À REDUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

1. OBJETIVO

Padronizar a identificação, resposta imediata, investigação e registro de eventos adversos relacionados ao tratamento da emergência hipertensiva.

2. EVENTOS ADVERSOS CONSIDERADOS

- hipotensão sintomática;
- bradicardia ou taquicardia grave;
- rebaixamento do nível de consciência;
- piora neurológica aguda;
- sinais de hipoperfusão sistêmica.

3. CONDUTA IMEDIATA PADRONIZADA

- suspender ou reduzir imediatamente a infusão;
- posicionar paciente adequadamente;
- garantir vias aéreas e oxigenação;
- comunicar médico imediatamente.

4. INVESTIGAÇÃO OBRIGATÓRIA

- correlação temporal com droga e dose;
- avaliação da velocidade de redução pressórica;
- revisão da meta definida;
- identificação de falha de processo.

5. NOTIFICAÇÃO E GOVERNANÇA

Eventos graves devem:

- ser notificados internamente;
- analisados em comissão;
- gerar plano de ação quando aplicável.

6. REGISTRO

Registrar evento, conduta, resposta e desfecho.

POP 10 – GESTÃO CLÍNICA, TEMPORAL E DE RISCO DA OBSERVAÇÃO PROLONGADA NA UPA PARA PACIENTES COM EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

1. OBJETIVO OPERACIONAL

Regular de forma **estrita, mensurável e auditável** a permanência de pacientes com emergência hipertensiva em leitos de observação da UPA, prevenindo:

- retenção indevida de pacientes graves
- mascaramento de necessidade de internação
- deterioração clínica silenciosa
- colapso de fluxo assistencial
- responsabilização institucional por omissão de regulação

2. PRINCÍPIO CLÍNICO-GERENCIAL

A UPA não é unidade de estabilização prolongada. Observação $\neq$ internação. Observação **exige saída planejada**.

Nenhum paciente com emergência hipertensiva pode permanecer em observação **sem plano terapêutico + critério de saída + horizonte temporal documentado**.

3. PERFIL DE PACIENTE ELEGÍVEL À OBSERVAÇÃO

O paciente SÓ é elegível se **TODOS** os critérios abaixo forem cumpridos **simultaneamente**:

3.1 Critérios pressóricos objetivos

- PA dentro da meta definida pelo médico
- estabilidade pressórica sustentada por ≥ 60 minutos, sem necessidade de escalonamento de droga
- ausência de nova elevação ≥ 20 mmHg acima da meta

3.2 Critérios neurológicos

- Glasgow = 15
- ausência de déficit focal
- ausência de cefaleia progressiva ou rebaixamento

3.3 Critérios cardiorrespiratórios

- ausência de dor torácica ativa
- ausência de dispneia
- SpO₂ $\geq 94\%$ em ar ambiente ou O₂ mínimo

3.4 Critérios terapêuticos

NÃO estar em infusão contínua de vasodilatador em titulação ativa

NÃO necessitar ajuste frequente de droga IV

possibilidade de transição planejada para via oral

Falha em qualquer item = contraindicação absoluta à observação.

4. TEMPO OPERACIONAL E CONTROLE DE DERIVA

Tempo máximo absoluto em observação: **24 horas**

Reavaliação médica obrigatória:

- admissão
- 4h
- 8h
- 12h
- decisão final

Permanência > 24h **SEM** regulação ativa documentada = **falha grave de processo.**

5. GATILHOS DE SAÍDA OBRIGATÓRIA (INTERNAR OU TRANSFERIR)

Durante a observação, a ocorrência de **qualquer** item abaixo **encerra imediatamente** a elegibilidade:

- necessidade de reintrodução de droga IV contínua
- nova elevação pressórica sustentada
- oligúria < 0,5 ml/kg/h
- alteração neurológica
- dor torácica
- piora respiratória
- necessidade de suporte que exceda a UPA

6. RESPONSABILIDADE FUNCIONAL

- Médico: decisão clínica + plano + documentação
- Enfermagem: vigilância contínua + alerta precoce
- Enfermeiro responsável: bloqueio de permanência irregular

POP 11 – REGULAÇÃO, INTERNAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE COM EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA (FLUXO FECHADO, CHECKLIST E SEGURANÇA DO TRANSPORTE)

1. OBJETIVO

Padronizar o processo completo de **decisão de internação, acionamento da regulação, estabilização pré-transporte, preparo do paciente, entrega clínica ao serviço de destino e documentação obrigatória**, reduzindo eventos adversos na transferência e assegurando rastreabilidade assistencial e legal.

2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a toda equipe assistencial (médicos, enfermagem, coordenação), regulação interna e apoio administrativo, em qualquer turno.

3. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Transferência regulada: saída da UPA para unidade hospitalar/serviço de maior complexidade com vaga solicitada e aceita.

Estabilização mínima: conjunto de condições clínicas obrigatórias que precisam estar atendidas antes da saída.

Janela crítica de segurança: período entre decisão de transferir e efetiva saída, em que o paciente deve ficar sob vigilância intensiva e com plano terapêutico ativo.

4. RESPONSABILIDADES

Médico assistente

- Define necessidade de internação/transferência.
- Define órgão-alvo predominante (POP 04) e metas pressóricas.
- Prescreve condutas e monitorização durante a janela crítica.
- Realiza comunicação clínica com regulação e com médico do destino (quando aplicável).
- Assina relatório de transferência e resumo clínico.

Enfermeiro do setor (emergência/observação)

- Garante execução do checklist de estabilização.
- Confere documentação e identifica lacunas.
- Organiza preparo de medicações/insumos para transporte.
- Define profissional de enfermagem acompanhante conforme gravidade.

Técnico/auxiliar de enfermagem

- Mantém monitorização conforme prescrição.
- Prepara e administra medicações conforme POPs 05–09.
- Registra sinais vitais e intercorrências na janela crítica.

Coordenação/Regulação interna

- Apoia contato e registro de chamadas, horários, status da vaga.
- Garante escalonamento quando houver atraso.

5. CRITÉRIOS OBJETIVOS DE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

A transferência deve ser **acionada imediatamente** se houver qualquer um dos seguintes:

5.1 Neurológicos

- suspeita/confirmado: AVC isquêmico, AVC hemorrágico, HSA
- rebaixamento de consciência (Glasgow < 15) persistente
- déficit focal persistente/progressivo
- convulsão recente associada à PA elevada
- suspeita de encefalopatia hipertensiva com necessidade de monitorização avançada

5.2 Cardiovasculares/respiratórios

- SCA suspeita/confirmada (dor torácica + ECG/troponina/risco)
- edema agudo de pulmão (EAP) com necessidade de suporte avançado
- insuficiência cardíaca aguda descompensada
- necessidade de nitroglicerina/vasodilatador IV com titulação contínua prolongada
- arritmia instável associada

5.3 Vascular (alto risco)

suspeita/confirmada dissecação aguda de aorta

5.4 Renal/metabólico

LRA com creatinina em ascensão rápida, oligúria/anúria

distúrbio eletrolítico grave associado (hipercalcemia, etc.) com risco arritmico

5.5 Falha terapêutica na UPA

- incapacidade de atingir trajetória segura de PA após 60–90 min de manejo adequado
- necessidade de reescalonar repetidamente droga IV sem estabilidade
- eventos adversos relevantes (POP 09) que exigem ambiente de maior suporte

6. PRAZOS OPERACIONAIS

- T0 = decisão médica de transferir (registrar horário).
- Até T0 + 10 min: enfermeiro inicia checklist e prepara monitorização.
- Até T0 + 20 min: solicitação de vaga formalizada na regulação (registrar protocolo).
- Até T0 + 30 min: exames críticos/relatórios organizados e resumo clínico iniciado.
- Reavaliação médica obrigatória: a cada 30–60 min durante espera por vaga/ambulância, com registro.
- Se > 120 min sem evolução de vaga (casos graves): escalonamento para coordenação/regulação municipal/gestão do contrato (registrar).

7. COMUNICAÇÃO PADRONIZADA COM A REGULAÇÃO (MODELO SBAR)

Para evitar ruído e “perda de vaga”, a comunicação deve seguir SBAR:

S – Situação: “Paciente X, emergência hipertensiva, órgão-alvo...”

B – Background: “HAS crônica, comorbidades, início dos sintomas...”

A – Avaliação: “Estado atual, PA/FC/SpO₂/Glasgow, exames relevantes...”

R – Recomendação: “Precisa de leito (UTI/enfermaria), especialidade, prioridade.”

7.1 Dados mínimos obrigatórios para regulação

- Identificação do paciente (iniciais, idade, sexo)
- Órgão-alvo predominante e hipótese diagnóstica
- Sinais vitais atuais e tendência (últimas 3 aferições)
- Glasgow/estado neurológico
- Oxigenação e suporte atual (O₂, VNI, etc.)
- Medicações IV em curso (droga/dose/velocidade)
- Exames já realizados e principais achados
- Risco imediato (ex.: dissecação, AVC hemorrágico, EAP)

- Necessidade de especialidade/recursos (tomografia, hemodinâmica, UTI)

8. JANELA CRÍTICA: CONDUTAS OBRIGATÓRIAS ENQUANTO AGUARDA VAGA/TRANSPORTE

Durante a espera:

- manter monitorização contínua (cardioscópio + SpO₂)
- PA seriada conforme gravidade (inicialmente 5–15 min; depois 15–30 min, conforme estabilidade)
- avaliação neurológica seriada (Glasgow + déficit focal) em quadro neurológico
- manter acesso venoso pérvio (idealmente 2 acessos)
- titulação de drogas somente conforme prescrição e metas (POPs 05–09)
- reavaliar dor torácica/dispneia e repetir ECG/enzimas conforme protocolo da unidade, se indicado
- registrar linha do tempo

9. CHECKLIST DE ESTABILIZAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE (OBRIGATÓRIO E AUDITÁVEL)

A. Via aérea e respiração

- SpO₂ alvo atingida ($\geq 94\%$ salvo orientação específica)
- Se dispneia/EAP: suporte instituído e estável (O₂/VNI conforme prescrição)
- Ausculta e padrão respiratório documentados

B. Circulação

- PA atual dentro de meta ou trajetória segura (sem queda abrupta)
- FC em alvo quando aplicável (ex.: dissecação)
- Perfusão periférica avaliada (TEC, extremidades, pele)

C. Neurológico

- Glasgow registrado
- Déficit focal descrito (presente/ausente e qual)
- Pupilas (se quadro neurológico)

D. Acesso e medicações

- 1–2 acessos venosos pérvios

- Drogas em uso identificadas (nome/dose/velocidade)
- Medicções de contingência preparadas quando indicado (ex.: antiemético, broncodilatador, etc.)
- Plano de ajuste durante transporte definido (o que fazer se PA subir/descer)

E. Exames e documentação

- ECG anexado (quando pertinente)
- Exames laboratoriais/imagem anexados ou descritos no resumo
- Resumo clínico completo + carimbo/assinatura médica
- Registro de contato com regulação (horários, nomes, protocolo)

F. Segurança do transporte

- Maca com grades, paciente fixado
- O₂ disponível (se necessário)
- Monitorização durante transporte definida
- Profissional acompanhante definido conforme gravidade

Critério de bloqueio: se algum item crítico (A/B/C/D) não for atendido, **transferência não deve ocorrer** até correção, salvo decisão médica justificada por risco maior de permanência.

10. PACOTE DE TRANSFERÊNCIA (DOCUMENTOS + INFORMAÇÕES)

O paciente deve sair com:

- Relatório **médico de transferência**
- **Folha** de evolução e sinais vitais seriados (últimas 2–4 horas)
- Exames: ECG, RX, TC, labs relevantes (ou laudo/descrição)
- Prescrições e medicações administradas (linha do tempo)
- Alergias e comorbidades
- Contatos da unidade (telefone) e identificação do médico/enfermeiro responsáveis

11. MODELO MÍNIMO DO RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA (ESTRUTURA OBRIGATÓRIA)

- Identificação do paciente
- Data/hora de admissão e de decisão de transferência (T0)

- Queixa e história curta com tempo de início
- Estratificação por órgão-alvo e hipótese diagnóstica principal
- Sinais vitais atuais e tendência
- Exame físico relevante (neuro, cardio, resp)
- Exames realizados e achados principais
- Tratamento instituído (com doses e horários) e resposta
- Meta pressórica e situação no momento da saída
- Risco/pendências e recomendações ao serviço receptor
- Assinatura/carimbo

12. LINHA DO TEMPO (REGISTRO PADRÃO)

- Durante o processo, deve haver registro cronológico:
- Horário da triagem/PA crítica
- Horário da primeira avaliação médica
- Horário do início de medicações IV
- Horários e valores de PA/FC/SpO₂ seriados
- Horário de decisão de transferir (T0)
- Horário de contato com regulação + protocolo
- Horário de aceitação da vaga
- Horário de saída efetiva
- Intercorrências

13. NÃO CONFORMIDADES GRAVES (PROIBIÇÕES)

- Transferir paciente em titulação ativa sem plano de monitorização
- Transferir sem relatório clínico e sinais vitais seriados
- Transferir sem meta pressórica definida
- Transferir sem checagem de acesso venoso pérvio
- Transferir sem registrar regulação (protocolo/horário)

POP 12 – REGISTRO CLÍNICO PADRONIZADO E AUDITÁVEL DO ATENDIMENTO À EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA (PRONTUÁRIO DE ALTA CONFIABILIDADE)

1. OBJETIVO

Garantir registro completo, objetivo e padronizado de todas as etapas do cuidado ao paciente com emergência hipertensiva, assegurando continuidade assistencial, respaldo legal e base para auditoria clínica e indicadores.

2. PRINCÍPIOS (O QUE MUDA NA PRÁTICA)

- Registro deve ser quantitativo e observável: números, horários, achados.
- Termos vagos são proibidos sem dado (“estável”, “melhor”, “controlado”).
- O prontuário deve permitir reconstruir a assistência como “linha do tempo”.

3. RESPONSABILIDADES

Triagem/enfermagem: PA e sinais vitais, sintomas informados, classificação de risco e encaminhamento, horário.

Médico: hipótese, estratificação, metas pressóricas, prescrição e reavaliações.

Enfermagem (setor): administração de medicação, titulação autorizada, monitorização seriada, intercorrências.

Coordenação: auditoria de amostras e correção de padrões.

4. PADRÃO MÍNIMO OBRIGATÓRIO (CHECKLIST DE REGISTRO)

4.1 Na chegada/triagem

- PA (com membro/posição), FC, FR, SpO₂, T°, dor (escala 0–10)
- Sintomas associados (sim/não + descrição): cefaleia, dor torácica, dispneia, déficit focal, confusão, convulsão, oligúria
- Classificação de risco e horário
- Encaminhamento (emergência/consultório) e horário

4.2 Primeira avaliação médica (obrigatório em emergência hipertensiva)

- História dirigida (tempo de início, adesão medicamentosa, comorbidades, drogas)
- Exame físico dirigido (neuro/cardio/resp/renal) com achados
- Estratificação por órgão-alvo registrada
- Hipótese diagnóstica principal + diferenciais críticos
- Meta pressórica (primeira hora e 2–6h) registrada
- Plano terapêutico: droga, dose, via, titulação, monitorização

4.3 Terapia e monitorização

- Horário de cada medicação administrada (nome/dose/via)
- Se infusão: dose inicial, ajustes, motivo do ajuste
- Sinais vitais seriados com frequência definida (ex.: a cada 5–15 min no início)
- Avaliação neurológica seriada quando indicado (Glasgow + déficit focal)
- Resposta terapêutica com dado (ex.: PAM reduziu 20% em 50 min, sem rebaixamento)

4.4 Exames e interpretação

- Exames solicitados e horários
- Achados relevantes descritos (ECG, troponina, creatinina, RX, TC)
- Conduta derivada do achado (ex.: “TC sem sangramento → manter estratégia X”)

4.5 Decisão de destino

- Observação (POP 10) com critérios preenchidos
- Transferência (POP 11) com T0, protocolo de regulação, checklist
- Alta com plano: ajustes, receita, sinais de alerta, encaminhamento APS

5. PADRÃO DE LINGUAGEM (PROIBIÇÕES E SUBSTITUIÇÕES)

Proibido sem dado:

- “PA controlada” → substitua por “PA 160/100 às 14:20, meta 160/100”
- “Paciente estável” → “sem dor, SpO₂ 96% AA, Glasgow 15, PA estável 60 min”
- “Melhorou” → “cefaleia reduziu de 8/10 para 3/10 em 40 min”

6. MODELO DE EVOLUÇÃO MÉDICA (ESTRUTURA PADRÃO – SOAP)

S: sintomas atuais com intensidade e mudança temporal

O: sinais vitais + exame dirigido + dados de monitorização

A: estratificação + hipótese + risco imediato

P: metas pressóricas + terapias + monitorização + destino

7. AUDITORIA DE PRONTUÁRIO (CRITÉRIO DE CONFORMIDADE)

Um prontuário é considerado conforme se:

- contém estratificação por órgão-alvo
- contém meta pressórica explícita
- contém linha do tempo de medicações e sinais vitais
- contém decisão de destino justificada e documentada
- Qualquer ausência = não conformidade e deve gerar ação corretiva

POP 13 – AUDITORIA CLÍNICA, NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS, ANÁLISE DE CAUSA E MELHORIA CONTÍNUA EM EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

1. OBJETIVO

Implementar sistema permanente de **governança clínica** para emergências hipertensivas, com:

- detecção de falhas de processo
- investigação estruturada de eventos adversos
- melhoria contínua e educação permanente dirigida
- rastreabilidade para contratualização e órgãos de controle

2. ESCOPO

Aplica-se a todos os casos de emergência hipertensiva atendidos na unidade, com foco em:

- qualidade assistencial (desfecho e processo)
- segurança do paciente (eventos adversos)
- conformidade documental (prontuário)

3. GATILHOS DE AUDITORIA OBRIGATÓRIA (100% DOS CASOS)

Auditados obrigatoriamente:

- Óbito (na unidade ou relacionado ao episódio)
- Transferência instável (queda de PA/hipoxemia/rebaixamento durante espera ou saída)
- Reentrada/retorno em < 72h por PA elevada ou complicação
- Evento adverso grave
- Permanência em observação > 24h
- Suspeita de dissecação/AVC/EAP sem regulação imediata documentada

- Uso de droga IV sem meta pressórica registrada

4. AMOSTRAGEM DE ROTINA (ALÉM DOS GATILHOS)

Além dos gatilhos, auditar **amostra mensal**:

- mínimo de 10% dos casos de emergência hipertensiva do mês (ou mínimo 10 casos, o que for maior)

5. FLUXO DE NOTIFICAÇÃO (ATÉ 24H)

5.1 Quem notifica

enfermeiro do setor ou médico assistente (primeiro identificador do evento)

5.2 O que notificar

- evento adverso clínico
- falha de processo (ex.: ausência de meta, atraso em regulação)
- não conformidade documental crítica

5.3 Prazos

- notificação interna em até 24h
- abertura de análise em até 72h para eventos graves

6. MÉTODO DE ANÁLISE (LINHA DO TEMPO + CAUSA)

A análise deve ser estruturada em 4 blocos:

6.1 Reconstrução da linha do tempo (obrigatória)

- Triage: horário e PA inicial
- Primeira avaliação médica
- Medicamentos: início, titulações, resposta
- Monitorização: frequência, gaps
- Decisão de destino e regulação (T0, protocolos, aceitação)
- Saída e condição final

6.2 Checagem de aderência aos POPs (matriz de conformidade)

POP 04 (estratificação) feito? (sim/não)

Meta pressórica registrada? (sim/não)

POP 05–09 seguidos? (sim/não + onde falhou)

POP 11 checklist completo? (sim/não)

POP 12 registro conforme? (sim/não)

6.3 Identificação de causas contribuintes (modelo prático)

Classificar em:

- Humano: treinamento, comunicação, fadiga, erro de execução
- Processo: ausência de checklist, fluxo confuso, responsabilidades difusas
- Estrutura: falta de bomba de infusão, monitor, medicação, insumo
- Gestão: escala insuficiente, pico de demanda, falha de supervisão

6.4 Plano de ação (obrigatório e mensurável)

Toda auditoria deve gerar ações com:

- responsável (nome/função)
- prazo (data)
- evidência de conclusão (documento/treinamento/compra/alteração de fluxo)
- indicador de acompanhamento (ex.: % metas registradas)

7. INDICADORES DE QUALIDADE (MÍNIMOS, COM DEFINIÇÃO)

7.1 Indicadores de processo

Tempo porta-terapia IV: chegada → primeira dose IV (min)

% casos com meta pressórica registrada: $(\text{casos com meta} / \text{total}) \times 100$

% casos com estratificação por órgão-alvo: $(\text{casos com POP 04} / \text{total}) \times 100$

% prontuários conformes (POP 12)

7.2 Indicadores de segurança

- Taxa de hipotensão iatrogênica (evento/total)
- Taxa de evento adverso grave (evento/total)

7.3 Indicadores de desfecho/fluxo

- % transferidos em até X horas após T0
- Retorno em < 72h por PA elevada

8. ROTINA DE FEEDBACK (SEM “CAÇA ÀS BRUXAS”)

- reunião mensal com equipe assistencial (30–45 min)
- apresentação de indicadores e casos-sentinelas

- reforço de pontos críticos (metas, registro, checklist de transferência)
- registro de presença e conteúdo (para comprovação em edital/contrato)

9. NÃO CONFORMIDADES CRÍTICAS (GERAM AÇÃO IMEDIATA)

- uso de droga IV sem meta pressórica registrada
- transferência sem relatório e sinais vitais seriados
- ausência de reavaliação médica durante janela crítica
- falha de comunicação com regulação sem escalonamento

10. ARQUIVAMENTO E RASTREABILIDADE

- relatórios de auditoria mensais arquivados
- plano de ação e evidências anexadas
- manutenção por período definido no sistema de gestão/documentação da unidade

5.1.2.9 Distúrbios glicêmicos

1. FINALIDADE DO PROTOCOLO

O presente Protocolo Assistencial para Distúrbios Glicêmicos tem por finalidade estabelecer diretrizes clínicas, operacionais e de segurança assistencial para o reconhecimento precoce, abordagem imediata, manejo clínico, monitoramento contínuo e definição de desfechos dos pacientes com alterações glicêmicas atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), considerando o perfil de atendimento de urgência e emergência, a pressão assistencial contínua, a alta rotatividade de pacientes e os riscos clínicos e jurídicos associados a falhas no cuidado.

Este protocolo visa reduzir eventos adversos graves, prevenir deterioração clínica evitável, padronizar condutas entre equipes multiprofissionais, garantir rastreabilidade das decisões clínicas, proteger a segurança do paciente e assegurar conformidade com as melhores evidências científicas disponíveis, bem como com as exigências legais e regulatórias aplicáveis aos serviços de saúde sob gestão de Organização Social.

2. ESCOPO DE APLICAÇÃO

Este protocolo aplica-se a todos os pacientes atendidos na UPA que apresentem, de forma isolada ou associada, qualquer uma das seguintes condições:

- Hipoglicemia documentada ou suspeita clínica.

- Hiperglicemia aguda.
- Crise hiperglicêmica descompensada.
- Diabetes mellitus conhecido ou recém-diagnosticado em contexto de urgência.
- Distúrbios glicêmicos associados a infecção, sepse, trauma, AVC, síndrome coronariana aguda, uso de insulina ou hipoglicemiantes, etilismo, insuficiência renal ou hepática.
- Alterações glicêmicas em gestantes, idosos, pacientes com múltiplas comorbidades ou em uso de medicamentos de alto risco.

O protocolo é de **cumprimento obrigatório** por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais assistenciais envolvidos no atendimento direto ou indireto ao paciente.

3. FUNDAMENTAÇÃO CLÍNICA E IMPACTO ASSISTENCIAL

Distúrbios glicêmicos representam uma das principais causas de descompensação clínica evitável em serviços de urgência e emergência. Tanto a hipoglicemia quanto a hiperglicemia estão associadas a aumento significativo de morbimortalidade, prolongamento do tempo de permanência, aumento do risco de internação hospitalar, eventos neurológicos irreversíveis, arritmias cardíacas, infecções graves e óbito.

Em ambiente de UPA, falhas na abordagem glicêmica estão frequentemente relacionadas a:

- Subestimação da gravidade clínica.
- Atraso na mensuração da glicemia capilar.
- Condutas não padronizadas.
- Monitoramento inadequado após intervenção.
- Comunicação deficiente entre equipe médica e enfermagem.
- Ausência de critérios objetivos de reavaliação.

O manejo inadequado de distúrbios glicêmicos figura de forma recorrente em processos judiciais, sindicâncias internas, glosas contratuais e apontamentos de Tribunais de Contas, especialmente quando associado a eventos adversos graves ou óbito.

4. BASES CIENTÍFICAS E DIRETRIZES UTILIZADAS

Este protocolo foi estruturado com base em diretrizes clínicas nacionais e internacionais amplamente reconhecidas, incluindo recomendações da **Organização Mundial da Saúde**, da **Sociedade Brasileira de Diabetes**, da **American Diabetes Association**, além de consensos clínicos utilizados em serviços de urgência e emergência de alta complexidade.

As condutas aqui descritas consideram evidências atualizadas, adaptadas à realidade operacional de uma UPA, respeitando limitações estruturais, tempo-resposta necessário e segurança do paciente.

5. PRINCÍPIOS DE ALTA CONFIABILIDADE OPERACIONAL

O manejo de distúrbios glicêmicos neste serviço baseia-se nos seguintes princípios:

- Reconhecimento precoce obrigatório de qualquer alteração glicêmica.
- Mensuração objetiva e documentada, nunca baseada apenas em julgamento clínico.
- Intervenção imediata proporcional ao risco, sem aguardar exames complementares quando houver risco iminente.
- Monitoramento contínuo pós-intervenção, com critérios claros de sucesso ou falha terapêutica.
- Escalonamento assistencial precoce diante de não resposta.
- Registro completo e rastreável de todas as decisões clínicas.
- Reavaliação sistemática, independentemente da melhora inicial.

6. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PADRONIZADAS

Para fins deste protocolo, adotam-se as seguintes definições:

6.1 Hipoglicemia

Glicemia capilar ou plasmática < 70 mg/dL, sendo considerada:

- **Leve:** 54–69 mg/dL.
- Moderada: 40–53 mg/dL.
- Grave: < 40 mg/dL ou qualquer valor associado a alteração do nível de consciência.

6.2 Hiperglicemia

Glicemia capilar ou plasmática ≥ 180 mg/dL, sendo considerada clinicamente relevante quando associada a sintomas, sinais de desidratação, infecção, acidose ou deterioração clínica.

7. RESPONSABILIDADES DAS EQUIPES

7.1 Equipe de Enfermagem

- Realizar glicemia capilar em todos os pacientes conforme critérios deste protocolo.
- Comunicar imediatamente valores críticos.
- Iniciar medidas de suporte conforme prescrição ou protocolo.
- Monitorar glicemia conforme periodicidade definida.
- Registrar todos os valores e intervenções.

7.2 Equipe Médica

- Avaliar clinicamente o paciente de forma integral.
- Definir diagnóstico e conduta terapêutica.
- Estabelecer critérios de monitoramento, alta, observação ou transferência.
- Registrar decisão clínica de forma clara e fundamentada.

8. RISCOS ASSISTENCIAIS CRÍTICOS ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO

A não adesão a este protocolo pode resultar em:

- Dano neurológico permanente.
- Arritmias fatais.
- Choque hipovolêmico ou metabólico.
- Óbito evitável.
- Responsabilização ética, civil e administrativa dos profissionais.
- Glosas contratuais e penalidades à entidade gestora.

9. TRIAGEM GLICÊMICA OBRIGATÓRIA NA ADMISSÃO

9.1 Princípio Assistencial

A mensuração da glicemia capilar na admissão constitui **ato assistencial obrigatório**, não opcional, em pacientes que apresentem qualquer fator de risco clínico, sintoma compatível ou condição associada a distúrbios glicêmicos.

A omissão da glicemia capilar configura falha de triagem, com potencial impacto direto na segurança do paciente e responsabilidade assistencial.

9.2 Critérios Obrigatórios para Glicemia Capilar na Triagem

A glicemia capilar **deverá ser realizada imediatamente** na triagem de enfermagem nos seguintes cenários:

- Alteração do nível de consciência (confusão, sonolência, agitação, síncope).
- Convulsão atual ou recente.
- Sudorese fria, palidez, tremores, taquicardia inexplicada.
- Náuseas, vômitos, dor abdominal sem causa definida.
- Fraqueza súbita, déficit neurológico focal.
- Dispneia, respiração de Kussmaul ou hiperpneia.
- Dor torácica associada a diabetes conhecido.
- Paciente diabético conhecido, independentemente da queixa principal.
- Gestantes, idosos (> 60 anos) e pacientes institucionalizados.
- Uso de insulina, sulfonilureias ou outros hipoglicemiantes.
- Etilismo agudo ou crônico.
- Sepses suspeita ou confirmada.
- Trauma, politrauma ou jejum prolongado.
- Pós-parada cardiorrespiratória ou reanimação recente.

9.3 Registro e Comunicação

O valor da glicemia capilar **deve ser registrado imediatamente** no prontuário eletrônico ou físico.

Valores críticos (< 54 mg/dL ou ≥ 300 mg/dL) **devem ser comunicados verbalmente e de forma imediata** ao médico responsável.

Nenhuma conduta de alta, observação ou encaminhamento pode ocorrer sem registro do valor glicêmico quando indicado.

10. INTEGRAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

10.1 Impacto da Glicemia na Cor de Classificação

A glicemia capilar influencia diretamente a classificação de risco, devendo ser considerada como critério modificador da prioridade assistencial.

10.1.1 Hipoglicemia

- < 40 mg/dL ou hipoglicemia com alteração do nível de consciência: Classificação Vermelha
- 40–53 mg/dL, mesmo consciente: Classificação Laranja
- 54–69 mg/dL com sintomas: Classificação Amarela
- 54–69 mg/dL assintomática: avaliar contexto clínico
- 10.1.2 Hiperglicemia
- ≥ 300 mg/dL com sinais sistêmicos: Classificação Laranja
- ≥ 250 mg/dL com sintomas leves: **Classificação Amarela**

Hiperglicemia isolada, assintomática: avaliação clínica obrigatória

10.2 Reclassificação Obrigatória

Qualquer paciente com glicemia alterada deve ser **reclassificado** após intervenção inicial, independentemente da melhora subjetiva relatada.

11. MANEJO DA HIPOGLICEMIA – PRINCÍPIOS GERAIS

11.1 Objetivos do Manejo

- Restabelecer glicemia segura (> 70 mg/dL).
- Reverter sintomas neurológicos e autonômicos.
- Prevenir recorrência.
- Identificar e tratar a causa subjacente.
- Garantir monitoramento contínuo.

11.2 Conceitos Críticos

Hipoglicemia é emergência metabólica.

- Sintomas podem ser mascarados em idosos, etilistas e pacientes com neuropatia autonômica.
- Melhora clínica não exclui risco de recorrência.
- A recorrência é comum quando a causa não é corrigida.

12. MANEJO DA HIPOGLICEMIA EM PACIENTE CONSCIENTE E COLABORATIVO

12.1 Critérios

Paciente acordado, orientado, com capacidade de deglutição preservada e glicemia < 70 mg/dL.

12.2 Conduta Imediata

Administrar **15 a 20 g de carboidrato de absorção rápida**, preferencialmente por via oral:

Exemplos:

- 150 a 200 mL de suco adoçado.
- 3 a 4 sachês de açúcar dissolvidos em água.
- 1 tubo de gel de glicose oral.
- 1 colher de sopa cheia de açúcar.

12.3 Monitoramento

- Reavaliar glicemia capilar em 15 minutos.
- Se glicemia < 70 mg/dL, repetir a administração.
- Após normalização (> 70 mg/dL), administrar carboidrato de absorção lenta se indicado.

12.4 Observações Importantes

- Não utilizar chocolate, alimentos gordurosos ou proteínas como tratamento inicial.
- Não liberar paciente imediatamente após correção inicial.
- Registrar horário, valor inicial, intervenção e valor pós-correção.

13. MANEJO DA HIPOGLICEMIA EM PACIENTE COM ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

13.1 Critérios

- Rebaixamento do nível de consciência.
- Convulsão.
- Incapacidade de deglutição.
- Risco de broncoaspiração.

13.2 Conduta Imediata – Via Endovenosa

- Garantir acesso venoso pérvio.
- Administrar Glicose hipertônica a 50% – 20 a 40 mL IV em bolus lento.
- Proteger vias aéreas conforme necessidade.
- Monitorizar sinais vitais continuamente.

13.3 Alternativa – Ausência de Acesso Venoso

- Administrar Glucagon 1 mg IM ou SC.
- Estar ciente de menor eficácia em etilistas crônicos, hepatopatas e desnutridos.

13.4 Reavaliação

- Medir glicemia capilar após 10–15 minutos.
- Se resposta inadequada, repetir glicose IV.
- Após recuperação da consciência, iniciar carboidrato oral.

14. PREVENÇÃO DE RECORRÊNCIA DA HIPOGLICEMIA

14.1 Condutas Obrigatórias

- Identificar causa: dose excessiva de insulina, jejum, infecção, insuficiência renal, etilismo.
- Avaliar esquema medicamentoso.

- Manter infusão de glicose a 5% ou 10% se indicado.
- Não liberar paciente sem plano de prevenção.

14.2 Critérios de Observação Prolongada

- Uso de sulfonilureias.
- Hipoglicemia grave (< 40 mg/dL).
- Recorrência durante atendimento.
- Idosos e pacientes com comorbidades.
- Ausência de acompanhante ou suporte domiciliar.

15. REGISTRO ASSISTENCIAL E SEGURANÇA JURÍDICA

Todo episódio de hipoglicemia **deve conter obrigatoriamente:**

- Valor inicial da glicemia.
- Horário da identificação.
- Sintomas apresentados.
- Conduta adotada.
- Tempo de resposta.
- Valores de reavaliação.
- Conduta final (alta, observação ou transferência).
- A ausência desses registros caracteriza falha assistencial e fragiliza a defesa institucional em auditorias e processos.

16. HIPERGLICEMIA AGUDA NO CONTEXTO DA UPA

16.1 Relevância Assistencial

A hiperglicemia aguda constitui achado frequente em serviços de urgência e emergência, podendo representar desde descompensação metabólica transitória até condições potencialmente fatais, como cetoacidose diabética (CAD) e estado hiperosmolar hiperglicêmico (EHH).

Em ambiente de UPA, a falha mais comum relacionada à hiperglicemia é a **banalização do achado glicêmico**, com atraso no reconhecimento de quadros

graves, evolução para choque metabólico, rebaixamento neurológico e óbito evitável.

16.2 Princípios Operacionais

- Hiperglicemia nunca deve ser analisada isoladamente.
- Valores glicêmicos elevados exigem correlação clínica imediata.
- A ausência de dor ou sintomas exuberantes não exclui gravidade.
- Todo paciente com glicemia elevada deve ter plano definido de manejo e destino assistencial.

17. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE HIPERGLICEMIA

Para fins deste protocolo, considera-se:

- Hiperglicemia leve: 180–249 mg/dL
- Hiperglicemia moderada: 250–299 mg/dL
- Hiperglicemia grave: ≥ 300 mg/dL
- A gravidade clínica não depende exclusivamente do valor glicêmico, mas da associação com sinais sistêmicos, distúrbios metabólicos e estado geral do paciente.

18. AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL OBRIGATÓRIA

18.1 Avaliação Primária

Todo paciente com glicemia ≥ 250 mg/dL deve ser submetido, obrigatoriamente, à avaliação clínica estruturada, contemplando:

- Estado mental (alerta, confuso, sonolento, coma).
- Sinais vitais completos.
- Estado de hidratação (mucosas, turgor cutâneo, enchimento capilar).
- Frequência respiratória e padrão ventilatório.
- Presença de náuseas, vômitos ou dor abdominal.
- História de diabetes, adesão ao tratamento, intercorrências recentes.
- Uso de insulina, hipoglicemiantes orais, corticosteroides.
- Presença de infecção, trauma, cirurgia recente ou estresse agudo.

18.2 Sinais de Alarme Associados

Os seguintes achados **indicam alto risco** e exigem manejo intensivo:

- Alteração do nível de consciência.
- Respiração profunda ou rápida (suspeita de acidose).
- Dor abdominal associada a hiperglicemia.
- Náuseas e vômitos persistentes.
- Desidratação moderada a grave.
- Hipotensão, taquicardia persistente.
- Oligúria ou anúria.
- História de suspensão recente de insulina.

19. DIFERENCIAÇÃO CLÍNICA DOS PRINCIPAIS QUADROS

19.1 Hiperglicemia Simples (Sem Critérios de Emergência Metabólica)

Características:

- Glicemia elevada, geralmente < 300 mg/dL.
- Ausência de alteração do nível de consciência.
- Sem sinais de desidratação importante.
- Sem vômitos persistentes.
- Sem respiração acidótica.

Conduta:

- Avaliação clínica completa.
- Correção hídrica conforme necessidade.
- Ajuste terapêutico conforme prescrição médica.
- Observação clínica conforme critério médico.

19.2 Cetoacidose Diabética (CAD) – Suspeita Clínica

A CAD deve ser **suspeitada clinicamente**, mesmo antes de confirmação laboratorial, na presença de:

- Glicemia geralmente ≥ 250 mg/dL.
- Respiração profunda e rápida.
- Náuseas, vômitos, dor abdominal.
- Hálito cetônico.
- Alteração do nível de consciência.
- História de diabetes tipo 1 ou insulínica.
- A ausência de exames laboratoriais imediatos não deve retardar condutas iniciais de suporte.

19.3 Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH) – Suspeita Clínica

Características sugestivas:

- Glicemia frequentemente ≥ 600 mg/dL.
- Desidratação grave.
- Alteração neurológica importante.
- Ausência de acidose respiratória evidente.
- Mais comum em idosos e diabéticos tipo 2.
- Trata-se de condição extremamente grave, com alta mortalidade.

20. CONDUTAS INICIAIS PADRONIZADAS NA HIPERGLICEMIA

20.1 Condutas Imediatas de Enfermagem

Diante de glicemia ≥ 250 mg/dL:

- Comunicar imediatamente o médico.
- Instalar acesso venoso periférico calibroso.
- Iniciar monitorização de sinais vitais.
- Manter paciente em jejum até avaliação médica.
- Preparar material para coleta de exames, se indicado.

20.2 Condutas Médicas Iniciais

A conduta médica inicial deve contemplar:

- Avaliação clínica completa.
- Solicitação de exames conforme disponibilidade (glicemia seriada, gasometria, eletrólitos).
- Início de hidratação venosa, quando indicado.
- Definição do nível de cuidado: observação, estabilização ou transferência.

21. HIDRATAÇÃO NA HIPERGLICEMIA

21.1 Princípios

A desidratação é componente central da hiperglicemia aguda e deve ser tratada de forma precoce e cautelosa.

21.2 Hidratação Inicial (Adultos)

Na ausência de contraindicações:

- Soro fisiológico 0,9%
- Volume inicial habitual: 500 a 1.000 mL na primeira hora, ajustado conforme estado clínico.
- A hidratação deve ser monitorada rigorosamente, especialmente em idosos e cardiopatas.

22. INSULINOTERAPIA – PRINCÍPIOS DE SEGURANÇA

22.1 Alertas Críticos

Insulina **nunca deve ser administrada sem avaliação clínica completa.**

Não iniciar insulina antes de iniciar hidratação adequada em quadros graves.

Monitorar risco de hipoglicemia e hipocalemia.

22.2 Monitoramento Obrigatório

Após qualquer intervenção para hiperglicemia:

- Glicemia capilar seriada conforme prescrição.
- Avaliação clínica periódica.
- Reavaliação do plano terapêutico.

23. CRITÉRIOS DE OBSERVAÇÃO, TRANSFERÊNCIA OU ALTA

23.1 Observação na UPA

Indicada quando:

- Hiperglicemia moderada.
- Boa resposta inicial à hidratação.
- Ausência de sinais sistêmicos graves.
- Possibilidade de monitoramento seguro.

23.2 Transferência Hospitalar

Indicação obrigatória em:

- Suspeita de CAD ou EHH.
- Alteração neurológica persistente.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Necessidade de terapia intensiva.
- Falha de resposta às medidas iniciais.

24. REGISTRO ASSISTENCIAL E RASTREABILIDADE

Todo atendimento por hiperglicemia deve conter:

- Valor inicial da glicemia.
- Avaliação clínica detalhada.
- Hipótese diagnóstica.
- Condutas realizadas.
- Evolução clínica.
- Critério de desfecho adotado.
- A ausência de documentação adequada caracteriza falha grave de processo assistencial.

25. CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD) – IMPORTÂNCIA ASSISTENCIAL

A cetoacidose diabética é emergência metabólica potencialmente fatal, caracterizada por hiperglicemia, acidose metabólica e cetose, exigindo **reconhecimento precoce, intervenção imediata e articulação rápida com a rede hospitalar.**

Em ambiente de UPA, o objetivo **não é o tratamento definitivo**, mas a **estabilização segura**, a prevenção de deterioração clínica e a **transferência oportuna** para serviço de maior complexidade.

Falhas no manejo inicial da CAD estão entre as principais causas de:

- Parada cardiorrespiratória evitável.
- Edema cerebral.
- Choque metabólico.
- Óbito precoce.
- Judicialização grave do atendimento.

26. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE CAD

Considera-se **CAD suspeita ou confirmada** a presença de **dois ou mais** dos seguintes critérios:

- Glicemia geralmente ≥ 250 mg/dL.
- Acidose metabólica (suspeita clínica ou confirmada).
- Respiração profunda e rápida (padrão acidótico).
- Náuseas e vômitos persistentes.
- Dor abdominal.
- Hálito cetônico.
- Alteração do nível de consciência.
- História de diabetes tipo 1 ou insulínica dependente.

Importante:

A ausência de confirmação laboratorial imediata **não exclui CAD e não deve retardar as condutas iniciais de estabilização.**

27. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PRIORIDADE ASSISTENCIAL

Todo paciente com suspeita de CAD deve ser classificado, no mínimo, como:

Classificação Laranja (atendimento muito urgente), ou

Classificação Vermelha, se houver:

- Rebaixamento do nível de consciência.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Sinais de choque.
- Convulsão.
- Insuficiência respiratória.
- A CAD não é compatível com espera prolongada, observação passiva ou manejo ambulatorial.

28. ABORDAGEM INICIAL E ESTABILIZAÇÃO – SEQUÊNCIA OBRIGATÓRIA

28.1 Avaliação Primária (X-ABCDE)

A abordagem inicial deve seguir rigorosamente a sequência:

A – Via aérea:

Avaliar proteção de vias aéreas; risco aumentado em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

B – Respiração:

Avaliar padrão respiratório, frequência, uso de musculatura acessória e saturação de oxigênio.

C – Circulação:

Avaliar pressão arterial, frequência cardíaca, perfusão periférica, sinais de choque.

D – Déficit neurológico:

Avaliar nível de consciência, pupilas, resposta motora.

E – Exposição:

Avaliar sinais de infecção, trauma, dispositivos, hidratação.

29. CONDUTAS IMEDIATAS DE ENFERMAGEM NA SUSPEITA DE CAD

Diante de suspeita clínica de CAD, a equipe de enfermagem deve:

- Comunicar imediatamente o médico responsável.
- Instalar dois acessos venosos periféricos calibrosos, sempre que possível.
- Iniciar monitorização contínua de sinais vitais.

- Realizar glicemia capilar seriada conforme prescrição.
- Manter paciente em jejum absoluto.
- Preparar material para coleta de exames laboratoriais.
- Garantir registro cronológico de todas as ações.

30. HIDRATAÇÃO VENOSA – PILAR DO MANEJO INICIAL

30.1 Princípios

A CAD cursa com desidratação grave. A **hidratação venosa precoce** é a intervenção mais importante na fase inicial.

A reposição hídrica:

- Reduz a glicemia.
- Melhora a perfusão tecidual.
- Auxilia na correção da acidose.
- Previne choque.

30.2 Esquema Inicial (Adultos)

Na ausência de contraindicações:

Soro fisiológico 0,9%

Volume inicial: **15 a 20 mL/kg na primeira hora**, ajustado conforme estado clínico.

Em pacientes idosos, cardiopatas ou com insuficiência renal, a reposição deve ser **mais cautelosa**, com monitoramento rigoroso.

31. INSULINOTERAPIA NA CAD – LIMITES DA UPA

31.1 Princípios de Segurança

A insulina **não é a primeira intervenção** na CAD.

Nunca iniciar insulina **antes da hidratação adequada**.

A administração inadequada de insulina pode precipitar:

- Hipoglicemia.
- Hipocalemia.

- Arritmias fatais.

31.2 Conduta na UPA

Na maioria dos cenários de UPA:

A insulina pode ser iniciada **somente após avaliação médica criteriosa**.

Preferir **estabilização clínica e transferência precoce**.

Se iniciada, deve haver:

- Monitorização intensiva.
- Capacidade de reavaliação frequente.
- Planejamento imediato de transferência.

32. POTÁSSIO E RISCOS ASSOCIADOS

32.1 Alerta Crítico

Na CAD, o potássio corporal total está reduzido, mesmo quando o valor sérico inicial é normal ou elevado.

A administração de insulina **sem avaliação do potássio** pode causar queda abrupta, resultando em arritmias e parada cardíaca.

32.2 Conduta Operacional

- Avaliar potássio sempre que possível antes de iniciar insulina.
- Na ausência de exame imediato, priorizar transferência hospitalar.
- Não atrasar transferência por tentativa de correção completa na UPA.

33. CRITÉRIOS ABSOLUTOS DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

A transferência **é obrigatória e imediata** nos seguintes cenários:

- Suspeita ou confirmação de CAD.
- Alteração persistente do nível de consciência.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Necessidade de insulina IV contínua.
- Acidose metabólica significativa.

- Falha de resposta às medidas iniciais.
- Gestantes.
- Crianças e adolescentes.
- A permanência prolongada do paciente com CAD na UPA configura risco assistencial grave.

34. ARTICULAÇÃO COM SAMU E REDE DE ATENÇÃO

34.1 Comunicação Estruturada

A solicitação de transporte deve conter, obrigatoriamente:

- Identificação do paciente.
- Quadro clínico resumido.
- Glicemia inicial e evolução.
- Condutas realizadas.
- Estado hemodinâmico atual.
- Necessidades durante o transporte.

34.2 Continuidade Assistencial

Toda informação relevante deve acompanhar o paciente por meio de:

- Registro em prontuário.
- Relatório de transferência.
- Comunicação verbal estruturada.

35. REGISTRO ASSISTENCIAL E PROTEÇÃO INSTITUCIONAL

O prontuário do paciente com CAD **deve conter**:

- Horário do reconhecimento da suspeita.
- Critérios clínicos utilizados.
- Classificação de risco.
- Condutas realizadas e horários.
- Resposta clínica.

- Justificativa da transferência.
- Comunicação com a rede.
- A ausência de qualquer desses elementos fragiliza a defesa técnica da equipe e da entidade gestora.

36. ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH) – GRAVIDADE E CONTEXTO ASSISTENCIAL

O Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH) representa uma das emergências metabólicas de **maior mortalidade** associadas ao diabetes mellitus, especialmente em idosos, pacientes com múltiplas comorbidades e diabéticos tipo 2.

Trata-se de condição caracterizada por hiperglicemia extrema, hiperosmolalidade plasmática significativa e desidratação grave, com mínima ou nenhuma cetose, frequentemente associada a deterioração neurológica progressiva.

No ambiente da UPA, o EHH **não deve ser tratado como hiperglicemia simples**, e qualquer atraso no reconhecimento ou na transferência configura **falha assistencial grave**, com elevado potencial de desfechos fatais e responsabilização institucional.

37. DEFINIÇÃO OPERACIONAL E CRITÉRIOS CLÍNICOS DE SUSPEIÇÃO

O EHH deve ser **suspeitado clinicamente** na presença de:

- Glicemia capilar geralmente ≥ 600 mg/dL.
- Desidratação grave (sinais clínicos evidentes).
- Alteração do nível de consciência (confusão, sonolência, coma).
- Ausência ou mínima presença de sinais de acidose metabólica.
- História de diabetes tipo 2 ou diabetes não diagnosticado.
- Idosos, institucionalizados ou pacientes com limitação de acesso à hidratação.
- A confirmação laboratorial não é requisito para iniciar estabilização e transferência.

38. DIFERENÇAS CRÍTICAS ENTRE EHH E CAD (PERSPECTIVA OPERACIONAL)

Característica	CAD	EHH
Glicemia	≥ 250 mg/dL	Geralmente ≥ 600 mg/dL
Acidose	Presente	Ausente ou leve
Cetose	Presente	Ausente ou mínima
Desidratação	Moderada a grave	Grave a extrema
Alteração neurológica	Variável	Frequente e progressiva
Perfil do paciente	DM1, jovens	DM2, idosos
Mortalidade	Menor	Significativamente maior

A confusão entre os quadros é erro assistencial frequente e grave.

39. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PRIORIDADE

Todo paciente com suspeita de EHH deve ser classificado como:

Classificação Vermelha (Emergência)

Independentemente da pressão assistencial da unidade, **não há justificativa clínica para espera** nesses casos.

40. ABORDAGEM INICIAL PADRONIZADA NA UPA

40.1 Avaliação Primária Imediata (X-ABCDE)

A abordagem inicial deve ser sistemática e imediata:

A – Via aérea: avaliar risco de aspiração em pacientes com rebaixamento neurológico.

B – Respiração: avaliar padrão ventilatório e saturação.

C – Circulação: avaliar sinais de choque hipovolêmico.

D – Déficit neurológico: documentar nível de consciência.

E – Exposição: avaliar sinais de infecção, desidratação extrema, lesões associadas.

41. CONDUTAS IMEDIATAS DE ENFERMAGEM

Diante de suspeita de EHH, a equipe de enfermagem deve, sem aguardar confirmação:

- Comunicar imediatamente o médico responsável.
- Instalar dois acessos venosos periféricos calibrosos.
- Iniciar monitorização contínua.
- Manter paciente em jejum absoluto.
- Registrar rigorosamente horários e valores glicêmicos.
- Preparar paciente para transferência.

42. HIDRATAÇÃO VENOSA – INTERVENÇÃO CENTRAL NO EHH

42.1 Princípios Críticos

A desidratação no EHH é profunda e progressiva, sendo a principal causa de choque e disfunção neurológica.

A hidratação adequada:

- Reduz a osmolalidade plasmática.
- Melhora a perfusão cerebral.
- Reduz mortalidade.

42.2 Esquema Inicial

Na ausência de contraindicações absolutas:

- Soro fisiológico 0,9%
- Volume inicial: 1.000 mL na primeira hora, ajustado conforme estado clínico.
- Em idosos e cardiopatas, a infusão deve ser mais lenta, com vigilância rigorosa.

43. INSULINOTERAPIA NO EHH – ALERTAS FUNDAMENTAIS

43.1 Erros Graves a Evitar

- Iniciar insulina precocemente, antes da hidratação.
- Reduzir glicemia de forma rápida demais.

- Ignorar risco de edema cerebral.

43.2 Conduta na UPA

No contexto da UPA:

- Priorizar hidratação e estabilização.
- A insulina deve ser iniciada preferencialmente em ambiente hospitalar.
- Se iniciada, requer monitoramento intensivo e plano imediato de transferência.

44. DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS E RISCO CARDÍACO

O EHH cursa frequentemente com:

- Hipocalemia.
- Hipernatremia.
- Insuficiência renal aguda.
- Essas alterações aumentam drasticamente o risco de arritmias e morte súbita.
- Na ausência de monitorização laboratorial contínua, **a permanência do paciente na UPA deve ser mínima.**

45. CRITÉRIOS ABSOLUTOS DE TRANSFERÊNCIA

A transferência hospitalar é **obrigatória e inegociável** em todos os casos de EHH suspeito ou confirmado, incluindo:

- Glicemia extremamente elevada.
- Alteração neurológica.
- Desidratação grave.
- Necessidade de monitorização intensiva.
- Idosos e pacientes frágeis.

46. COMUNICAÇÃO COM SAMU E REDE HOSPITALAR

A solicitação de transporte deve ser feita de forma estruturada, contendo:

- Diagnóstico suspeito de EHH.
- Glicemia inicial e evolução.
- Estado neurológico atual.
- Volume de hidratação realizada.
- Riscos identificados.

47. REGISTRO ASSISTENCIAL E RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL

O prontuário deve conter:

- Critérios clínicos de suspeita de EHH.
- Classificação de risco atribuída.
- Condutas iniciais realizadas.
- Justificativa da transferência imediata.
- Comunicação com a rede.
- A ausência desses registros configura **falha grave de processo assistencial**.

48. MONITORAMENTO GLICÊMICO CONTÍNUO NA UPA

48.1 Princípio Assistencial

O monitoramento glicêmico não se encerra com a correção inicial da glicemia. Em ambiente de UPA, **a recorrência de distúrbios glicêmicos é evento frequente e previsível**, especialmente em pacientes idosos, diabéticos em uso de hipoglicemiantes, pacientes com infecção, insuficiência renal ou em observação clínica.

A ausência de monitoramento contínuo após intervenção configura **falha grave de processo**, com elevado risco de deterioração clínica silenciosa.

48.2 População Obrigatoriamente Elegível para Monitoramento Contínuo

Devem permanecer sob monitoramento glicêmico seriado:

- Pacientes tratados por hipoglicemia.
- Pacientes com hiperglicemia ≥ 250 mg/dL.
- Diabéticos em uso de insulina ou sulfonilureias.

- Pacientes em observação clínica.
- Idosos e pacientes frágeis.
- Pacientes com infecção, sepse ou estresse metabólico.
- Pacientes com alteração recente do esquema terapêutico.

48.3 Periodicidade do Monitoramento

A periodicidade deve ser definida de forma objetiva e registrada em prontuário:

- Hipoglicemia **corrigida**: glicemia a cada 15–30 minutos até estabilização, depois a cada 1–2 horas.
- Hiperglicemia **moderada**: glicemia a cada 1–2 horas.
- **CAD/EHH em estabilização**: conforme orientação médica, preferencialmente contínua até transferência.
- **Observação clínica prolongada**: glicemia no mínimo a cada 4 horas.
- Nenhum paciente pode permanecer em observação sem **plano explícito de monitoramento glicêmico**.

49. REAVALIAÇÃO CLÍNICA SISTEMÁTICA

49.1 Princípios

- Toda intervenção em distúrbio glicêmico exige **reavaliação clínica formal**, documentada e periódica.
- A melhora isolada da glicemia **não substitui** a reavaliação do estado geral do paciente.

49.2 Elementos Obrigatórios da Reavaliação

Cada reavaliação deve contemplar:

- Estado mental.
- Sinais vitais.
- Sintomas neurológicos.
- Sintomas gastrointestinais.
- Estado de hidratação.
- Resposta à intervenção.

- Tendência glicêmica (não apenas valor isolado).

49.3 Reclassificação de Risco

Sempre que houver:

- Recorrência de hipoglicemia.
- Elevação progressiva da glicemia.
- Surgimento de novos sintomas.
- Deterioração clínica.
- Deve ser realizada reclassificação **de risco**, com ajuste do plano assistencial.

50. CRITÉRIOS OBJETIVOS DE FALHA TERAPÊUTICA

Considera-se **falha terapêutica** qualquer uma das situações abaixo:

50.1 Hipoglicemia

- Persistência de glicemia < 70 mg/dL após duas intervenções adequadas.
- Recorrência da hipoglicemia em curto intervalo.
- Hipoglicemia associada a deterioração neurológica.
- Incapacidade de manter glicemia estável.

50.2 Hiperglicemia

- Glicemia persistentemente ≥ 300 mg/dL apesar de medidas iniciais.
- Progressão de sintomas sistêmicos.
- Surgimento de sinais de CAD ou EHH.
- Instabilidade hemodinâmica.

50.3 Conduta Diante da Falha

Diante de falha terapêutica, é **obrigatória**:

- Reavaliação médica imediata.
- Escalonamento do nível de cuidado.

- Consideração de transferência hospitalar.
- Registro explícito da decisão clínica.

51. EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS A DISTÚRBIOS GLICÊMICOS

51.1 Principais Eventos Adversos

- Convulsões.
- Rebaixamento do nível de consciência.
- Quedas.
- Arritmias cardíacas.
- Aspiração pulmonar.
- Parada cardiorrespiratória.
- Esses eventos são sentinela e exigem análise formal.

51.2 Conduta Diante de Evento Adverso

Na ocorrência de evento adverso:

- Priorizar estabilização clínica imediata.
- Comunicar coordenação médica/enfermagem.
- Registrar o evento de forma objetiva.
- Abrir notificação interna conforme protocolo institucional.
- Preservar prontuário completo e cronológico.

52. GESTÃO DE RISCO E APRENDIZADO ORGANIZACIONAL

52.1 Notificação e Análise

- Eventos relacionados a distúrbios glicêmicos devem ser:
- Notificados no sistema interno de segurança do paciente.
- Analisados pela comissão de qualidade ou segurança.
- Utilizados como base para melhoria de processos.

52.2 Educação Permanente

A Solution Gestão Pública deverá assegurar:

- Treinamento periódico das equipes.
- Atualização de protocolos.
- Simulações de cenários críticos.
- Revisão de casos reais.

53. INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA ASSISTENCIAL

Para fins de monitoramento contratual e melhoria contínua, devem ser acompanhados, no mínimo:

- Percentual de pacientes com glicemia aferida na triagem.
- Tempo médio para correção de hipoglicemia.
- Taxa de recorrência de hipoglicemia.
- Taxa de hiperglicemia não reconhecida.
- Número de eventos adversos relacionados a distúrbios glicêmicos.
- Taxa de transferência adequada de CAD/EHH.
- Esses indicadores devem integrar relatórios periódicos de gestão e qualidade.

54. RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL E CONFORMIDADE CONTRATUAL

A adoção rigorosa deste protocolo:

- Reduz risco assistencial.
- Padroniza decisões clínicas.
- Protege profissionais e instituição.
- Atende exigências de auditoria, controle externo e judicialização.
- Demonstra governança clínica efetiva.
- O descumprimento sistemático configura não conformidade grave, passível de medidas administrativas e contratuais.

55. CRITÉRIOS FORMAIS DE ALTA NA UPA

55.1 Princípios Gerais

A alta de pacientes atendidos por distúrbios glicêmicos **não deve ser baseada exclusivamente em valor isolado de glicemia**, mas sim em avaliação clínica global, estabilidade metabólica documentada e condições mínimas de segurança para continuidade do cuidado fora da unidade.

A concessão de alta sem atendimento aos critérios definidos neste protocolo configura **falha assistencial com risco jurídico elevado**.

55.2 Critérios Obrigatórios para Alta Após Hipoglicemia

A alta somente poderá ser considerada quando **todos** os critérios abaixo estiverem atendidos:

- Glicemia capilar ≥ 90 mg/dL e ≤ 180 mg/dL, estável em pelo menos duas aferições consecutivas.
- Ausência de sintomas autonômicos ou neurológicos.
- Paciente consciente, orientado e deambulando com segurança.
- Capacidade de alimentação oral preservada.
- Identificação e correção da causa provável da hipoglicemia.
- Orientações verbais e, sempre que possível, escritas ao paciente e/ou acompanhante.
- Presença de acompanhante responsável, quando indicado.
- Registro completo de todo o episódio no prontuário.

55.3 Critérios Obrigatórios para Alta Após Hiperglicemia

A alta somente poderá ser considerada quando:

- Glicemia em tendência de queda ou estabilizada, preferencialmente < 250 mg/dL, sem sinais sistêmicos.
- Ausência de náuseas, vômitos, dor abdominal ou alteração do nível de consciência.
- Estado de hidratação adequado.
- Ausência de critérios clínicos para CAD ou EHH.
- Plano terapêutico definido (ajuste de medicação, retorno ambulatorial).
- Orientações claras quanto a sinais de alarme.

- Registro detalhado da decisão clínica.

55.4 Situações em que a Alta é Contraindicada

- Hipoglicemia recorrente durante atendimento.
- Uso de sulfonilureias sem observação adequada.
- Hiperglicemia persistente ≥ 300 mg/dL.
- Dificuldade de compreensão das orientações.
- Ausência de suporte domiciliar mínimo.
- Gestantes, idosos frágeis ou pacientes com comorbidades descompensadas.

56. ORIENTAÇÕES OBRIGATÓRIAS AO PACIENTE E ACOMPANHANTE

56.1 Conteúdo Mínimo das Orientações

- As orientações devem contemplar, de forma clara e objetiva:
- Reconhecimento de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia.
- Importância da alimentação regular.
- Uso correto de medicamentos prescritos.
- Necessidade de acompanhamento na rede básica ou especializada.
- Quando retornar imediatamente à UPA.

56.2 Registro das Orientações

As orientações fornecidas devem ser:

- Registradas em prontuário.
- Preferencialmente reforçadas ao acompanhante.
- Consideradas parte integrante do ato assistencial.
- A ausência de registro de orientação fragiliza a segurança jurídica da alta.

57. CONTINUIDADE DO CUIDADO E ARTICULAÇÃO COM A REDE

57.1 Encaminhamento Assistencial

Sempre que possível, o paciente deve sair da UPA com:

- Encaminhamento formal para UBS ou serviço especializado.
- Informação sobre retorno programado.
- Registro da necessidade de reavaliação glicêmica.

57.2 Integração com a Rede de Atenção à Saúde

A Solution Gestão Pública deverá articular-se com a rede municipal para:

- Garantir seguimento adequado.
- Reduzir reinternações evitáveis.
- Promover continuidade terapêutica.

58. RESPONSABILIDADES FINAIS DAS EQUIPES

58.1 Responsabilidade da Enfermagem

- Cumprir integralmente as rotinas de monitoramento.
- Registrar valores, horários e intercorrências.
- Comunicar alterações críticas.
- Garantir execução segura das prescrições.

58.2 Responsabilidade Médica

- Avaliação clínica completa e fundamentada.
- Tomada de decisão baseada em critérios objetivos.
- Registro claro do raciocínio clínico.
- Definição segura de alta, observação ou transferência.

58.3 Responsabilidade da Gestão

- Garantir capacitação das equipes.
- Disponibilizar insumos e equipamentos.
- Monitorar indicadores.
- Tratar não conformidades.

- Atualizar o protocolo conforme evidências e diretrizes.

59. CONFORMIDADE, AUDITORIA E CONTROLE EXTERNO

Este protocolo foi estruturado para:

- Atender exigências de auditorias internas e externas.
- Sustentar tecnicamente decisões assistenciais.
- Reduzir glosas contratuais.
- Minimizar judicialização.
- Demonstrar governança clínica efetiva.
- Sua aplicação sistemática constitui evidência objetiva de boa prática assistencial.

POP 5.1.2.9.1

AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR NA TRIAGEM E DURANTE O ATENDIMENTO

1. OBJETIVO

Padronizar a indicação, a técnica, o registro, a comunicação e o monitoramento da glicemia capilar em pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento, garantindo identificação precoce de distúrbios glicêmicos, segurança do paciente, rastreabilidade assistencial e conformidade com protocolos institucionais.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos) envolvidos na triagem, atendimento, observação e monitoramento de pacientes adultos, pediátricos e gestantes atendidos na UPA 24h.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Técnico de Enfermagem

- Realizar glicemia capilar conforme critérios estabelecidos.
- Registrar corretamente o valor e horário.
- Comunicar imediatamente valores críticos.
- Executar o procedimento conforme técnica segura.

3.2 Enfermeiro

- Supervisionar a execução do procedimento.
- Garantir cumprimento dos critérios de indicação.
- Reavaliar pacientes com alterações glicêmicas.
- Assegurar comunicação com equipe médica.

3.3 Coordenação de Enfermagem

- Garantir capacitação da equipe.
- Monitorar adesão ao POP.
- Atuar diante de não conformidades.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Glicemia capilar: Medida da concentração de glicose no sangue obtida por punção digital.

Valor crítico: Glicemia < 54 mg/dL ou ≥ 300 mg/dL.

Triagem: Etapa inicial de acolhimento e classificação de risco.

5. INDICAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA AFERIÇÃO

A glicemia capilar **DEVE** ser realizada obrigatoriamente nos seguintes casos:

- Alteração do nível de consciência.
- Convulsão atual ou recente.
- Sudorese fria, tremores, taquicardia inexplicada.
- Fraqueza súbita ou déficit neurológico.
- Náuseas, vômitos ou dor abdominal sem causa definida.
- Dispneia ou respiração profunda.
- Paciente diabético conhecido.
- Uso de insulina ou hipoglicemiantes.
- Gestantes, idosos, pacientes institucionalizados.
- Etilismo agudo ou crônico.
- Sepses suspeita ou confirmada.
- Trauma ou jejum prolongado.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Glicosímetro calibrado e validado.
- Tiras reagentes compatíveis.
- Lanceta descartável estéril.
- Luvas de procedimento.
- Algodão ou gaze.
- Álcool 70%.
- Recipiente para descarte de perfurocortantes.

7. TÉCNICA DE AFERIÇÃO – PASSO A PASSO

- Higienizar as mãos.
- Calçar luvas de procedimento.
- Confirmar identificação do paciente.
- Higienizar o local da punção com álcool 70%.
- Realizar punção lateral do dedo.
- Desprezar a primeira gota, se indicado.
- Coletar a amostra conforme orientação do fabricante.
- Aguardar leitura do glicosímetro.
- Comprimir local da punção.
- Descartar material corretamente.
- Retirar luvas e higienizar as mãos.

8. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Deve ser registrado obrigatoriamente:

- Valor da glicemia capilar.
- Horário da aferição.
- Profissional executor.
- Situação clínica associada.
- Comunicação ao médico, quando aplicável.

9. COMUNICAÇÃO DE VALORES CRÍTICOS

Valores críticos **DEVEM** ser comunicados **imediatamente e verbalmente** ao enfermeiro e ao médico responsável, sem aguardar registro posterior.

10. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

- Pacientes com glicemia alterada devem permanecer sob monitoramento seriado conforme prescrição.
- A ausência de plano de monitoramento configura não conformidade.

11. NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS

- Falha na aferição quando indicada.
- Registro incompleto ou ausente.
- Atraso na comunicação de valores críticos.
- Essas situações devem ser notificadas conforme fluxo institucional.

12. REFERÊNCIAS INTERNAS

Protocolo Assistencial de Distúrbios Glicêmicos – 5.1.2.9

POP de Classificação de Risco

POP de Monitoramento Glicêmico

POP 5.1.2.9.2

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS GLICÊMICOS

1. OBJETIVO

Padronizar a classificação de risco de pacientes com distúrbios glicêmicos na Unidade de Pronto Atendimento, integrando os valores de glicemia capilar à avaliação clínica inicial, de forma a garantir prioridade assistencial adequada, resposta rápida aos quadros graves, redução de eventos adversos e conformidade com protocolos assistenciais institucionais.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais envolvidos na triagem, classificação de risco e atendimento inicial de pacientes na UPA 24h, especialmente enfermeiros classificadores, técnicos de enfermagem sob supervisão e médicos assistentes.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Enfermeiro Classificador

- Avaliar o paciente de forma global, considerando queixa, sinais vitais, exame clínico e glicemia capilar.
- Atribuir a classificação de risco de acordo com os critérios deste POP.
- Reclassificar o paciente sempre que houver alteração clínica ou glicêmica.
- Registrar de forma clara a classificação e os critérios utilizados.

3.2 Técnico de Enfermagem

- Realizar a glicemia capilar quando indicada.
- Comunicar imediatamente valores críticos ao enfermeiro classificador.
- Auxiliar na reavaliação do paciente, quando solicitado.

3.3 Médico Assistente

- Considerar a classificação de risco atribuída no planejamento do atendimento.
- Solicitar reclassificação quando houver mudança clínica.
- Registrar discordâncias ou ajustes, quando aplicável, de forma fundamentada.

3.4 Coordenação Assistencial

- Garantir capacitação da equipe.
- Monitorar aderência ao POP.
- Tratar não conformidades relacionadas à classificação de risco.

4. FUNDAMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Distúrbios glicêmicos podem evoluir rapidamente para situações de risco iminente à vida, como convulsões, rebaixamento do nível de consciência, arritmias, choque metabólico e óbito. A correta classificação de risco é etapa crítica para evitar atrasos no atendimento, subdimensionamento da gravidade e falhas assistenciais com elevado potencial de judicialização.

5. PRINCÍPIOS GERAIS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- A glicemia capilar é critério modificador de risco, nunca isolado.
- Valores glicêmicos devem sempre ser interpretados em conjunto com o quadro clínico.
- A classificação de risco não é definitiva e deve ser revista sempre que necessário.

- A melhora subjetiva do paciente não exclui necessidade de reclassificação.

6. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM DISTÚRBIOS GLICÊMICOS

6.1 CLASSIFICAÇÃO VERMELHA – EMERGÊNCIA

Indicações:

- Glicemia < 40 mg/dL.
- Hipoglicemia associada a:
- Rebaixamento do nível de consciência.
- Convulsão.
- Déficit neurológico agudo.
- Glicemia $\geq$ 300 mg/dL associada a:
- Alteração neurológica.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Respiração profunda ou acidótica.
- Suspeita clínica de:
- Cetoacidose diabética.
- Estado hiperosmolar hiperglicêmico.

Conduta:

- Atendimento imediato.
- Encaminhamento direto à sala de emergência.
- Comunicação imediata ao médico.

6.2 CLASSIFICAÇÃO LARANJA – MUITO URGENTE

Indicações:

- Glicemia entre 40 e 53 mg/dL, mesmo com paciente consciente.
- Glicemia $\geq$ 300 mg/dL sem instabilidade grave, porém com sintomas sistêmicos.
- Hiperglicemia associada a:
- Náuseas e vômitos persistentes.
- Dor abdominal.

- Desidratação moderada.
- Diabético descompensado sem critérios imediatos de emergência.

Conduta:

- Atendimento prioritário.
- Monitoramento contínuo.
- Comunicação ao médico assistente.

6.3 CLASSIFICAÇÃO AMARELA – URGENTE

Indicações:

- Glicemia entre 54 e 69 mg/dL com sintomas leves.
- Glicemia entre 250 e 299 mg/dL com estabilidade clínica.
- Diabético com queixa clínica associada, sem sinais sistêmicos graves.

Conduta:

- Atendimento em tempo oportuno.
- Monitoramento glicêmico.
- Reavaliação periódica.

6.4 CLASSIFICAÇÃO VERDE – POUCO URGENTE

Indicações:

- Glicemia levemente alterada, sem sintomas.
- Paciente estável, com queixa não relacionada à glicemia.
- Diabético compensado, sem sinais de descompensação.

Conduta:

- Atendimento conforme fluxo.
- Orientações iniciais.
- Manter vigilância clínica.

6.5 CLASSIFICAÇÃO AZUL – NÃO URGENTE

Indicações:

- Glicemia normal.
- Ausência de sintomas.
- Demanda administrativa ou ambulatorial.

Conduta:

- Orientação conforme rotina da unidade.

7. RECLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A reclassificação é **obrigatória** quando ocorrer:

- Alteração do nível de consciência.
- Nova aferição glicêmica com valor crítico.
- Falha terapêutica inicial.
- Surgimento de novos sintomas.
- Aguardar prolongado com mudança clínica.
- Toda reclassificação deve ser registrada com horário e justificativa.

8. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

O registro da classificação de risco deve conter:

- Cor atribuída.
- Valor da glicemia capilar.
- Principais critérios clínicos.
- Horário da classificação.
- Profissional responsável.
- Registros incompletos configuram não conformidade.

9. COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPES

Casos classificados como vermelho ou laranja devem ser comunicados verbalmente ao médico.

A comunicação deve ser objetiva, clara e registrada quando pertinente.

10. NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS RELACIONADOS

Constituem não conformidade:

- Não aferir glicemia quando indicada.
- Classificação incompatível com critérios clínicos.
- Falta de reclassificação quando necessária.
- Ausência de registro.
- Esses eventos devem ser tratados conforme fluxo institucional de qualidade.

11. INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS

- Percentual de pacientes com glicemia aferida na triagem.
- Percentual de reclassificações realizadas adequadamente.
- Tempo médio para atendimento de pacientes classificados como vermelho/laranja por distúrbio glicêmico.
- Eventos adversos relacionados à classificação inadequada.

12. REFERÊNCIAS INTERNAS

Protocolo Assistencial de Distúrbios Glicêmicos – 5.1.2.9

POP 5.1.2.9.1 – Aferição de Glicemia Capilar

POP de Monitoramento Glicêmico

POP de Atendimento em Sala de Emergência

POP 5.1.2.9.3

MANEJO DA HIPOGLICEMIA EM PACIENTE CONSCIENTE

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a intervenção imediata, o monitoramento e a prevenção de recorrência da hipoglicemia em pacientes conscientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento, garantindo resposta rápida, segurança do paciente, redução de eventos adversos e rastreabilidade assistencial.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem envolvidos no atendimento de pacientes conscientes com hipoglicemia identificada na triagem, durante o atendimento médico ou no período de observação clínica na UPA 24h.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Técnico de Enfermagem

- Reconhecer sinais clínicos sugestivos de hipoglicemia.
- Realizar glicemia capilar conforme indicação.
- Administrar carboidrato oral conforme prescrição/protocolo.
- Monitorar glicemia pós-intervenção.
- Registrar todas as ações realizadas.

3.2 Enfermeiro

- Avaliar clinicamente o paciente consciente.
- Supervisionar a administração do tratamento oral.
- Definir necessidade de observação prolongada.
- Comunicar alterações ao médico assistente.

3.3 Médico Assistente

- Confirmar diagnóstico de hipoglicemia.
- Definir plano terapêutico e critérios de observação, alta ou transferência.
- Investigar causa da hipoglicemia.
- Registrar decisão clínica de forma fundamentada.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

- Hipoglicemia: glicemia capilar < 70 mg/dL.
- Hipoglicemia leve: 54–69 mg/dL.
- Hipoglicemia moderada: 40–53 mg/dL.
- Paciente consciente: acordado, orientado e com capacidade de deglutição preservada.

5. CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DESTE POP

Este POP aplica-se quando o paciente apresenta **TODAS** as condições abaixo:

- Glicemia capilar < 70 mg/dL.
- Estado de consciência preservado.
- Capacidade de deglutição segura.
- Ausência de risco imediato de aspiração.
- Na ausência de qualquer um desses critérios, deve-se aplicar o POP de Manejo da Hipoglicemia em Paciente Inconsciente.

6. RECONHECIMENTO CLÍNICO DA HIPOGLICEMIA

6.1 Sinais e Sintomas Mais Frequentes

- Sudorese fria.
- Tremores.
- Palidez cutânea.
- Taquicardia.

- Ansiedade ou irritabilidade.
- Fraqueza.
- Fome intensa.
- Cefaleia.
- Confusão leve.

A ausência de sintomas não exclui hipoglicemia, especialmente em idosos e diabéticos de longa data.

7. CONDUTA IMEDIATA PADRONIZADA

7.1 Administração de Carboidrato Oral

Administrar **15 a 20 g de carboidrato de absorção rápida**, preferencialmente:

- 150–200 mL de suco adoçado.
- 3 a 4 sachês de açúcar dissolvidos em água.
- 1 tubo de gel de glicose oral.
- 1 colher de sopa cheia de açúcar.

Não utilizar alimentos ricos em gordura ou proteína como primeira escolha.

7.2 Monitoramento Pós-Administração

- Reavaliar glicemia capilar após 15 minutos.
- Se glicemia permanecer < 70 mg/dL, repetir a administração.
- Registrar valor inicial, horário, intervenção e valor pós-correção.

8. CONDUTA APÓS CORREÇÃO INICIAL

- Após normalização da glicemia (≥ 70 mg/dL):
- Manter paciente em observação clínica.
- Ofertar alimento com carboidrato de absorção lenta, se indicado.
- Avaliar causa da hipoglicemia.
- Ajustar plano terapêutico conforme orientação médica.

9. PREVENÇÃO DE RECORRÊNCIA

9.1 Investigação de Causa Provável

- Jejum prolongado.
- Dose excessiva de insulina.

- Uso de sulfonilureias.
- Consumo de álcool.
- Infecção intercorrente.
- Insuficiência renal ou hepática.

9.2 Critérios para Observação Prolongada

- Hipoglicemia moderada ou recorrente.
- Uso de sulfonilureias.
- Idosos ou pacientes frágeis.
- Ausência de suporte domiciliar.
- Dúvida quanto à adesão terapêutica.

10. CRITÉRIOS DE FALHA TERAPÊUTICA

Considera-se falha quando:

- Glicemia < 70 mg/dL após duas administrações adequadas.
- Recorrência em curto intervalo.
- Piora clínica ou neurológica.

Nesses casos, deve-se:

- Comunicar imediatamente o médico.
- Reavaliar o paciente.
- Escalonar cuidado ou aplicar POP correspondente.

11. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

É obrigatório registrar:

- Valor inicial da glicemia.
- Sintomas apresentados.
- Tipo e quantidade de carboidrato administrado.
- Horários das intervenções.
- Valores de reavaliação.
- Conduta final definida.

12. NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS

- Atraso na intervenção.

- Administração inadequada de carboidrato.
- Falta de monitoramento.
- Registro incompleto.
- Essas situações devem ser notificadas conforme rotina institucional.

13. REFERÊNCIAS INTERNAS

Protocolo Assistencial de Distúrbios Glicêmicos – 5.1.2.9

POP 5.1.2.9.1 – Aferição de Glicemia Capilar

POP 5.1.2.9.2 – Classificação de Risco

POP de Monitoramento Glicêmico

POP 5.1.2.9.4 - MANEJO DA HIPOGLICEMIA EM PACIENTE INCONSCIENTE OU COM ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a intervenção imediata, a estabilização clínica, o monitoramento e o encaminhamento de pacientes com hipoglicemia associada à alteração do nível de consciência, reduzindo risco de óbito, aspiração pulmonar, dano neurológico permanente e falhas assistenciais graves.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem envolvidos no atendimento de pacientes com hipoglicemia e alteração do nível de consciência atendidos na UPA 24h, incluindo sala de emergência, observação clínica e atendimento pré-transferência.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Técnico de Enfermagem

- Reconhecer sinais de hipoglicemia grave.
- Realizar glicemia capilar imediata.
- Auxiliar na obtenção de acesso venoso.
- Preparar e administrar medicações conforme prescrição/protocolo.
- Monitorar sinais vitais continuamente.
- Registrar todas as ações realizadas.

3.2 Enfermeiro

- Coordenar a intervenção inicial.
- Avaliar risco de aspiração e necessidade de proteção de vias aéreas.
- Supervisionar administração de glicose ou glucagon.
- Garantir monitoramento contínuo.
- Comunicar imediatamente o médico assistente.

3.3 Médico Assistente

- Confirmar diagnóstico de hipoglicemia grave.
- Prescrever tratamento imediato.
- Avaliar necessidade de intubação, observação prolongada ou transferência.
- Investigar causa da hipoglicemia.
- Registrar raciocínio clínico e decisões tomadas.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Hipoglicemia grave: glicemia capilar < 54 mg/dL associada a alteração do nível de consciência, convulsão ou incapacidade de deglutição.

Paciente inconsciente: paciente não responsivo ou com resposta inadequada a estímulos, sem proteção eficaz de vias aéreas.

Via aérea desprotegida: incapacidade de manter reflexos de proteção.

5. CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DESTE POP

Este POP deve ser aplicado quando houver:

- Glicemia capilar < 70 mg/dL associada a:
- Rebaixamento do nível de consciência, ou
- Convulsão, ou
- Incapacidade de deglutição segura.
- Nestes casos, é proibida a administração de carboidrato por via oral.

6. RECONHECIMENTO CLÍNICO DA HIPOGLICEMIA GRAVE

6.1 Sinais e Sintomas

- Rebaixamento do nível de consciência.
- Convulsões.
- Comportamento incoerente ou agitação extrema.

- Sudorese intensa.
- Palidez acentuada.
- Taquicardia.
- Hipotensão em casos avançados.

7. CONDUTA IMEDIATA PADRONIZADA

7.1 Avaliação Inicial (X-ABCDE)

A – Via aérea: avaliar necessidade de proteção imediata.

B – Respiração: avaliar frequência e padrão respiratório.

C – Circulação: avaliar sinais vitais e perfusão.

D – Déficit neurológico: avaliar nível de consciência.

E – Exposição: avaliar sinais associados.

7.2 Tratamento de Primeira Linha – Via Endovenosa

Quando houver acesso venoso:

- Administrar Glicose hipertônica 50% – 20 a 40 mL IV em bolus lento.
- Monitorar resposta clínica e glicêmica.
- Evitar infusão rápida excessiva.

7.3 Alternativa – Ausência de Acesso Venoso

Na impossibilidade de acesso venoso imediato:

- Administrar Glucagon 1 mg IM ou SC.

Atenção: eficácia reduzida em:

- Etilistas crônicos.
- Desnutridos.
- Pacientes com hepatopatia.

8. MONITORAMENTO APÓS INTERVENÇÃO

- Reavaliar glicemia capilar após 10–15 minutos.
- Repetir glicose EV se necessário.
- Após recuperação da consciência, iniciar carboidrato oral se seguro.
- Manter monitorização contínua de sinais vitais.

9. PREVENÇÃO DE RECORRÊNCIA

Após estabilização inicial:

- Identificar causa da hipoglicemia.
- Avaliar uso de insulina, sulfonilureias ou álcool.
- Considerar infusão de glicose a 5% ou 10%, conforme prescrição.
- Definir necessidade de observação prolongada.

10. CRITÉRIOS DE FALHA TERAPÊUTICA

Considera-se falha quando:

- Não há recuperação da consciência após duas intervenções adequadas.
- Glicemia permanece < 70 mg/dL.
- Recorrência precoce da hipoglicemia.
- Deterioração clínica ou neurológica.

Nestes casos, é **obrigatório**:

- Reavaliação médica imediata.
- Escalonamento do cuidado.
- Consideração de transferência hospitalar.

11. CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA

A transferência deve ser considerada quando houver:

- Hipoglicemia grave recorrente.
- Uso de sulfonilureias.
- Alteração neurológica persistente.
- Necessidade de monitorização intensiva.
- Comorbidades graves associadas.

12. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

É obrigatório registrar:

- Valor inicial da glicemia.
- Estado neurológico inicial.
- Horário e tipo de intervenção.
- Resposta clínica e glicêmica.
- Valores de reavaliação.

- Conduta final (observação, alta ou transferência).

13. NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS

- Administração oral indevida.
- Atraso na intervenção.
- Falta de monitoramento.
- Registro incompleto.
- Devem ser tratados conforme fluxo institucional de qualidade e segurança do paciente.

14. REFERÊNCIAS INTERNAS

Protocolo Assistencial de Distúrbios Glicêmicos – 5.1.2.9

POP 5.1.2.9.1 – Aferição de Glicemia Capilar

POP 5.1.2.9.2 – Classificação de Risco

POP 5.1.2.9.3 – Manejo da Hipoglicemia em Paciente Consciente

POP de Monitoramento Glicêmico

POP 5.1.2.9.5 - MANEJO DA HIPERGLICEMIA AGUDA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a avaliação clínica, o manejo inicial, o monitoramento e a definição de destino assistencial dos pacientes com hiperglicemia aguda atendidos na Unidade de Pronto Atendimento, garantindo resposta segura, redução de falhas assistenciais, prevenção de progressão para emergências metabólicas e conformidade com protocolos institucionais.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem envolvidos no atendimento de pacientes com hiperglicemia identificada na triagem, durante o atendimento médico ou no período de observação clínica na UPA 24h.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Técnico de Enfermagem

Realizar glicemia capilar conforme indicação.

- Monitorar sinais vitais e glicemia seriada.
- Comunicar valores críticos e alterações clínicas.

- Executar prescrições de hidratação e monitoramento.
- Registrar todas as ações realizadas.

3.2 Enfermeiro

- Avaliar o paciente com hiperglicemia.
- Supervisionar monitoramento glicêmico e sinais vitais.
- Garantir cumprimento do plano assistencial.
- Comunicar prontamente alterações ao médico assistente.

3.3 Médico Assistente

- Realizar avaliação clínica completa.
- Diferenciar hiperglicemia simples de quadros graves.
- Definir plano terapêutico, observação, alta ou transferência.
- Registrar raciocínio clínico e decisão assistencial.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

- Hiperglicemia: glicemia capilar ≥ 180 mg/dL.
- Hiperglicemia moderada: 250–299 mg/dL.
- Hiperglicemia grave: ≥ 300 mg/dL.
- Hiperglicemia aguda: elevação glicêmica associada a quadro clínico atual.

5. CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DESTE POP

Este POP deve ser aplicado sempre que for identificada glicemia capilar ≥ 250 mg/dL, independentemente da queixa principal, bem como em pacientes diabéticos com sinais de descompensação metabólica.

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA OBRIGATÓRIA

Todo paciente com hiperglicemia deve ser submetido à avaliação clínica estruturada, contemplando:

- Estado de consciência.
- Sinais vitais completos.
- Estado de hidratação.
- Presença de náuseas, vômitos ou dor abdominal.
- Padrão respiratório.
- História de diabetes e adesão ao tratamento.

- Uso de insulina, hipoglicemiantes ou corticoides.
- Presença de infecção, trauma ou estresse metabólico.

Hiperglicemia nunca deve ser avaliada apenas pelo valor numérico.

7. IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE GRAVIDADE

Constituem sinais de gravidade, exigindo escalonamento imediato:

- Alteração do nível de consciência.
- Respiração profunda ou acidótica.
- Náuseas e vômitos persistentes.
- Dor abdominal associada.
- Desidratação moderada a grave.
- Hipotensão ou taquicardia persistente.
- Glicemia ≥ 300 mg/dL associada a sintomas sistêmicos.

Na presença desses sinais, deve-se aplicar POP específico de **suspeita de CAD ou EHH**.

8. CONDUTA INICIAL PADRONIZADA

8.1 Condutas de Enfermagem

- Comunicar imediatamente o médico assistente.
- Instalar acesso venoso periférico.
- Iniciar monitorização de sinais vitais.
- Manter paciente em jejum até avaliação médica.
- Preparar material para exames, se indicados.

8.2 Condutas Médicas Iniciais

- Avaliação clínica completa.
- Solicitação de exames conforme disponibilidade e necessidade clínica.
- Prescrição de hidratação venosa quando indicada.
- Definição de monitoramento glicêmico seriado.
- Definição de destino assistencial.

9. HIDRATAÇÃO VENOSA

9.1 Princípios

A desidratação é frequente na hiperglicemia e contribui para piora metabólica.

9.2 Esquema Geral (Adultos)

- Na ausência de contraindicações:
- Soro fisiológico 0,9%
- Volume inicial: 500 a 1.000 mL, ajustado conforme estado clínico.
- Pacientes idosos, cardiopatas ou renais devem ser monitorados rigorosamente.

10. INSULINOTERAPIA – LIMITES NA UPA

- A insulina não deve ser iniciada de forma automática.
- Avaliar risco de hipoglicemia e distúrbios eletrolíticos.
- Não iniciar insulina antes de hidratação adequada em quadros graves.
- Preferir estabilização e transferência nos casos complexos.

11. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

- Glicemia capilar seriada conforme prescrição.
- Reavaliação clínica periódica.
- Atenção à tendência glicêmica, não apenas ao valor isolado.

12. CRITÉRIOS DE FALHA TERAPÊUTICA

Considera-se falha quando houver:

- Glicemia persistentemente ≥ 300 mg/dL.
- Piora clínica.
- Surgimento de sinais de CAD ou EHH.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Nestes casos, é obrigatória reavaliação médica e escalonamento do cuidado.

13. CRITÉRIOS DE OBSERVAÇÃO, TRANSFERÊNCIA OU ALTA

13.1 Observação na UPA

- Hiperglicemia moderada.
- Boa resposta inicial às medidas.
- Estabilidade clínica.

13.2 Transferência Hospitalar

- Suspeita de CAD ou EHH.
- Instabilidade clínica.
- Necessidade de monitorização intensiva.

13.3 Alta

- Estabilidade clínica.
- Glicemia em tendência de melhora.
- Plano terapêutico definido.
- Orientações registradas.

14. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Deve conter obrigatoriamente:

- Valor inicial da glicemia.
- Avaliação clínica.
- Condutas realizadas.
- Evolução.
- Decisão assistencial final.

15. NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS

- Banalização da hiperglicemia.
- Atraso no reconhecimento de gravidade.
- Falha de monitoramento.
- Registro incompleto.
- Devem ser tratados conforme fluxo institucional de qualidade.

16. REFERÊNCIAS INTERNAS

Protocolo Assistencial de Distúrbios Glicêmicos – 5.1.2.9

POP 5.1.2.9.1 – Aferição de Glicemia Capilar

POP 5.1.2.9.2 – Classificação de Risco

POP 5.1.2.9.4 – Manejo da Hipoglicemia Grave

POP de Monitoramento Glicêmico

POP 5.1.2.9.6 - SUSPEITA E ESTABILIZAÇÃO INICIAL DA CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD) NA UPA

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento precoce, a estabilização inicial, o manejo seguro e a definição de transferência de pacientes com **suspeita ou confirmação clínica de Cetoacidose Diabética (CAD)** na Unidade de Pronto Atendimento, reduzindo mortalidade, eventos adversos graves, falhas assistenciais e riscos jurídicos à instituição.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem envolvidos no atendimento de pacientes adultos, adolescentes e pediátricos com hiperglicemia associada a sinais clínicos compatíveis com CAD, atendidos na sala de emergência, observação clínica ou durante preparo para transferência hospitalar.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Técnico de Enfermagem

- Reconhecer sinais clínicos sugestivos de CAD.
- Realizar glicemia capilar imediata.
- Auxiliar na obtenção de acessos venosos.
- Monitorar sinais vitais continuamente.
- Executar prescrições conforme orientação médica.
- Registrar cronologicamente todas as ações.

3.2 Enfermeiro

- Coordenar a abordagem inicial.
- Garantir monitorização contínua.
- Avaliar risco de deterioração clínica.
- Comunicar imediatamente o médico assistente.
- Preparar paciente para transferência.

3.3 Médico Assistente

- Suspeitar clinicamente de CAD.
- Iniciar estabilização imediata.
- Definir limites do manejo na UPA.

- Solicitar transferência hospitalar oportuna.
- Registrar raciocínio clínico e decisões.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Cetoacidose Diabética (CAD): emergência metabólica caracterizada por hiperglicemia, acidose metabólica e cetose.

Suspeita clínica de CAD: presença de hiperglicemia associada a sinais clínicos compatíveis, independentemente de confirmação laboratorial imediata.

Estabilização inicial: conjunto de medidas de suporte realizadas antes da transferência definitiva.

5. CRITÉRIOS PARA SUSPEIÇÃO DE CAD

A CAD deve ser **suspeitada clinicamente** quando houver **dois ou mais** dos critérios abaixo:

- Glicemia capilar ≥ 250 mg/dL.
- Náuseas e vômitos persistentes.
- Dor abdominal sem causa definida.
- Respiração profunda, rápida ou acidótica.
- Hálito cetônico.
- Alteração do nível de consciência.
- Desidratação moderada a grave.
- História de diabetes tipo 1 ou insulínica.
- Suspensão recente de insulina.

A ausência de exames laboratoriais não exclui CAD.

6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Todo paciente com suspeita de CAD deve ser classificado como:

LARANJA (muito urgente) ou

VERMELHO (emergência), quando houver:

- Rebaixamento do nível de consciência.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Convulsão.
- Insuficiência respiratória.

7. ABORDAGEM INICIAL PADRONIZADA (X-ABCDE)

7.1 Via Aérea (A)

- Avaliar necessidade de proteção de vias aéreas.
- Atenção a risco de aspiração em pacientes com vômitos.

7.2 Respiração (B)

- Avaliar padrão respiratório.
- Monitorar saturação de oxigênio.

7.3 Circulação (C)

- Avaliar sinais vitais, perfusão e sinais de choque.
- Instalar dois acessos venosos periféricos calibrosos, se possível.

7.4 Déficit Neurológico (D)

- Avaliar nível de consciência e evolução.

7.5 Exposição (E)

- Avaliar sinais de infecção, trauma ou outras causas precipitantes.

8. CONDUTAS IMEDIATAS DE ENFERMAGEM

- Comunicação imediata ao médico assistente.
- Monitorização contínua de sinais vitais.
- Glicemia capilar seriada conforme prescrição.
- Manter paciente em jejum absoluto.
- Preparar material para exames, se indicados.
- Preparar paciente para possível transferência imediata.

9. HIDRATAÇÃO VENOSA – PILAR DA ESTABILIZAÇÃO

9.1 Princípios

- A desidratação é grave na CAD e deve ser tratada precocemente.

9.2 Esquema Inicial (Adultos)

- Na ausência de contraindicações:
- **Soro** fisiológico 0,9%
- Volume inicial: 15 a 20 mL/kg na primeira hora, ajustado conforme estado clínico.

- Pacientes idosos, cardiopatas ou renais exigem infusão cautelosa e monitoramento rigoroso.

10. INSULINOTERAPIA – LIMITES NA UPA

Não iniciar insulina antes da hidratação adequada.

- Avaliar risco de hipocalemia.
- Preferir iniciar insulina em ambiente hospitalar com monitorização contínua.
- Se iniciada na UPA, deve haver:
- Capacidade de monitoramento intensivo.
- Plano imediato de transferência.

Erro crítico: iniciar insulina sem avaliação clínica completa.

11. POTÁSSIO E RISCOS CARDÍACOS

- Na CAD, o potássio corporal total está reduzido.
- A insulina pode precipitar hipocalemia grave.
- Na ausência de dosagem imediata, priorizar transferência.

12. CRITÉRIOS ABSOLUTOS DE TRANSFERÊNCIA

A transferência hospitalar é **obrigatória** quando houver:

- Suspeita ou confirmação de CAD.
- Alteração persistente do nível de consciência.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Necessidade de insulina IV contínua.
- Gestantes, crianças ou adolescentes.
- Falha de resposta às medidas iniciais.

13. COMUNICAÇÃO COM SAMU E REDE HOSPITALAR

A solicitação de transporte deve conter:

- Identificação do paciente.
- Diagnóstico suspeito de CAD.
- Glicemia inicial e evolução.
- Condutas realizadas.
- Estado clínico atual.

Riscos durante transporte.

14. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

É obrigatório registrar:

- Critérios clínicos de suspeita.
- Classificação de risco atribuída.
- Condutas realizadas e horários.
- Evolução clínica.
- Justificativa da transferência.

15. NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS

- Atraso no reconhecimento da CAD.
- Início inadequado de insulina.
- Falta de hidratação inicial.
- Permanência prolongada indevida na UPA.
- Registro incompleto.
- Devem ser notificados conforme fluxo institucional.

16. REFERÊNCIAS INTERNAS

Protocolo Assistencial de Distúrbios Glicêmicos – 5.1.2.9

POP 5.1.2.9.2 – Classificação de Risco

POP 5.1.2.9.5 – Manejo da Hiperglicemia Aguda

POP de Transferência de Pacientes Críticos

POP 5.1.2.9.7 - SUSPEITA E ESTABILIZAÇÃO INICIAL DO ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH) NA UPA

OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento precoce, a estabilização inicial, o manejo seguro e a definição de transferência imediata de pacientes com suspeita ou confirmação clínica de Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico, reduzindo mortalidade, eventos adversos graves, falhas assistenciais críticas e riscos de responsabilização institucional.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem envolvidos no atendimento de pacientes adultos e idosos com hiperglicemia grave e sinais clínicos compatíveis com EHH atendidos na sala de emergência, observação clínica ou durante preparo para transferência hospitalar na UPA 24h.

RESPONSABILIDADES

3.1 Técnico de Enfermagem

- Reconhecer sinais clínicos sugestivos de EHH.
- Realizar glicemia capilar imediata e seriada conforme prescrição.
- Auxiliar na obtenção de acessos venosos calibrosos.
- Monitorar sinais vitais continuamente.
- Executar prescrições médicas de hidratação e monitoramento.
- Registrar de forma cronológica todas as ações realizadas.

3.2 Enfermeiro

- Coordenar a abordagem inicial do paciente.
- Garantir monitorização contínua e vigilância clínica.
- Avaliar risco de deterioração neurológica e hemodinâmica.
- Comunicar imediatamente o médico assistente.
- Preparar o paciente para transferência imediata.

3.3 Médico Assistente

- Suspeitar clinicamente de EHH.
- Iniciar estabilização imediata com foco em suporte e hidratação.
- Definir limites claros do manejo na UPA.
- Solicitar transferência hospitalar de forma prioritária.
- Registrar raciocínio clínico, riscos identificados e decisões tomadas.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico é uma emergência metabólica caracterizada por hiperglicemia extrema, hiperosmolalidade plasmática significativa e desidratação grave, com ausência ou mínima cetose.

Suspeita clínica de EHH ocorre quando há hiperglicemia grave associada a sinais neurológicos e desidratação, independentemente de confirmação laboratorial imediata.

Estabilização inicial corresponde às medidas de suporte realizadas na UPA até a transferência para unidade hospitalar de maior complexidade.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA SUSPEIÇÃO DE EHH

O EHH deve ser suspeitado quando houver associação de dois ou mais dos seguintes critérios:

Glicemia capilar	geralmente	igual ou superior	a	600 mg/dL.
Desidratação	grave	evidenciada		cl clinicamente.

Alteração do nível de consciência, como confusão, sonolência ou coma.
Ausência de respiração acidótica típica da cetoacidose diabética.
História de diabetes mellitus tipo 2 ou diabetes não diagnosticado.
Idoso, paciente institucionalizado ou com acesso limitado à hidratação.

A ausência de exames laboratoriais não exclui o diagnóstico e não deve retardar a estabilização e a transferência.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Todo paciente com suspeita clínica de EHH deve ser classificado obrigatoriamente como classificação vermelha, emergência, com atendimento imediato e prioridade máxima.

ABORDAGEM INICIAL PADRONIZADA

A abordagem inicial deve seguir avaliação sistemática com foco em segurança clínica.

7.1 Via aérea

- Avaliar nível de consciência e risco de aspiração.
- Considerar proteção de vias aéreas em pacientes com rebaixamento importante.

7.2 Respiração

- Avaliar frequência respiratória e saturação de oxigênio.
- Administrar oxigênio suplementar se indicado.

7.3 Circulação

- Avaliar pressão arterial, frequência cardíaca e perfusão periférica.
- Instalar preferencialmente dois acessos venosos periféricos calibrosos.

7.4 Avaliação neurológica

- Documentar nível de consciência inicial e evolução.
- Monitorar sinais de piora neurológica.

7.5 Exposição

- Avaliar sinais de infecção, lesões associadas ou causas precipitantes.

CONDUTAS IMEDIATAS DE ENFERMAGEM

- Comunicar imediatamente o médico assistente.
- Iniciar monitorização contínua de sinais vitais.
- Manter paciente em jejum absoluto.
- Realizar glicemia capilar seriada conforme prescrição.
- Preparar paciente e documentação para transferência imediata.

HIDRATAÇÃO VENOSA INICIAL

9.1 Princípios

A desidratação no EHH é profunda e progressiva, sendo o principal determinante de mortalidade. A hidratação venosa precoce é a principal medida de estabilização inicial.

9.2 Esquema Inicial

Na ausência de contraindicações absolutas:

Soro fisiológico 0,9%.

Volume inicial de aproximadamente 1000 mL na primeira hora, com ajuste conforme estado clínico.

Em idosos, cardiopatas ou pacientes com insuficiência renal, a infusão deve ser mais lenta, com monitoramento rigoroso.

INSULINOTERAPIA NO EHH

A insulina não deve ser iniciada de forma precoce na UPA.

A prioridade é a reposição volêmica e estabilização hemodinâmica.

A redução rápida da glicemia aumenta o risco de edema cerebral e deterioração neurológica.

A insulina deve ser preferencialmente iniciada em ambiente hospitalar com monitorização intensiva.

DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS E RISCOS ASSOCIADOS

Pacientes com EHH apresentam frequentemente hipocalcemia, hipernatremia e insuficiência renal aguda.

Essas alterações aumentam significativamente o risco de arritmias e óbito súbito.

Na ausência de monitorização laboratorial contínua, a permanência do paciente na UPA deve ser mínima.

CRITÉRIOS ABSOLUTOS DE TRANSFERÊNCIA

A transferência hospitalar é obrigatória em todos os casos de suspeita ou confirmação de EHH, incluindo:

Hiperglicemia extrema persistente.

Alteração neurológica.

Desidratação grave.

Instabilidade hemodinâmica.

Necessidade de monitorização intensiva.

A tentativa de tratamento definitivo na UPA configura falha assistencial grave.

COMUNICAÇÃO COM SAMU E REDE HOSPITALAR

A solicitação de transporte deve conter de forma clara e objetiva:

Identificação do paciente.
Diagnóstico suspeito de EHH.
Valor da glicemia inicial e evolução.
Volume de hidratação administrado.
Estado neurológico e hemodinâmico atual.
Riscos identificados durante o transporte.

REGISTRO EM PRONTUÁRIO

É obrigatório registrar:

Critérios clínicos utilizados para suspeita de EHH.
Classificação de risco atribuída.
Conduas realizadas e respectivos horários.
Evolução clínica durante permanência na UPA.
Justificativa da transferência imediata.

NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS

Constituem não conformidade grave:

Atraso no reconhecimento do EHH.
Classificação de risco inadequada.
Início precoce e indevido de insulina.
Permanência prolongada indevida na UPA.
Registro incompleto ou inexistente.

Devem ser notificados conforme fluxo institucional de qualidade e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS INTERNAS

Protocolo Assistencial de Distúrbios Glicêmicos 5.1.2.9.
POP 5.1.2.9.2 Classificação de Risco.
POP 5.1.2.9.5 Manejo da Hiperglicemia Aguda.
POP 5.1.2.9.6 Suspeita e Estabilização da CAD.
POP de Transferência de Pacientes Críticos.

POP 5.1.2.9.8 - MONITORAMENTO GLICÊMICO EM PACIENTES EM OBSERVAÇÃO CLÍNICA NA UPA

OBJETIVO

Padronizar o monitoramento glicêmico de pacientes mantidos em observação clínica na Unidade de Pronto Atendimento, garantindo detecção precoce de instabilidade metabólica, prevenção de recorrência de hipoglicemia ou agravamento da hiperglicemia, segurança do paciente, continuidade assistencial e rastreabilidade das decisões clínicas.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem responsáveis pelo acompanhamento de pacientes adultos, pediátricos e idosos mantidos em observação clínica na UPA 24h por distúrbios glicêmicos ou condições associadas a risco metabólico.

RESPONSABILIDADES

- 3.1 Técnico de Enfermagem
Realizar aferições de glicemia capilar conforme periodicidade definida.
Monitorar sinais vitais associados ao estado metabólico.
Comunicar imediatamente alterações glicêmicas ou clínicas.
Registrar valores, horários e intercorrências no prontuário.
- 3.2 Enfermeiro
Definir, em conjunto com o médico, o plano de monitoramento glicêmico.
Supervisionar a execução do monitoramento.
Avaliar necessidade de reclassificação de risco.
Garantir comunicação efetiva com a equipe médica.
- 3.3 Médico Assistente
Definir periodicidade do monitoramento glicêmico.
Avaliar tendências glicêmicas e resposta às intervenções.
Redefinir plano assistencial diante de falha terapêutica.
Registrar decisões clínicas e desfechos assistenciais.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Monitoramento glicêmico corresponde à aferição seriada da glicemia capilar com finalidade de vigilância clínica.

Observação clínica refere-se à permanência do paciente na UPA para acompanhamento da evolução clínica após intervenção inicial, sem indicação imediata de alta ou transferência.

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO MONITORAMENTO GLICÊMICO

Devem permanecer obrigatoriamente sob monitoramento glicêmico os pacientes que apresentem uma ou mais das seguintes condições:

- Tratamento recente de hipoglicemia.
- Hiperglicemia igual ou superior a 250 mg/dL.
- Uso de insulina ou sulfonilureias.
- Diabetes mellitus com descompensação recente.
- Infecção, sepse ou estresse metabólico.

- Insuficiência renal, hepática ou cardíaca associada.
- Idosos, pacientes frágeis ou com dificuldade de comunicação.
- Gestantes com alteração glicêmica.

PERIODICIDADE DO MONITORAMENTO

A periodicidade do monitoramento glicêmico deve ser definida e registrada de forma clara, conforme o quadro clínico.

- Hipoglicemia corrigida
Aferir glicemia a cada 15 a 30 minutos até estabilização.
Após estabilização, aferir a cada 1 a 2 horas.
- Hiperglicemia moderada
Aferir glicemia a cada 1 a 2 horas, conforme prescrição.
- Hiperglicemia grave ou instável
Aferir glicemia conforme orientação médica, podendo ser horária ou mais frequente.
- Observação clínica prolongada
Aferir glicemia no mínimo a cada 4 horas, mesmo em pacientes estáveis.
- Nenhum paciente pode permanecer em observação sem periodicidade de monitoramento definida.

AVALIAÇÃO ASSOCIADA AO MONITORAMENTO

Cada aferição glicêmica deve ser acompanhada de avaliação clínica mínima, incluindo:

- Estado de consciência.
- Presença de sintomas autonômicos ou neurológicos.
- Sinais vitais.
- Ingestão alimentar recente.
- Resposta às intervenções realizadas.
- A avaliação clínica associada deve ser registrada no prontuário.

CRITÉRIOS DE ALERTA E COMUNICAÇÃO IMEDIATA

Devem ser comunicados imediatamente ao enfermeiro e ao médico assistente:

- Glicemia inferior a 70 mg/dL.
- Glicemia superior ou igual a 300 mg/dL.

- Queda ou elevação rápida e progressiva da glicemia.
- Recorrência de hipoglicemia.
- Piora clínica associada à alteração glicêmica.

CRITÉRIOS DE FALHA TERAPÊUTICA

Considera-se falha terapêutica durante a observação clínica:

- Recorrência de hipoglicemia após tratamento adequado.
- Persistência de hiperglicemia grave.
- Ausência de resposta às medidas iniciais.
- Deterioração clínica ou neurológica.
- Na presença de falha terapêutica, é obrigatória reavaliação médica imediata e escalonamento do cuidado.

REGISTRO EM PRONTUÁRIO

- O registro do monitoramento glicêmico deve conter obrigatoriamente:
- Valor da glicemia capilar.
- Horário da aferição.
- Profissional responsável.
- Avaliação clínica associada.
- Condutas adotadas diante de alterações.

Registros incompletos configuram não conformidade assistencial.

NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS

Constituem não conformidade:

- Ausência de monitoramento definido.
- Intervalos excessivos entre aferições.
- Falha na comunicação de valores críticos.
- Registro inadequado ou ausente.
- Devem ser notificados conforme fluxo institucional de qualidade e segurança do paciente.

INDICADORES RELACIONADOS

- Percentual de pacientes em observação com monitoramento glicêmico definido.

- Taxa de recorrência de hipoglicemia em observação.
- Eventos adversos relacionados a falha de monitoramento.
- Esses indicadores devem integrar relatórios periódicos de qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS INTERNAS

Protocolo Assistencial de Distúrbios Glicêmicos 5.1.2.9.

POP 5.1.2.9.1 Aferição de Glicemia Capilar.

POP 5.1.2.9.3 e 5.1.2.9.4 Manejo da Hipoglicemia.

POP 5.1.2.9.5 Manejo da Hiperglicemia Aguda.

5.2 Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

A Importância do Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos

O faturamento de procedimentos em unidades de saúde pública representa processo crítico que transcende a mera contabilização de atendimentos realizados. Na complexa arquitetura do Sistema Único de Saúde, o registro adequado e sistemático dos procedimentos assistenciais constitui a base fundamental para o financiamento, planejamento, avaliação e aprimoramento contínuo dos serviços de saúde oferecidos à população.

No contexto específico de uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal, onde o fluxo de pacientes é contínuo e intenso, operando 24 horas por dia em todos os dias do ano, a estruturação de rotinas administrativas sólidas para o faturamento torna-se ainda mais crucial. A natureza dinâmica e imprevisível do atendimento de urgência e emergência impõe desafios particulares ao registro e controle dos procedimentos realizados, exigindo processos robustos que garantam a captura fidedigna de toda a produção assistencial.

A ausência de um manual estruturado de faturamento pode resultar em consequências graves para a gestão da unidade. Sub-registros de procedimentos representam perda direta de recursos financeiros, comprometendo a sustentabilidade econômica do serviço. Registros incorretos ou incompletos podem gerar glosas e rejeições nos sistemas oficiais, demandando retrabalho administrativo e atrasos no repasse de recursos. A falta de padronização nas rotinas leva a inconsistências que dificultam o monitoramento gerencial e a tomada de decisões baseadas em dados confiáveis.

O manual de rotinas administrativas para faturamento surge como resposta sistemática a estes desafios, estabelecendo processos claros,

responsabilidades definidas e mecanismos de controle que asseguram a integridade e confiabilidade das informações. Mais que um documento normativo, representa ferramenta gerencial estratégica que conecta a prestação da assistência ao seu adequado registro, possibilitando a transparência necessária para a gestão pública e o controle social.

A implementação efetiva de um manual de faturamento bem estruturado proporciona múltiplos benefícios. Para a gestão da unidade, oferece visibilidade completa sobre a produção assistencial, permitindo identificar padrões de demanda, avaliar a eficiência operacional e planejar adequadamente os recursos necessários. Para as equipes assistenciais, estabelece rotinas claras que minimizam o tempo despendido em atividades administrativas, permitindo maior dedicação ao cuidado direto aos pacientes. Para a administração pública, garante a transparência e rastreabilidade necessárias para o adequado controle dos recursos públicos investidos.

A integração entre os processos assistenciais e administrativos, promovida pelo manual, elimina as tradicionais barreiras entre estas áreas, criando fluxo contínuo de informações que beneficia toda a organização. Profissionais de saúde compreendem a importância de seus registros para a sustentabilidade do serviço, enquanto equipes administrativas valorizam a complexidade e importância do trabalho assistencial que fundamenta o faturamento.

No atual cenário de crescente digitalização dos sistemas de saúde, o manual assume papel ainda mais relevante ao estabelecer as pontes necessárias entre os registros locais e os sistemas nacionais de informação. A compatibilidade com sistemas como o SIA/SUS, CNES, e-SUS e outros não acontece espontaneamente, requerendo processos estruturados que garantam a adequada formatação, validação e transmissão dos dados.

A cultura de registro e faturamento adequados, fomentada pelo manual, contribui diretamente para o aprimoramento da qualidade assistencial. Registros completos e fidedignos permitem análises epidemiológicas precisas, identificação de padrões de morbidade, avaliação da efetividade dos tratamentos e planejamento de ações de saúde baseadas em evidências locais. O que começa como processo administrativo transforma-se em insumo valioso para a melhoria contínua dos serviços prestados.

5.2.1 Finalidade do Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento

A Organização Social implantará Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos, com a finalidade de padronizar os processos de registro, consolidação, validação e envio das informações referentes à produção assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, assegurando a

fidedignidade dos dados, a rastreabilidade das informações, a conformidade com os sistemas oficiais e o suporte à gestão e à prestação de contas.

O Manual constituirá instrumento técnico-operacional de referência para as equipes administrativas e assistenciais envolvidas no processo de faturamento, estabelecendo diretrizes claras e objetivas que orientem todas as etapas do registro e processamento das informações sobre procedimentos realizados. Este documento normativo interno visa eliminar ambiguidades, reduzir erros e garantir a uniformidade dos processos, independentemente do profissional executor ou do turno de trabalho.

A padronização promovida pelo manual abrange desde o momento inicial do atendimento até a transmissão final dos dados aos sistemas oficiais. Cada etapa do processo é detalhadamente descrita, com definição clara de responsabilidades, prazos, documentos necessários e critérios de validação. Esta sistematização permite que novos colaboradores sejam rapidamente integrados aos processos, reduzindo curva de aprendizado e minimizando riscos de erros por desconhecimento das rotinas.

O documento contempla as especificidades do atendimento de urgência e emergência, reconhecendo os desafios particulares deste ambiente para o registro adequado de procedimentos. Situações de alta demanda, atendimentos simultâneos de múltiplos pacientes, procedimentos realizados em caráter emergencial e a rotatividade de profissionais em regime de plantão são considerados na estruturação das rotinas, garantindo que mesmo em cenários complexos o registro seja realizado adequadamente.

A rastreabilidade das informações constitui princípio fundamental incorporado ao manual. Cada procedimento registrado pode ser rastreado desde sua origem no atendimento assistencial até sua consolidação nos relatórios gerenciais e sistemas oficiais. Esta capacidade de rastreamento permite auditorias efetivas, identificação rápida de inconsistências e correção tempestiva de erros, além de fornecer base sólida para defesa em casos de questionamentos ou glosas.

O suporte à gestão proporcionado pelo manual manifesta-se através da geração de informações gerenciais confiáveis e tempestivas. Indicadores de produtividade, análises de tendências, comparações temporais e identificação de padrões tornam-se possíveis apenas quando os dados subjacentes são coletados e processados de forma sistemática e padronizada. O manual estabelece os processos que garantem esta qualidade informacional.

A conformidade com os sistemas oficiais é assegurada através da incorporação, no manual, de todas as regras, formatos e requisitos estabelecidos pelos sistemas de informação do SUS. Tabelas de procedimentos, regras de compatibilidade, critérios de habilitação e demais normativas são traduzidas em

rotinas operacionais claras, eliminando interpretações divergentes e garantindo que os registros locais sejam plenamente aceitos pelos sistemas nacionais.

5.2.2 Princípios Norteadores do Faturamento de Procedimentos

O processo de faturamento observará princípios fundamentais que garantem sua efetividade, confiabilidade e alinhamento com os objetivos institucionais da unidade e do Sistema Único de Saúde.

O registro correto e tempestivo dos procedimentos realizados constitui a base de todo o processo de faturamento. A correção implica na utilização precisa dos códigos de procedimentos, respeitando suas descrições, indicações e restrições conforme estabelecido nas tabelas oficiais do SUS. Cada procedimento deve ser registrado exatamente como foi realizado, sem superestimações ou subestimações, refletindo fielmente a assistência prestada. A tempestividade garante que os registros sejam realizados no momento do atendimento ou imediatamente após, evitando esquecimentos, perda de informações ou registros baseados em memória imprecisa.

A padronização das rotinas administrativas elimina variações desnecessárias no processo de faturamento. Independentemente do profissional responsável pelo registro, do turno de trabalho ou do setor de atendimento, os procedimentos seguem fluxo único e consistente. Formulários padronizados, sequências de validação definidas, critérios uniformes de conferência e prazos estabelecidos criam previsibilidade e confiabilidade no processo. Esta padronização facilita treinamentos, reduz erros e permite identificação rápida de desvios.

A integração entre áreas assistenciais e administrativas reconhece que o faturamento não é processo exclusivamente administrativo, mas resultado direto da atividade assistencial. O manual estabelece canais de comunicação e colaboração entre estas áreas, garantindo que informações fluam adequadamente em ambas as direções. Profissionais assistenciais compreendem o impacto de seus registros no faturamento, enquanto equipes administrativas reconhecem as particularidades e desafios do registro durante o atendimento clínico.

A conformidade com os sistemas oficiais do SUS orienta toda a estruturação dos processos de faturamento. O manual incorpora integralmente as regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde para os diversos sistemas de informação, incluindo o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o e-SUS e demais sistemas pertinentes. Atualizações normativas são prontamente incorporadas ao manual, mantendo permanente alinhamento com as diretrizes nacionais.

A rastreabilidade e auditabilidade das informações garantem transparência e possibilidade de verificação de todo o processo. Cada registro mantém informações sobre quem realizou o procedimento, quem efetuou o registro, quando foi realizado, eventuais correções efetuadas e validações aplicadas. Esta trilha de auditoria completa permite reconstruir o histórico de qualquer lançamento, facilitando esclarecimentos, correções e defesas quando necessário.

A prevenção de inconsistências, glosas e retrabalho orienta o desenho de processos preventivos robustos. Validações são realizadas no momento do registro, alertando para possíveis erros antes que se propaguem pelo sistema. Conferências sistemáticas identificam inconsistências antes do envio aos sistemas oficiais. Análises de glosas históricas orientam melhorias nos processos. O investimento em prevenção reduz significativamente o esforço posterior em correções e recursos de glosas.

5.2.3 Registro de Procedimentos Assistenciais

O Manual estabelecerá rotinas claras e detalhadas para o registro dos procedimentos assistenciais, contemplando todos os aspectos necessários para garantir a completude, precisão e rastreabilidade das informações.

O registro obrigatório de todos os procedimentos realizados constitui premissa inegociável do sistema de faturamento. Nenhum procedimento, independentemente de sua complexidade ou valor, pode deixar de ser registrado. Desde uma simples verificação de sinais vitais até procedimentos complexos de suporte avançado de vida, todos devem ser adequadamente documentados. Esta obrigatoriedade é reforçada através de mecanismos de controle, verificações cruzadas e auditorias que identificam possíveis sub-registros.

A sistemática de registro considera as diferentes categorias de procedimentos realizados na unidade. Procedimentos de triagem e classificação de risco seguem rotina específica que captura o nível de prioridade atribuído e o tempo de espera. Consultas médicas são registradas com identificação clara do profissional, tempo de atendimento e condutas adotadas. Procedimentos de enfermagem são documentados individualmente, evitando registros genéricos ou agrupados. Exames complementares são registrados tanto em sua solicitação quanto em sua realização.

A vinculação do procedimento ao prontuário do paciente estabelece conexão indissociável entre o registro administrativo e o registro clínico. Cada procedimento faturado deve ter respaldo documental no prontuário, com descrição técnica que justifique sua realização. Esta vinculação permite auditorias efetivas, onde a conferência entre o faturado e o realizado pode ser

facilmente executada. O número do prontuário torna-se referência chave em todo o processo de faturamento.

A identificação do profissional executante é realizada através de múltiplos mecanismos que garantem a correta atribuição de responsabilidade. Cadastro prévio de todos os profissionais no sistema, com seus respectivos números de conselho e habilitações. Uso de identificadores únicos (crachás, senhas pessoais, biometria) no momento do registro. Impossibilidade de registro anônimo ou com identificação genérica. Esta identificação clara permite tanto a responsabilização profissional quanto a verificação de habilitação para execução do procedimento.

O registro conforme codificação vigente exige conhecimento detalhado e atualizado das tabelas de procedimentos do SUS. O manual estabelece mecanismos de consulta rápida, com descrições claras de cada código, suas indicações, restrições e incompatibilidades. Procedimentos similares mas com códigos distintos são claramente diferenciados. Orientações sobre escolha do código mais apropriado em situações ambíguas são fornecidas. Atualizações nas tabelas são prontamente comunicadas e incorporadas.

O preenchimento completo e legível das informações reconhece que registros incompletos ou ilegíveis equivalem a registros inexistentes para fins de faturamento. Campos obrigatórios são claramente identificados e sistemas impedem progressão sem seu preenchimento. Quando registros manuais são necessários, padrões de legibilidade são estabelecidos e cobrados. Uso de abreviaturas é padronizado para evitar interpretações errôneas. Rasuras são proibidas, com procedimentos claros para correções quando necessárias.

O momento do registro é definido como simultâneo ou imediatamente posterior ao atendimento. Sistemas informatizados facilitam registro em tempo real. Quando isso não é possível, formulários provisórios capturam informações essenciais para posterior transcrição. Prazos máximos para registro definitivo são estabelecidos, preferencialmente dentro do mesmo turno de trabalho. Acúmulo de registros para processamento posterior é expressamente desencorajado.

A garantia de fidelidade entre assistência prestada e informação registrada é obtida através de múltiplos mecanismos de verificação. Conferências por amostragem comparam prontuários com registros de faturamento. Indicadores de produtividade individual são monitorados para identificar padrões atípicos. Cruzamentos entre diferentes fontes de informação (escalas de trabalho, registros de medicamentos, solicitações de exames) validam a coerência dos registros. Feedbacks regulares aos profissionais reforçam a importância da precisão.

5.2.4 Fluxo de Informação Assistencial para o Faturamento

O fluxo de informação desde a realização do atendimento até a consolidação final para faturamento segue sequência lógica e controlada que assegura a integridade e completude dos dados.

A realização do atendimento assistencial marca o início de todo o processo. Neste momento, o profissional de saúde está focado primariamente na prestação do cuidado ao paciente, mas deve manter consciência da necessidade de documentação adequada. Formulários ou telas de registro são desenhados para facilitar a captura de informações durante o atendimento, minimizando interferência no processo assistencial. Recursos como códigos de barras, leitores biométricos e formulários pré-preenchidos agilizam o registro sem comprometer a atenção ao paciente.

O registro do procedimento no prontuário constitui etapa fundamental que legitima o faturamento posterior. A descrição técnica do procedimento realizado deve ser suficientemente detalhada para justificar sua execução e permitir compreensão por auditores externos. Indicação clínica, técnica utilizada, materiais empregados, intercorrências e resultados obtidos são elementos essenciais do registro. A contemporaneidade entre execução e registro garante precisão das informações.

A consolidação das informações assistenciais transforma registros individuais dispersos em base de dados estruturada para faturamento. Este processo, realizado diariamente, coleta informações de todas as fontes relevantes: prontuários físicos e eletrônicos, livros de registro, sistemas de laboratório e imagem, fichas de atendimento e demais documentos. Ferramentas de consolidação, preferencialmente informatizadas, agregam dados respeitando regras de compatibilidade e evitando duplicidades.

A conferência administrativa dos registros adiciona camada de validação focada em aspectos formais e regulatórios. Equipe administrativa especializada verifica completude dos dados obrigatórios, coerência entre diferentes informações, compatibilidade entre procedimentos registrados, cumprimento de requisitos específicos (como autorizações prévias) e conformidade com regras de faturamento. Inconsistências identificadas são sinalizadas para correção antes do processamento final.

A validação dos dados para faturamento representa momento crítico onde informações são definitivamente aprovadas para envio aos sistemas oficiais. Validações automáticas verificam regras básicas como compatibilidade de idade/sexo com procedimento, quantidade máxima permitida, intervalo mínimo entre procedimentos similares e coexistência de procedimentos mutuamente exclusivos. Validações manuais complementam verificando aspectos que requerem julgamento profissional.

A inserção ou exportação das informações para os sistemas oficiais segue protocolos técnicos específicos de cada sistema. Para o SIA/SUS, arquivos em formato específico são gerados respeitando layout estabelecido pelo DATASUS. Sistemas online recebem dados através de interfaces seguras. Controles de transmissão garantem integridade dos dados enviados. Protocolos de confirmação atestam recebimento e processamento bem-sucedido. Logs detalhados permitem rastreamento de todo o processo.

A continuidade do fluxo é garantida através de mecanismos de contingência. Falhas em qualquer etapa acionam procedimentos alternativos que mantêm o processo funcionando. Backups regulares protegem contra perda de dados. Redundâncias em pontos críticos evitam interrupções. Responsáveis por cada etapa são claramente identificados, com substitutos designados. Prazos são monitorados com alertas automáticos para prevenir atrasos.

5.2.5 Integração com Sistemas Oficiais

O Manual contemplará detalhadamente a integração do faturamento com os sistemas oficiais de informação do SUS, reconhecendo esta interface como elemento crítico para o adequado financiamento e prestação de contas da unidade.

A compatibilidade dos registros com os sistemas vigentes é assegurada através do rigoroso alinhamento com as especificações técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e DATASUS. Cada campo de informação respeita tipo de dado, tamanho, formato e domínio de valores permitidos. Tabelas de referência são mantidas permanentemente atualizadas, incluindo procedimentos, CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e demais classificações pertinentes.

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) constitui o principal sistema para faturamento de procedimentos da UPA. O manual detalha todos os requisitos para adequada alimentação deste sistema, incluindo estrutura do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), regras de apresentação, críticas aplicadas pelo sistema e procedimentos para correção de inconsistências. Particularidades do faturamento de urgência, como a não exigência de agendamento prévio, são adequadamente tratadas.

A consolidação da produção assistencial para os sistemas oficiais requer transformação dos registros individuais em formatos agregados específicos. Procedimentos são agrupados por tipo, profissional, período e demais critérios relevantes. Totalizações respeitam limites estabelecidos, como quantidade máxima por profissional/dia. Informações complementares obrigatórias, como dados do estabelecimento e período de competência, são adequadamente incluídas.

O envio regular e dentro dos prazos estabelecidos é garantido através de cronograma rígido de processamento. Calendário anual com todas as datas de fechamento e envio é amplamente divulgado. Processos iniciam com antecedência suficiente para permitir correções. Checkpoints intermediários verificam progresso e identificam potenciais atrasos. Planos de contingência são acionados quando necessário para garantir cumprimento de prazos.

A correção de inconsistências apontadas pelos sistemas constitui processo iterativo que demanda agilidade e precisão. Relatórios de crítica são analisados imediatamente após processamento. Cada inconsistência é investigada até sua origem, corrigida no registro fonte e reprocessada. Padrões recorrentes de erro orientam melhorias nos processos de registro. Bases de conhecimento documentam soluções para problemas frequentes.

O acompanhamento da produção através dos sistemas permite visão gerencial abrangente. Relatórios de produção aprovada versus glosada orientam ações corretivas. Comparações temporais identificam variações que merecem investigação. Análises por tipo de procedimento revelam áreas de maior dificuldade no faturamento. Indicadores de desempenho do faturamento são regularmente calculados e divulgados.

O suporte às atividades de controle e auditoria é facilitado pela organização sistemática das informações. Documentação completa de todos os envios é mantida, incluindo arquivos originais, protocolos de transmissão e relatórios de processamento. Rastreabilidade entre sistemas oficiais e registros locais permite rápida localização de informações específicas. Relatórios customizados atendem demandas específicas de auditores internos e externos.

A preparação para atualizações e mudanças nos sistemas oficiais é processo contínuo. Participação em treinamentos oferecidos pelo DATASUS mantém equipe atualizada. Ambientes de teste permitem validação de mudanças antes da implementação em produção. Comunicação com outros estabelecimentos compartilha experiências e soluções. Documentação de procedimentos facilita adaptação a novas versões.

5.2.6 Conferência, Validação e Controle dos Dados

O processo de faturamento incluirá robusto sistema de conferência, validação e controle que garanta a qualidade e confiabilidade dos dados antes de seu envio definitivo aos sistemas oficiais.

A conferência sistemática dos registros é realizada em múltiplas etapas, cada uma focando aspectos específicos da qualidade dos dados. Conferência primária, realizada pelo próprio profissional executante, verifica se todos os procedimentos realizados foram registrados. Conferência secundária, executada

por profissional diferente do executante, valida correção técnica dos registros. Conferência administrativa final verifica conformidade com regras de faturamento.

As ferramentas de conferência combinam verificações automatizadas e manuais. Sistemas informatizados aplicam regras de validação em tempo real, impedindo progressão de registros claramente incorretos. Relatórios de exceção destacam situações que requerem análise manual. Checklists padronizados orientam conferência visual de documentos. Indicadores de qualidade do registro fornecem visão agregada da conformidade.

A validação administrativa das informações adiciona perspectiva gerencial e regulatória à conferência técnica. Aspectos verificados incluem elegibilidade do paciente para o procedimento, cumprimento de requisitos de autorização prévia quando aplicável, compatibilidade com habilitações do estabelecimento, respeito a limites quantitativos estabelecidos e coerência com perfil histórico de produção.

A identificação de inconsistências utiliza abordagem sistemática que categoriza problemas por tipo e gravidade. Erros impeditivos, que certamente gerariam rejeição nos sistemas oficiais, são tratados com prioridade máxima. Inconsistências potenciais, que podem ou não gerar glosa dependendo de interpretação, são analisadas caso a caso. Melhorias qualitativas, que não impactam aprovação mas melhoram qualidade do registro, são implementadas conforme disponibilidade.

O processo de correção antes do envio aos sistemas oficiais é ágil e rastreável. Fluxos de trabalho eletrônicos direcionam inconsistências identificadas aos responsáveis pela correção. Prazos para resolução são estabelecidos e monitorados. Correções são documentadas, incluindo justificativa e evidências quando pertinente. Revalidação confirma adequação das correções antes da liberação final.

O registro das correções realizadas mantém histórico completo de todas as alterações efetuadas. Informações preservadas incluem estado original do registro, natureza da inconsistência identificada, correção aplicada, responsável pela correção e momento da alteração. Este histórico serve tanto para auditoria quanto para identificação de padrões que orientem melhorias preventivas.

O controle estatístico da qualidade utiliza técnicas consagradas para monitorar e melhorar continuamente o processo. Gráficos de controle acompanham taxa de erro ao longo do tempo. Análises de Pareto identificam principais fontes de inconsistências. Estudos de correlação revelam fatores associados a maior incidência de erros. Metas de qualidade são estabelecidas e monitoradas.

5.2.7 Responsabilidades das Equipes Envolvidas

O Manual definirá com precisão e clareza as responsabilidades de cada equipe e profissional envolvido no processo de faturamento, eliminando ambiguidades e garantindo adequada atribuição de tarefas e cobranças.

A equipe assistencial, composta por médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, assume responsabilidade primária pelo registro correto dos procedimentos. Esta responsabilidade inicia no momento do atendimento, com a adequada documentação de todos os procedimentos realizados. A precisão técnica do registro, incluindo uso correto de códigos e descrições, é atribuição indelegável do profissional executante. O compromisso com a veracidade das informações constitui obrigação ética e legal.

As responsabilidades específicas da equipe assistencial incluem registro imediato ou no máximo ao final do plantão, utilização correta da codificação de procedimentos conforme tabelas vigentes, preenchimento completo de todos os campos obrigatórios, legibilidade em registros manuais, correção tempestiva de inconsistências identificadas e participação em treinamentos sobre faturamento. A conscientização sobre o impacto financeiro dos registros no financiamento da unidade é constantemente reforçada.

A equipe administrativa especializada em faturamento assume responsabilidade pela conferência, consolidação e envio das informações aos sistemas oficiais. Estes profissionais combinam conhecimento técnico sobre regras de faturamento com habilidades analíticas para identificar e corrigir inconsistências. Sua atuação representa barreira crítica contra erros que resultariam em glosas e perda de recursos.

As atividades sob responsabilidade da equipe administrativa abrangem coleta sistemática de registros de todas as fontes, conferência da completude e consistência das informações, aplicação de regras de validação e crítica, correção de inconsistências formais em articulação com equipe assistencial, geração e transmissão de arquivos para sistemas oficiais, acompanhamento do processamento e tratamento de glosas, manutenção de documentação completa para auditoria e elaboração de relatórios gerenciais de produção e faturamento.

A coordenação administrativa exerce supervisão sobre todo o processo de faturamento, garantindo seu funcionamento eficiente e conforme. Esta coordenação responde pela organização das equipes, cumprimento de prazos, qualidade dos processos e resultados alcançados. Sua visão sistêmica permite identificar gargalos, propor melhorias e garantir alinhamento com objetivos institucionais.

As responsabilidades da coordenação incluem elaboração e atualização do manual de faturamento, definição e monitoramento de indicadores de desempenho, gestão da equipe administrativa de faturamento, interface com

coordenações assistenciais para alinhamento de processos, análise de relatórios e proposição de ações de melhoria, representação da área em instâncias decisórias, gestão de contratos e sistemas relacionados ao faturamento e coordenação de auditorias internas e externas.

A direção da unidade mantém responsabilidade final pelo acompanhamento e controle do faturamento, reconhecendo seu impacto direto na sustentabilidade financeira e prestação de contas. O envolvimento da direção confere importância estratégica ao processo e garante recursos necessários para seu adequado funcionamento.

O papel da direção abrange aprovação de políticas e procedimentos de faturamento, alocação de recursos humanos e tecnológicos adequados, monitoramento de indicadores estratégicos de faturamento, tomada de decisão sobre questões críticas ou controversas, interface com gestores municipais sobre questões de faturamento, responsabilização final pela fidedignidade das informações e promoção de cultura organizacional que valorize registro adequado.

A articulação entre as diferentes equipes é facilitada por mecanismos formais de comunicação e colaboração. Reuniões periódicas alinham processos e resolvem pendências. Canais diretos de comunicação agilizam resolução de dúvidas. Treinamentos conjuntos desenvolvem compreensão mútua. Reconhecimento compartilhado de resultados fortalece espírito de equipe.

5.2.8 Monitoramento, Auditoria e Melhoria Contínua

O Manual estabelecerá sistema abrangente de monitoramento, auditoria e melhoria contínua que garante evolução constante da qualidade e eficiência dos processos de faturamento.

O monitoramento periódico do faturamento utiliza conjunto diversificado de indicadores que fornecem visão abrangente do desempenho. Indicadores de processo medem eficiência operacional, incluindo tempo médio entre atendimento e registro, percentual de registros realizados no prazo, taxa de retrabalho por inconsistências e cumprimento de cronogramas de envio. Indicadores de resultado avaliam efetividade, como valor faturado versus potencial, taxa de glosa, tempo de aprovação de produção e percentual de recursos recuperados em glosas.

A sistemática de monitoramento estabelece periodicidade e responsáveis para cada indicador. Coleta automatizada garante consistência e reduz esforço manual. Painéis de controle (dashboards) apresentam informações de forma visual e intuitiva. Alertas automáticos sinalizam desvios significativos. Análises

de tendência identificam padrões evolutivos. Comparações com períodos anteriores e benchmarks contextualizam desempenho.

As auditorias internas dos registros seguem programa anual estruturado que combina auditorias programadas e aleatórias. Auditorias programadas focam em áreas de maior risco ou com histórico de problemas. Auditorias aleatórias garantem que todos os processos estejam sujeitos a verificação. Escopo abrange desde conformidade documental até correção técnica dos registros.

A metodologia de auditoria interna utiliza técnicas consagradas adaptadas ao contexto do faturamento. Amostragem estatística garante representatividade com esforço otimizado. Papéis de trabalho padronizados documentam achados. Classificação de não conformidades orienta priorização de correções. Reuniões de abertura e encerramento garantem transparência. Relatórios estruturados facilitam acompanhamento de planos de ação.

A análise de glosas e inconsistências transforma problemas em oportunidades de aprendizado. Cada glosa é investigada até identificação de causa raiz. Padrões recorrentes orientam ações preventivas. Contestações são elaboradas quando pertinente, com documentação robusta. Taxa de reversão de glosas é monitorada como indicador de qualidade das contestações. Conhecimento acumulado é sistematizado em base de dados pesquisável.

A categorização de glosas facilita análise e direcionamento de ações. Glosas administrativas, geralmente relacionadas a erros formais, orientam melhorias em processos e treinamentos. Glosas técnicas indicam necessidade de capacitação clínica ou melhor compreensão de regras. Glosas sistêmicas revelam problemas em interfaces ou processamento de dados. Cada categoria recebe tratamento específico.

A implementação de ações corretivas segue metodologia estruturada que garante efetividade e sustentabilidade. Identificação clara do problema a ser resolvido. Análise de causas utilizando ferramentas como diagrama de Ishikawa. Desenvolvimento de soluções com participação dos envolvidos. Teste piloto em escala controlada. Implementação gradual com monitoramento próximo. Verificação de efetividade através de indicadores. Padronização de soluções bem-sucedidas.

O aperfeiçoamento contínuo das rotinas é filosofia incorporada à cultura organizacional. Sugestões de melhoria são ativamente solicitadas e valorizadas. Pequenas melhorias incrementais são tão importantes quanto grandes transformações. Experimentação controlada é encorajada. Erros honestos durante tentativas de melhoria são tratados como aprendizado. Benchmarking com outras instituições inspira inovações.

5.2.9 Integração do Faturamento com a Gestão da Unidade

O faturamento administrativo será plenamente integrado aos demais processos gerenciais da unidade, reconhecendo que informações de produção assistencial são insumos fundamentais para múltiplas dimensões da gestão.

A integração com a gestão assistencial transforma dados de faturamento em ferramentas de gestão clínica. Perfis de morbidade são construídos a partir dos procedimentos realizados. Demanda por diferentes tipos de atendimento orienta dimensionamento de equipes. Sazonalidades identificadas permitem planejamento antecipado. Efetividade de protocolos clínicos é avaliada através de desfechos registrados. Necessidades de capacitação são identificadas por análise de procedimentos realizados.

Os relatórios gerenciais derivados do faturamento fornecem visão abrangente da operação assistencial. Produtividade por profissional, respeitando complexidade dos casos. Distribuição de atendimentos por período, identificando picos e vales. Tempo de permanência correlacionado com procedimentos realizados. Taxa de resolubilidade medida por desfechos. Comparações entre equipes e turnos, promovendo melhores práticas.

A integração com a gestão financeira estabelece conexão direta entre produção assistencial e sustentabilidade econômica. Projeções de receita baseadas em produção histórica e tendências. Análise de custo-efetividade por tipo de procedimento. Identificação de procedimentos deficitários que requerem subsidiação. Planejamento de investimentos baseado em retorno esperado. Negociações contratuais respaldadas por dados concretos de produção e custos.

O controle orçamentário utiliza informações de faturamento como base para alocação de recursos. Centros de custo são associados a produção específica. Rateios consideram complexidade além de volume. Análises de variação comparam realizado versus orçado. Decisões de alocação são informadas por produtividade e eficiência. Incentivos podem ser vinculados a desempenho em faturamento.

A integração com a prestação de contas do Contrato de Gestão garante transparência e conformidade com obrigações pactuadas. Relatórios de produção são automaticamente consolidados para prestações de contas. Indicadores contratuais são calculados a partir de dados primários de faturamento. Documentação comprobatória é organizada sistematicamente. Auditorias encontram informações prontamente disponíveis e rastreáveis.

O cumprimento de metas contratuais é monitorado continuamente através dos dados de faturamento. Painéis de acompanhamento mostram evolução versus metas. Projeções indicam probabilidade de cumprimento ao final do período. Alertas precoces permitem ações corretivas tempestivas. Análises de

sensibilidade identificam fatores críticos para alcance de metas. Relatórios executivos mantêm gestores informados.

A integração com monitoramento de indicadores de produção cria sistema coerente de avaliação de desempenho. Indicadores quantitativos derivam diretamente do faturamento. Indicadores qualitativos são correlacionados com volume e tipo de produção. Scorecards integrados apresentam visão balanceada. Tendências são identificadas precocemente. Decisões estratégicas são embasadas em dados confiáveis.

A tomada de decisão informada por dados de faturamento eleva qualidade da gestão. Expansão de serviços é planejada com base em demanda demonstrada. Horários de funcionamento são otimizados conforme padrões de utilização. Tecnologias são adquiridas considerando impacto na produtividade. Parcerias são estabelecidas para complementar capacidades. Cada decisão importante considera evidências do faturamento.

5.2.10 Considerações Finais

A implantação do Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos assegura a padronização dos registros, a integração com os sistemas oficiais, a confiabilidade das informações e a transparência da produção assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, fortalecendo a governança, o controle e a eficiência administrativa, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com o Contrato de Gestão.

Este manual representa mais que simples compilação de procedimentos administrativos. Constitui instrumento estratégico de gestão que conecta a prestação da assistência ao seu adequado registro, financiamento e controle. Sua implementação efetiva transforma o faturamento de atividade burocrática em processo gerador de valor, que contribui diretamente para a sustentabilidade e qualidade dos serviços prestados.

A padronização alcançada através do manual elimina variabilidades desnecessárias que comprometem eficiência e qualidade. Profissionais encontram orientações claras para cada situação. Gestores obtêm informações confiáveis para tomada de decisão. Auditores verificam conformidade com critérios objetivos. Financiadores recebem dados fidedignos sobre produção. Cada stakeholder beneficia-se da organização e transparência promovidas.

A confiabilidade das informações geradas através dos processos estabelecidos no manual fundamenta relação de confiança entre gestão da unidade, administração municipal e órgãos de controle. Dados podem ser verificados e validados. Decisões são tomadas com base em informações

sólidas. Prestações de contas refletem realidade operacional. Transparência fortalece legitimidade da gestão.

O fortalecimento da governança manifesta-se através de processos claros, responsabilidades definidas e mecanismos de controle efetivos. Riscos são identificados e mitigados. Oportunidades de melhoria são sistematicamente exploradas. Conformidade regulatória é garantida. Eficiência operacional é continuamente aprimorada. Resultados são consistentemente alcançados.

A eficiência administrativa promovida pelo manual libera recursos para atividade fim. Retrabalho é minimizado. Glosas são prevenidas. Tempo de processamento é reduzido. Custos administrativos são otimizados. Cada ganho de eficiência permite maior foco na assistência aos pacientes.

O alinhamento com as diretrizes do Sistema Único de Saúde garante que processos locais contribuam para objetivos nacionais. Informações geradas alimentam bases nacionais que orientam políticas públicas. Transparência no uso de recursos públicos é assegurada. Equidade no acesso é monitorada através de dados confiáveis. Integralidade da atenção é documentada. Participação social é facilitada por informações acessíveis.

A conformidade com o Contrato de Gestão é sistematicamente demonstrada através dos processos estabelecidos. Metas são monitoradas com base em dados primários confiáveis. Prestações de contas são elaboradas com eficiência e precisão. Auditorias encontram documentação organizada e rastreável. Renovações contratuais são respaldadas por histórico consistente de conformidade.

A cultura organizacional de registro e transparência, fomentada pelo manual, transcende o faturamento. Profissionais compreendem importância de documentação adequada. Gestores valorizam decisões baseadas em dados. Melhorias são buscadas através de análise sistemática. Aprendizado organizacional é construído sobre base sólida de informações.

A sustentabilidade de longo prazo dos processos estabelecidos é garantida através de mecanismos de atualização e melhoria contínua. Manual é documento vivo, regularmente revisado. Mudanças regulatórias são prontamente incorporadas. Inovações tecnológicas são avaliadas e adotadas. Lições aprendidas são sistematizadas. Conhecimento organizacional é preservado e transmitido.

O impacto final do manual estende-se além dos muros da instituição. População recebe serviços sustentáveis financeiramente. Gestores públicos obtêm informações confiáveis para planejamento. Profissionais de saúde trabalham em ambiente organizado e transparente. Sociedade exerce controle social com base em dados fidedignos. Cada benefício reforça importância do investimento em processos administrativos de qualidade.

A excelência em faturamento, promovida pelo manual, não é fim em si mesma, mas meio para garantir que a Unidade de Pronto Atendimento Municipal cumpra sua missão de prover atendimento de urgência e emergência de qualidade, acessível e resolutivo para toda a população. Recursos adequadamente faturados retornam como investimentos em estrutura, equipamentos, materiais e pessoas. Informações confiáveis orientam melhorias assistenciais. Transparência fortalece confiança pública. Cada aspecto do manual contribui, direta ou indiretamente, para o objetivo maior de salvar vidas e promover saúde.

5.3 Manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio

A gestão eficiente de almoxarifado e patrimônio em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal representa desafio complexo que impacta diretamente a qualidade da assistência prestada à população. Em ambiente onde cada minuto pode significar a diferença entre vida e morte, a disponibilidade imediata de medicamentos, materiais médico-hospitalares e equipamentos funcionantes não constitui mero detalhe administrativo, mas condição essencial para o adequado funcionamento dos serviços.

O cenário típico de uma UPA apresenta características que tornam a gestão de materiais e patrimônio especialmente desafiadora. O funcionamento ininterrupto 24 horas por dia exige disponibilidade constante de insumos essenciais. A imprevisibilidade da demanda, característica dos atendimentos de urgência, dificulta o planejamento preciso de consumo. A diversidade de materiais utilizados, desde gaze até equipamentos complexos de suporte à vida, requer diferentes estratégias de controle. A rotatividade de profissionais em regime de plantão aumenta o risco de falhas nos registros e controles.

A ausência de rotinas administrativas estruturadas para almoxarifado e patrimônio gera consequências graves que comprometem tanto a assistência quanto a gestão. Rupturas de estoque de materiais essenciais podem inviabilizar procedimentos urgentes. Desperdícios por armazenamento inadequado ou validade vencida representam uso ineficiente de recursos públicos escassos. Desvios e perdas não detectados comprometem a integridade do patrimônio público. Dificuldades na prestação de contas geram questionamentos de órgãos de controle e podem resultar em penalizações.

O manual de rotinas administrativas surge como resposta estruturada a estes desafios, estabelecendo processos claros, controles efetivos e responsabilidades definidas que garantem a disponibilidade dos recursos necessários ao funcionamento da unidade. Mais que documento normativo, representa ferramenta de gestão que transforma o almoxarifado de simples

depósito em centro nervoso de suprimentos, e o controle patrimonial de obrigação burocrática em instrumento de preservação e otimização de recursos públicos.

A implementação de rotinas padronizadas para gestão de materiais e patrimônio proporciona benefícios imediatos e duradouros. Para a assistência, garante disponibilidade contínua de insumos necessários aos atendimentos. Para a gestão, oferece visibilidade completa sobre recursos disponíveis e necessidades futuras. Para o controle interno, estabelece trilhas de auditoria que permitem verificação de conformidade. Para a administração pública, assegura uso responsável e transparente dos recursos.

A complexidade inerente à gestão de almoxarifado em unidade de saúde demanda abordagem profissional e sistemática. Materiais termolábeis requerem controle rigoroso de temperatura. Medicamentos controlados exigem registros específicos conforme legislação. Materiais estéreis necessitam condições especiais de armazenamento. Equipamentos demandam manutenção preventiva programada. Cada categoria de item possui peculiaridades que devem ser adequadamente contempladas nas rotinas.

O controle patrimonial em ambiente de urgência apresenta desafios adicionais. Equipamentos são movimentados constantemente entre setores conforme necessidade. Manutenções corretivas urgentes são frequentes devido ao uso intensivo. A interface com múltiplos fornecedores e prestadores de serviço requer coordenação eficiente. O compartilhamento de equipamentos entre profissionais de diferentes turnos exige responsabilização clara.

A integração entre controle físico e financeiro, promovida pelo manual, elimina discrepâncias que tradicionalmente dificultam a gestão. Cada movimentação física gera registro financeiro correspondente. Inventários periódicos validam saldos contábeis. Variações são investigadas e justificadas tempestivamente. Esta integração fornece base sólida para planejamento orçamentário e prestação de contas.

A conformidade com normas de controle externo constitui preocupação constante na gestão pública. Tribunais de Contas, Controladorias e demais órgãos fiscalizadores exigem demonstração clara de adequado controle sobre bens e materiais públicos. O manual estabelece processos que atendem estas exigências, facilitando auditorias e reduzindo riscos de apontamentos e penalizações.

5.3 Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio

5.3.1 Finalidade do Manual de Rotinas para Almoxarifado e Patrimônio

A Organização Social implantará Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio, com a finalidade de padronizar os procedimentos de recebimento, armazenamento, controle, distribuição e registro dos materiais, bens e equipamentos sob sua responsabilidade, assegurando o uso racional dos recursos, a rastreabilidade dos bens públicos e a conformidade com as normas de controle patrimonial e de prestação de contas.

O Manual constituirá instrumento técnico-operacional de referência para as equipes administrativas e assistenciais envolvidas na gestão de almoxarifado e patrimônio, estabelecendo diretrizes claras que orientam desde as atividades cotidianas mais simples até os processos complexos de controle e auditoria. Este documento normativo visa eliminar improvisações, reduzir desperdícios e garantir que cada profissional conheça exatamente seus deveres e responsabilidades na preservação e utilização adequada dos recursos públicos.

A padronização dos procedimentos através do manual abrange todo o ciclo de vida dos materiais e bens, desde sua entrada na unidade até seu descarte ou baixa patrimonial. Cada etapa deste ciclo é detalhadamente descrita, com definição de responsáveis, documentos necessários, sistemas de registro e pontos de controle. Esta abordagem sistemática permite que diferentes profissionais executem as mesmas atividades com resultados consistentes, independentemente de experiência prévia ou formação específica.

O uso racional dos recursos constitui objetivo central perseguido através das rotinas estabelecidas. Mecanismos de controle de consumo identificam padrões e desvios. Políticas de estoque mínimo e máximo evitam tanto desabastecimento quanto excesso. Procedimentos de requisição garantem que materiais sejam disponibilizados conforme real necessidade. Monitoramento de validade previne perdas evitáveis. Cada elemento do sistema contribui para maximizar eficiência no uso de recursos públicos.

A rastreabilidade completa dos bens públicos responde a exigência fundamental de transparência e accountability na gestão pública. Desde o momento da entrada até eventual baixa, cada bem tem seu histórico completamente documentado. Movimentações internas são registradas com identificação de origem, destino e responsável. Manutenções realizadas são documentadas com detalhes técnicos e custos. Esta rastreabilidade permite responder com precisão a qualquer questionamento sobre localização, estado ou utilização de bens públicos.

A conformidade com normas de controle patrimonial é assegurada através da incorporação, no manual, de todas as exigências legais e regulamentares aplicáveis. Instruções normativas dos Tribunais de Contas são traduzidas em procedimentos operacionais. Normas contábeis públicas orientam registros e classificações. Legislações específicas sobre materiais controlados são

rigorosamente observadas. Esta conformidade protege gestores e facilita relacionamento com órgãos de controle.

O documento serve como referência completa para treinamento de novos colaboradores e reciclagem de equipes. Procedimentos são descritos passo a passo, com exemplos práticos e situações especiais contempladas. Fluxogramas facilitam compreensão de processos complexos. Glossário esclarece termos técnicos. Anexos fornecem modelos de documentos e formulários. Esta completude reduz dependência de conhecimento tácito e facilita manutenção de padrões elevados.

5.3.2 Princípios Norteadores da Gestão de Almoxarifado e Patrimônio

A gestão de almoxarifado e patrimônio na unidade observará princípios fundamentais que garantem eficiência, transparência e conformidade com as melhores práticas de administração pública.

O controle físico e financeiro integrado representa evolução significativa em relação a modelos tradicionais que tratavam estas dimensões separadamente. Cada movimentação física de materiais ou bens gera automaticamente o registro financeiro correspondente. Sistemas informatizados mantêm sincronia entre quantidades físicas e valores monetários. Divergências são imediatamente identificadas e investigadas. Esta integração elimina reconciliações trabalhosas e reduz drasticamente possibilidade de erros ou fraudes.

A operacionalização do controle integrado requer estruturação cuidadosa de processos e sistemas. Códigos únicos identificam cada item tanto no controle físico quanto contábil. Unidades de medida são padronizadas para evitar conversões e erros. Valores unitários são mantidos atualizados conforme variações de preço. Movimentações são registradas em tempo real ou com mínimo atraso possível. Relatórios consolidados apresentam visão unificada física-financeira.

A rastreabilidade dos materiais e bens constitui requisito inegociável em ambiente de gestão pública moderna. Cada item pode ter seu percurso completamente reconstituído desde a origem até o destino final. Lotes de materiais são identificados e acompanhados individualmente. Equipamentos possuem histórico completo de utilização e manutenção. Responsabilidades são claramente atribuídas em cada etapa. Esta rastreabilidade atende exigências de auditoria e facilita investigação de problemas.

Os mecanismos de rastreabilidade incluem múltiplas camadas de registro e controle. Etiquetas físicas com códigos de barras ou QR codes identificam univocamente cada item. Sistemas informatizados registram todas as

movimentações com data, hora e responsável. Documentos físicos complementam registros eletrônicos como backup. Câmeras de segurança em áreas críticas fornecem evidência visual adicional. Auditorias periódicas validam integridade do sistema de rastreamento.

A economicidade e uso racional dos recursos orientam todas as decisões de gestão. Compras são planejadas para obter melhores condições de preço sem comprometer qualidade. Estoques são dimensionados para equilibrar disponibilidade e custo de armazenamento. Consumos são monitorados para identificar desperdícios ou desvios. Alternativas mais econômicas são constantemente buscadas. Reaproveitamento e reciclagem são praticados sempre que viável.

As práticas de economicidade vão além da simples redução de custos. Análises de custo-benefício consideram qualidade e durabilidade. Padronização de itens facilita gestão e pode reduzir preços. Parcerias com outros serviços podem viabilizar compras conjuntas vantajosas. Manutenção preventiva prolonga vida útil de equipamentos. Treinamento de usuários reduz mau uso e quebras. Cada ação contribui para otimização de recursos.

A padronização de rotinas elimina variabilidades que comprometem eficiência e qualidade. Procedimentos são executados da mesma forma independentemente do executor. Documentos seguem modelos pré-estabelecidos. Critérios de decisão são objetivos e transparentes. Exceções são tratadas conforme protocolos definidos. Esta padronização facilita treinamento, reduz erros e permite melhorias sistemáticas.

A transparência e auditabilidade permeiam todos os processos de gestão. Informações sobre estoques e patrimônio são disponibilizadas aos gestores em tempo real. Relatórios gerenciais são claros e completos. Documentação é organizada para facilitar consultas. Auditorias internas e externas encontram todos os elementos necessários para verificação. Esta transparência fortalece confiança e facilita gestão.

A conformidade com o Contrato de Gestão e normas vigentes constitui requisito básico de funcionamento. Todas as rotinas são desenhadas para atender exigências contratuais específicas. Normas técnicas de armazenamento são rigorosamente seguidas. Legislações sobre produtos controlados são observadas. Prazos de prestação de contas são cumpridos. Recomendações de órgãos de controle são prontamente implementadas.

5.3.3 Controle Físico e Financeiro dos Materiais e Bens

O Manual estabelecerá procedimentos detalhados e sistemáticos para garantir controle preciso e confiável sobre todos os materiais e bens da unidade, integrando dimensões física e financeira em sistema único e coerente.

O registro de entrada e saída de materiais constitui ponto de partida fundamental para todo o sistema de controle. Cada entrada é registrada com informações completas incluindo fornecedor, nota fiscal, data de recebimento, quantidade, lote, validade quando aplicável, valor unitário e total, condições de recebimento e responsável pela conferência. Saídas são igualmente documentadas com requisitante, finalidade, quantidade, valor e autorização. Nenhuma movimentação ocorre sem registro formal correspondente.

O processo de registro é desenhado para capturar informações no momento exato da ocorrência. Recebimentos são registrados imediatamente após conferência física. Dispensações são lançadas no ato da entrega ao requisitante. Sistemas informatizados com coletores de dados agilizam processo e reduzem erros. Quando sistemas eletrônicos não estão disponíveis, registros manuais seguem mesma sistemática com posterior digitação. Conciliações diárias garantem integridade dos dados.

O controle de saldos por item mantém visibilidade permanente sobre disponibilidades. Cada material ou bem tem ficha individual ou registro eletrônico que consolida todas as movimentações. Saldo inicial mais entradas menos saídas igual saldo atual é equação constantemente verificada. Múltiplos locais de armazenamento são considerados no saldo total. Reservas para aquisições aprovadas são deduzidas da disponibilidade. Alertas automáticos sinalizam quando saldos atingem níveis críticos.

A gestão de saldos considera características específicas de cada tipo de material. Medicamentos são controlados por lote e validade além de quantidade. Materiais de consumo regular têm pontos de ressurgimento calculados estatisticamente. Itens de uso eventual mantêm estoque mínimo de segurança. Materiais sazonais têm níveis ajustados conforme período. Produtos perecíveis recebem atenção especial para rotatividade adequada.

A correspondência entre estoque físico e registros financeiros é mantida através de processos sistemáticos de verificação e ajuste. Inventários rotativos conferem periodicamente exatidão dos saldos. Divergências identificadas são investigadas até determinação de causa. Ajustes necessários são realizados com documentação e autorização apropriadas. Relatórios de divergência são analisados para identificar problemas sistêmicos. Melhorias nos controles são implementadas com base nessas análises.

O monitoramento de consumo e perdas fornece informações gerenciais valiosas para otimização da gestão. Padrões de consumo por setor, período e tipo de atendimento são identificados. Variações significativas em relação a

médias históricas são investigadas. Perdas por validade, quebra, deterioração ou outras causas são quantificadas e analisadas. Indicadores de eficiência como giro de estoque e tempo médio de permanência são calculados. Estas informações orientam decisões de compra e melhorias operacionais.

A análise de consumo utiliza ferramentas estatísticas e gerenciais sofisticadas. Séries temporais identificam tendências e sazonalidades. Correlações entre consumo e indicadores assistenciais revelam eficiência de utilização. Benchmarking com unidades similares identifica oportunidades de melhoria. Análise ABC classifica itens por importância e orienta diferentes estratégias de gestão. Projeções baseadas em dados históricos apoiam planejamento de compras.

A identificação de desvios ou inconsistências emprega múltiplas técnicas de detecção. Conferências físicas periódicas comparam contagens com registros. Análises de variação identificam mudanças abruptas em padrões. Cruzamentos de informações entre diferentes sistemas revelam discrepâncias. Indicadores sentinela alertam para situações anormais. Denúncias e observações de usuários são investigadas. Cada método contribui para rede de detecção que minimiza riscos.

A integração do controle físico ao controle financeiro permite acompanhamento preciso da execução orçamentária. Consumo físico é automaticamente convertido em realização orçamentária. Saldos de empenhos são atualizados em tempo real. Projeções de consumo futuro orientam solicitações de reforço orçamentário. Análises de custo por procedimento ou paciente tornam-se possíveis. Esta visão integrada melhora significativamente qualidade das decisões gerenciais.

5.3.4 Rotinas de Recebimento, Armazenamento e Distribuição

O Manual definirá com precisão e detalhamento todas as rotinas operacionais relacionadas ao fluxo de materiais na unidade, desde sua chegada até a dispensação final aos usuários.

Os procedimentos de recebimento e conferência de materiais estabelecem primeira barreira de controle de qualidade e conformidade. Agendamento prévio de entregas organiza fluxo de trabalho e garante disponibilidade de pessoal qualificado. Conferência física confronta materiais entregues com pedido, nota fiscal e especificações contratuais. Verificação qualitativa assegura que produtos atendem padrões exigidos. Testes de aceitação podem ser realizados para itens críticos. Divergências são documentadas e comunicadas imediatamente para resolução.

O processo de conferência segue roteiro padronizado que garante completude e consistência. Documentação é verificada quanto a regularidade fiscal e correspondência com pedido. Embalagens são inspecionadas quanto a integridade e identificação adequada. Quantidades são contadas com precisão, utilizando técnicas apropriadas para grandes volumes. Prazos de validade são verificados e confrontados com políticas de aceitação. Amostras podem ser separadas para análises quando pertinente. Cada etapa é registrada em checklist específico.

Os critérios de armazenamento conforme tipo de item garantem preservação adequada e facilitam gestão. Medicamentos termolábeis são imediatamente direcionados para armazenamento refrigerado com controle contínuo de temperatura. Materiais estéreis mantêm-se em áreas limpas com controle de umidade. Produtos inflamáveis seguem normas rigorosas de segurança. Correlatos volumosos utilizam estruturas apropriadas de armazenagem. Cada categoria tem local e condições específicas definidas.

A organização física do almoxarifado segue princípios de eficiência e segurança. Layout facilita fluxo de materiais e pessoas. Endereçamento lógico permite localização rápida de qualquer item. Itens de maior rotatividade ficam mais acessíveis. Separação física entre categorias incompatíveis previne contaminações ou acidentes. Sinalização clara orienta usuários e facilita conferências. Aproveitamento vertical otimiza uso do espaço disponível.

A identificação adequada dos materiais elimina erros e agiliza operações. Etiquetas padronizadas contêm todas as informações relevantes: código, descrição, lote, validade, quantidade e localização. Códigos de barras ou QR codes permitem leitura automatizada. Cores diferentes podem sinalizar categorias ou urgências. Materiais semelhantes recebem identificação diferenciada para evitar trocas. Sistema de identificação é resistente às condições ambientais do armazenamento.

O controle de acesso ao almoxarifado protege patrimônio e garante rastreabilidade. Acesso físico é restrito a pessoal autorizado através de fechaduras, cartões ou biometria. Visitantes e fornecedores são acompanhados durante permanência. Câmeras de segurança monitoram áreas críticas continuamente. Registros de entrada e saída documentam todas as presenças. Diferentes níveis de acesso podem ser estabelecidos conforme função. Auditorias periódicas verificam conformidade com políticas de acesso.

A distribuição mediante requisição formal estabelece controle sobre consumo e responsabilização pelo uso. Requisições padronizadas contêm identificação do solicitante, setor, finalidade, itens e quantidades necessárias. Autorizações seguem alçadas pré-definidas conforme valor ou criticidade. Sistema verifica disponibilidade e compatibilidade antes de aprovar. Alternativas

podem ser sugeridas quando item solicitado não está disponível. Requisições emergenciais seguem fluxo simplificado mas igualmente controlado.

O processo de separação e entrega dos materiais requisitados segue rotina que minimiza erros e maximiza eficiência. Documentos de requisição orientam separação precisa. Conferência dupla verifica correção antes da entrega. Embalagem adequada protege materiais durante transporte interno. Entrega é documentada com assinatura de recebimento. Orientações de uso são fornecidas quando pertinente. Pendências são registradas para resolução posterior.

O registro das movimentações mantém histórico completo e auditável de todo fluxo de materiais. Cada transação gera registro eletrônico imediato com todos os dados relevantes. Documentos físicos são arquivados organizadamente como backup. Relatórios periódicos consolidam movimentações por diversos critérios. Análises identificam padrões e anomalias. Base de dados histórica apoia decisões futuras. Sistema permite rastreamento completo de qualquer item desde entrada até consumo final.

5.3.5 Inventário de Almoxarifado e Patrimônio

O Manual estabelecerá procedimentos sistemáticos e abrangentes para realização de inventários que assegurem permanente conformidade entre registros e realidade física de materiais e bens.

O inventário físico periódico dos materiais e bens constitui processo fundamental de verificação e controle que valida a eficácia de todos os demais procedimentos. Periodicidade mínima anual é estabelecida, com possibilidade de inventários intermediários conforme necessidade ou determinação superior. Inventários rotativos complementam verificação anual, conferindo parcelas do estoque ao longo do exercício. Metodologia combina contagem completa para itens críticos ou de alto valor com amostragem estatística para itens de consumo regular.

O planejamento do inventário inicia com antecedência suficiente para garantir preparação adequada. Comissão de inventário é formalmente designada com membros de diferentes áreas. Cronograma detalhado estabelece datas e responsabilidades. Treinamento específico capacita participantes nas técnicas e procedimentos. Materiais necessários como fichas, etiquetas e equipamentos são providenciados. Comunicação prévia alerta todas as áreas sobre impactos e necessidades de colaboração.

A execução do inventário segue metodologia rigorosa que garante precisão e confiabilidade. Movimentações são suspensas ou rigorosamente controladas durante contagem. Equipes de contagem trabalham em duplas para

conferência mútua. Primeira contagem é realizada sem acesso aos saldos contábeis para evitar viés. Divergências significativas geram recontagem por equipe diferente. Condições físicas dos itens são avaliadas além da quantidade. Achados relevantes são documentados em tempo real.

O confronto entre inventário físico e registros contábeis revela eficácia dos controles e identifica necessidades de ajuste. Relatórios comparativos apresentam divergências item por item. Percentuais de acurácia são calculados por categoria e valor. Investigação de divergências busca causas raízes antes de simples ajuste contábil. Padrões de erro orientam melhorias nos processos. Materialidade orienta priorização de investigações e correções.

A atualização dos registros patrimoniais incorpora achados do inventário mantendo integridade do sistema. Ajustes são processados com documentação completa e autorização apropriada. Bens não localizados entram em processo de busca intensiva antes de baixa. Bens localizados sem registro são incorporados após verificação de origem. Estados de conservação são atualizados conforme avaliação física. Necessidades de manutenção identificadas são encaminhadas para providências.

O processo de incorporação e baixa patrimonial segue trâmites que garantem legalidade e rastreabilidade. Novas aquisições são tempestivamente incorporadas com todos os dados relevantes. Transferências entre setores atualizam responsabilidades sem perder histórico. Baixas por obsolescência, inservibilidade ou perda seguem processo administrativo completo. Destinação de bens baixados respeita legislação ambiental e patrimonial. Documentação completa permite auditoria de todo ciclo de vida dos bens.

A identificação de diferenças e ajustes requer análise cuidadosa que vai além da simples correção numérica. Divergências são classificadas por natureza: erro de registro, movimentação não documentada, perda, desvio ou outras causas. Materialidade determina profundidade de investigação requerida. Responsabilidades são apuradas quando pertinente. Medidas preventivas são implementadas para evitar recorrência. Aprendizado organizacional é extraído de cada situação.

O registro formal dos resultados do inventário produz documentação oficial que respalda ajustes e demonstra conformidade. Relatório final consolidado apresenta metodologia, achados e recomendações. Atas de reuniões documentam decisões tomadas. Papéis de trabalho comprovam procedimentos realizados. Certificação pela comissão atesta correção do processo. Aprovação por instâncias superiores formaliza aceitação. Arquivo permanente preserva documentação para consultas futuras.

A realização de inventários conforme necessidade para controle e fiscalização demonstra flexibilidade e prontidão organizacional. Mudanças de

gestão demandam inventário de transição. Auditorias extraordinárias podem requerer verificações específicas. Suspeitas de irregularidades justificam contagens direcionadas. Implantação de novos sistemas exige validação de dados migrados. Cada situação recebe tratamento adequado mantendo rigor metodológico.

5.3.6 Gestão do Patrimônio

A gestão patrimonial estabelecida no Manual assegura controle completo sobre todos os bens permanentes da unidade, desde sua incorporação até eventual baixa, garantindo preservação, uso adequado e prestação de contas sobre patrimônio público.

O cadastro patrimonial dos bens constitui base de dados fundamental que centraliza todas as informações relevantes sobre cada item do patrimônio. Dados cadastrais incluem descrição completa e padronizada, marca, modelo e características técnicas, número de série ou identificação única, valor de aquisição e depreciação acumulada, localização física atual e histórico de movimentações, responsável pela guarda e condições de uso. Sistema informatizado mantém estas informações atualizadas e acessíveis.

A estruturação do cadastro segue normas contábeis públicas e orientações dos órgãos de controle. Classificação por natureza de despesa facilita conciliação contábil. Codificação hierárquica permite agregações por categoria. Campos específicos atendem necessidades gerenciais locais. Integração com sistemas corporativos evita redundâncias. Backup regular protege contra perda de dados. Acesso é controlado conforme perfil de usuário.

A identificação e tombamento estabelecem vínculo físico permanente entre bem e registro patrimonial. Plaquetas patrimoniais com numeração única são afixadas em local visível e seguro. Material das plaquetas resiste a condições ambientais previstas de uso. Código de barras ou QR code facilita leituras e conferências. Bens sem possibilidade de fixação recebem identificação alternativa apropriada. Registro fotográfico complementa identificação física.

O processo de tombamento é realizado imediatamente após recebimento e aceite do bem. Numeração sequencial única evita duplicidades. Fixação é realizada por pessoal treinado para evitar danos. Localização da plaqueta é padronizada por tipo de bem. Segundo registro em local discreto previne perda por remoção da plaqueta principal. Atualização do sistema é simultânea ao tombamento físico.

O registro de movimentações internas mantém rastreabilidade completa da localização de cada bem. Toda mudança de local, mesmo temporária, gera registro formal. Transferências entre setores atualizam responsabilidades.

Empréstimos internos são controlados com prazo de devolução. Saídas para manutenção são monitoradas até retorno. Histórico completo permite localização imediata e apuração de responsabilidades.

O sistema de controle de movimentações utiliza formulários padronizados e/ou sistema eletrônico. Autorização prévia é requerida conforme valor ou criticidade do bem. Conferência física confirma estado no momento da transferência. Aceite formal do recebedor transfere responsabilidade. Alertas automáticos sinalizam movimentações pendentes de regularização. Relatórios gerenciais mostram distribuição atual do patrimônio.

O controle de uso e conservação monitora continuamente estado e utilização adequada dos bens. Inspeções periódicas avaliam condições físicas e funcionais. Utilização é verificada quanto a conformidade com finalidade. Ociosidade é identificada para possível realocação. Mau uso é documentado e corrigido. Necessidades de intervenção são prontamente identificadas. Vida útil é monitorada para planejamento de substituições.

As rotinas de verificação são adaptadas às características de cada tipo de bem. Equipamentos médicos recebem verificação funcional frequente. Móveis são inspecionados quanto a integridade estrutural. Equipamentos de informática têm desempenho monitorado. Veículos seguem programa específico de controle. Instalações prediais são vistoriadas sistematicamente. Cada categoria tem checklist e periodicidade apropriados.

A manutenção preventiva e corretiva prolonga vida útil e garante disponibilidade operacional. Programa de manutenção preventiva é elaborado conforme recomendações de fabricantes e experiência operacional. Contratos de manutenção cobrem equipamentos críticos. Equipe interna realiza manutenções básicas. Histórico de intervenções orienta decisões futuras. Custos são monitorados para análise de viabilidade.

A gestão da manutenção utiliza indicadores de desempenho específicos. Tempo médio entre falhas mede confiabilidade. Tempo médio de reparo avalia eficiência da manutenção. Disponibilidade operacional indica eficácia global. Custo de manutenção por vida útil orienta decisões de substituição. Comparações entre equipamentos similares identificam problemas específicos.

A baixa e substituição conforme critérios técnicos garante renovação adequada do patrimônio. Obsolescência tecnológica justifica substituição mesmo com funcionamento. Custo de manutenção excessivo indica momento de troca. Incapacidade de atender necessidades atuais demanda atualização. Danos irreparáveis determinam baixa compulsória. Cada situação é analisada tecnicamente com documentação apropriada.

5.3.7 Rastreabilidade dos Materiais e Bens

O Manual assegurará rastreabilidade completa de todos os materiais e bens, estabelecendo sistemas e procedimentos que permitem reconstruir histórico detalhado de qualquer item desde origem até destino final.

A identificação única dos materiais e bens constitui fundamento essencial de qualquer sistema de rastreabilidade eficaz. Cada item recebe código identificador único que o acompanha durante todo ciclo de vida. Materiais de consumo são identificados por lote, permitindo rastreamento de grupo com características comuns. Bens permanentes recebem número patrimonial individual e intransferível. Codificação segue padrão que incorpora informações relevantes mantendo unicidade.

O sistema de codificação é estruturado para facilitar gestão enquanto garante rastreabilidade. Prefixos identificam categorias principais. Numeração sequencial assegura unicidade dentro de cada categoria. Dígitos verificadores previnem erros de digitação. Códigos de barras bidimensionais armazenam informações adicionais. Sistema permite expansão futura sem quebra de compatibilidade. Documentação completa explica estrutura e significado de cada elemento.

O registro de origem, movimentação e destino cria trilha auditável completa para cada item. Origem documenta fornecedor, processo de aquisição, data de recebimento e condições de entrada. Movimentações capturam cada transferência com data, hora, origem, destino e responsável. Destino final registra consumo, incorporação a paciente, descarte ou outras formas de saída. Conjunto completo permite reconstrução precisa de todo percurso.

A captura de informações de rastreabilidade ocorre em tempo real sempre que possível. Leitores de código de barras em pontos estratégicos automatizam registro. Integração entre sistemas elimina necessidade de múltiplas entradas. Dispositivos móveis permitem registro no local da ocorrência. Quando captura automática não é viável, procedimentos manuais garantem registro tempestivo. Conciliações periódicas validam integridade das informações.

O histórico de uso e manutenção agrega dimensão temporal importante à rastreabilidade. Para materiais, registra-se condições de armazenamento, verificações realizadas e intercorrências. Para equipamentos, documenta-se horas de uso, intervenções realizadas, peças substituídas e desempenho observado. Este histórico permite análises de confiabilidade, previsão de falhas e otimização de manutenção. Decisões sobre substituição são embasadas em dados objetivos.

A documentação do histórico segue padrões que facilitam análise posterior. Registros estruturados permitem consultas e agregações. Narrativas complementam dados estruturados quando necessário. Anexos como relatórios

técnicos e notas fiscais são vinculados eletronicamente. Fotografias documentam estados e condições. Assinaturas eletrônicas ou físicas garantem autenticidade. Preservação de longo prazo é garantida.

A disponibilidade de informações para auditoria requer organização e acessibilidade adequadas. Sistemas permitem consultas por múltiplos critérios. Relatórios padrão atendem necessidades mais comuns. Exportação de dados facilita análises específicas. Documentação física é arquivada com indexação apropriada. Tempo de resposta para solicitações é minimizado. Confidencialidade é preservada conforme natureza das informações.

Os procedimentos de preparação para auditoria são incorporados à rotina operacional. Verificações periódicas garantem qualidade contínua dos registros. Simulações de auditoria identificam pontos fracos. Documentação de processos facilita compreensão por auditores. Evidências são organizadas antecipadamente. Pessoal é treinado para interagir adequadamente com auditores. Melhorias identificadas em auditorias anteriores são implementadas.

A rastreabilidade completa dos processos estende conceito além de itens individuais. Processos de compra são documentados desde requisição até pagamento. Distribuições registram não apenas o que foi entregue mas também justificativa e utilização prevista. Descartes documentam método, destino e conformidade ambiental. Inventários preservam metodologia e achados. Cada processo relevante tem trilha auditável completa.

5.3.8 Responsabilidades das Equipes Envolvidas

O Manual definirá com clareza e precisão as responsabilidades de cada equipe e profissional envolvido na gestão de almoxarifado e patrimônio, estabelecendo matriz de responsabilidades que elimina ambiguidades e garante adequada execução de todas as atividades.

A equipe do almoxarifado assume responsabilidade direta pela operação diária de recebimento, armazenamento, conservação e distribuição de materiais. Profissionais dedicados e capacitados executam conferências físicas e documentais de todos os recebimentos. Organizam armazenamento seguindo critérios técnicos e de segurança estabelecidos. Mantêm controle preciso de estoques através de registros sistemáticos. Realizam separação e entrega de materiais mediante requisições autorizadas. Executam contagens periódicas para validação de saldos.

As competências específicas requeridas da equipe de almoxarifado incluem conhecimento de técnicas de armazenamento e conservação, habilidade com sistemas informatizados de controle, capacidade de organização e atenção a detalhes, integridade para lidar com materiais de valor e

comunicação eficaz com usuários internos. Treinamento contínuo mantém estas competências atualizadas e desenvolve novas habilidades conforme evolução tecnológica e processual.

A equipe administrativa complementa trabalho operacional do almoxarifado com atividades de planejamento, controle e registro. Processam documentação de entrada e saída mantendo conformidade fiscal e contábil. Elaboram relatórios gerenciais que subsidiam decisões. Mantêm cadastros atualizados de fornecedores e materiais. Processam requisições verificando autorizações e disponibilidades. Interface com sistemas corporativos garantindo integridade de informações.

As responsabilidades administrativas específicas abrangem conciliação entre registros físicos e contábeis, preparação de processos de compra baseados em necessidades identificadas, acompanhamento de contratos de fornecimento, análise de indicadores de desempenho e proposição de melhorias, preparação de prestações de contas e atendimento a auditorias. Visão sistêmica e conhecimento de normas públicas são essenciais para adequado desempenho.

A coordenação administrativa exerce supervisão sobre toda a gestão de materiais e patrimônio, garantindo alinhamento com objetivos institucionais. Define políticas e procedimentos em consonância com normas superiores. Aloca recursos humanos conforme necessidades operacionais. Estabelece metas e monitora indicadores de desempenho. Resolve conflitos e situações excepcionais. Representa área em instâncias decisórias. Garante cumprimento de prazos e qualidade de processos.

O exercício da coordenação requer competências gerenciais e técnicas equilibradas. Liderança para motivar e orientar equipes. Conhecimento técnico para avaliar processos e propor melhorias. Habilidade analítica para interpretar dados e tendências. Capacidade de comunicação para articular com diferentes níveis. Visão estratégica para alinhar operação com objetivos maiores. Integridade para gerir recursos públicos com responsabilidade.

A direção da unidade mantém responsabilidade final sobre gestão de almoxarifado e patrimônio, reconhecendo impacto direto na capacidade assistencial. Aprova políticas e procedimentos propostos pela coordenação. Aloca recursos orçamentários para manutenção de estoques adequados. Decide sobre investimentos em infraestrutura e tecnologia. Responde institucionalmente por conformidade e resultados. Promove cultura organizacional de valorização e cuidado com recursos públicos.

O envolvimento da direção manifesta-se através de ações concretas de apoio e cobrança. Participação em reuniões de análise crítica de indicadores. Decisão tempestiva sobre questões que excedem alçada operacional. Suporte

político para implementação de mudanças necessárias. Reconhecimento de boas práticas e resultados alcançados. Responsabilização por falhas e implementação de correções. Exemplo pessoal no uso cuidadoso de recursos.

A matriz de responsabilidades RACI (Responsável, Aprovador, Consultado, Informado) clarifica papéis em cada processo principal. Recebimento de materiais tem almoxarife como responsável, coordenador como aprovador de divergências, administrativo consultado sobre documentação e direção informada de problemas críticos. Cada processo relevante recebe tratamento similar, eliminando dúvidas sobre papéis. Matriz é amplamente divulgada e serve como referência para resolução de conflitos.

5.3.9 Monitoramento, Auditoria e Melhoria Contínua

O Manual estabelecerá sistema robusto e sistemático de monitoramento, auditoria e melhoria contínua que assegura manutenção e evolução constante da qualidade na gestão de almoxarifado e patrimônio.

O monitoramento contínuo dos controles utiliza conjunto abrangente de indicadores que fornecem visão em tempo real do desempenho operacional. Indicadores de estoque incluem giro, cobertura, acurácia e obsolescência. Medidas de processo abrangem tempo de atendimento, conformidade documental e produtividade. Métricas financeiras contemplam valores em estoque, perdas e economias obtidas. Índices de qualidade avaliam satisfação de usuários e conformidade com normas.

A sistemática de coleta e análise de indicadores garante informações confiáveis e tempestivas. Dados são capturados preferencialmente de forma automática através de sistemas. Validações garantem consistência e completude. Cálculos seguem fórmulas padronizadas e documentadas. Apresentação utiliza dashboards visuais de fácil interpretação. Análises estatísticas identificam tendências e variações significativas. Relatórios executivos sintetizam informações para tomada de decisão.

As auditorias internas periódicas complementam monitoramento contínuo com verificações aprofundadas. Programa anual estabelece escopo e cronograma de auditorias. Metodologia combina verificação de conformidade processual com avaliação de eficácia. Amostragem estatística otimiza esforço mantendo representatividade. Testes substantivos validam informações reportadas. Entrevistas com executores revelam aspectos não documentados. Observação direta confirma aderência a procedimentos.

A condução de auditorias segue protocolo que garante objetividade e valor agregado. Planejamento detalhado define objetivos e procedimentos. Comunicação prévia prepara auditados e facilita colaboração. Execução

profissional mantém foco em melhorias, não em culpabilização. Achados são discutidos em tempo real permitindo esclarecimentos. Relatórios são factuais e construtivos. Recomendações são práticas e viáveis. Acompanhamento verifica implementação de melhorias.

A identificação de não conformidades adota abordagem sistemática de classificação e priorização. Não conformidades maiores representam riscos significativos ou violações graves. Não conformidades menores indicam desvios com impacto limitado. Observações sinalizam oportunidades de melhoria sem caracterizar desvio. Cada categoria recebe tratamento apropriado quanto a prazo e profundidade de correção. Recorrências são tratadas com maior rigor.

O processo de tratamento de não conformidades garante resolução efetiva e duradoura. Análise de causa raiz identifica fatores fundamentais, não apenas sintomas. Ações corretivas atacam causas identificadas. Ações preventivas evitam ocorrência em processos similares. Planos de ação detalham responsáveis, prazos e recursos. Implementação é monitorada até conclusão. Eficácia é verificada após período apropriado. Lições aprendidas são disseminadas.

A implementação de ações corretivas segue metodologia que maximiza probabilidade de sucesso. Envolvimento dos executores garante soluções práticas. Testes piloto validam eficácia antes de expansão. Treinamentos capacitam para novos procedimentos. Mudanças em sistemas são cuidadosamente planejadas. Comunicação clara explica razões e benefícios. Resistências são identificadas e trabalhadas. Reconhecimento reforça comportamentos desejados.

O aperfeiçoamento das rotinas é processo contínuo que incorpora aprendizados de múltiplas fontes. Sugestões de colaboradores são ativamente solicitadas e avaliadas. Benchmarking com outras organizações identifica melhores práticas. Inovações tecnológicas são analisadas quanto a aplicabilidade. Mudanças regulatórias são prontamente incorporadas. Feedback de usuários orienta ajustes. Análise crítica periódica questiona premissas estabelecidas.

A gestão de mudanças garante que melhorias sejam implementadas sem disruption operacional. Impactos são cuidadosamente avaliados antes da implementação. Planos de contingência preveem possíveis problemas. Implementação gradual permite ajustes. Comunicação mantém todos informados. Treinamentos precedem mudanças significativas. Período de estabilização é respeitado. Rollback é possível se necessário.

5.3.10 Integração com a Prestação de Contas e Controle Externo

A gestão de almoxarifado e patrimônio estará plenamente integrada aos processos de prestação de contas e controle externo, reconhecendo que transparência e conformidade são requisitos fundamentais na gestão de recursos públicos.

A integração com a prestação de contas do Contrato de Gestão estabelece fluxo contínuo de informações que demonstram adequada gestão dos recursos. Relatórios mensais de movimentação de estoque são incorporados às prestações de contas periódicas. Demonstrativos de patrimônio apresentam evolução e estado dos bens. Indicadores de eficiência comprovam uso racional de recursos. Documentação comprobatória permanece organizada e acessível. Formato e conteúdo atendem exigências contratuais específicas.

A preparação de informações para prestação de contas segue cronograma que garante tempestividade e qualidade. Fechamentos mensais consolidam movimentações do período. Conferências validam consistência de informações. Ajustes necessários são processados com documentação apropriada. Relatórios são revisados antes de envio. Arquivo digital e físico preserva documentação de suporte. Melhorias identificadas em análises anteriores são implementadas.

A integração com execução financeira mantém coerência entre dimensões física e monetária da gestão. Consumo de materiais é refletido na realização de despesas. Aquisições são registradas simultaneamente nos controles patrimonial e orçamentário. Baixas patrimoniais geram ajustes contábeis correspondentes. Inventários validam valores contabilizados. Depreciações são calculadas e registradas conforme normas. Conciliações periódicas garantem alinhamento.

Os mecanismos de integração incluem interfaces automáticas entre sistemas sempre que possível. Quando integração automática não é viável, procedimentos manuais garantem sincronização. Conferências cruzadas identificam divergências para correção. Responsáveis únicos por cada interface evitam duplicidades ou omissões. Logs de integração permitem rastreamento de problemas. Testes periódicos validam funcionamento correto.

A preparação para fiscalização da Administração Pública mantém organização em estado de prontidão permanente. Documentação é mantida conforme padrões exigidos por órgãos fiscalizadores. Segregação de funções respeita princípios de controle interno. Autorizações e aprovações seguem alçadas estabelecidas. Registros permitem rastreamento completo de transações. Políticas escritas demonstram organização e planejamento.

As rotinas de preparação incluem simulações periódicas de fiscalização. Checklists baseados em fiscalizações anteriores orientam verificações. Pontos de atenção recorrentes recebem tratamento prioritário. Melhorias são

implementadas proativamente, não apenas reativamente. Relacionamento institucional com órgãos fiscalizadores é cultivado. Transparência e colaboração marcam interações.

A interface com órgãos de controle externo como Tribunais de Contas requer atenção especial a requisitos específicos. Normativas e instruções são monitoradas para identificar mudanças. Sistemas e processos são adaptados para atender novas exigências. Consultas formais esclarecem dúvidas de interpretação. Boas práticas reconhecidas são adotadas. Decisões e jurisprudência orientam procedimentos. Capacitação mantém equipes atualizadas.

O atendimento a requisições de órgãos de controle segue protocolo que garante tempestividade e completude. Solicitações são protocoladas e direcionadas a responsáveis. Prazos são rigorosamente controlados. Informações são validadas antes de envio. Documentação de suporte é organizada logicamente. Respostas são claras e objetivas. Protocolo de entrega comprova cumprimento de prazos.

A transparência ativa antecipa demandas de controle através de divulgação proativa. Relatórios de gestão são disponibilizados periodicamente. Indicadores chave são publicados em locais acessíveis. Políticas e procedimentos são documentados e divulgados. Canal de comunicação permite esclarecimentos. Cultura de transparência permeia toda organização.

5.3.11 Considerações Finais

A implantação do Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio assegura controle físico e financeiro integrado, inventário periódico e rastreabilidade completa dos bens e materiais, fortalecendo a governança, a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos públicos, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com o Contrato de Gestão.

O manual representa conquista significativa na profissionalização da gestão de recursos materiais e patrimoniais da unidade. Transformação de práticas informais em processos estruturados eleva qualidade e confiabilidade de toda operação. Padronização elimina variabilidades que comprometiam eficiência. Controles estabelecidos previnem perdas e desperdícios. Transparência obtida fortalece confiança de todos os stakeholders.

O fortalecimento da governança através do manual manifesta-se em múltiplas dimensões. Processos claramente definidos eliminam ambiguidades decisórias. Responsabilidades precisamente atribuídas garantem accountability. Controles efetivos previnem desvios e irregularidades. Informações confiáveis

subsidiar decisões estratégicas. Conformidade normativa protege gestores e instituição. Cada elemento contribui para gestão mais madura e profissional.

A transparência alcançada transcende mero cumprimento de obrigações legais. Informações organizadas e acessíveis facilitam controle social. Processos documentados permitem auditoria efetiva. Resultados mensuráveis demonstram eficiência. Prestações de contas refletem realidade operacional. Confiança construída facilita relações institucionais. Transparência torna-se valor organizacional, não apenas obrigação.

A responsabilidade na gestão dos recursos públicos é reforçada através de mecanismos múltiplos. Controles preventivos evitam mau uso. Monitoramento detecta desvios precocemente. Auditorias validam conformidade. Correções são implementadas prontamente. Aprendizado contínuo melhora processos. Cultura de responsabilidade permeia organização. Cada profissional compreende seu papel na preservação do patrimônio público.

A consonância com diretrizes do Sistema Único de Saúde garante alinhamento com políticas nacionais. Uso racional de recursos libera fundos para ampliação de acesso. Qualidade na gestão melhora qualidade assistencial. Transparência fortalece controle social preconizado pelo SUS. Eficiência administrativa contribui para sustentabilidade do sistema. Integração facilita planejamento regional. Cada aspecto local contribui para objetivos sistêmicos.

O alinhamento com Contrato de Gestão facilita cumprimento de obrigações pactuadas. Indicadores de desempenho são naturalmente atingidos. Prestações de contas são preparadas com eficiência. Fiscalizações encontram conformidade. Renovações contratuais são respaldadas por resultados. Relacionamento com poder concedente é fortalecido. Sucesso na gestão material contribui para sucesso global.

A sustentabilidade de longo prazo dos processos estabelecidos é garantida através de múltiplos mecanismos. Manual é mantido atualizado conforme evolução normativa e tecnológica. Treinamentos perpetuam conhecimento organizacional. Melhorias contínuas mantêm relevância e eficiência. Tecnologia é incorporada conforme disponibilidade. Sucessões são planejadas para manter continuidade. Cultura organizacional preserva valores essenciais.

O impacto do manual estende-se além dos limites do almoxarifado e patrimônio. Profissionais assistenciais confiam na disponibilidade de materiais. Gestores decidem com base em informações confiáveis. Fornecedores encontram processos claros e justos. Órgãos de controle verificam conformidade facilmente. Sociedade beneficia-se de uso eficiente de recursos. Cada stakeholder percebe valor agregado.

A excelência em gestão de materiais e patrimônio não é fim em si mesma, mas meio essencial para que a Unidade de Pronto Atendimento Municipal cumpra sua missão assistencial. Medicamentos disponíveis salvam vidas. Equipamentos funcionantes permitem diagnósticos e tratamentos. Materiais adequados garantem qualidade de procedimentos. Recursos bem geridos permitem atendimento de mais pessoas. Transparência fortalece apoio social necessário.

Em conclusão, o manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio representa marco importante na evolução gerencial da unidade. Sua implementação efetiva transformará área tradicionalmente vista como suporte em parceira estratégica da assistência. Profissionalização alcançada elevará padrões de toda organização. Resultados obtidos demonstrarão que excelência em gestão administrativa é componente essencial da excelência em cuidados de saúde. Compromisso com melhoria contínua garantirá que benefícios sejam não apenas alcançados, mas perpetuamente ampliados, consolidando a unidade como referência em gestão pública eficiente, transparente e focada em resultados que verdadeiramente importam: salvar vidas e promover saúde com dignidade e qualidade.

5.3.1 Modelo de manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio

1. Apresentação e Fundamentação Operacional

A gestão de almoxarifado e patrimônio em UPA possui impacto direto na assistência. Diferente de serviços eletivos, a UPA vive picos imprevisíveis: surtos, acidentes coletivos, aumento sazonal de síndromes respiratórias, variação do perfil de casos por horário e dia da semana, além de períodos de maior permanência em observação quando há restrição de leitos regulados.

Nesse cenário, almoxarifado não é depósito: é função crítica de continuidade do cuidado. E patrimônio não é obrigação burocrática: é garantia de disponibilidade operacional (equipamentos funcionando, mobilidade de macas, rede de frio confiável, TI estável, mobiliário íntegro). O custo de falha é alto: atraso em procedimento, risco assistencial, aumento de eventos adversos, desperdício de recursos públicos e apontamentos por auditoria.

Este manual foi desenvolvido para transformar a gestão de materiais e bens em um sistema:

- Padronizado (procedimentos consistentes, independentemente de quem executa),
- Rastreável (capaz de reconstruir o histórico completo de cada item e bem),

- Auditável (documentação e evidências organizadas para controle interno e externo),
- Eficiente (redução de perdas, ruptura de estoque e retrabalho),
- Aderente à realidade de uma UPA (fluxos simples, claros e executáveis em plantão).

2. Objetivos do Manual

2.1 Objetivo geral

Implantar e manter um Sistema Integrado de Gestão de Almoxxarifado e Patrimônio que assegure:

- disponibilidade contínua de insumos e funcionamento dos bens;
- conformidade com regras de rastreabilidade, controle patrimonial e prestação de contas;
- uso racional e econômico dos recursos públicos;
- mitigação de riscos assistenciais associados a ruptura de estoque, validade vencida e falhas de equipamentos.

2.2 Objetivos específicos

1. Definir o ciclo completo dos materiais: planejar → requisitar → adquirir → receber → conferir → armazenar → distribuir → registrar → inventariar → ajustar/perder → descartar.
2. Definir o ciclo completo do patrimônio: adquirir → receber → tomar → localizar → responsabilizar → manter → movimentar → inventariar → avaliar → baixar/destinar.
3. Definir papéis e responsabilidades (com matriz RACI).
4. Definir documentos, formulários e registros obrigatórios.
5. Implantar controle físico-financeiro integrado e rotinas de fechamento.
6. Implantar inventário rotativo e anual, com metodologia, comissão e relatórios.
7. Implantar indicadores e metas, com reuniões de análise crítica.
8. Implantar auditoria interna e melhoria contínua, com gestão de não conformidades.
9. Integrar rotinas à prestação de contas do Contrato de Gestão e exigências de controle externo.

3. Escopo, Conceitos e Classificações

3.1 Escopo: o que está sob controle

(A) Materiais de consumo e medicamentos

- Materiais médico-hospitalares (MMH): luvas, seringas, equipos, cateteres, compressas, sondas, fios etc.
- Medicamentos: injetáveis, orais, soluções, anestésicos locais etc.
- Materiais laboratoriais e diagnósticos: tubos, swabs, reagentes, lâminas etc.
- Materiais de higiene e limpeza: saneantes, papel, sacos, mop, panos etc.
- EPIs: máscaras, aventais, toucas, protetores faciais etc.
- Materiais administrativos: papelaria, toners, formulários, etiquetas.

(B) Bens patrimoniais (permanentes)

- Equipamentos assistenciais: monitores, bombas, ventiladores, desfibriladores, aspiradores, ECG etc.
- Mobiliário assistencial: macas, poltronas, cadeiras, carrinhos, armários.
- TI: computadores, impressoras, roteadores, nobreaks.
- Rede de frio e apoio: geladeiras, câmaras, termômetros, registradores.
- Predial: ar-condicionado, equipamentos de manutenção, ferramentas permanentes.

3.2 Conceitos operacionais

- Almoxarifado Central: local de recebimento e guarda principal dos materiais.
- Almoxarifado Satélite (setorial): miniestoques dos setores assistenciais com itens de giro rápido.
- Par Level (nível padrão): quantidade-alvo que um setor deve manter para cada item.
- Estoque de segurança: quantidade adicional para absorver picos e atrasos.
- Ponto de ressuprimento: saldo em que se deve iniciar reposição/compra.
- Rastreabilidade por lote: capacidade de rastrear lote recebido, armazenado e distribuído.

- **FEFO:** primeiro a vencer, primeiro a sair (obrigatório para itens com validade).
- **FIFO:** primeiro a entrar, primeiro a sair (para itens sem validade).

3.3 Classificação por criticidade (UPA)

Nível 1 — Itens críticos (sentinela)

Sem eles, a assistência sofre interrupção imediata ou risco elevado: solução fisiológica, materiais de acesso venoso, itens de via aérea, medicamentos de emergência, EPI essencial em surtos.

Nível 2 — Itens essenciais

Mantêm o fluxo assistencial; substituição é possível, mas com impacto: curativos específicos, medicações de uso frequente, kits de coleta.

Nível 3 — Itens de apoio

Administrativo/hotelaria; impacto indireto: papelaria, itens de copa, parte do enxoval operacional.

3.4 Classificação ABC (valor e controle)

- **Classe A:** alto valor e/ou alto risco: controle rígido, inventário mais frequente, acesso restrito.
- **Classe B:** valor intermediário: controles padrão.
- **Classe C:** baixo valor: controles simplificados, sem perder rastreabilidade mínima.

4. Governança, Estrutura e Responsabilidades

4.1 Estrutura mínima recomendada (adaptável ao porte)

- Coordenação Administrativa/Financeira
- Responsável pelo Almoxarifado
- Responsável pelo Patrimônio
- Farmácia/Responsável por medicamentos (quando houver)
- Apoio administrativo (compras, contratos, faturamento/contábil)
- Referência da Enfermagem por setor (usuário-chave para kits, par levels, carrinhos)

4.2 Princípios de controle interno (segregação de funções)

Para reduzir erro e risco de fraude/desvio, a Solution Gestão Pública adota:

- Quem solicita não deve ser o mesmo que autoriza (alçadas).
- Quem recebe e confere não deve ser o mesmo que faz ajustes sozinho.
- Inventário deve ter participação de áreas diferentes (comissão).
- Acesso a itens críticos/controlados deve ser restrito e rastreado.

4.3 Matriz de responsabilidades RACI (modelo ampliado)

Processo 1 — Planejamento de estoque

- R: Almoxarifado/Farmácia
- A: Coordenação Administrativa
- C: Enfermagem, Direção, Assistência
- I: Controle Interno/Contábil

Processo 2 — Recebimento e conferência

- R: Almoxarifado
- A: Coordenação Administrativa
- C: Compras/Contratos, Farmácia (medicamentos), Setor técnico (equipamentos)
- I: Direção

Processo 3 — Armazenamento e endereçamento

- R: Almoxarifado
- A: Coordenação Administrativa
- C: Segurança do trabalho (EPI), Farmácia (rede de frio)
- I: Direção

Processo 4 — Distribuição por requisição

- R: Almoxarifado
- A: Coordenação Administrativa (ou Enfermagem em itens assistenciais conforme alçada)
- C: Setores solicitantes
- I: Direção (relatórios)

Processo 5 — Requisição emergencial

- R: Almoxarifado/Farmácia

- A: Enfermeiro líder do plantão (assistencial) + Coordenação administrativa em D+1 (regularização)
- C: Coordenação de Enfermagem
- I: Direção

Processo 6 — Inventários e ajustes

- R: Comissão de inventário (multisetorial)
- A: Direção/Coordenação Administrativa
- C: Almox, Farmácia, Contábil
- I: Órgão concedente conforme prestação de contas

Processo 7 — Patrimônio (tombamento e TMP)

- R: Patrimônio
- A: Coordenação Administrativa
- C: TI/Manutenção/Engenharia clínica
- I: Direção

Processo 8 — Baixa patrimonial

- R: Patrimônio
- A: Direção
- C: Coordenação administrativa, Contábil, Jurídico (quando aplicável)
- I: Órgão concedente / Controle externo conforme exigido

5. Sistema Integrado: Cadastros, Parametrização e Regras de Registro**5.1 Catálogo único de itens**

Todo item controlado deve ter cadastro padronizado contendo:

- Código interno (único)
- Descrição padronizada (sem ambiguidades)
- Grupo (medicamento/material/EPI/limpeza/admin)
- Unidade de medida (un, cx, pct, fr, amp, ml etc.)
- Conversões (se houver, ex.: caixa com X unidades)
- Criticidade (N1, N2, N3)

- Classe ABC
- Controle de lote (sim/não)
- Controle de validade (sim/não)
- Faixa de armazenamento (ambiente/refrigerado/controle especial)
- Endereçamento padrão
- Estoque mínimo / máximo / ponto de ressuprimento
- Lead time médio
- Fornecedor padrão / alternativo
- Observações operacionais (ex.: “usar FEFO”, “dispensar por lote”)

Regra: não pode existir “item genérico” sem especificação mínima. Se houver equivalentes, devem estar cadastrados como substitutos oficiais.

5.2 Cadastro patrimonial

Para cada bem:

- **Número patrimonial**
- Descrição completa, marca, modelo, especificações
- Número de série
- NF, data de aquisição, valor
- Centro de custo/área
- Localização (setor, sala) com código de localização
- Responsável pela guarda setorial
- Garantia (prazo, termos, contato)
- Contrato de manutenção (se houver)
- Foto do bem e da plaqueta
- Histórico de movimentação (TMP)
- Histórico de manutenção (OS)
- Estado do bem (ótimo/bom/regular/ruim/inservível)
- Vida útil estimada e data prevista de substituição (quando possível)

5.3 Registros obrigatórios — regra “Sem registro, não existe”

Nenhuma movimentação é válida sem registro. Isso inclui:

- Entrada (recebimento) — NRC
- Saída (requisição) — RM
- Transferência entre locais — GTI
- Ajuste (quebra, perda, diferença inventário) — RAF (Registro de Ajuste Formal)
- Devolução — RD (Registro de Devolução)
- Descarte — TD (Termo de Descarte)
- Movimentação patrimonial — TMP
- Baixa patrimonial — TBP

5.4 Prazos de lançamento no sistema

- **Entrada:** no mesmo dia do recebimento (ideal) ou em até 24h úteis.
- **Saída por requisição:** no ato da entrega (ideal) ou até fim do turno.
- **Emergencial:** registro simplificado imediato + regularização em D+1.
- **TMP (patrimônio):** até 24h após movimentação.

6. Planejamento de Estoque: Parâmetros, Metodologia e Rotina Mensal

6.1 Método base para UPA

A gestão de estoque em UPA deve equilibrar 4 variáveis:

1. Consumo médio e variabilidade (picos)
2. Lead time de reposição (atrasos possíveis)
3. Criticidade assistencial
4. Limites de validade e armazenagem

6.2 Fórmulas operacionais

- **CMD (Consumo Médio Diário)** = consumo total período / nº de dias
- **ES (Estoque de Segurança)** = CMD × fator de risco (ex.: 2 a 7 dias conforme criticidade)
 - N1 crítico: 5–7 dias (ajustável)
 - N2 essencial: 3–5 dias
 - N3 apoio: 2–3 dias
- **PR (Ponto de Ressuprimento)** = (CMD × Lead time) + ES

- **EM (Estoque Máximo)** = PR + (CMD × Ciclo de compra)

Regra prática da UPA: itens críticos devem resistir a “fim de semana + atraso”, então ES é mais conservador.

6.3 Rotina mensal de revisão de parâmetros

A cada mês:

- atualizar CMD (últimos 90 dias, com ajuste de sazonalidade)
- revisar lead time (média real de entregas)
- revisar itens críticos (lista sentinela)
- revisar equivalências (substitutos)
- revisar “itens que vencem” e reduzir EM quando houver risco de perda

6.4 Lista sentinela de itens críticos

A Solution Gestão Pública manterá lista sentinela, revisada mensalmente, contendo:

- itens de via aérea
- itens de acesso venoso/perfusão
- soluções parenterais de uso comum
- materiais de curativo essenciais
- EPI e itens de isolamento conforme cenário epidemiológico
- medicamentos de emergência/urgência e analgesia
- insumos do carrinho de parada e sala de emergência

Regra: qualquer ruptura sentinela gera **evento crítico** e plano de ação imediato.

7. Aquisição e Reposição: Integração com Compras e Contratos

7.1 Geração de necessidade (gatilhos)

Necessidade de compra/reposição pode vir de:

- PR atingido (sistema alerta)
- Itens sentinela em queda acelerada
- Aumento de atendimentos/procedimentos
- Mudança de protocolo assistencial
- Relatório de vencimentos (priorizar giro e compras fracionadas)

- Inventário rotativo identificando divergência ou consumo atípico

7.2 Solicitação de compra (SC)

Toda compra deve partir de solicitação formal (SC) contendo:

- item, especificação mínima, unidade
- quantidade solicitada e justificativa (consumo, PR, sazonalidade)
- prazo necessário (considerando estoque atual e ES)
- fornecedor preferencial ou referência de contrato/ata (quando aplicável)
- impacto assistencial se não comprar (para itens críticos)

7.3 Regras para compras de itens críticos

- priorizar fornecedores com SLA comprovado
- manter fornecedor alternativo homologado
- preferir contratos/atas com entrega parcelada (reduz perda por validade)
- garantir especificação mínima padronizada (evitar “marca aleatória” que prejudica uso)

7.4 Recebimento condicionado e não conformidades

Se fornecedor entregar com divergência:

- registrar RNCF
- segregar em quarentena
- comunicar compras/contratos
- definir: troca, devolução, abatimento ou regularização documental

8. Recebimento e Conferência: Procedimentos Detalhados (SOP)

8.1 Preparação do recebimento

- Definir janelas de entrega (evita recebimento no pico assistencial)
- Ter área de recebimento organizada (bancada, checklists, lacres, etiquetas)
- Acesso ao pedido/contrato no ato
- Definir equipe responsável (mínimo 2 pessoas para itens críticos/alto valor)

8.2 Conferência documental (passo a passo)

1. Comparar NF com pedido/contrato: item, quantidade, preço, lote/validade quando aplicável
2. Verificar dados fiscais mínimos (sem necessidade de aprofundar aqui, mas sem aceitar documentação irregular)
3. Confirmar se a entrega é parcial (e registrar pendência)

8.3 Conferência física (passo a passo)

1. Inspecionar integridade das embalagens
2. Verificar quantidade:
 - contagem unitária, por caixa, ou amostragem conforme critério
3. Verificar validade:
 - regra interna para aceite (ex.: recusa de validade inferior a X meses sem autorização)
4. Verificar lote:
 - obrigatório em itens com rastreabilidade
5. Verificar condições especiais:
 - termolábeis (temperatura e evidência)
 - estéreis (integridade da embalagem)
 - inflamáveis/químicos (condição e FISPQ se aplicável)

8.4 Aceite, quarentena e recusa

- **Aceite:** lança no sistema e endereça
- **Quarentena:** item com dúvida (validade/temperatura/divergência) fica segregado e bloqueado no sistema
- **Recusa:** devolução formal com registro e comunicação imediata

8.5 Etiquetagem padrão

Toda caixa/prateleira deve conter etiqueta com:

- código do item
- descrição abreviada padronizada
- lote e validade (se aplicável)
- endereço (rua/estante/prateleira/posição)
- data de entrada

9. Armazenamento: Layout, Segurança, Endereçamento e Rotatividade

9.1 Layout recomendado (fluxo lógico)

Recebimento → Quarentena → Estoque liberado → Separação/expedição interna

Separações físicas:

- medicamentos x materiais x limpeza x EPI x administrativo
- alto valor/controle (armário fechado)
- rede de frio (refrigerados)

9.2 Endereçamento (padrão obrigatório)

- Rua (A, B, C...)
- Estante (01, 02...)
- Prateleira (A, B, C...)
- Posição (01, 02...)

Ex.: **B-02-C-03.**

9.3 Regras FEFO/FIFO

- Ao armazenar: sempre colocar novo lote atrás/abaixo do lote antigo (para sair primeiro o que vence antes)
- Ao separar: sempre conferir validade e selecionar lote com vencimento mais próximo
- Auditoria semanal de prateleiras críticas (inspeção visual e relatório)

9.4 Condições ambientais e conservação

- prateleiras afastadas do piso e parede
- ambiente limpo, seco, ventilado
- proibição de armazenamento diretamente no chão
- controle de pragas (rotina predial)
- sinalização e organização para evitar trocas (itens semelhantes com alerta)

9.5 Controle de acesso e segurança

- lista nominal de autorizados

- chave sob responsabilidade e registro de uso
- visitantes/fornecedores acompanhados
- itens classe A: armário fechado + conferência por dupla

10. Distribuição: Requisições, Kits Setoriais, Emergência e Controle de Consumo

10.1 Requisição padrão (RM)

Campos mínimos:

- data/hora
- setor solicitante e responsável
- itens (código/descrição/unidade/quantidade)
- justificativa (especialmente em itens classe A ou consumo atípico)
- autorização (alçada)
- assinatura de quem entrega e quem recebe

Regra: sem assinatura de recebimento, a entrega não é concluída.

10.2 Horários de reposição programada

Para reduzir fluxo caótico:

- reposição programada 2x/dia (ex.: 07h e 19h)
- reposição extra por gatilho (pico, aumento de observação, surto)

10.3 Par Level e kits por setor

Cada setor terá:

- Lista de itens padronizados do setor
- Quantidade mínima (par level)
- Quantidade máxima (para evitar estoque paralelo)
- Responsável setorial por conferência

Setores típicos para kits

- Sala de emergência (reanimação)
- Sala de procedimentos (suturas, curativos especiais)
- Observação (medicação e materiais frequentes)

- Imobilização
- Coleta/Laboratório
- Isolamento (EPI e insumos de isolamento quando aplicável)

10.4 Requisição emergencial (RM-E)

Quando o atendimento não pode aguardar:

- liberação imediata do item
- registro mínimo no ato (item/qtde/setor/responsável/plantão)
- regularização obrigatória em D+1 com RM completa
- relatório mensal de emergenciais para avaliar falhas e ajustar par levels

10.5 Devolução de materiais

Devolução é permitida quando:

- item não foi usado
- embalagem íntegra
- condições de armazenamento preservadas
- validade adequada

Devolução deve gerar:

- RD (Registro de devolução)
- retorno ao endereço correto
- ajuste de saldo no sistema

10.6 Controle de consumo por centro de custo/setor

Relatórios mensais por setor:

- consumo total (quantidade e valor)
- variações relevantes vs média (alerta)
- itens classe A consumidos (análise detalhada)

11. Validade, Lote, Termolábeis e Itens Controlados (Rotinas Específicas)

11.1 Gestão de validade (processo completo)

Objetivo: reduzir perdas por vencimento a nível mínimo.

Rotina:

1. Relatório semanal de vencimentos (30/60/90 dias)
2. Ação por nível:
 - 90 dias: planejar giro, reduzir compras
 - 60 dias: remanejar para setor de maior consumo
 - 30 dias: priorizar uso, bloquear novas entradas excessivas
3. Registro de perdas: quando inevitável, abrir termo e registrar custo
4. Análise de causa raiz: compra excessiva? baixo giro? mudança de protocolo?

11.2 Rastreabilidade por lote

Obrigatória para:

- medicamentos críticos
- materiais com risco sanitário
- itens de alto valor com necessidade de auditoria reforçada

Saída deve registrar:

- lote (quando aplicável)
- setor destino
- data/hora e responsável

11.3 Termolábeis: cadeia fria

- registro de temperatura mínimo 2x/dia (abertura e fechamento de turno)
- alarme/termômetro confiável
- plano de contingência: queda de energia, falha do equipamento, transferência para equipamento reserva
- ruptura térmica: segregar, avaliar, registrar ocorrência e decisão técnica

11.4 Itens sob controle especial

- acesso restrito
- conferência por dupla
- inventário mais frequente
- registro de entrada/saída detalhado
- reconciliação periódica e relatório para coordenação

12. Inventário de Almoxarifado: Metodologia, Comissão, Relatórios e Ajustes

12.1 Tipos de inventário

Inventário rotativo (contínuo):

- semanal/quinzenal para itens A e críticos
- mensal por amostragem para itens B/C

Inventário anual (geral):

- contagem completa com comissão formal
- relatório consolidado e plano de ação

Inventário extraordinário:

- mudança de gestão
- suspeita de irregularidade
- auditoria externa solicitando verificação
- implantação/migração de sistema

12.2 Comissão de inventário

Composição mínima:

- 1 representante do almoxarifado (não deve liderar sozinho)
- 1 representante administrativo/controle
- 1 representante da assistência (enfermagem)
- (quando aplicável) farmácia e patrimônio como apoio

12.3 Procedimento do inventário anual (passo a passo)

1. Publicar cronograma e regras (congelamento/controle de movimentação)
2. Preparar mapa do estoque (endereço atualizado)
3. Contagem cega (sem saldo do sistema)
4. Recontagem de divergências acima do limite
5. Confronto com sistema e geração de relatório de diferenças
6. Investigação:
 - erro de unidade?
 - item em lugar errado?

- transferência sem registro?
- perda/quebra?

7. Ajustes:

- só com autorização (alçada)
- com registro formal (RAF)

8. Relatório final e plano de melhoria

12.4 Regras de ajuste de estoque (RAF)

Um ajuste só pode ocorrer se houver:

- justificativa documentada
- evidência (foto, termo, relatório de quebra)
- autorização conforme alçada
- registro em relatório mensal de ajustes

12.5 Indicadores do inventário

- acurácia geral (%)
- acurácia por classe ABC
- itens com divergência recorrente
- valor total ajustado (R\$)
- perdas por validade (R\$)

13. Descarte e Gestão de Perdas (Governança e Documentação)

13.1 Tipos de perdas

- vencimento
- quebra/dano
- contaminação/violação
- obsolescência (materiais)
- perda por falha de armazenamento (umidade, calor, praga)
- perda por uso inadequado (erro operacional)

13.2 Processo de descarte documentado

1. Segregar o item e identificar como “bloqueado”

2. Abrir Termo de Descarte (TD) com:

- item, lote, validade, quantidade, motivo
- responsável e data

3. Registrar baixa no sistema**4. Encaminhar destinação conforme regras internas e ambientais****5. Incluir em relatório mensal de perdas****6. Analisar causa raiz e implantar ação preventiva****13.3 Metas e cultura**

A meta é reduzir perdas com responsabilidade, sem ocultar dados. Perda registrada é oportunidade de melhoria; perda não registrada é risco de irregularidade.

14. Patrimônio: Cadastro, Tombamento, Movimentação e Guarda**14.1 Recebimento de bens permanentes**

- conferência NF, marca/modelo, série e acessórios
- teste funcional inicial quando aplicável
- registro de garantia e manual
- aceite do setor técnico (quando equipamento assistencial)

14.2 Tombamento e identificação

- plaqueta patrimonial resistente e visível
- registro fotográfico
- segundo identificador discreto quando necessário
- cadastro completo no sistema patrimonial

14.3 Localização e codificação de ambientes

Cada sala/setor deve ter código de localização (ex.: OBS-01, EMERG-02). O sistema deve refletir o local exato do bem.

14.4 Movimentação patrimonial (TMP)

Toda movimentação precisa de:

- motivo (assistencial, manutenção, substituição)
- origem/destino

- data/hora
- quem entrega e quem recebe
- estado do bem (check rápido)
- prazo de retorno se temporário

14.5 Termo de responsabilidade por guarda setorial

Setor assume responsabilidade por:

- zelar pelo bem
- comunicar avarias e falhas
- impedir retirada sem TMP
- cooperar com inventários

15. Manutenção: Preventiva, Corretiva, SLA e Histórico Técnico

15.1 Política de manutenção

A Solution Gestão Pública adotará:

- plano preventivo por criticidade
- corretiva com SLA e prioridade
- registro obrigatório de OS (ordem de serviço)
- validação do retorno ao uso (teste funcional)

15.2 Classificação de criticidade de equipamentos

- **Crítico:** impacta vida/estabilização imediata (ventilador, desfibrilador, monitor)
- **Alto impacto:** reduz capacidade assistencial (ECG, aspirador, bomba)
- **Apoio:** predial/administrativo

15.3 SLA sugerido

- Crítico: atendimento técnico em até 2–4h (conforme contrato) e solução/contingência imediata
- Alto impacto: até 24h
- Apoio: até 72h (ou conforme contrato)

15.4 Plano de contingência de equipamentos críticos

- equipamento reserva (quando possível)

- protocolo de empréstimo interno
- prioridade de manutenção e substituição
- comunicação com direção quando indisponibilidade ultrapassar SLA

15.5 Indicadores de manutenção

- MTTR (tempo médio para reparo)
- MTBF (tempo médio entre falhas)
- disponibilidade (%)
- custo de manutenção por equipamento
- equipamentos “problemáticos” (falhas recorrentes)

16. Inventário Patrimonial: Anual, Rotativo e Transição de Gestão

16.1 Inventário patrimonial anual

Etapas:

1. Comissão designada
2. Listagem por local
3. Conferência física “bem a bem” (plaqueta + foto quando necessário)
4. Registro de estado
5. Apontamento de bens não localizados e plano de busca
6. Regularização:
 - bem localizado em local errado: fazer TMP retroativo documentado
 - bem sem plaqueta: reidentificar e regularizar
7. Relatório e aprovação

16.2 Inventário rotativo patrimonial

Equipamentos críticos: verificação trimestral (ou semestral), checando:

- localização
- funcionamento básico
- integridade/avarias
- necessidade de manutenção preventiva

16.3 Inventário de transição (mudança de gestão)

- inventário especial para assegurar continuidade e responsabilidade
- registro formal com assinaturas e anexos fotográficos quando necessário

17. Baixa Patrimonial: Critérios, Processo e Destinação

17.1 Critérios técnicos

- inservibilidade (não funciona e não compensa reparar)
- obsolescência (tecnologia inadequada às necessidades)
- custo de manutenção elevado vs substituição
- dano irreparável
- perda comprovada e apurada (situação excepcional)

17.2 Processo de baixa (TBP)

1. Laudo técnico (quando aplicável)
2. Avaliação administrativa e contábil
3. Autorização da Direção (alçada)
4. Registro de baixa no sistema patrimonial
5. Destinação adequada (doação, leilão, descarte)
6. Arquivo do processo para auditoria

Regra: não existe “sumiu e pronto”. Bem não localizado exige busca, apuração e processo formal.

18. Segurança, Risco e Integridade (Materiais e Patrimônio)

18.1 Principais riscos em UPA e controles

Ruptura de estoque crítico

- lista sentinela + ES robusto + reposição programada + gatilhos

Validade vencida

- FEFO + relatórios 30/60/90 + remanejamento + compras parceladas

Desvio/perda de alto valor

- acesso restrito + armário fechado + dupla conferência + inventário rotativo

Estoque paralelo em setores

- par level oficial + conferência setorial + proibição de “guardar por fora”

Equipamento crítico indisponível

- plano preventivo + SLA + contingência + histórico e substituição programada

18.2 Controle de chaves e acessos

- registro de responsáveis
- troca de responsáveis por turno/plantão quando necessário
- auditoria de acesso a itens de controle especial

19. Integração Físico-Financeira e Fechamento Mensal

19.1 Objetivo do fechamento

Garantir que:

- estoque físico e sistema batem
- valores financeiros refletem realidade
- relatórios de consumo e perdas alimentam prestação de contas
- divergências são tratadas imediatamente

19.2 Rotina de fechamento (mensal)

1. Consolidar entradas/saídas do mês
2. Conferir documentos (NRC, RM, GTI, TD)
3. Gerar relatórios:
 - saldo final por item (qtde e valor)
 - consumo por setor
 - perdas
 - ajustes
4. Reunião administrativa de validação
5. Arquivo do dossiê mensal (pronto para auditoria)

19.3 Dossiê mensal (padrão)

- relatório de movimentação
- relatório de vencimentos e perdas

- relatório de itens críticos (ruptura = evento)
- relatório de ajustes
- relatório de patrimônio (movimentações e manutenções relevantes)

20. Indicadores, Metas e Reunião de Análise Crítica

20.1 Indicadores de almoxarifado

- acurácia de estoque (%)
- ruptura de item crítico (nº)
- perdas por vencimento (R\$ e %)
- tempo médio de atendimento de requisição
- consumo por setor (R\$)
- top itens por consumo

20.2 Indicadores de patrimônio

- disponibilidade de equipamentos críticos (%)
- MTTR / MTBF
- bens não localizados no inventário (nº)
- movimentações sem TMP (nº)

20.3 Reunião mensal (roteiro objetivo)

1. Rupturas e quase-rupturas: o que ocorreu, por quê, como prevenir?
2. Perdas por vencimento: quais itens e causas?
3. Consumo atípico: setores e itens fora do padrão
4. Equipamentos críticos: falhas, SLAs e ações
5. Planos de ação: status, responsáveis e prazos

21. Auditoria Interna e Melhoria Contínua

21.1 Auditoria interna (trimestral)

Escopo:

- recebimento (amostra de NFs e NRC)
- validade e FEFO (prateleiras críticas)

- itens classe A (cadeia de custódia)
- requisições emergenciais (regularização)
- inventário rotativo (evidências)
- patrimônio (TMP e localização)

21.2 Não conformidades (NC)

Classificação:

- **Maior:** risco assistencial, perda relevante, falha grave de controle
- **Menor:** desvio processual sem grande impacto imediato
- **Observação:** oportunidade de melhoria

Tratamento:

- causa raiz
- ação corretiva e preventiva
- evidência de conclusão
- verificação de eficácia

21.3 Gestão de mudanças

Toda mudança de processo deve ter:

- comunicação clara
- treinamento rápido (presencial ou em serviço)
- atualização de formulários
- período de estabilização e monitoramento

22. Treinamento e Implantação

22.1 Treinamentos mínimos

Equipe do almoxarifado

- recebimento/conferência e quarentena
- endereçamento e FEFO
- requisição e distribuição
- inventário e ajustes

Equipe assistencial

- requisição correta e par levels
- controle setorial e devoluções
- carrinho de parada e kits
- prevenção de perdas e controle de validade

Equipe administrativa/gestores

- leitura de indicadores e análise crítica
- integração físico-financeira
- prestação de contas e dossiê mensal
- auditoria e tratamento de NC

22.2 Cronograma sugerido de 30–45 dias

- Semana 1: catalogação, endereçamento, organização física, regras de acesso
- Semana 2: implantação RM, reposição programada, par levels setoriais
- Semana 3: cadeia fria/validade/lote + inventário rotativo piloto
- Semana 4: patrimônio (tombamento/TMP), manutenção (SLA), dashboards
- Semana 5–6: auditoria interna inicial + ajustes e padronização final

23. Anexos (Modelos Prontos — Estrutura Completa)

A — Requisição de Materiais (RM)

Campos:

- Unidade / Setor / Turno
- Solicitante (nome/cargo)
- Itens: código, descrição, unidade, qtde, justificativa
- Autorização (assinatura/alçada)
- Entrega: data/hora, conferência, assinatura recebedor
- Observações (substituto, pendência)

B — Requisição Emergencial (RM-E)

Campos mínimos (registro rápido):

- data/hora

- setor
- item/qtde
- responsável do plantão (assinatura)
- regularização em D+1 (campo para anexar RM)

C — Checklist de Recebimento (NRC)

- NF/pedido
- integridade
- quantidade
- validade (mínimo aceito)
- lote
- termolábil (temperatura/evidência)
- aceite/quarentena/recusa
- responsável e assinatura

D — Registro de Não Conformidade de Fornecedor (RNCF)

- fornecedor
- item
- divergência
- evidência
- ação (troca/devolução/abatimento)
- prazo e responsável

E — Controle de Temperatura (Rede de Frio)

- data/hora
- equipamento
- mín/máx
- responsável
- ocorrência e ação

F — Guia de Transferência Interna (GTI)

- origem/destino
- itens/qtde

- motivo
- assinatura entrega/recebe
- lançamento no sistema

G — Termo de Movimentação Patrimonial (TMP)

- bem, nº patrimônio, série
- origem/destino
- motivo
- condição do bem
- responsáveis e data/hora

H — Termo de Baixa Patrimonial (TBP)

- justificativa técnica
- laudo
- autorização direção
- destino
- registros contábeis e anexos

I — Ata e Relatório de Inventário

- comissão, cronograma, método
- divergências e apurações
- ajustes autorizados
- plano de ação

POP 01 — CADASTRO MESTRE DE ITENS (CATÁLOGO ÚNICO) —**1) Objetivo**

Garantir que todo material/medicamento utilizado na UPA possua código único, descrição padronizada, unidade de medida correta, regras de controle (lote/validade/temperatura), parâmetros de estoque e classificação de criticidade/ABC, permitindo compras corretas, recebimento sem divergência, rastreabilidade e auditoria.

2) Escopo

Aplica-se a:

- Materiais médico-hospitalares, EPI, saneantes, administrativos;
- Medicamentos e correlatos (incluindo termolábeis e controlados, quando aplicável);
- Itens para kits setoriais e satélites.

3) Definições

- Item mestre: registro oficial do produto no sistema, com código único.
- Conversão: relação entre embalagem e unidade fracionada (ex.: caixa com 100 unidades).
- Substituto homologado: item equivalente previamente validado (não improvisado).
- Criticidade N1/N2/N3: conforme impacto assistencial.
- ABC: conforme relevância financeira/risco de controle.

4) Responsabilidades (RACI)

- R (Responsável): Encarregado do Almoxarifado / Farmácia (cadastro operacional)
- A (Aprovador): Coordenação Administrativa/Financeira
- C (Consultado): Coordenação de Enfermagem, RT Farmácia (quando houver), Compras/Contratos
- I (Informado): Direção, Controle Interno

5) Materiais/Sistemas

- Sistema/planilha de estoque e catálogo (ERP/planilha controlada)
- Padrão de nomenclatura e dicionário de abreviações
- Formulário FAI (inclusão/alteração) e matriz de equivalência

6) Documentos/Registros

- **FAI — Formulário de Alteração/Inclusão de Item**
- Log de versão do catálogo (data, usuário, alteração)
- Lista de substitutos homologados
- Registro de “itens bloqueados” (não utilizar)

7) Procedimento (passo a passo — com critérios)

7.1 Solicitação de inclusão (tempo máximo: 24h úteis para triagem)

1. Setor solicitante abre **FAI** contendo:

- Nome do item (descrição sugerida) + finalidade (onde usa e em qual procedimento);
- Unidade desejada (un/cx/pct/amp/ml) + necessidade de fracionamento;
- Especificação mínima (tamanho, calibre, compatibilidades, esterilidade etc.);
- Criticidade percebida (se é “item que não pode faltar”);
- Se substitui algum item já existente.

2. Almox/Farmácia faz triagem:

- Se já existe item cadastrado equivalente: indeferir inclusão, orientar uso do item existente e, se necessário, criar “substituto homologado”.
- Se é item novo: prosseguir.

7.2 Padronização de descrição (regra anti-duplicidade)

A descrição deve seguir padrão fixo:

- **Categoria + característica principal + medida + esterilidade (se houver) + observação**
Ex.: “CATETER VENOSO PERIFÉRICO 20G — ESTÉRIL — UN”.

Proibições (causas clássicas de erro em auditoria):

- “Seringa 10” (sem unidade e sem ml),
- “Gaze” (sem tipo/tamanho),
- “Caixa” (sem conversão),
- “Equipos” (sem especificar tipo).

7.3 Unidade e conversões (ponto crítico)

1. Definir **unidade padrão de movimentação**:

- Preferir unidade que o setor usa no dia a dia (ex.: “UN” para seringa).

2. Se compra chega em “CX”, cadastrar conversão:

- CX = 100 UN (exemplo).

3. Definir regra de movimentação:

- Pode fracionar? (sim/não)

- Se fracionar, exige etiqueta de lote/validade no fracionamento?
(sim, se aplicável)

7.4 Regras de rastreabilidade

Definir:

- Controla lote: sim/não
- Controla validade: sim/não
- É termolábil: sim/não
- Exige FEFO: sim/não (se validade)
- Armazenagem: ambiente/refrigerado/controle especial

7.5 Classificação de criticidade e ABC (tempo máximo: 48h úteis)

- Criticidade N1: sem item interrompe/eleva risco imediato;
- N2: mantém fluxo; substituição limitada;
- N3: apoio.
- ABC: inicialmente por valor estimado/risco; revisa após 60–90 dias.

7.6 Definição de parâmetros mínimos (inicial)

- Estoque mínimo, máximo, PR e ES (premissa inicial), revisados após 30 dias de consumo real.

7.7 Homologação técnica

- Enfermagem valida usabilidade/compatibilidade;
- Farmácia/RT valida medicamentos e cadeia fria (quando aplicável).

7.8 Publicação e comunicação

- Atualizar catálogo e emitir “Boletim de Atualização” (mensal ou sob demanda) com:
 - novos itens, itens bloqueados, substituições homologadas.

8) Controles e pontos críticos

- Auditoria mensal de duplicidades e conversões incorretas.
- Nenhum item entra no estoque sem cadastro correto.

9) Indicadores

- % de itens com cadastro completo (meta $\geq 98\%$)
- Nº de itens duplicados identificados/mês (meta: tendência zero)

- Nº de ocorrências de erro por unidade/conversão (meta: tendência zero)

10) Anexos

- FAI completo
- Dicionário de abreviações e padrão de descrição

POP 02 — PARAMETRIZAÇÃO DE ESTOQUES (MIN/MÁX/PR/ES)

1) Objetivo

Definir e manter parâmetros de estoque para garantir continuidade 24h, minimizando ruptura, excesso e perdas por vencimento, com base em consumo real e risco assistencial.

2) Escopo

Todos os itens do catálogo, com ênfase em:

- Itens N1 e Classe A;
- Itens com validade e termolábeis;
- Itens de kits e satélites.

3) Responsabilidades

- R: Almox/Farmácia
- A: Coord. Adm/Financeiro
- C: Enfermagem, Compras/Contratos, Direção (em itens críticos)
- I: Controle Interno

4) Procedimento detalhado

4.1 Coleta de dados (periodicidade: mensal)

1. Extrair do sistema:
 - consumo 30/60/90 dias (quantidade e valor),
 - lead time real por fornecedor,
 - perdas por vencimento/quebra,
 - requisições emergenciais (RM-E).
2. Para itens novos sem histórico:
 - usar premissa por kit/procedimento e ajustar após 30 dias.

4.2 Cálculo e definição (padrão UPA)

- $CMD = \text{consumo período} / \text{dias}$
- $ES = CMD \times \text{fator de risco}$:
 - N1: 5–7 dias
 - N2: 3–5 dias
 - N3: 2–3 dias
- $PR = CMD \times \text{lead time} + ES$
- $EM = PR + CMD \times \text{ciclo de compra}$ (limitado por validade e espaço)

4.3 Regras especiais

- Itens com validade curta: reduzir EM e preferir compra parcelada.
- Itens críticos: nunca reduzir ES sem justificativa e validação da coordenação.
- Itens com picos sazonais (respiratório): criar “perfil sazonal” com parâmetros temporários.

4.4 Validação e publicação

- Registrar “Ata de Parametrização” mensal com:
 - itens alterados, motivo e impacto esperado.
- Atualizar sistema.

5) Pontos críticos

- PR não pode ser “chute”; precisa ter base (histórico ou premissa documentada).
- RM-E recorrente = falha de parametrização (ação obrigatória).

6) Indicadores

- Ruptura de itens N1 (meta: 0)
- Cobertura média de estoque por classe
- Perdas por vencimento (meta: redução contínua)

POP 03 — RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS

1) Objetivo

Garantir que o recebimento seja barreira de qualidade e conformidade, evitando entrada de itens incorretos, avariados, fora de especificação ou com validade inadequada.

2) Escopo

Todo recebimento de materiais e medicamentos, incluindo:

- Entregas fracionadas,
- Itens termolábeis,
- Itens estéreis,
- Itens de alto valor/Classe A.

3) Infraestrutura mínima

- Área de recebimento demarcada
- Balança (quando necessário)
- Mesa/bancada limpa
- Área de quarentena separada e identificada
- Etiquetas (código, lote, validade, endereço)
- Acesso ao pedido/contrato/ata no ato

4) Registros obrigatórios

- NRC (Nota de Recebimento e Conferência)
- RNCF (Não conformidade de fornecedor) quando aplicável
- Registro fotográfico (obrigatório em avaria/divergência)
- Bloqueio em sistema (quarentena)

5) Procedimento detalhado (com trilhas e tempos)

5.1 Antes da entrega (prevenção)

1. Recebimento preferencialmente em janelas (ex.: 09–11h e 14–16h).
2. Conferir disponibilidade de equipe (mín. 2 pessoas para itens N1/A/alto valor).

5.2 Recepção do fornecedor

1. Registrar chegada (data/hora/fornecedor/NF).
2. Proibir acesso ao estoque; circulação somente na área de recebimento.

5.3 Conferência documental (tempo: até 15 min por NF comum)

1. NF confere com pedido/contrato:
 - item, descrição, unidade, quantidade, valor.
2. Verificar se é entrega parcial:
 - registrar “pendência” e prazo de complementação.

5.4 Conferência física quantitativa

1. Contagem conforme tipo:
 - unitária para itens críticos e alto valor,
 - amostragem por caixa para itens de baixo risco (com regra definida).
2. Registrar no NRC:
 - quantidade NF x recebida.

5.5 Conferência qualitativa (ponto crítico)

Checar e registrar:

- integridade da embalagem (sem violação/umidade)
- esterilidade (embalagem íntegra, sem perfurações)
- validade mínima aceita:
 - Regra padrão implantável: aceitar apenas itens com validade $\geq 2/3$ da validade total ou $\geq X$ meses (definido internamente) — e qualquer exceção exige autorização formal.
- lote (quando aplicável)
- especificações técnicas (tamanho, modelo, compatibilidade)

5.6 Termolábeis — fluxo obrigatório (tempo máximo: 10 min até refrigeração)

1. Conferir evidência de transporte (quando houver).
2. Receber e armazenar imediatamente no refrigerador/câmara.
3. Registrar lote/validade e inserir no sistema.
4. Se suspeita de ruptura térmica:
 - direcionar para quarentena refrigerada,
 - abrir ocorrência e notificar RT.

5.7 Decisão: Aceite / Quarentena / Recusa

- Aceite: lançar, etiquetar, endereçar.
- Quarentena: item com dúvida ou divergência documentada → segregação + bloqueio.
- Recusa: item fora de padrão → devolução formal + registro e foto.

5.8 Pós-recebimento (tempo máximo: 24h)

- Lançar entrada no sistema e arquivar NRC/NF.
- Atualizar saldo e gerar alerta se PR atingido em outros itens.

6) Pontos críticos e controles

- Sem NRC preenchida e assinada, entrada é inválida.
- Quarentena deve estar fisicamente separada e bloqueada no sistema.
- Itens com validade inadequada não entram “para ver depois”.

7) Indicadores

- % de recebimentos com NRC completo (meta: 100%)
- Nº de RNCF por fornecedor/mês
- Tempo médio de recebimento (NF → estoque liberado)

POP 04 — QUARENTENA, BLOQUEIO E LIBERAÇÃO CONTROLADA DE ITENS (ALMOX/FARMÁCIA)

1. Objetivo

Evitar que materiais/medicamentos suspeitos, divergentes, avariados, fora de especificação ou com risco sanitário sejam distribuídos/consumidos, garantindo segregação física e bloqueio sistêmico até decisão formal.

2. Escopo

- Itens recebidos com divergência de quantidade, validade, lote, integridade, especificação.
- Itens com suspeita de ruptura de cadeia fria.
- Itens com risco de contaminação ou violação (estéreis).
- Itens retornados de setor (devolução) com dúvida de condição.

3. Definições rápidas

- Quarentena: segregação temporária para análise e decisão.

- Bloqueio sistêmico: item fica “indisponível” no sistema, sem permitir baixa por RM.
- Liberação controlada: retorno ao estoque liberado com justificativa e registro.

4. Responsabilidades (RACI)

- **R:** Almoxarife/Farmácia (execução e segregação)
- **A:** Coordenação Administrativa (decisão para materiais) / RT Farmácia (decisão técnica para medicamentos, cadeia fria, risco sanitário)
- **C:** Compras/Contratos (quando envolve fornecedor), Enfermagem (quando item é crítico assistencial), Controle Interno
- **I:** Direção (quando item crítico/alto valor ou ocorrência repetida)

5. Infraestrutura mínima

- Área física sinalizada “QUARENTENA” (com prateleira/armário exclusivo)
- Etiquetas “BLOQUEADO – NÃO UTILIZAR”
- Formulários: Registro de Quarentena (RQ), RNCF, Ocorrência Interna (OI)

6. Registros obrigatórios

- RQ (Registro de Quarentena): item/código, lote, validade, qtde, motivo, origem, data/hora, responsável
- Bloqueio no sistema (print ou log)
- Fotos (obrigatório em avaria/violação)
- Desfecho: liberação, devolução, descarte (TD)

7. Procedimento passo a passo (com SLA)

7.1 Abertura imediata de quarentena (SLA: até 15 min após detecção)

1. Identificar item suspeito/dúbio.
2. Parar o fluxo: não endereçar em estoque liberado.
3. Etiquetar: “QUARENTENA – NÃO UTILIZAR”.
4. Segregar fisicamente na área de quarentena (se termolábil, quarentena refrigerada).
5. Bloquear no sistema: saldo “indisponível”.
6. Preencher **RQ** com detalhes.

7.2 Triagem e decisão (SLA: até 24h úteis; até 2h para item crítico N1)

- Verificar motivo e encaminhar para responsável técnico/coordenação.
- Se envolver fornecedor: abrir RNCF e notificar compras/contratos em até 24h.

7.3 Desfechos possíveis

(A) LIBERAR

- Somente se: especificação ok, integridade ok, cadeia fria ok, validade ok, documentação ok.
- Registrar: justificativa, responsável técnico/coordenação, data/hora.
- Desbloquear no sistema e endereçar.

(B) DEVOLVER / TROCAR

- Registrar RNCF, anexar fotos, formalizar devolução.
- Manter bloqueado até retirada do fornecedor.

(C) DESCARTAR

- Abrir Termo de Descarte (TD) + motivo (sanitário, vencido, violado, ruptura térmica confirmada).
- Baixa no sistema com motivo + anexos.

8. Árvore de decisão (SE/ENTÃO)

- SE embalagem estéril violada/perfurada ENTÃO bloquear + descarte (não liberar).
- SE validade abaixo do mínimo aceito ENTÃO quarentena + decisão da coord/RT (troca/devolução; liberação somente com justificativa formal).
- SE termolábil sem evidência de transporte/temperatura suspeita ENTÃO quarentena refrigerada + avaliação RT.
- SE divergência de quantidade ENTÃO quarentena + RNCF + acerto documental.
- SE item crítico N1 e risco de ruptura ENTÃO acionar coordenação e RT imediatamente + plano de contingência (substituto homologado/compra emergencial/realocação interna).

9. Controles e pontos críticos

- Quarentena nunca pode virar “estoque paralelo”.
- Itens bloqueados não podem ser retirados por setor.

- Ocorrência repetida (>2/mês do mesmo fornecedor) gera avaliação de fornecedor.

10. Indicadores

- Tempo médio de resolução de quarentena
- Nº de itens bloqueados por motivo (cadeia fria, avaria, validade)
- Nº de liberações com “exceção” (meta: mínimo)

POP 05 — ARMAZENAMENTO, ENDEREÇAMENTO, ORGANIZAÇÃO (5S) E FEFO/FIFO

1. Objetivo

Garantir conservação, rastreabilidade, separação rápida e sem erro, reduzindo perdas e riscos sanitários.

2. Escopo

Todo estoque do almoxarifado central e satélites (quando aplicável).

3. Responsabilidades

- **R:** Almoxarifado
- **A:** Coordenação Administrativa
- **C:** Farmácia/RT (medicamentos), CCIH/Qualidade (quando houver), Enfermagem (satélites)

4. Infraestrutura e padrões

- Prateleiras afastadas do piso/parede; área limpa e ventilada
- Endereçamento padrão: Rua–Estante–Prateleira–Posição (ex.: B-02-C-03)
- Setorização física por família:
 - Medicamentos / MMH / Estéreis / EPI / Limpeza / Administrativo
- Zona Classe A/N1: armário com chave + câmera (se disponível)
- Materiais estéreis: área limpa, proteção contra umidade/poeira

5. Procedimento detalhado

5.1 Recepção interna e pré-armazenagem (SLA: até 2h após recebimento liberado)

1. Conferir etiqueta: código, lote/validade, quantidade.

2. Definir endereço no sistema antes de guardar.
3. Para itens com validade: orientar FEFO.

5.2 Aplicação FEFO/FIFO (regras práticas)

- **FEFO:** posicionar o lote com vencimento mais próximo à frente/mais acessível.
- **FIFO:** para itens sem validade, rotacionar por data de entrada.
- Registrar reorganizações quando houver troca de endereço/lote.

5.3 Controle de integridade e higiene (rotina)

- Limpeza programada (semana/quinzena) com checklist de prateleiras
- Proibição de alimentos/objetos pessoais
- Inspeção de embalagens: umidade, rasgos, poeira, violação

5.4 Itens “parecidos” (prevenção de erro)

- Separação por divisórias e etiquetas grandes
- Avisos “ALERTA” (ex.: calibres, concentrações)
- Revisão trimestral de itens com risco de troca

6. Checklist diário rápido (10 minutos)

- Acesso restrito fechado
- Itens no chão: **zero**
- Quarentena separada
- Termolábeis na rede de frio
- Estéreis íntegros e protegidos

7. Indicadores

- Perdas por armazenamento inadequado
- Ocorrências de troca/erro de separação
- Acurácia de endereçamento (inventário)

POP 06 — REDE DE FRIO (TERMOLÁBEIS): RECEBIMENTO, ARMAZENAMENTO, MONITORAMENTO E CONTINGÊNCIA

1. Objetivo

Assegurar cadeia fria, integridade e rastreabilidade de itens termolábeis, com controle de temperatura, resposta a desvios e documentação para auditoria.

2. Escopo

Geladeiras/câmaras de medicamentos e insumos termolábeis.

3. Responsabilidades

- **R:** Farmácia/RT (quando houver) e Almoxarifado (execução)
- **A:** Coordenação Administrativa
- **C:** Manutenção predial/TI (alarmes), Enfermagem (quando satélite)
- **I:** Direção (em falhas críticas)

4. Equipamentos e requisitos mínimos

- Termômetro calibrado (ou registrador contínuo)
- Plano de contingência (backup/segunda geladeira/caixa térmica validada)
- Log de temperatura padronizado
- Identificação interna por prateleiras (evitar contato com parede, não obstruir circulação)

5. Procedimento detalhado

5.1 Recebimento de termolábeis (SLA: armazenamento em até 10 min)

1. Conferir integridade, lote e validade.
2. Conferir evidência de transporte (se aplicável).
3. Registrar entrada e armazenar imediatamente.
4. Etiquetar com lote/validade e endereço.

5.2 Monitoramento de temperatura (mínimo 2x/dia; recomendado 3x/dia)

- Registrar: data/hora, temperatura atual, mín/máx (se disponível), responsável.
- Em cada registro: verificar porta, vedação, excesso de gelo, organização.

5.3 Desvio de temperatura — resposta imediata

SE temperatura fora do intervalo por qualquer tempo **ENTÃO**:

1. Não abrir/fechar repetidamente (evitar piora).
2. Registrar ocorrência.
3. Bloquear itens potencialmente afetados (quarentena refrigerada).

4. Acionar manutenção imediatamente.
5. Avaliação RT: liberar, manter em quarentena ou descartar (TD).

5.4 Falta de energia / pane do equipamento

1. Acionar gerador (se houver) e manutenção.
2. Transferir para equipamento backup (se disponível) ou caixa térmica validada (com monitoramento).
3. Registrar toda transferência: hora, destino, responsável, temperaturas.
4. Após normalização: avaliar itens e registrar decisão.

6. Evidências obrigatórias

- Logs diários completos
- Registro de ocorrências e ações (com OS manutenção)
- Quarentena/TD quando aplicável

7. Indicadores

- % de registros realizados (meta 100%)
- Nº de desvios/mês
- Tempo de resposta à manutenção (SLA)

POP 07 — DISPENSAÇÃO/DISTRIBUIÇÃO POR REQUISIÇÃO (RM): SEPARAÇÃO, CONFERÊNCIA, ENTREGA E LANÇAMENTO

1. Objetivo

Garantir distribuição rápida e correta, com rastreabilidade, evitando retirada informal e reduzindo erros por troca/validade.

2. Escopo

Todas as saídas do almoxarifado central para setores e satélites.

3. Responsabilidades

- **R:** Almoxarifado (separação/entrega/lançamento)
- **A:** Coordenação Administrativa (regras e alçadas)
- **C:** Setor solicitante (justificativa, conferência), Enfermagem (itens assistenciais), Farmácia/RT (medicamentos)
- **I:** Direção (relatórios críticos)

4. Procedimento detalhado

4.1 Recebimento da RM (SLA: iniciar atendimento em até 15 min; N1 em até 5 min)

1. Conferir preenchimento: setor, solicitante, itens, quantidade, justificativa se item A/N1.
2. Checar alçada: se precisa autorização adicional, coletar antes de separar.
3. Verificar saldo no sistema.

4.2 Separação (padrão alto risco)

- Aplicar FEFO (validade) e registrar lote quando exigido.
- Itens Classe A/N1: separação em área dedicada, com **dupla conferência**.
- Itens parecidos: usar checklist de “anti-troca” (ex.: tamanhos, calibres).

4.3 Conferência antes da entrega

1. Conferência do separador + conferência do conferente (dupla).
2. Assinalar “ok” em checklist.
3. Embalar/organizar para transporte seguro.

4.4 Entrega e aceite

- Entregar somente a pessoa autorizada do setor.
- Coletar assinatura, data/hora e nome legível.
- Orientar armazenamento setorial (especialmente validade/termolábil).

4.5 Lançamento no sistema

- Preferencialmente no ato; no máximo até fim do turno.
- Anexar RM ao dossiê diário/mensal.

5. Controles

- Proibida retirada “direto na prateleira”.
- Pendências (falta parcial) devem ser registradas e acompanhadas.

6. Indicadores

- Tempo médio de atendimento RM
- Erros de separação (meta: zero)
- Consumo por setor (monitoramento)

POP 08 — REQUISIÇÃO EMERGENCIAL (RM-E) E DISPENSAÇÃO IMEDIATA DE ITENS CRÍTICOS (UPA 24H)

1) Objetivo

Garantir a liberação imediata de materiais/medicamentos em situação de urgência assistencial sem travar o atendimento, mantendo rastreabilidade mínima, controle de acesso e regularização obrigatória, reduzindo risco de desvios, perdas e falhas de estoque.

2) Escopo

- Itens críticos N1 (reanimação, via aérea, acesso venoso, soluções, sedação/analgesia conforme protocolo, materiais de procedimento urgente).
- Situações de pico (aumento súbito de demanda) e ruptura operacional (satélite esgotado).
- Eventos extraordinários: múltiplas vítimas, surtos, panes de TI.

Não se aplica como rotina para substituir requisição padrão (RM). RM-E é **exceção controlada**.

3) Conceitos e definições

- RM-E: registro emergencial simplificado de saída, com campos mínimos e assinatura de autoridade do plantão.
- Regularização: emissão de RM padrão + lançamento definitivo + justificativa do evento.
- Item sentinela: item com saída obrigatória por lote/validade (ex.: medicamentos críticos, termolábeis, materiais estéreis de risco).
- Janela de regularização: até D+1 (dia útil seguinte) ou até 10h do dia seguinte, o que ocorrer primeiro.

4) Responsabilidades (RACI)

- R (executa e registra saída): Almoxarifado e/ou Farmácia (conforme organização local)
- A (autoriza no ato): Enfermeiro líder do plantão / Médico responsável pelo setor (conforme matriz de alçadas)
- A (homologa regularização): Coordenação Administrativa / Coordenação de Enfermagem (conforme tipo de item)
- C: RT Farmácia (quando medicamento/termolábil/controlado), Controle Interno

- I: Direção (quando recorrente, item A/N1 ou suspeita de desvio)

5) Infraestrutura e pré-requisitos

- Kit de emergência e par levels por setor configurados (POP 17/rotina de kits no manual).
- Ponto de entrega “rápido” no almox/farmácia (balcão controlado).
- Livro de RM-E físico numerado OU módulo eletrônico com número único.
- Lista de Itens N1/Sentinela fixada (anexo).
- Em caso de sistema fora do ar: formulários impressos + rotina de digitação posterior.

6) Documentos e registros obrigatórios

- RM-E (Formulário Emergencial) numerado sequencialmente
- Registro de saída no sistema (quando disponível)
- RM padrão de regularização (referenciando nº RM-E)
- Relatório mensal de RM-E (tendência e causas)
- Para itens sentinela: lote/validade e destino setorial obrigatórios

7) Procedimento detalhado (passo a passo com SLA e controles)

7.1 Critérios de acionamento (quando usar RM-E)

RM-E só é permitido se **pelo menos uma condição** for verdadeira:

1. risco assistencial imediato (ex.: reanimação, via aérea, hemorragia, crise convulsiva com necessidade de insumo imediato);
2. satélite do setor esgotou e não há tempo de emitir RM padrão sem atrasar assistência;
3. evento de massa/pico súbito;
4. falha de TI/sistema impede RM formal.

Proibido usar RM-E para “adiantar requisição”, “garantir reserva” ou “estoque paralelo”.

7.2 SLA (tempo-alvo)

- N1 (crítico): liberação em até 5 minutos
- N2 (essencial): até 15 minutos
- N3 (apoio): RM-E não recomendado; usar RM padrão salvo pane de TI.

7.3 Fluxo operacional (balcão controlado)

1. Setor solicita verbalmente/telefone/radio e informa: item, quantidade, finalidade e local.
2. Almox/Farmácia identifica se é N1/sentinela/termolábil/controlado:
 - se sim → aplicar controles reforçados (dupla conferência, lote/validade, assinatura).
3. Preencher RM-E com campos mínimos:
 - data/hora; setor; solicitante; autoridade do plantão; item/código; unidade; qtde; motivo; para itens sentinela: lote/validade.
4. Separação e conferência:
 - Itens N1/A/alto risco: dupla conferência (separador + conferente).
 - FEFO para validade.
5. Entrega imediata ao profissional autorizado.
6. Assinatura de recebimento e identificação (nome legível + matrícula/CPF).
7. Lançamento:
 - se sistema disponível: registrar saída no ato.
 - se indisponível: registrar em livro e lançar no sistema assim que voltar (no máximo D+1).

7.4 Regularização obrigatória (D+1)

1. Setor emite RM padrão citando o número RM-E.
2. Almox/Farmácia reconcilia:
 - RM-E x RM padrão x lançamento no sistema.
3. Se houver divergência (qtde/lote/destino):
 - abrir Ocorrência Interna (OI) e corrigir com validação da coordenação.
4. Se RM-E recorrente:
 - abrir Não Conformidade (NC) e plano de ação (ajustar par level, PR/ES, rota de reposição, treinamento).

8) Árvore de decisão SE/ENTÃO (controle de risco)

- SE item é N1/sentinela ENTÃO dupla conferência + lote/validade + assinatura do líder do plantão.
- SE item é termolábil ENTÃO registrar tempo fora da rede de frio (se aplicável) e armazenar/transportar conforme protocolo.

- SE item é controlado (quando aplicável) ENTÃO seguir livro/registro específico + acesso restrito + contagem imediata.
- SE sistema está fora do ar ENTÃO usar formulário numerado + lançar retroativo no retorno com validação.
- SE RM-E não regularizada em D+1 ENTÃO bloqueio de novas RM-E para o setor (exceto risco vida) + comunicação formal à coordenação.

9) Controles “anti-desvio” (alto padrão)

- RM-E numerada sequencialmente e conferida diariamente.
- Revisão diária: RM-E emitidas x saídas lançadas.
- Itens classe A/N1: auditoria semanal por amostra.
- Controle de acesso ao balcão (só autorizados).

10) Indicadores

- % RM-E regularizadas em D+1 (meta: **100%**)
- RM-E por setor/turno (tendência: queda após ajuste de par level)
- RM-E por item (identificar itens “gargalo”)
- tempo médio de liberação N1 (meta: ≤ 5 min)

POP 09 — DEVOLUÇÃO, TROCA, REENTRADA EM ESTOQUE E “RECUSA DE DEVOLUÇÃO” (COM CONTROLE SANITÁRIO)

1) Objetivo

Controlar devoluções para evitar reentrada de itens contaminados, violados, mal armazenados, com risco de cadeia fria rompida ou perda de rastreabilidade, garantindo segurança sanitária e integridade do estoque.

2) Escopo

- Devoluções de setores assistenciais (sobras de procedimento, kits, satélites).
- Trocas por tamanho/modelo inadequado.
- Retorno por erro de requisição/duplicidade.
- Não se aplica a itens já utilizados ou abertos (ver seção de recusa).

3) Responsabilidades

- R: Setor devolvente (separar e identificar), Almox/Farmácia (avaliar e registrar)

- A: Coordenação Administrativa (regras) / RT Farmácia (medicamentos/termolábeis)
- C: Enfermagem (quando item do carrinho/kit)
- I: Controle Interno (amostragem)

4) Regras de aceite (critérios objetivos)

4.1 Devolução ACEITA se:

- Embalagem íntegra e lacrada (quando aplicável);
- Item estéril sem violação e sem amassamento/perfuração;
- Validade dentro do padrão e rótulo legível;
- Para itens com lote/validade: identificação preservada;
- Para termolábeis: evidência de manutenção de temperatura ou devolução imediata controlada.

4.2 Devolução RECUSADA se:

- Embalagem aberta, violada, úmida, suja ou sem integridade;
- Itens estéreis amassados/perfurados/sem garantia de esterilidade;
- Termolábil fora da cadeia fria sem evidência/tempo desconhecido;
- Item sem identificação de lote/validade quando exigido;
- Suspeita de contaminação cruzada (setor com isolamento, por exemplo), tratar como descarte conforme protocolo.

5) Registros obrigatórios

- RD (Registro de Devolução): setor, itens, qtde, motivo, condição, avaliação (aceita/recusa) e responsável.
- Quando recusada: abrir OI + encaminhamento para quarentena ou TD.

6) Procedimento técnico detalhado

6.1 Preparação no setor

1. Separar itens por tipo: estéreis, não estéreis, termolábeis.
2. Garantir integridade e identificação.
3. Preencher requisição/guia de devolução com:
 - motivo (sobrou, erro, troca, kit não utilizado),
 - data/hora,

- responsável.

6.2 Recebimento da devolução (almox/farmácia)

1. Conferir quantitativo item a item.
2. Avaliar critérios sanitários (checklist).
3. Definir destino:
 - Aceitar: lançar RD e reentrar no estoque com endereço correto e FEFO.
 - Recusar: quarentena/TD, com justificativa e assinatura.

6.3 Tratamento de termolábeis devolvidos

- Aceitar somente se:
 - devolução imediata (ex.: até 15 min do recebimento no setor) e
 - transporte adequado e
 - temperatura mantida (quando possível).
- Caso contrário: quarentena refrigerada + decisão RT.

7) Controles e auditoria

- Proibir devolução “jogada” sem guia.
- Auditoria mensal: % devoluções recusadas por setor (indicador de processo ruim).

8) Indicadores

- % devoluções aceitas x recusadas
- motivos de devolução (treinamento de setor)
- impacto em perdas (redução)

POP 10 — GESTÃO DE VALIDADE, LOTE, FEFO E PREVENÇÃO DE PERDAS (COM PLANO DE AÇÃO 90/60/30)

1) Objetivo

Reduzir perdas por vencimento e garantir rastreabilidade por lote/validade, assegurando que a UPA opere com estoque seguro, rotativo e economicamente eficiente.

2) Escopo

- Todos os itens com validade (medicamentos, estéreis, saneantes, testes).

- Itens com rastreabilidade por lote (sentinelas).
- Estoques satélites e carrinhos (incluindo parada).

3) Responsabilidades

- **R:** Almox/Farmácia (monitoramento e execução)
- **A:** Coord. Adm (decisões de compra e remanejamento)
- **C:** Enfermagem (satélites/carrinhos), Compras/Contratos (trocas com fornecedor)
- **I:** Direção (perdas relevantes)

4) Política de validade (alto padrão)

- A unidade define validade mínima aceitável no recebimento (ex.: X meses, ou $\geq 2/3$ da validade total).
- Exceções devem ser formalizadas e justificadas.

5) Rotina 90/60/30 (passo a passo)

5.1 Semana 1 (toda semana, dia fixo)

1. Gerar relatório de vencimentos:
 - 0–30 dias / 31–60 / 61–90 / >90.
2. Classificar por criticidade e valor.
3. Emitir “Plano de Ação de Validade” para cada item relevante.

5.2 Ação 90 dias

- Ajustar compras (reduzir lote).
- Revisar PR/ES e par level (evitar excesso).
- Planejar remanejamento futuro.

5.3 Ação 60 dias

- **Remanejar** para setor de maior consumo.
- Priorizar o uso (comunicar setores).
- Negociar troca com fornecedor (se aplicável e contratualmente permitido).

5.4 Ação 30 dias

- Bloquear novas compras do item (salvo necessidade crítica documentada).
- Uso prioritário com alerta visível no endereço.

- Se risco de perda inevitável:
 - planejar descarte/documentação,
 - análise de causa raiz.

6) Controle de lote (itens sentinela)

- Entrada sempre com lote.
- Saída por lote para itens definidos (lista sentinela).
- Registro mínimo: lote, validade, setor destino, data/hora.

7) Checklists de campo

- Checklist semanal de prateleira crítica (validade e FEFO).
- Checklist mensal satélite/carrinho (validade e integridade).

8) Tratamento de perda (quando acontecer)

- Abrir TD (lote/validade/qtde/motivo).
- Baixar no sistema com motivo padronizado.
- Abrir NC se recorrente.

9) Indicadores

- R\$ perda por vencimento / mês
- % itens vencendo em 30 dias (tendência)
- aderência FEFO (auditoria por amostra)

POP 11 — INVENTÁRIO ROTATIVO (CICLO CONTÍNUO) + AJUSTES COM APURAÇÃO DE CAUSA (ALTO PADRÃO)

1) Objetivo

Manter acurácia do estoque e detectar falhas (saídas sem registro, endereçamento errado, perdas/desvios), com correção controlada e aprendizagem do sistema.

2) Escopo

- Almoxarifado central e, quando aplicável, satélites por amostragem.
- Itens A/N1 com prioridade.

3) Responsabilidades

- **R:** Almoxarifado (execução) + equipe designada

- **A:** Coord. Adm (autoriza ajustes) / Direção (ajustes relevantes)
- **C:** Controle Interno (auditoria), Enfermagem (satélites)
- **I:** Gestão do Contrato/Prestação de contas

4) Metodologia (padrão alto padrão)

- Definir ciclos:
 - A/N1: semanal ou quinzenal
 - B: mensal
 - C: trimestral por amostragem
- Contagem cega (sem saldo do sistema) para reduzir viés.
- Contagem em dupla + recontagem independente quando divergência excede limiar.

5) Procedimento detalhado

5.1 Preparação

1. Emitir lista do ciclo com: código, descrição, unidade, endereço, lote/validade (se aplicável).
2. Congelar movimentações somente na área/endereços auditados por janela (quando possível).

5.2 Contagem física

1. Conferir endereço e integridade de embalagem.
2. Contar em unidade padrão do cadastro.
3. Para itens com lote/validade: conferir e registrar lotes existentes.

5.3 Confronto e análise

1. Comparar contagem com saldo do sistema.
2. Divergência encontrada → seguir etapas obrigatórias:
 - recontagem por outra dupla;
 - busca em endereços adjacentes e quarentena;
 - verificação de RM pendentes / devoluções / RM-E ainda não regularizadas.

5.4 Ajuste controlado (RAF)

Ajuste **somente** com:

- **RAF** preenchido (item, diferença, valor estimado, hipótese de causa, evidências)
- aprovação conforme alçada:
 - pequenos ajustes: coord. adm
 - itens A/N1 ou ajustes repetidos: direção + controle interno

5.5 Fechamento do ciclo

- Relatório do ciclo com:
 - acurácia por classe,
 - top 10 divergências,
 - causas prováveis,
 - ações corretivas (treinamento, revisão processo, bloqueio de retirada informal).

6) Limiares sugeridos (implantáveis)

- **Itens A/N1:** tolerância prática = **tendência zero**; qualquer divergência gera apuração.
- **Itens B/C:** definir limite por %/valor; excedeu → apuração obrigatória.

7) Indicadores

- Acurácia global (%)
- Acurácia A/N1 (%)
- Nº ajustes por motivo (erro cadastro, RM não lançada, endereçamento, perda)

POP 12 — INVENTÁRIO ANUAL (ALMOXARIFADO)

1) Objetivo

Validar o estoque físico e contábil, gerar trilha completa para prestação de contas e fortalecer governança.

2) Escopo

100% do estoque do almoxarifado central (e satélites se definido), incluindo quarentena.

3) Responsabilidades

- **R:** Comissão de inventário (nomeada formalmente)

- **A:** Direção + Coord. Adm
- **C:** Controle Interno, Contábil, Enfermagem, Farmácia/RT
- **I:** Órgão concedente (quando contratualmente exigido)

4) Preparação (mínimo 15 dias antes)

1. Portaria/ato de nomeação.
2. Cronograma por áreas e janelas.
3. Treinamento rápido da comissão:
 - unidade de medida, FEFO, como contar, como registrar lotes.
4. Impressos, etiquetas, lacres, mapas de endereços.

5) Execução técnica

1. Definir regime de movimentação:
 - congelamento total OU janela controlada com registro de movimentações.
2. Contagem cega por dupla.
3. Registro de lote/validade para itens aplicáveis.
4. Recontagem obrigatória para divergências relevantes.
5. Consolidar divergências e investigar causas.

6) Ajustes e relatório final

- Ajustes via RAF com aprovação.
- Relatório final com:
 - acurácia por classe e criticidade,
 - valor total em estoque,
 - perdas identificadas,
 - recomendações e plano de ação.

7) Dossiê do inventário (obrigatório)

- Portaria, listas, folhas de contagem, relatórios, RAF, atas, evidências.

POP 13 — PERDAS, QUEBRAS, AVARIAS E DESCARTE (COM TRILHA AMBIENTAL E CONTÁBIL)

1) Objetivo

Registrar, segregar e destinar corretamente itens perdidos/avariados/vencidos, com evidências, causas e ações preventivas.

2) Escopo

- Vencimento, quebra, contaminação, violação, ruptura de frio, recall do fornecedor.
- Inclui itens de satélite/carrinho.

3) Procedimento técnico

1. Segregar e bloquear (quarentena).
2. Classificar motivo da perda (padrão codificado).
3. Emissão do TD com:
 - item, lote/validade, qtde, motivo, local, responsável.
4. Baixa no sistema e conciliação no fechamento mensal.
5. Destinação conforme fluxo ambiental vigente (com comprovantes quando houver).
6. Análise de causa raiz (5 porquês/diagrama simples) quando:
 - item A/N1,
 - valor relevante,
 - recorrência.

4) Indicadores

- perdas por motivo
- perdas por setor
- perdas por validade (tendência)

POP 14 — INCORPORAÇÃO, TOMBAMENTO, IDENTIFICAÇÃO E RESPONSABILIDADE SETORIAL (PATRIMÔNIO)

1) Objetivo

Garantir que cada bem permanente seja identificado, registrado, localizado, atribuído a um responsável e incorporado com evidências completas (NF, série, fotos, garantia), reduzindo extravio e fortalecendo auditoria.

2) Escopo

- Equipamentos assistenciais, TI, mobiliário, equipamentos prediais relevantes.
- Itens doados/cedidos também devem ser incorporados conforme regra.

3) Responsabilidades

- **R:** Patrimônio/Almox patrimonial
- **A:** Coord. Adm (validação) / Direção (itens críticos/alto valor)
- **C:** Engenharia clínica/TI/Manutenção (teste e requisitos), Contábil (classificação)
- **I:** Controle Interno

4) Documentos obrigatórios

- Cadastro patrimonial completo
- NF/termo de doação/cessão
- **TRGS (Termo de Responsabilidade por Guarda Setorial)**
- Fotos (bem + plaqueta + local)
- Registro de garantia/contrato manutenção

5) Procedimento técnico detalhado

5.1 Recebimento e aceitação técnica (antes do tombamento)

1. Conferir NF e conformidade do bem (marca/modelo).
2. Conferir número de série, acessórios e itens de segurança.
3. Para equipamento assistencial:
 - realizar teste funcional básico (checklist do fabricante + checklist interno).
4. Registrar “Aceite Técnico” (AT) — simples, mas obrigatório.

5.2 Cadastro patrimonial (padrão mínimo de campos)

- descrição padronizada
- categoria (natureza do bem)
- marca/modelo
- série
- valor de aquisição
- data de incorporação

- centro de custo
- localização (setor + sala)
- responsável setorial
- garantia (data limite) e fornecedor
- criticidade (crítico/alto impacto/apoio)

5.3 Tombamento e identificação física

1. Fixar plaqueta em ponto padrão por tipo de bem.
2. Segunda identificação discreta quando necessário (antiviolação).
3. Foto do bem e da plaqueta (com referência de local).

5.4 Responsabilização setorial

1. Emissão do TRGS.
2. Orientar setor: proibição de deslocamento sem TMP; obrigação de comunicar avarias e falhas.

6) Controles

- Nenhum bem entra em uso sem tombamento (exceto emergência com regularização imediata).
- Auditoria mensal de bens recém-incorporados (amostra).

POP 15 — MOVIMENTAÇÃO PATRIMONIAL (TMP), EMPRÉSTIMO INTERNO, SAÍDA PARA MANUTENÇÃO E RASTREABILIDADE

1) Objetivo

Garantir rastreabilidade total da localização do bem, com responsabilidade transferida formalmente, evitando “sumiu o equipamento” e assegurando histórico auditável.

2) Escopo

- Transferências entre setores e salas
- Empréstimos temporários (ex.: bomba de infusão, oxímetro)
- Saída/retorno de manutenção externa ou interna
- Mudança de layout ou reforma

3) Responsabilidades

- **R:** Patrimônio (registro e controle)

- **R:** Setor origem e destino (entrega/recebimento)
- **A:** Coord. Adm (aprova saídas relevantes/externas)
- **C:** Engenharia clínica/TI/Manutenção (quando envolve intervenção)
- **I:** Direção (itens críticos)

4) Documentos obrigatórios

- **TMP (Termo de Movimentação Patrimonial)**
- **Registro de Empréstimo Interno (REI)** para bens móveis críticos
- OS de manutenção (quando aplicável)
- Fotos/checagem de condição (alto valor)

5) Procedimento técnico detalhado

5.1 Transferência interna (rotina)

1. Preencher TMP:
 - bem, patrimônio, série, origem/destino, motivo, condição, data/hora.
2. Conferir condição na saída e na chegada (checklist rápido).
3. Assinaturas: entrega e recebimento.
4. Atualizar sistema em até 24h.
5. Para itens críticos: comunicar coordenação de enfermagem.

5.2 Empréstimo interno (bens móveis)

Aplicável a itens com alta mobilidade (bombas, oxímetros, monitores portáteis).

1. REI deve conter:
 - quem retirou, para qual leito/sala, hora, previsão de devolução.
2. Check-in/check-out:
 - devolveu → registrar horário e condição.
3. Itens não devolvidos no prazo:
 - alerta ao plantão/coordenação.

5.3 Saída para manutenção externa

1. Abrir OS com prioridade (POP 16).
2. Registrar TMP “saída para manutenção” com:

- prestador, prazo, acessório enviado, condição.

3. Retorno:

- conferência de acessórios,
- teste funcional e aceite do setor usuário,
- fechamento OS e atualização do status.

5.4 Perda de plaqueta / divergência de localização

- Abrir OI, replaquetar, corrigir cadastro, registrar evidência fotográfica.

6) Controles

- Movimentação “sem TMP” só em risco imediato, mas deve ser regularizada imediatamente após.
- Auditoria mensal: amostra de bens móveis e conferência de localização.

POP 16 — MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA (EQUIPAMENTOS ASSISTENCIAIS, TI E PREDIAL)

1) Objetivo

Garantir alta disponibilidade de equipamentos e infraestrutura, reduzindo falhas, padronizando atendimento de OS, mantendo histórico técnico/financeiro e decisões de substituição baseadas em dados.

2) Escopo

- Equipamentos assistenciais críticos e alto impacto
- TI assistencial (impressoras de prescrição, rede, computadores de triagem)
- Predial essencial (ar condicionado de áreas críticas, rede elétrica/hidráulica)

3) Classificação de criticidade (obrigatória)

Classe 1 – Crítico Vida (CV): falha interrompe suporte à vida (desfibrilador, ventilador, monitor multiparamétrico, aspirador crítico, bombas essenciais).
Classe 2 – Alto Impacto (AI): falha reduz capacidade e gera atraso significativo (ECG, bombas adicionais, nebulização, autoclave se houver).
Classe 3 – Apoio (AP): falha afeta conforto/administrativo (mobiliário, TI não crítico).

4) SLA por criticidade (padrão implantável)

- CV: abertura imediata + resposta técnica ≤ 1h (ou plano de contingência)

- AI: resposta ≤ 24h
- AP: resposta ≤ 72h (ou conforme contrato)

5) Registros obrigatórios

- **OS (Ordem de Serviço)** com número único
- Histórico do equipamento (intervenções, peças, custo, tempo parado)
- Checklist de teste pós-manutenção (aceite do usuário)
- Quando externo: NF/relatório técnico do prestador

6) Procedimento técnico detalhado

6.1 Abertura de OS (padrão mínimo de campos)

- data/hora abertura; solicitante; setor; equipamento; patrimônio/série
- sintoma detalhado (o que aconteceu, em que contexto)
- criticidade (CV/AI/AP)
- risco assistencial (sim/não)
- situação atual (parado / operando com restrição)
- anexos (foto, vídeo, mensagens de erro)

6.2 Triagem e priorização

1. Confirmar criticidade e risco.
2. Definir resposta:
 - CV: acionar equipe imediatamente + contingência (equipamento reserva/relocação)
 - AI/AP: agendar conforme SLA.

6.3 Manutenção corretiva (fluxo completo)

1. Isolar equipamento com etiqueta “FORA DE USO” se risco.
2. Executar diagnóstico e registrar causa provável.
3. Substituir peça/ajustar/atualizar.
4. Registrar:
 - serviço executado, peça, custo, tempo de parada.
5. **Teste pós-manutenção:**
 - checklist funcional (padrão por equipamento)

- aceite do setor usuário (enfermagem/médico) para equipamentos assistenciais.

6. Encerramento OS:

- status “operacional”, data/hora retorno.

6.4 Manutenção preventiva (programada)

1. Calendário anual por equipamento (por recomendação do fabricante + criticidade).
2. Checklist preventivo por classe:
 - CV: itens de segurança, bateria, alarmes, cabos, sensores, calibração quando aplicável
 - AI/AP: funcionamento, integridade, limpeza, atualização
3. Registro OS preventiva com evidência.
4. Achado crítico → gerar OS corretiva imediatamente.

6.5 Gestão de reincidência e substituição (alto padrão)

Se equipamento apresentar:

- falhas recorrentes (ex.: ≥ 3 corretivas/trim),
- MTBF baixo,
- custo anual de manutenção elevado,
→ abrir “Relatório de Substituição” com base em dados (custos, tempo parado, impacto assistencial).

7) Contingência (obrigatória em CV)

- Lista de equipamentos reserva/backup por área
- Plano de empréstimo interno (POP 15 REI)
- Acionamento de direção se indisponibilidade exceder SLA

8) Indicadores (nível gestão)

- Disponibilidade CV (%)
- MTTR / MTBF
- Nº de falhas recorrentes por equipamento
- Custo de manutenção por patrimônio/ano
- % preventivas realizadas no prazo

5.4 Manual de rotinas para administração contábil/financeira

A Importância do Manual de Rotinas para Administração Contábil/Financeira

A gestão contábil e financeira em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal gerida por Organização Social representa um dos pilares fundamentais para a sustentabilidade, transparência e efetividade dos serviços prestados à população. Em um cenário onde recursos públicos são administrados por entidade privada sem fins lucrativos, a estruturação de processos contábeis e financeiros robustos transcende a mera obrigação legal, constituindo-se como elemento essencial de legitimidade e confiança pública.

A complexidade inerente à administração financeira de uma UPA deriva de múltiplos fatores que se entrelaçam no cotidiano operacional. O funcionamento ininterrupto da unidade gera fluxo contínuo de despesas que demandam processamento ágil sem comprometer controles. A diversidade de fornecedores e prestadores de serviços requer gestão diferenciada de contratos e pagamentos. A necessidade de resposta rápida a situações emergenciais exige flexibilidade dentro de parâmetros controlados. A interface com múltiplos órgãos fiscalizadores impõe rigor documental e processual excepcional.

A ausência de rotinas contábeis e financeiras estruturadas pode gerar consequências devastadoras para a gestão. Execução orçamentária descontrolada compromete equilíbrio financeiro e continuidade dos serviços. Registros contábeis inadequados impossibilitam prestações de contas fidedignas. Descumprimento de normas fiscais e tributárias expõe gestores a responsabilizações. Falhas em prestações de contas podem resultar em glosas, devoluções e até rescisão contratual. Fragilidades em controles internos criam vulnerabilidades para desvios e malversação.

O manual de rotinas contábeis e financeiras surge como resposta estruturada a estes desafios, estabelecendo framework completo de processos, controles e responsabilidades que garantem gestão financeira profissional e transparente. Mais que compilação de procedimentos, representa arquitetura de governança financeira que protege recursos públicos, respalda gestores e viabiliza prestação de serviços de qualidade à população.

A implementação de rotinas padronizadas proporciona benefícios imediatos e duradouros em múltiplas dimensões. Para a gestão operacional, oferece previsibilidade e segurança na execução de despesas necessárias ao funcionamento. Para a administração superior, fornece informações tempestivas e confiáveis para tomada de decisão. Para órgãos de controle, demonstra organização e conformidade que facilitam fiscalizações. Para a sociedade, garante transparência no uso de recursos públicos.

A especificidade do modelo de gestão por Organização Social adiciona camadas de complexidade que tornam o manual ainda mais crucial. A necessidade de demonstrar vantajosidade em relação à administração direta exige eficiência operacional mensurável. A prestação de contas dupla - ao poder público e aos órgãos de controle da OS - demanda processos robustos de consolidação de informações. A interface entre recursos do contrato de gestão e eventuais recursos próprios requer segregação contábil rigorosa.

O ambiente regulatório em constante evolução impõe desafios adicionais à gestão contábil-financeira. Mudanças nas normas contábeis públicas, atualizações em instruções dos Tribunais de Contas, novas exigências fiscais e tributárias, evoluções em sistemas de prestação de contas eletrônicas - todas demandam capacidade de adaptação rápida sem perder conformidade. O manual estruturado facilita estas adaptações ao estabelecer processos flexíveis dentro de framework robusto.

A integração entre gestão financeira e assistencial, promovida através de rotinas bem estruturadas, permite visão holística indispensável à boa gestão. Custos por procedimento tornam-se mensuráveis. Eficiência na utilização de recursos pode ser objetivamente avaliada. Decisões de investimento são embasadas em retorno assistencial esperado. Planejamento considera tanto necessidades operacionais quanto restrições orçamentárias. Esta integração transforma a área financeira de mera processadora de pagamentos em parceira estratégica da assistência.

5.4 Manual de Rotinas para Administração Contábil/Financeira

5.4.1 Finalidade do Manual de Administração Contábil/Financeira

A Organização Social implantará Manual de Rotinas para Administração Contábil e Financeira, com a finalidade de padronizar os procedimentos de planejamento, execução, controle e registro das operações financeiras e contábeis vinculadas ao Contrato de Gestão, assegurando a correta aplicação dos recursos públicos, a transparência dos atos, a rastreabilidade das despesas e a conformidade com as exigências dos órgãos de controle.

O Manual constituirá instrumento técnico-operacional de referência para as áreas administrativa, financeira e contábil da unidade, estabelecendo diretrizes precisas que orientam desde transações rotineiras até operações complexas de fechamento e prestação de contas. Este documento normativo elimina ambiguidades interpretativas, reduz riscos de não conformidade e garante que todos os profissionais envolvidos executem suas atividades dentro de padrões uniformes de qualidade e controle.

A padronização dos procedimentos abrange todo o ciclo financeiro-contábil, desde o planejamento orçamentário inicial até o arquivamento final de documentos após aprovação de contas. Cada etapa é minuciosamente descrita,

com identificação clara de responsáveis, documentos necessários, sistemas utilizados, pontos de controle e prazos aplicáveis. Esta abordagem sistemática permite continuidade operacional mesmo com rotatividade de pessoal, preservando conhecimento institucional e mantendo qualidade constante.

A correta aplicação dos recursos públicos constitui compromisso fundamental que permeia todas as rotinas estabelecidas. Mecanismos de controle prévio garantem aderência orçamentária antes da realização de despesas. Verificações de conformidade asseguram cumprimento de requisitos legais e contratuais. Análises de economicidade orientam escolhas que maximizam resultados com recursos disponíveis. Prestações de contas demonstram claramente destinação e resultados obtidos com cada real investido.

A transparência dos atos administrativos é operacionalizada através de processos que garantem documentação completa, organização lógica e acessibilidade de informações. Todas as transações são suportadas por documentação idônea e suficiente. Registros são realizados em sistemas que permitem consultas e auditorias. Relatórios gerenciais são produzidos regularmente para diferentes níveis decisórios. Informações são disponibilizadas proativamente aos órgãos de controle e sociedade.

A rastreabilidade das despesas permite reconstrução completa do caminho percorrido por cada recurso, desde sua origem no repasse do contrato de gestão até sua aplicação final em bens ou serviços. Sistemas de codificação únicos identificam cada transação. Vinculações entre documentos são mantidas eletronicamente e fisicamente. Responsáveis por cada etapa são claramente identificados. Esta rastreabilidade facilita auditorias, esclarece questionamentos e demonstra probidade administrativa.

A conformidade com exigências dos órgãos de controle é assegurada através da incorporação sistemática de todas as normas, instruções e orientações aplicáveis. Tribunal de Contas do Estado, Ministério Público, Controladoria Municipal e demais órgãos fiscalizadores têm suas exigências traduzidas em rotinas operacionais. Atualizações normativas são prontamente identificadas e incorporadas. Relacionamento proativo com órgãos de controle antecipa exigências e constrói credibilidade.

5.4.2 Princípios Norteadores da Gestão Contábil e Financeira

A gestão contábil e financeira da unidade observará princípios fundamentais que garantem integridade, eficiência e conformidade em todas as operações realizadas.

A legalidade e aderência ao Contrato de Gestão constituem princípio basilar inegociável. Todas as operações financeiras devem encontrar amparo legal nas normas aplicáveis e autorização específica ou genérica no contrato de

gestão e seus anexos. Interpretações extensivas que extrapolam limites contratuais são vedadas. Dúvidas sobre legalidade são dirimidas previamente através de consultas formais. Pareceres jurídicos fundamentam decisões em situações complexas. Conformidade legal protege gestores e preserva recursos.

A operacionalização do princípio da legalidade permeia todos os processos. Verificações de conformidade legal são incorporadas em cada etapa decisória. Checklists específicos garantem observância de requisitos. Alçadas decisórias respeitam limites estabelecidos. Documentação comprobatória inclui fundamentação legal quando pertinente. Treinamentos mantêm equipes atualizadas sobre marco regulatório. Cultura de compliance é ativamente promovida.

O planejamento e execução orçamentária responsável traduz compromisso com uso eficiente de recursos escassos. Orçamento anual é elaborado com base técnica sólida, considerando série histórica, tendências identificadas e necessidades projetadas. Execução respeita rigorosamente limites aprovados, com mecanismos de controle que impedem extrapolações. Remanejamentos seguem procedimentos formais com justificativas técnicas. Economias obtidas são reinvestidas conforme prioridades assistenciais. Equilíbrio financeiro é mantido constantemente.

As práticas de planejamento orçamentário incorporam metodologias consagradas. Orçamento base zero questiona todas as despesas, não apenas incrementos. Análises de custo-benefício orientam alocações. Reservas técnicas cobrem contingências previsíveis. Cenários múltiplos preparam para diferentes realidades. Revisões periódicas ajustam projeções à realidade. Participação de áreas usuárias garante aderência às necessidades.

A segregação de funções estabelece controles internos fundamentais através da separação entre quem solicita, autoriza, executa, contabiliza e controla operações financeiras. Esta segregação impede que uma única pessoa controle todo o processo, reduzindo drasticamente riscos de erros e fraudes. Mesmo em estruturas enxutas, segregação mínima é mantida através de controles compensatórios. Rodízios periódicos reforçam independência. Supervisão ativa complementa controles.

A implementação prática da segregação considera realidade operacional sem comprometer efetividade. Sistemas informatizados impõem segregação através de perfis diferenciados. Processos manuais utilizam múltiplas assinaturas e conferências. Exceções são documentadas e monitoradas. Auditoria interna testa regularmente efetividade da segregação. Melhorias são implementadas conforme vulnerabilidades identificadas.

A transparência e rastreabilidade transformam gestão financeira em processo aberto ao escrutínio. Todas as operações são documentadas com

detalhamento suficiente para compreensão por terceiros. Decisões incluem motivações e fundamentos. Processos são desenhados para facilitar auditorias. Informações são organizadas logicamente e preservadas adequadamente. Acesso a informações respeita sigilo necessário mas privilegia transparência.

Os mecanismos de transparência incluem múltiplas dimensões. Portais eletrônicos divulgam informações financeiras agregadas. Relatórios gerenciais são compartilhados internamente. Prestações de contas incluem narrativas explicativas além de números. Reuniões de governança discutem abertamente situação financeira. Canais de comunicação permitem esclarecimentos. Transparência fortalece confiança e legitimidade.

A economicidade e eficiência orientam cada decisão de gasto. Economicidade busca menores preços mantendo qualidade adequada. Eficiência maximiza resultados com recursos disponíveis. Compras são planejadas para obter condições vantajosas. Contratos são negociados buscando melhores termos. Despesas são constantemente revisadas identificando oportunidades de redução. Benchmarking orienta padrões de eficiência. Inovações que reduzem custos são incentivadas.

A conformidade com orientações do Tribunal de Contas reconhece papel fundamental deste órgão no controle externo. Instruções normativas são estudadas e implementadas integralmente. Decisões em processos similares orientam procedimentos. Consultas prévias esclarecem dúvidas complexas. Recomendações de auditorias são prontamente acatadas. Relacionamento institucional é cultivado com transparência e respeito. Conformidade proativa evita questionamentos futuros.

5.4.3 Execução Orçamentária

O Manual estabelecerá procedimentos detalhados e sistemáticos para execução orçamentária que garantem disciplina fiscal e alinhamento com objetivos institucionais.

A vinculação das despesas às rubricas aprovadas no Plano de Trabalho constitui controle fundamental que assegura conformidade com pactuação original. Cada despesa realizada deve corresponder a rubrica específica prevista no orçamento aprovado. Sistema de codificação conecta cada transação à sua rubrica orçamentária. Despesas não previstas explicitamente são vedadas até aprovação formal de remanejamento ou suplementação. Flexibilidade existe apenas dentro de limites pré-estabelecidos para cada categoria.

O processo de vinculação é operacionalizado através de controles sistêmicos e procedimentais. Requisições incluem obrigatoriamente código da rubrica orçamentária. Sistema verifica automaticamente disponibilidade na rubrica antes de autorizar prosseguimento. Tentativas de utilização de rubricas inadequadas são bloqueadas com alerta explicativo. Relatórios de execução por

rubrica permitem acompanhamento detalhado. Desvios são investigados e corrigidos tempestivamente.

A observância dos limites orçamentários anuais requer monitoramento constante e projeções atualizadas. Saldos disponíveis em cada rubrica são calculados em tempo real considerando valores empenhados, liquidados e pagos. Projeções de consumo até final do exercício alertam para riscos de extrapolação. Medidas preventivas são adotadas quando consumo se aproxima de limites. Contingenciamento pode ser necessário para garantir equilíbrio. Comunicação transparente mantém áreas informadas sobre disponibilidades.

Os mecanismos de controle de limites são multicamadas para garantir efetividade. Alertas automáticos são disparados quando consumo atinge percentuais pré-definidos (70%, 85%, 95%). Aprovações adicionais são exigidas para despesas que comprometem parcela significativa do saldo. Relatórios gerenciais destacam rubricas em situação crítica. Reuniões periódicas discutem realocações necessárias. Planos de contenção são acionados quando necessário.

A autorização prévia das despesas estabelece governança clara sobre comprometimento de recursos. Toda despesa, independentemente de valor, passa por processo de autorização que verifica disponibilidade orçamentária, conformidade com objeto do contrato, adequação técnica da aquisição e competência do autorizador conforme alçadas estabelecidas. Autorizações são formalizadas em sistema ou documento específico com rastreabilidade completa.

O fluxo de autorização é desenhado para equilibrar controle com agilidade operacional. Despesas rotineiras de pequeno valor seguem processo simplificado. Aquisições de maior vulto ou complexidade requerem análises adicionais. Situações emergenciais têm fluxo específico que mantém controles essenciais. Autorizações verbais em situações excepcionais são formalizadas em 24 horas. Pós-auditorias verificam adequação de autorizações concedidas.

O registro tempestivo dos atos de execução garante que informações gerenciais reflitam realidade atualizada. Empenhos são registrados no momento da autorização da despesa. Liquidações ocorrem imediatamente após confirmação do recebimento. Pagamentos são lançados na data de efetiva saída de recursos. Atrasos em registros distorcem informações e são tratados como não conformidade. Conciliações diárias garantem integridade entre registros e movimentação bancária.

O controle da disponibilidade financeira distingue-se do controle orçamentário ao focar no fluxo de caixa efetivo. Projeções de recebimentos consideram histórico de repasses e possíveis atrasos. Cronograma de desembolsos é elaborado respeitando prazos de pagamento e prioridades.

Aplicações financeiras otimizam recursos temporariamente disponíveis. Linhas de crédito emergenciais podem ser estruturadas para cobrir descasamentos temporários. Gestão ativa do caixa evita tanto insuficiências quanto ociosidade de recursos.

O monitoramento da execução física e financeira estabelece conexão fundamental entre recursos consumidos e resultados obtidos. Indicadores de produtividade relacionam gastos com serviços prestados. Análises de variação investigam divergências entre físico e financeiro. Relatórios integrados apresentam visão completa da execução. Decisões consideram impacto tanto financeiro quanto assistencial. Esta integração demonstra efetividade do gasto público.

5.4.4 Fluxo de Despesas e Pagamentos

O Manual definirá fluxo claro, padronizado e auditável para processamento de todas as despesas da unidade, desde a identificação da necessidade até o pagamento e registro contábil.

A solicitação de despesa marca início formal do processo e deve capturar todas as informações necessárias para adequada análise e processamento. Formulário padronizado ou sistema eletrônico registra descrição detalhada do bem ou serviço necessário, justificativa técnica fundamentada, especificações técnicas completas, quantidade requerida e estimativa de valor, prazo necessário para disponibilidade e indicação de rubrica orçamentária. Anexos complementares incluem cotações prévias, termos de referência e pareceres técnicos quando aplicáveis.

O processo de elaboração da solicitação envolve responsabilidade compartilhada entre área requisitante e apoio administrativo. Requisitante define necessidade técnica com precisão. Apoio administrativo orienta sobre aspectos formais e documentação necessária. Especificações são revisadas para garantir competitividade e evitar direcionamentos. Histórico de aquisições similares é consultado. Alternativas são consideradas quando pertinente. Solicitação final representa necessidade real e viável.

A análise de conformidade orçamentária constitui primeira barreira de controle no fluxo de despesas. Verificação automática ou manual confirma disponibilidade orçamentária na rubrica indicada. Adequação da despesa ao objeto do contrato de gestão é validada. Limites específicos por natureza de despesa são observados. Impacto no equilíbrio orçamentário global é avaliado. Alternativas são sugeridas quando conformidade não é alcançada. Devolutivas são claras sobre motivos de não conformidade e caminhos possíveis.

A profundidade da análise varia conforme materialidade e natureza da despesa. Despesas rotineiras de valores modestos recebem verificação simplificada. Investimentos significativos demandam análise detalhada incluindo

retorno esperado. Despesas não usuais requerem verificações adicionais de conformidade. Pareceres especializados podem ser solicitados. Documentação da análise permite revisão e auditoria posterior. Aprendizado com análises anteriores aprimora processo.

A autorização administrativa formaliza aprovação para prosseguimento da despesa. Alçadas decisórias são claramente estabelecidas por valor e natureza. Autorizações colegiadas são requeridas para valores elevados ou situações especiais. Sistema de workflow garante que autorizações sigam hierarquia estabelecida. Delegações são formalizadas e limitadas temporal e materialmente. Autorizações incluem eventuais condicionantes a serem observadas. Negativas são motivadas e orientam sobre alternativas.

A contratação ou aquisição conforme regulamento próprio respeita normas específicas aplicáveis às Organizações Sociais. Regulamento de compras e contratações estabelece procedimentos detalhados. Modalidades variam conforme valor e natureza: cotação simples, cotação múltipla, pregão, concorrência. Princípios de impessoalidade, moralidade e economicidade são rigorosamente observados. Documentação completa do processo é mantida. Contratos formalizados incluem cláusulas de proteção ao interesse público.

A liquidação da despesa confirma que bem foi entregue ou serviço prestado conforme contratado. Conferência física e documental é realizada por servidor designado. Nota fiscal é verificada quanto a correção e conformidade fiscal. Quantidade, qualidade e especificações são confrontadas com pedido. Cálculos de valores, impostos e retenções são conferidos. Ateste formal autoriza prosseguimento para pagamento. Divergências interrompem processo até resolução.

O processo de liquidação incorpora controles que previnem pagamentos indevidos. Segregação garante que quem atesta não é quem solicitou. Conferências por amostragem validam atestes realizados. Fornecedores são verificados quanto a regularidade fiscal e trabalhista. Contratos são consultados para validar condições de pagamento. Garantias e retenções contratuais são aplicadas. Documentação completa protege instituição e gestores.

O pagamento efetiva transferência de recursos ao fornecedor após cumprimento de todas as etapas anteriores. Programação financeira considera prazos e prioridades. Dados bancários são verificados para evitar fraudes. Autorizações de pagamento seguem alçadas específicas. Transferências eletrônicas são preferidas por segurança e rastreabilidade. Comprovantes são imediatamente anexados ao processo. Confirmações de recebimento são obtidas quando pertinente.

O registro contábil correspondente completa o ciclo da despesa, incorporando transação ao sistema de informações contábeis. Lançamentos são

realizados respeitando regime de competência. Contas contábeis apropriadas são utilizadas conforme plano de contas. Históricos são descritivos e permitem identificação da operação. Documentos digitalizados são vinculados aos lançamentos. Conciliações validam correção dos registros. Relatórios contábeis refletem tempestivamente operações realizadas.

5.4.5 Registros Contábeis

O Manual estabelecerá sistema completo de registros contábeis que assegura fidedignidade, tempestividade e conformidade com normas contábeis aplicáveis ao setor público e às organizações sociais.

O registro contábil de todas as operações financeiras constitui obrigação legal e ferramenta gerencial fundamental. Cada transação, independentemente de valor ou natureza, gera lançamento contábil correspondente. Completude é garantida através de conciliações e controles cruzados. Nenhuma movimentação financeira ocorre sem reflexo contábil. Integridade do sistema contábil é preservada através de fechamentos periódicos e controles de acesso. Base contábil fornece informações confiáveis para decisões e prestações de contas.

A sistemática de registro segue princípios e convenções contábeis consagrados. Regime de competência orienta reconhecimento de receitas e despesas. Prudência determina escolhas conservadoras em situações de incerteza. Materialidade foca esforços em valores significativos. Uniformidade mantém critérios consistentes ao longo do tempo. Evidenciação garante transparência necessária. Aplicação consistente destes princípios produz informações comparáveis e confiáveis.

A classificação adequada das despesas e receitas respeita plano de contas estruturado que atende simultaneamente necessidades gerenciais e exigências legais. Receitas são segregadas por fonte e natureza. Despesas são classificadas por natureza, função e rubrica orçamentária. Codificação permite múltiplas visões e agregações. Detalhamento é suficiente para análises específicas sem comprometer praticidade. Correspondência com classificações orçamentárias é mantida. Flexibilidade permite inclusão de novas categorias conforme necessidade.

O processo de classificação combina automação com julgamento profissional. Parametrizações direcionam classificações rotineiras automaticamente. Situações atípicas são analisadas individualmente. Manual de classificação orienta decisões e garante uniformidade. Revisões periódicas validam adequação de classificações realizadas. Reclassificações são processadas com documentação apropriada. Conhecimento é acumulado e disseminado entre equipe.

A conciliação bancária periódica constitui controle fundamental que valida integridade dos registros. Saldos contábeis são confrontados com extratos bancários diariamente. Pendências são identificadas e investigadas tempestivamente. Lançamentos não identificados são pesquisados até esclarecimento. Diferenças temporárias são adequadamente controladas. Ajustes necessários são processados com autorização apropriada. Histórico de conciliações permite identificar padrões e problemas recorrentes.

As técnicas de conciliação evoluem conforme complexidade e volume de transações. Conciliação manual item a item para contas com pouco movimento. Sistemas automatizados para contas com grande volume. Regras de correlação identificam correspondências automaticamente. Exceções são tratadas individualmente. Múltiplas conferências garantem qualidade. Documentação de suporte é mantida organizada. Auditoria testa periodicamente efetividade do processo.

O arquivamento dos documentos comprobatórios segue sistemática que garante preservação, organização e acessibilidade. Documentos físicos são organizados cronologicamente em pastas específicas. Digitalização cria backup eletrônico pesquisável. Indexação permite localização rápida por múltiplos critérios. Prazos de guarda respeitam legislação e necessidades administrativas. Ambiente de armazenamento protege contra deterioração. Acesso é controlado mantendo disponibilidade para consultas autorizadas.

A gestão documental incorpora melhores práticas e tecnologias disponíveis. GED (Gerenciamento Eletrônico de Documentos) centraliza arquivos digitais. OCR permite pesquisa textual em documentos digitalizados. Certificação digital garante autenticidade e integridade. Backup em nuvem protege contra perdas locais. Políticas de retenção são automaticamente aplicadas. Trilhas de auditoria registram todos os acessos. Investimento em gestão documental retorna em eficiência e segurança.

A disponibilidade das informações para auditoria requer preparação constante, não apenas reativa. Demonstrativos são elaborados periodicamente mesmo sem solicitação. Documentação de suporte é mantida organizada e completa. Mapeamento relaciona lançamentos contábeis com documentos fonte. Equipe é treinada para atender auditores adequadamente. Espaço apropriado é disponibilizado para trabalhos de auditoria. Atitude colaborativa facilita trabalhos e constrói relacionamento positivo.

5.4.6 Prestação de Contas

O Manual estabelecerá processo robusto e sistemático de prestação de contas que demonstra transparentemente aplicação de recursos e resultados alcançados, atendendo integralmente exigências contratuais e legais.

A consolidação periódica das informações financeiras transforma dados transacionais dispersos em informação gerencial estruturada. Fechamentos mensais agregam todas as operações do período. Conferências garantem completude de lançamentos. Ajustes de competência são processados sistematicamente. Provisões são constituídas conforme necessidade. Demonstrativos preliminares são analisados criticamente. Inconsistências são investigadas e corrigidas antes de fechamento definitivo.

O processo de consolidação segue cronograma rigoroso que garante cumprimento de prazos. Calendário anual define datas de fechamento e entrega. Atividades preparatórias iniciam com antecedência adequada. Responsabilidades são claramente atribuídas. Checkpoints intermediários monitoram progresso. Contingências são previstas para situações excepcionais. Comunicação mantém todos alinhados. Cumprimento de prazos é indicador de desempenho monitorado.

A elaboração de relatórios de execução financeira combina conformidade com utilidade gerencial. Formatos padronizados atendem exigências regulamentares. Informações adicionais agregam valor analítico. Narrativas explicam variações e contextualizam números. Gráficos facilitam visualização de tendências. Comparativos com períodos anteriores e metas mostram evolução. Diferentes níveis de detalhamento atendem diversos públicos. Qualidade de apresentação reflete profissionalismo da gestão.

As técnicas de elaboração de relatórios evoluem constantemente. Automatização reduz esforço manual e erros. Business intelligence permite análises sofisticadas. Dashboards interativos facilitam exploração de dados. Templates padronizados garantem consistência. Revisões múltiplas asseguram qualidade. Feedback de usuários orienta melhorias. Benchmarking com melhores práticas inspira inovações. Investimento em ferramentas e capacitação melhora continuamente qualidade.

A apresentação dos documentos comprobatórios organiza evidências que suportam informações reportadas. Cada valor relevante tem documentação correspondente. Organização lógica facilita verificação. Índices relacionam demonstrativos com comprovantes. Cópias são autenticadas quando originais não podem ser disponibilizados. Documentação eletrônica complementa física. Certificações atestam conformidade quando aplicável. Completude e organização demonstram controle e transparência.

O processo de organização de documentos é desenhado para eficiência e efetividade. Segregação inicial separa documentos por natureza. Conferência valida completude e adequação. Digitalização cria versões eletrônicas pesquisáveis. Montagem segue ordem lógica padronizada. Conferência final garante qualidade. Disponibilização considera necessidades de usuários.

Arquivo mantém cópias organizadas. Processo é constantemente refinado baseado em experiência.

O confronto entre execução física e financeira demonstra efetividade na aplicação de recursos. Metas assistenciais são correlacionadas com gastos realizados. Indicadores de eficiência são calculados e analisados. Variações são investigadas e explicadas. Ações de melhoria são identificadas. Demonstração clara de resultados fortalece legitimidade. Transparência na correlação físico-financeira evidencia compromisso com eficiência. Análise integrada orienta decisões futuras.

O atendimento aos prazos e formatos exigidos demonstra organização e respeito às normas estabelecidas. Calendários são rigorosamente observados. Formatos específicos são fielmente seguidos. Sistemas eletrônicos são utilizados conforme determinado. Protocolos comprovam tempestividade de entregas. Comunicações sobre eventuais dificuldades são proativas. Pedidos de prorrogação são excepcionais e fundamentados. Histórico de cumprimento constrói credibilidade. Conformidade formal facilita análise de mérito.

A clareza, objetividade e transparência na apresentação das contas transcende obrigação formal. Linguagem é acessível sem perder precisão técnica. Estrutura lógica facilita compreensão. Destaques direcionam atenção para pontos relevantes. Notas explicativas esclarecem aspectos complexos. Ressalvas são apresentadas proativamente. Pontos positivos são evidenciados sem exagero. Transparência genuína constrói confiança duradoura.

5.4.7 Conformidade com o Tribunal de Contas (TCE)

O Manual assegurará observância integral das normas, instruções e orientações emanadas do Tribunal de Contas, reconhecendo este órgão como instância fundamental de controle externo da aplicação de recursos públicos.

A observância das normas, instruções e orientações do TCE constitui requisito inegociável para regularidade da gestão. Todas as instruções normativas aplicáveis são identificadas e incorporadas aos processos. Resoluções e decisões estabelecem precedentes observados. Orientações técnicas direcionam interpretações. Manuais e guias padronizam procedimentos. Atualizações são monitoradas sistematicamente. Dúvidas são dirimidas através de consultas formais. Conformidade proativa evita questionamentos posteriores.

O processo de incorporação de normas do TCE aos procedimentos internos é sistemático e documentado. Novas normas são analisadas quanto à aplicabilidade. Impactos em processos existentes são mapeados. Adaptações necessárias são planejadas e implementadas. Treinamentos disseminam mudanças. Controles verificam aderência. Auditorias testam conformidade. Melhorias contínuas refinam adequação. Documentação mantém histórico de conformidade.

O atendimento às exigências de controle externo vai além do cumprimento formal de normas. Espírito das determinações é compreendido e aplicado. Princípios subjacentes orientam decisões em situações não explicitamente reguladas. Transparência excede mínimos exigidos. Controles superam padrões básicos estabelecidos. Proatividade antecipa futuras exigências. Colaboração facilita trabalho de fiscalização. Postura exemplar constrói relacionamento positivo com órgão de controle.

A organização documental para fiscalização transforma potencial momento de stress em demonstração de competência organizacional. Documentação permanente é mantida sempre atualizada. Dossiês específicos são preparados conforme natureza de fiscalização. Índices facilitam localização rápida. Sumários executivos contextualizam informações. Equipe de apoio é designada e preparada. Espaço adequado é disponibilizado. Tecnologia facilita acesso a informações. Hospitalidade profissional marca recepção de equipes.

As práticas de preparação para fiscalização são incorporadas à rotina, não apenas acionadas reativamente. Autoavaliações periódicas simulam fiscalizações. Pontos de atenção identificados são preventivamente tratados. Documentação é revisada e completada regularmente. Processos são testados quanto à conformidade. Melhorias são implementadas continuamente. Conhecimento sobre expectativas do TCE é atualizado. Rede de relacionamento com outros jurisdicionados compartilha experiências.

A resposta tempestiva a diligências e apontamentos demonstra respeito institucional e competência administrativa. Prazos são rigorosamente controlados e cumpridos. Solicitações são integralmente atendidas. Esclarecimentos são claros e objetivos. Documentação complementar é completa e organizada. Reconhecimento de eventuais falhas é acompanhado de medidas corretivas. Compromissos assumidos são monitorados até implementação. Histórico de atendimento satisfatório facilita interações futuras.

O processo de resposta a diligências é estruturado para máxima efetividade. Recebimento é imediatamente protocolado e comunicado. Análise inicial define estratégia de resposta. Responsabilidades são distribuídas com prazos internos. Elaboração de resposta é colaborativa mas coordenada. Revisões garantem qualidade e completude. Aprovações seguem alçadas apropriadas. Protocolo comprova tempestividade. Acompanhamento monitora desdobramentos.

A implementação de medidas corretivas quando necessárias demonstra compromisso com melhoria contínua. Apontamentos são analisados além da superfície, buscando causas raízes. Planos de ação são elaborados com metas e prazos específicos. Implementação é monitorada sistematicamente. Efetividade é verificada através de indicadores. Recorrências são prevenidas

através de mudanças estruturais. Aprendizado é disseminado pela organização. Melhorias são reconhecidas em fiscalizações subsequentes.

5.4.8 Segregação de Funções e Controle Interno

O Manual estabelecerá sistema robusto de segregação de funções e controles internos que previnem erros e fraudes enquanto mantém eficiência operacional.

A separação entre quem solicita, autoriza, executa e contabiliza despesas constitui princípio fundamental de controle interno. Solicitantes identificam necessidades mas não aprovam gastos. Autorizadores validam mérito mas não executam pagamentos. Executores processam transações mas não as registram contabilmente. Contadores registram mas não iniciam transações. Esta segregação cria checks and balances que protegem recursos e pessoas.

A implementação prática da segregação considera tamanho e estrutura organizacional. Em estruturas maiores, segregação física é natural. Em equipes menores, controles compensatórios são essenciais. Rodízio de funções periodicamente refresca perspectivas. Supervisão ativa complementa segregação. Sistemas informatizados impõem segregação através de perfis. Exceções são raras, documentadas e monitoradas. Auditoria testa regularmente efetividade.

Os controles internos para mitigação de riscos formam rede de proteção multicamadas. Controles preventivos impedem ocorrência de erros e fraudes. Controles detectivos identificam problemas tempestivamente. Controles corretivos restauram normalidade após incidentes. Combinação de tipos maximiza proteção. Custo-benefício orienta intensidade de controles. Riscos maiores recebem controles mais robustos. Evolução de riscos demanda atualização de controles.

O desenho de controles internos segue metodologia estruturada. Mapeamento de processos identifica pontos críticos. Avaliação de riscos prioriza vulnerabilidades. Controles são desenhados especificamente para riscos identificados. Testes validam efetividade antes de implementação plena. Monitoramento contínuo verifica funcionamento. Ajustes são realizados conforme necessário. Documentação mantém clareza sobre objetivos e funcionamento.

A supervisão da execução financeira adiciona camada humana essencial aos controles sistêmicos. Supervisores experientes identificam padrões anormais. Revisões por amostragem validam transações processadas. Reuniões periódicas discutem situações atípicas. Mentoria desenvolve senso crítico em equipe. Comunicação aberta encoraja relato de preocupações. Reconhecimento valoriza identificação de problemas. Cultura de controle é construída coletivamente.

As práticas de supervisão equilibram confiança com verificação. Autonomia é concedida proporcionalmente à maturidade demonstrada. Verificações são apresentadas como suporte, não desconfiança. Erros honestos são tratados como oportunidades de aprendizado. Melhorias sugeridas por supervisionados são valorizadas. Feedback é constante e construtivo. Desenvolvimento profissional é objetivo paralelo. Supervisão efetiva previne problemas e desenvolve pessoas.

O registro de não conformidades cria base de conhecimento valiosa para melhoria contínua. Todas as situações fora do padrão são documentadas. Classificação por tipo e gravidade orienta tratamento. Análises identificam padrões e tendências. Causas raízes são investigadas sistematicamente. Ações corretivas são monitoradas até conclusão. Preventivas evitam recorrências. Conhecimento acumulado orienta treinamentos e melhorias processuais.

5.4.9 Monitoramento, Auditoria e Melhoria Contínua

O Manual estabelecerá sistema abrangente de monitoramento, auditoria e melhoria contínua que assegura evolução constante da qualidade e conformidade da gestão financeira.

O monitoramento contínuo da execução financeira utiliza conjunto diversificado de indicadores e ferramentas. Dashboards em tempo real mostram situação de caixa, execução orçamentária e principais indicadores. Alertas automáticos sinalizam desvios de parâmetros estabelecidos. Relatórios periódicos aprofundam análises. Reuniões regulares discutem desempenho e tendências. Comparações com benchmarks contextualizam resultados. Projeções antecipam situações futuras. Monitoramento ativo permite gestão proativa, não apenas reativa.

O sistema de indicadores é cuidadosamente desenhado para capturar dimensões essenciais da gestão financeira. Indicadores de liquidez monitoram capacidade de pagamento. Medidas de execução orçamentária verificam aderência ao planejado. Índices de eficiência avaliam custo-benefício. Métricas de conformidade medem aderência a normas. Indicadores de processo avaliam tempestividade e qualidade. Balanceamento entre diferentes tipos fornece visão holística.

As auditorias internas periódicas complementam monitoramento contínuo com análises aprofundadas. Programa anual define escopo e cronograma baseado em riscos. Metodologia combina testes de conformidade e substantivos. Amostragem estatística otimiza cobertura. Técnicas analíticas identificam anomalias. Entrevistas revelam aspectos qualitativos. Observação direta valida procedimentos. Relatórios são construtivos e orientados a melhorias.

A condução de auditorias internas segue padrões profissionais reconhecidos. Independência é garantida através de reporte apropriado. Competência é assegurada por capacitação contínua. Objetividade marca todas as análises. Due professional care orienta intensidade de verificações. Documentação suporta todas as conclusões. Comunicação é clara e tempestiva. Follow-up verifica implementação de recomendações. Valor agregado justifica investimento em função.

A análise de inconsistências adota abordagem sistemática e construtiva. Divergências identificadas são classificadas por natureza e materialidade. Investigação busca causas, não culpados. Padrões são mais importantes que eventos isolados. Contexto é considerado na avaliação. Oportunidades de melhoria são enfatizadas. Soluções são desenvolvidas colaborativamente. Implementação é apoiada e monitorada.

A adoção de ações corretivas segue processo estruturado que maximiza probabilidade de sucesso. Priorização foca em riscos maiores e ganhos rápidos. Planos de ação são específicos, mensuráveis e temporizados. Recursos necessários são alocados. Resistências são identificadas e trabalhadas. Comunicação explica benefícios. Treinamento capacita para novos procedimentos. Monitoramento verifica progresso. Ajustes são realizados conforme necessário.

O aperfeiçoamento das rotinas contábeis e financeiras é processo contínuo alimentado por múltiplas fontes. Feedback de usuários internos e externos orienta prioridades. Benchmarking identifica melhores práticas. Inovações tecnológicas são avaliadas. Mudanças regulatórias são incorporadas. Lições aprendidas de problemas são sistematizadas. Sugestões de melhorias são incentivadas. Pequenas melhorias incrementais são tão valorizadas quanto grandes transformações.

5.4.10 Integração com a Gestão da Unidade

A administração contábil e financeira estará plenamente integrada com todas as dimensões da gestão, funcionando como hub informacional que suporta decisões em todos os níveis.

A integração com a gestão assistencial transforma números em informações relevantes para melhoria do cuidado. Custos por procedimento orientam decisões clínicas. Análises de custo-efetividade suportam escolhas terapêuticas. Investimentos em tecnologia são avaliados pelo impacto assistencial. Eficiência no uso de recursos libera verbas para expansão de serviços. Indicadores integrados mostram relação entre gastos e resultados. Esta integração demonstra que gestão financeira é meio para fim assistencial.

Os mecanismos de integração assistencial-financeira são diversos e complementares. Reuniões conjuntas discutem implicações financeiras de

decisões clínicas. Relatórios customizados atendem necessidades específicas de gestores assistenciais. Treinamento básico em finanças capacita líderes clínicos. Linguagem é adaptada para compreensão mútua. Projetos conjuntos desenvolvem soluções integradas. Reconhecimento compartilhado valoriza sucessos conjuntos.

A integração com a gestão administrativa elimina silos organizacionais contraproducentes. Compras considera necessidades financeiras e operacionais. Recursos humanos alinha custos com produtividade. Tecnologia da informação prioriza sistemas que integram informações. Facilities equilibra qualidade com custos de manutenção. Comunicação conjunta mantém alinhamento. Decisões consideram impactos cruzados. Sinergias são ativamente buscadas.

A prestação de contas do Contrato de Gestão é naturalmente facilitada pela integração sistêmica. Informações necessárias fluem automaticamente dos processos operacionais. Consolidação requer mínimo esforço adicional. Qualidade de dados primários garante confiabilidade de relatórios. Rastreabilidade completa facilita esclarecimentos. Conformidade é alcançada através de processos, não esforços heroicos. Prestação de contas torna-se demonstração natural de boa gestão.

O acompanhamento de metas e indicadores beneficia-se de informações financeiras tempestivas e confiáveis. Custos são correlacionados com metas físicas. Eficiência é medida objetivamente. Tendências são identificadas precocemente. Projeções consideram realidade financeira. Decisões de ajuste são embasadas em dados sólidos. Sucessos e fracassos são adequadamente contextualizados.

O suporte efetivo à tomada de decisão representa culminação da integração organizacional. Informações relevantes estão disponíveis quando necessárias. Análises consideram múltiplas perspectivas. Cenários são construídos com bases realistas. Impactos de decisões são projetados. Trade-offs são explicitados. Recomendações são fundamentadas. Decisões tomadas são monitoradas. Aprendizado retroalimenta processo decisório.

5.4.11 Considerações Finais

A implantação do Manual de Rotinas para Administração Contábil e Financeira assegura a execução orçamentária responsável, a prestação de contas transparente e a conformidade com as exigências do Tribunal de Contas, fortalecendo a governança, a segurança jurídica e a eficiência na gestão dos recursos públicos, em consonância com o Contrato de Gestão e com os princípios que regem a Administração Pública.

Este manual representa marco fundamental na profissionalização da gestão financeira da unidade. Transformação de práticas informais em

processos estruturados eleva padrão de toda organização. Conformidade deixa de ser esforço extraordinário para tornar-se resultado natural de processos bem desenhados. Transparência evolui de obrigação para valor organizacional. Eficiência financeira libera recursos para expansão e melhoria de serviços.

O fortalecimento da governança através do manual manifesta-se em múltiplas dimensões. Decisões são tomadas com base em informações confiáveis. Responsabilidades são claramente definidas e rastreáveis. Riscos são identificados e adequadamente mitigados. Controles funcionam consistentemente. Prestação de contas é natural e transparente. Confiança de stakeholders é construída e mantida. Cada elemento contribui para gestão madura e sustentável.

A segurança jurídica proporcionada protege instituição e gestores. Conformidade com normas é sistematicamente garantida. Documentação completa respalda todas as decisões. Segregação de funções previne concentração indevida. Controles internos detectam e previnem irregularidades. Transparência desencoraja comportamentos inadequados. Ambiente de controle robusto permite foco em objetivos institucionais.

A eficiência na gestão dos recursos públicos é demonstrada objetivamente. Custos administrativos são minimizados através de processos otimizados. Compras realizadas com economicidade liberam recursos. Perdas e desperdícios são sistematicamente eliminados. Investimentos são direcionados para máximo retorno social. Indicadores de eficiência mostram evolução contínua. Benchmarking confirma posição de destaque.

A consonância com princípios da Administração Pública é evidenciada diariamente. Legalidade orienta todas as decisões. Impessoalidade marca relações com fornecedores. Moralidade permeia cultura organizacional. Publicidade garante transparência. Eficiência é perseguida obsessivamente. Cada princípio é operacionalizado através de processos concretos.

O alinhamento com Contrato de Gestão facilita relacionamento com poder concedente. Metas financeiras são consistentemente alcançadas. Prestações de contas são apresentadas com qualidade e tempestividade. Fiscalizações encontram organização exemplar. Recomendações são prontamente implementadas. Renovações contratuais são facilitadas por histórico positivo. Parceria verdadeira substitui relação meramente formal.

A sustentabilidade de longo prazo é garantida através de mecanismos múltiplos. Processos são documentados permitindo continuidade. Conhecimento é disseminado reduzindo dependências. Melhorias contínuas mantêm relevância. Tecnologia é incorporada aumentando eficiência. Cultura organizacional preserva valores essenciais. Sucessões são planejadas mantendo qualidade.

O impacto do manual estende-se por toda organização e além. Colaboradores trabalham em ambiente organizado e transparente. Gestores decidem com base em informações confiáveis. Fornecedores encontram processos claros e justos. Órgãos de controle verificam conformidade facilmente. Sociedade beneficia-se de gestão eficiente de recursos. Pacientes recebem mais e melhores serviços.

Em conclusão, o Manual de Rotinas para Administração Contábil e Financeira não é mero documento normativo, mas instrumento transformador que eleva a gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal a padrões de excelência. Sua implementação efetiva estabelece fundamentos sólidos para gestão financeira que não apenas cumpre obrigações legais, mas adiciona valor real à missão institucional. Através de processos bem estruturados, controles efetivos e busca contínua por melhoria, a área financeira torna-se parceira estratégica na nobre missão de prover cuidados de urgência e emergência de qualidade para toda a população. O compromisso com a excelência financeira é, em última análise, compromisso com vidas que dependem dos serviços prestados.

5.4.1 Modelo de manual de rotinas para administração contábil/financeira

5.4.1.1 Finalidade

A administração contábil e financeira de uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPA 24h) sob gestão de Organização Social deve assegurar que todo recurso público recebido seja aplicado de forma regular, rastreável, econômica e compatível com o Contrato de Gestão, com registros contábeis íntegros e informações gerenciais suficientes para suportar a tomada de decisão. Este Manual estabelece rotinas detalhadas para planejamento, execução, controle, registro, conciliação e prestação de contas, estruturando um sistema permanente de governança financeira que mitiga riscos de glosa, devolução, responsabilização de gestores e descontinuidade assistencial.

5.4.1.2 Abrangência

Este Manual se aplica a:

- Planejamento orçamentário anual e revisões periódicas;
- Execução orçamentária e financeira por rubricas do Plano de Trabalho;
- Processos de compras/contratações com interface contábil-financeira;
- Fluxo de despesas: solicitação, autorização, contratação, recebimento/atesto, liquidação, pagamento e registro;

- Tesouraria: programação de pagamentos, controle de caixa, conciliação bancária, aplicações financeiras permitidas;
- Contabilidade: escrituração por competência, provisões, conciliações contábeis, balancetes, demonstrações e notas explicativas;
- Fiscal/tributário: retenções, recolhimentos e obrigações acessórias;
- Folha e encargos trabalhistas: conferência, provisões, pagamentos e integrações;
- Prestação de contas mensal e anual: dossiês, relatórios, evidências e atendimento a diligências;
- Controles internos: segregação de funções, matriz de alçadas, auditoria interna e melhoria contínua.

5.4.1.3 Objetivos operacionais

1. Garantir aderência contratual: despesa realizada deve estar amparada pelo Contrato de Gestão, Plano de Trabalho e rubricas aprovadas.
2. Garantir rastreabilidade: cada despesa deve permitir reconstrução completa do percurso (solicitação → autorização → contratação → ateste → pagamento → lançamento → evidência).
3. Garantir disciplina orçamentária: impedir comprometimento sem saldo e controlar projeções até o fim do exercício.
4. Garantir disciplina de caixa: assegurar pagamento de despesas essenciais e manter previsibilidade de desembolsos frente aos repasses.
5. Garantir conformidade fiscal e trabalhista: retenções e recolhimentos no prazo, evitando multas e passivos.
6. Garantir qualidade de registros contábeis: competência, classificação adequada, conciliações e fechamentos mensais confiáveis.
7. Garantir prestação de contas íntegra: entrega tempestiva, organizada e coerente, com evidências suficientes para auditoria e controle externo.
8. Garantir capacidade de resposta em urgências: procedimentos de exceção controlada, com regularização obrigatória e trilha documental.

5.4.2 Governança, Estrutura de Responsabilidades, Segregação de Funções e Matriz de Alçadas

5.4.2.1 Estrutura mínima de governança

A administração contábil-financeira deve operar com papéis definidos, mesmo em equipes reduzidas. Recomenda-se estruturar:

- Direção da UPA / Gestor do Contrato: autoridade final; deliberações sobre remanejamentos relevantes, contingenciamentos, priorização de caixa e resposta a órgãos de controle.
- Coordenação Administrativa/Financeira: responsável pela execução do Manual; controla orçamento, caixa, pagamentos, interface com compras, RH e contabilidade; coordena prestação de contas.
- Compras/Contratos: conduz processos de contratação; organiza evidências e instrumentos; encaminha para liquidação e pagamento.
- Fiscal de Contratos / Responsável pelo Ateste: confirma execução do serviço/entrega; valida medição; emite ateste formal.
- Tesouraria/Financeiro Operacional: programa e executa pagamentos; mantém conciliações; controla saldos e extratos.
- Contabilidade (interna ou terceirizada): escrituração, provisões, fechamentos, demonstrações, notas, conciliações contábeis e suporte a auditorias.
- RH/DP: folha, encargos e provisões; documentação de admissões, demissões, escalas/plantões; interface com financeiro.
- Controle Interno/Compliance (quando houver): auditorias por amostragem, testes de aderência, monitoramento de riscos e tratamento de não conformidades.

5.4.2.2 Segregação de funções (regras obrigatórias)

Deve-se manter separação entre as seguintes etapas:

- Solicitar (área requisitante)
- Autorizar (coordenação/direção conforme alçada)
- Contratar/Comprar (compras/contratos)
- Atestar/Liquidar (fiscal/recebedor designado)
- Pagar (tesouraria/financeiro)
- Contabilizar (contabilidade)
- Conciliar e Revisar (financeiro/coordenação/controle interno)

Quando não for possível segregação plena por limitação de equipe, devem ser aplicados controles compensatórios, tais como:

- Dupla assinatura em pagamento;

- Ateste por pessoa distinta do solicitante;
- Revisão por amostragem diária/semanal de pagamentos e lançamentos;
- Logs de sistema e restrição de perfis;
- Conferência mensal formal pela direção/gestor do contrato.

5.4.2.3 Matriz de alçadas decisórias (exemplo operacional)

As alçadas devem existir por valor, natureza da despesa e criticidade. A unidade deve formalizar os limites em ato interno, respeitando o Contrato de Gestão e o regulamento de compras/contratações.

Modelo de alçadas (adaptável):

- Despesas rotineiras de baixo valor e baixo risco: aprovação pela Coordenação Administrativa/Financeira.
- Despesas acima do limite rotineiro, contratos contínuos, serviços essenciais: aprovação pela Direção/gestor do contrato.
- Investimentos, aquisições de alto valor, remanejamentos relevantes, exceções com risco de glosa: aprovação por instância superior conforme contrato (Direção + ciência/anuência do Poder Concedente quando exigido).

Regras adicionais:

- Despesas com potencial de questionamento (ex.: consultorias, terceirizações sensíveis, despesas não usuais) exigem justificativa técnica e parecer (administrativo/jurídico, conforme o caso).
- Exceções por urgência devem observar procedimento específico e regularização em prazo definido.

5.4.3 Planejamento Orçamentário, Estrutura de Rubricas e Controle de Execução

5.4.3.1 Conceitos operacionais

- Orçamento do Contrato de Gestão: estrutura anual ou por vigência contratual, com rubricas e metas pactuadas.
- Rubricas: categorias do Plano de Aplicação (pessoal, encargos, serviços, insumos, manutenção, TI etc.).
- Centro de custo: agrupamento interno por setor/unidade funcional para mensuração de despesas e análise gerencial.
- Comprometido: despesas autorizadas/contratadas ainda não pagas.

- Executado: despesas incorridas no regime de competência (com ateste/liquidação).
- Pago: desembolso efetivo.

5.4.3.2 Elaboração do orçamento anual (rotina completa)

A elaboração do orçamento deve seguir as etapas:

1. Levantamento de premissas assistenciais: volume esperado de atendimentos, perfil de casos, sazonalidades, tempo de permanência, taxas de ocupação e indicadores de consumo.
2. Dimensionamento de pessoal e escalas: composição mínima, reforços, adicionais (noturno, insalubridade), substituições, absenteísmo previsto.
3. Histórico de consumo e custos: séries históricas (quando existirem) ou referências de unidades similares.
4. Plano de suprimentos e contratos essenciais: oxigênio, resíduos, limpeza, vigilância, manutenção, exames (SADT), TI, locações, calibrações, lavanderia (se aplicável).
5. Plano de manutenção e reposição: manutenção predial/equipamentos e substituição programada.
6. Reserva técnica e contingências: previsão para emergências (picos assistenciais, panes, reajustes de contratos).
7. Estruturação do plano de contas gerencial: correspondência direta com rubricas do contrato e centros de custo.
8. Revisão e validação: revisão contábil e financeira, validação pela direção, e submissão ao Poder Concedente conforme exigência contratual.

5.4.3.3 Controle prévio de disponibilidade orçamentária

Nenhuma despesa deve ser autorizada sem verificação de:

- Existência de rubrica compatível no Plano de Trabalho;
- Saldo disponível da rubrica (considerando comprometido + projetado);
- Elegibilidade contratual do objeto;
- Coerência técnica e economicidade.

Deve ser utilizado um mecanismo de bloqueio (sistêmico ou procedimental) para impedir autorização sem saldo.

5.4.3.4 Semáforo orçamentário e gatilhos de contenção

A execução deve ser acompanhada por rubrica com gatilhos:

- $\geq 70\%$ executado/comprometido: revisão de projeção até o fim do exercício e análise de risco.
- $\geq 85\%$: restrição de novas despesas não essenciais; priorização.
- $\geq 95\%$: bloqueio de autorizações na rubrica, salvo despesas assistenciais críticas com justificativa formal e decisão da direção; avaliação de remanejamento.

5.4.3.5 Remanejamentos e suplementações (procedimento detalhado)

Quando necessária adequação do orçamento:

1. Abrir processo de **Solicitação de Remanejamento** contendo:
 - rubrica origem e destino;
 - valores;
 - justificativa técnica e assistencial;
 - evidência de que não compromete metas;
 - projeção orçamentária consolidada.
2. Elaborar parecer financeiro indicando:
 - impacto no saldo das rubricas;
 - riscos de extrapolação;
 - alternativas avaliadas.
3. Encaminhar para aprovação conforme alçada e, quando aplicável, para anuência do Poder Concedente.
4. Atualizar controles internos e registrar a versão do orçamento.
5. Incluir narrativa e evidências na prestação de contas do período.

5.4.4 Fluxo de Despesas e Pagamentos (Solicitação → Contratação → Liquidação → Pagamento → Registro)

5.4.4.1 Princípios do fluxo de despesas

- Formalização: toda despesa nasce de solicitação formal.
- Justificativa: a necessidade deve ser motivada tecnicamente.
- Autorização: deve existir anuência formal em alçada.
- Liquidação: pagamento só ocorre após ateste de recebimento/execução.

- Rastreabilidade: documentos devem estar vinculados em um processo único.

5.4.4.2 Solicitação de despesa (conteúdo mínimo obrigatório)

A solicitação deve conter:

- Setor requisitante e responsável;
- Descrição detalhada do bem/serviço;
- Especificação técnica (com requisitos mínimos e padrões de qualidade);
- Quantidade e unidade;
- Prazo necessário;
- Rubrica e centro de custo;
- Estimativa de valor (histórico/cotações);
- Justificativa assistencial/operacional;
- Se aplicável: Termo de Referência, escopo, SLAs e critérios de medição.

Solicitações incompletas devem ser devolvidas para correção.

5.4.4.3 Análise e autorização

A análise deve verificar:

- aderência ao contrato e ao plano de trabalho;
- saldo orçamentário;
- pertinência técnica;
- economicidade;
- necessidade de pesquisa de preços/cotações conforme regulamento;
- necessidade de contrato formal ou instrumento equivalente.

A autorização deve registrar:

- data/hora;
- autorizador (nome, cargo);
- alçada (fundamento);
- condicionantes (se houver).

5.4.4.4 Compra/contratação (interface com regulamento)

O processo de compra/contratação deve manter evidência mínima:

- pesquisa/cotações (quantidade e forma conforme regulamento);
- critério de escolha e justificativa;
- minuta/contrato/ordem de fornecimento/termo equivalente;
- documentos do fornecedor conforme regra interna.

5.4.4.5 Recebimento, conferência e ateste (liquidação)

A liquidação deve ser formalizada por ateste do responsável designado, contendo:

- conferência quantitativa;
- conferência qualitativa (conformidade com especificação);
- confirmação de execução (serviços) com medição e evidência;
- indicação de eventuais inconformidades e providências.

Regras:

- Quem atesta não deve ser o mesmo que solicitou, sempre que possível.
- Materiais críticos devem ter conferência reforçada (dupla checagem).
- Serviços contínuos devem ter medição mensal (com base em contrato/escopo).

5.4.4.6 Pagamento: controles obrigatórios

Antes do pagamento, deve existir verificação de:

- documento fiscal correto (NF);
- vínculo com processo de contratação;
- ateste/liquidação;
- retenções tributárias e trabalhistas aplicáveis;
- dados bancários do fornecedor validados.

O pagamento deve ocorrer por meio rastreável, anexando:

- comprovante bancário;
- guia de recolhimento (se retenção);
- registro de programação e autorização.

5.4.4.7 Registro contábil

O registro contábil deve:

- refletir a operação no regime de competência;

- utilizar contas e centros de custo adequados;
- conter histórico descritivo suficiente;
- vincular documentos e processo;
- integrar execução por rubrica.

5.4.5 Tesouraria, Gestão de Caixa e Conciliações Bancárias

5.4.5.1 Rotina diária da tesouraria

A tesouraria deve executar, diariamente:

1. Consulta de extratos e saldos das contas vinculadas ao contrato;
2. Atualização do mapa de caixa (saldo inicial + entradas previstas – saídas programadas);
3. Programação de pagamentos por criticidade e vencimento;
4. Registro de pagamentos realizados e anexação de comprovantes;
5. Registro de ocorrências (pagamentos devolvidos, divergências, estornos).

5.4.5.2 Priorização de pagamentos por criticidade assistencial

Em caso de restrição de caixa, deve-se priorizar:

1. folha e encargos essenciais dentro do prazo;
2. serviços que impactam assistência de forma imediata (oxigênio, resíduos, exames essenciais, manutenção crítica, energia, insumos assistenciais);
3. contratos de continuidade operacional (limpeza, vigilância, TI assistencial);
4. demais despesas.

Toda priorização extraordinária deve ser registrada com justificativa.

5.4.5.3 Conciliação bancária (procedimento completo)

Periodicidade:

- recomendada: diária ou, no mínimo, semanal.

Passos:

1. Obter extratos bancários completos do período;
2. Confrontar com relatório interno de pagamentos e recebimentos;

3. Identificar pendências:

- lançamentos bancários sem identificação;
- pagamentos agendados não debitados;
- pagamentos debitados sem processo;
- tarifas, juros, estornos, devoluções.

4. Investigar e regularizar pendências:

- vincular cada lançamento a um processo;
- corrigir lançamentos internos;
- solicitar ao banco esclarecimentos quando necessário.

5. Gerar relatório de conciliação com:

- saldo contábil;
- saldo bancário;
- diferenças justificadas;
- pendências em aberto e responsáveis.

Diferenças não justificadas devem gerar não conformidade e apuração.

5.4.5.4 Aplicações financeiras (quando aplicável)

Se permitido:

- registrar política de aplicação (liquidez, risco, prazo);
- manter comprovação (extratos, rendimentos, resgates);
- evidenciar que não comprometeu obrigações essenciais;
- contabilizar rendimentos conforme normas.

5.4.6 Fiscal e Tributário: Retenções, Recolhimentos e Obrigações**5.4.6.1 Regras gerais**

Todo pagamento a fornecedor deve passar por verificação de regime tributário e incidência de retenções, conforme natureza do serviço/produto e legislação aplicável. Devem ser evitados pagamentos com retenção “a posteriori”, pois isso é causa frequente de inconsistências e passivos.

5.4.6.2 Rotina de retenções (procedimento)

1. Classificar a natureza do documento: serviço, locação, obra, cessão de mão de obra, fornecimento, etc.;
2. Verificar o enquadramento do fornecedor: MEI, Simples Nacional, Lucro Presumido, Real, cooperativa, profissional autônomo (se existir);
3. Aplicar retenções conforme regra interna e legislação:
 - ISS (municipal, conforme serviço e local);
 - INSS (quando cessão de mão de obra ou hipóteses legais);
 - IRRF e contribuições (quando aplicável);
4. Registrar o cálculo e anexar ao processo;
5. Recolher guias dentro do prazo legal;
6. Arquivar comprovantes no dossiê.

5.4.6.3 Calendário fiscal (controle)

Deve existir calendário anual com:

- datas de vencimento de guias;
- obrigações acessórias;
- responsáveis;
- comprovação de entrega e pagamento.

Atrasos geram não conformidade e plano de ação.

5.4.7 Folha de Pagamento, Encargos e Provisões

5.4.7.1 Conteúdo mínimo de controle da folha

A rotina de folha deve integrar:

- escalas e plantões realizados;
- banco de horas (quando houver);
- adicionais (noturno, insalubridade, periculosidade, conforme laudos e regras);
- substituições e coberturas;
- férias, afastamentos, admissões e desligamentos.

5.4.7.2 Rotina mensal da folha (passo a passo)

1. Fechamento de ponto e escalas;

2. Validação das coordenações assistenciais:
 - confirmação de plantões;
 - justificativas de trocas e coberturas;
3. Consolidação e cálculo da folha pelo DP;
4. Conferência financeira:
 - compatibilidade com rubrica “pessoal e encargos”;
 - projeção até final do mês e do exercício;
5. Provisões:
 - férias e 13º (com encargos);
 - rescisões estimadas, quando aplicável;
6. Programação de pagamento:
 - salários;
 - benefícios;
 - guias (INSS/FGTS/IR);
7. Contabilização e conciliação:
 - confronto folha x pagamentos bancários;
 - confronto guias x valores retidos/previstos.

Inconsistências devem ser tratadas antes do fechamento mensal.

5.4.8 Contabilidade: Escrituração, Competência, Conciliações e Fechamento Mensal

5.4.8.1 Regras de escrituração

- Regime de competência para receitas e despesas;
- Classificação por plano de contas e centro de custo;
- Históricos completos e autoexplicativos;
- Vínculo documental com o processo de despesa;
- Conciliação entre contabilidade, tesouraria, contas a pagar e prestação de contas.

5.4.8.2 Provisões e ajustes de competência (exemplos operacionais)

Devem ser apropriados mensalmente:

- competência de serviços contínuos já executados e ainda não faturados/atestados integralmente;
- provisões trabalhistas (férias/13º);
- provisões de obrigações a recolher (retenções);
- ajustes de consumo e serviços, quando aplicável (conforme evidências).

5.4.8.3 Fechamento mensal (cronograma e checklist)

O fechamento deve seguir cronograma com responsabilidades:

- Consolidação de despesas do mês (processos pagos e a pagar);
- Conciliação bancária final do mês;
- Conciliação de impostos e retenções;
- Conciliação de folha e encargos;
- Verificação de classificações em rubricas e centros de custo;
- Emissão de balancete e relatórios gerenciais;
- Elaboração de notas explicativas e justificativas de variações relevantes.

Pontos de atenção:

- pagamentos sem ateste;
- despesas sem contrato quando exigido;
- retenções não recolhidas;
- divergências de conciliação sem justificativa;
- gastos em rubrica inadequada.

5.4.9 Prestação de Contas: Organização, Relatórios, Evidências e Diligências

5.4.9.1 Estrutura mínima da prestação de contas mensal

A prestação de contas deve conter:

1. Relatório de execução financeira por rubrica (orçado x executado x saldo);
2. Demonstrativo de repasses recebidos e aplicação;
3. Relação de despesas pagas e a pagar (com identificação do processo);
4. Relatório de folha e encargos (síntese e variações);
5. Extratos bancários e conciliação;

6. Relatório de contratos e medições de serviços contínuos;
7. Notas explicativas de variações relevantes e eventos extraordinários;
8. Índice de anexos e evidências.

5.4.9.2 Dossiê de despesa (padrão de evidência)

Para cada despesa relevante, deve existir processo com:

- solicitação e justificativa;
- autorização em alçada;
- evidência de contratação (cotação, parecer, contrato/ordem);
- ateste/liquidação (recebimento ou medição);
- nota fiscal válida;
- retenções e guias;
- comprovante de pagamento;
- lançamento contábil vinculado;
- rubrica e centro de custo.

5.4.9.3 Atendimento a diligências

Procedimento:

1. Protocolar a diligência e registrar prazo oficial;
2. Distribuir itens com prazo interno reduzido;
3. Preparar resposta objetiva com evidências indexadas;
4. Revisão técnica (financeiro/contábil e, quando necessário, jurídico);
5. Protocolo de envio e arquivo do retorno.

Diligências recorrentes devem gerar revisão de processo e plano de ação.

5.4.10 Controles Internos, Gestão de Riscos, Auditoria e Melhoria Contínua

5.4.10.1 Mapa de riscos financeiros frequentes em UPA

- Despesas sem aderência contratual (glosa);
- Pagamento sem ateste;
- Alteração fraudulenta de dados bancários;

- Serviços contínuos sem medição adequada;
- Retenções não recolhidas;
- Folha com inconsistências (plantões, adicionais);
- Compras emergenciais sem regularização;
- Falhas de conciliação bancária.

5.4.10.2 Controles preventivos e detectivos

Controles preventivos:

- verificação prévia de rubrica e saldo;
- dupla autorização de pagamento;
- perfis de acesso no sistema;
- bloqueios de alteração cadastral sem validação;
- obrigatoriedade de ateste e medição.

Controles detectivos:

- conciliações bancárias periódicas;
- auditorias por amostragem mensal;
- análise de variações por rubrica;
- trilhas de auditoria (logs);
- checagem de retenções e prazos.

5.4.10.3 Auditoria interna (rotina)

- Plano anual de auditoria baseado em riscos;
- Amostragem com foco em despesas de maior materialidade;
- Testes de aderência do fluxo (documento → ateste → pagamento → registro);
- Relatórios com achados, causa raiz, ações corretivas e prazos.

5.4.10.4 Tratamento de não conformidades

Toda não conformidade deve:

1. ser registrada (data, processo, natureza, gravidade);
2. ter causa raiz identificada;
3. gerar plano de ação com responsável e prazo;

4. ser acompanhada até eficácia comprovada.

5.4.11 Procedimentos Especiais: Urgências, Exceções e Contingências

5.4.11.1 Despesa emergencial com regularização obrigatória

Em situações de risco assistencial que exijam contratação/compra imediata:

1. A direção/coordenação autoriza excepcionalmente, registrando motivo e urgência;
2. Deve-se coletar evidência mínima de preço/fornecedor possível no momento;
3. Recebimento e ateste devem ocorrer imediatamente;
4. Regularização documental completa deve ocorrer em prazo definido (até D+1 útil ou conforme regra interna).

5.4.11.2 Falha de sistema/indisponibilidade de TI

- Adotar formulários físicos padronizados com numeração única;
- Registrar manualmente autorizações, pagamentos e conciliações;
- Digitalizar e lançar no sistema assim que restabelecido;
- Gerar relatório de regularização para evitar lacunas.

5.4.11.3 Atraso de repasse

- Replanejar caixa e pagamentos com priorização assistencial;
- Comunicar direção e, quando aplicável, o Poder Concedente;
- Registrar medidas adotadas e impactos;
- Reprogramar compras e contratos não essenciais.

5.4.12 Rotinas por Periodicidade (Diárias, Semanais, Mensais, Trimestrais e Anuais)

5.4.12.1 Rotinas diárias

- atualização da posição de caixa e extratos;
- programação e execução de pagamentos autorizados;
- anexação de comprovantes e atualização do contas a pagar;

- registro de ocorrências.

5.4.12.2 Rotinas semanais

- revisão de vencimentos (D+7);
- conferência de retenções e guias emitidas;
- revisão de contratos essenciais e medições pendentes;
- conciliação bancária (quando não diária).

5.4.12.3 Rotinas mensais

- fechamento contábil completo;
- relatório por rubrica com variações e justificativas;
- conciliação folha/encargos;
- prestação de contas mensal com dossiê;
- auditoria por amostragem e relatório de não conformidades.

5.4.12.4 Rotinas trimestrais

- revisão de contratos (reajustes, vigência, aditivos);
- revisão de indicadores e replanejamento orçamentário;
- auditorias temáticas (folha, contratos, retenções).

5.4.12.5 Rotinas anuais

- orçamento anual e revisões;
- consolidação anual para prestação de contas final;
- revisão do Manual e treinamento de reciclagem;
- inventário documental e descarte conforme prazos legais (quando permitido).

POP 01 — CONTROLE ORÇAMENTÁRIO POR RUBRICA, CENTRO DE CUSTO E COMPROMISSOS

1. Objetivo

Assegurar que toda despesa vinculada ao Contrato de Gestão seja planejada, autorizada e executada dentro das rubricas pactuadas, com controle de saldo, projeção de consumo, visão por centro de custo e bloqueios formais para prevenir extrapolações e glosas.

2. Escopo

Aplica-se a: despesas com pessoal e encargos, serviços terceirizados, insumos/medicamentos, manutenção predial/equipamentos, TI, locações, utilidades (quando cabível) e demais rubricas previstas no Plano de Trabalho.

3. Definições operacionais (padrão)

- Orçado (Rubrica): valor aprovado no Plano de Aplicação.
- Comprometido: valores autorizados/contratados, ainda não liquidados/pagos.
- Liquidado (Competência): despesa reconhecida após ateste/medição/recebimento, mesmo que não paga.
- Pago (Caixa): desembolso efetivo.
- Saldo disponível: orçado – (comprometido + liquidado/pago conforme regra interna).
- Centro de custo: setor que consome o recurso (triagem, emergência, observação, farmácia, administração etc.).
- Curva de execução: distribuição mensal do orçamento (previsto vs realizado).

4. Responsabilidades

- Coordenação Adm/Financeira: manter base orçamentária, liberar/bloquear rubricas, emitir relatórios e projeções.
- Contabilidade: validar classificações e competência.
- Compras/Contratos: registrar compromissos (contratos, ordens de fornecimento).
- RH/DP: informar previsões de folha, encargos, rescisões e provisões.
- Direção/Gestor do Contrato: deliberar contingenciamentos, remanejamentos e exceções.

5. Pré-requisitos

- Orçamento aprovado e versionado (v1, v2, etc.), com rubricas e centros de custo.
- Cadastro de rubricas e centros de custo no sistema/planilha oficial.
- Definição formal da matriz de alçadas e regras de bloqueio.

6. Procedimento (passo a passo)

6.1 Implantação e versionamento do orçamento

1. Registrar orçamento anual por rubrica e centro de custo (quando aplicável).
2. Criar versão oficial (V1) com data, responsável e aprovação.
3. Definir curva de execução (meta mensal por rubrica) considerando sazonalidade e contratos contínuos.

6.2 Registro de compromissos (antes de pagar)

4. Todo contrato/ordem de fornecimento deve gerar lançamento de **comprometido** com:
 - rubrica, centro de custo, fornecedor, vigência, valor total e valor mensal (se contínuo),
 - forma de medição (serviços) ou periodicidade de entrega (materiais).
5. Para folha: registrar previsão mensal (fixo + variável) e provisões (férias/13º).

6.3 Atualização periódica

6. Diariamente (ou, no mínimo, semanalmente) atualizar:
 - pagos (tesouraria),
 - liquidados (financeiro/contabilidade),
 - comprometidos (compras/contratos + RH).
7. Conciliar divergências: comprometido sem lastro documental; pagamento sem liquidação; liquidação sem ateste.

6.4 Relatórios e análise crítica

8. Emitir relatório por rubrica:
 - orçado, comprometido, liquidado, pago, saldo,
 - projeção até o fim do exercício,
 - variação vs curva de execução.
9. Emitir relatório por centro de custo:
 - consumo dos setores assistenciais e administrativos.
10. Apresentar “Top 10” itens de maior impacto: folha, serviços essenciais, medicamentos, SADT etc.

6.5 Gatilhos e bloqueios

11. Acionar gatilhos:

- 70%: “atenção” → revisar projeções e compras.
- 85%: “crítico” → restrição de novas despesas não essenciais.
- 95%: “bloqueio” → somente despesas essenciais com justificativa formal e aprovação da direção.

12. Bloqueio formal:

- registrar despacho de bloqueio da rubrica,
- informar compras/RH para impedir autorizações.

6.6 Remanejamento

13. Quando necessário, abrir processo de remanejamento (ver POP de remanejamento no manual) com evidências.

7. Pontos de controle (checagens obrigatórias)

- Existência de lastro (contrato/ordem/SD) para todo comprometido.
- Proibição de “gasto sem rubrica”.
- Coerência entre competência (liquidado) e ateste.
- Alertas de variações abruptas (ex.: +20% medicamentos vs média).

8. Registros obrigatórios

- Orçamento versionado.
- Relatório mensal por rubrica e centro de custo.
- Registro de bloqueios e desbloqueios.
- Ata/reporte de análise crítica.

9. SLA (prazos)

- Atualização de comprometidos: em até 24h após assinatura/ordem.
- Atualização de pagamentos: no mesmo dia.
- Relatório gerencial mensal: até D+5 do mês seguinte.

POP 02 — SOLICITAÇÃO, ANÁLISE E AUTORIZAÇÃO DE DESPESAS

1. Objetivo

Padronizar a abertura e tramitação de solicitações de despesas, garantindo que somente avancem solicitações completas, elegíveis, com saldo orçamentário e com especificação técnica adequada, reduzindo retrabalho, compras indevidas e risco de glosa.

2. Escopo

Qualquer compra/contratação: insumos, serviços, manutenção, locação, SADT, TI, consultorias, folha extraordinária, aditivos.

3. Definições

- **SD:** Solicitação de Despesa (documento-mãe do processo).
- **TR:** Termo de Referência/escopo técnico.
- **Parecer Financeiro:** validação de saldo, rubrica e impacto em caixa.
- **Alçada:** nível de aprovação conforme valor/natureza/criticidade.

4. Responsabilidades

- Requisitante: necessidade e especificação técnica.
- Compras: conformidade formal, pesquisa de preços e processo.
- Coord. Adm/Fin: saldo, elegibilidade, impacto e priorização.
- Direção: aprovação de exceções e altos valores.

5. Conteúdo obrigatório da SD (sem isso não tramita)

1. Identificação do setor e requisitante
2. Descrição completa do bem/serviço (o que é)
3. Justificativa (por que precisa / risco se não adquirir)
4. Especificação técnica mínima (requisitos de qualidade)
5. Quantidade e unidade / periodicidade (se serviço)
6. Prazo de entrega/execução
7. Rubrica e centro de custo
8. Estimativa de valor e base (histórico/cotação)
9. Critério de medição (serviços)
10. Anexos (TR, fotos, relatórios, OS, quando aplicável)

6. Procedimento

6.1 Abertura

1. Requisitante abre SD e anexa TR quando necessário.
2. Em itens críticos assistenciais, justificar urgência e criticidade (alto/médio/baixo).

6.2 Triagem formal (compras)

3. Compras verifica completude e padronização.
4. Se incompleta, devolve com lista objetiva de pendências.

6.3 Análise financeira (gate)

5. Coord. Adm/Fin verifica:
 - rubrica compatível,
 - saldo disponível considerando comprometidos,
 - impacto no caixa (vencimento vs repasse),
 - se há contrato vigente que já cobre o item (evitar duplicidade),
 - se demanda é recorrente (avaliar contrato contínuo).

6.4 Definição de caminho de contratação

6. Definir modalidade conforme regulamento (cotação simples/múltipla etc.).
7. Para serviços contínuos: obrigatória definição de escopo, SLAs e medição.

6.5 Autorização

8. Encaminhar para aprovador conforme alçada.
9. Aprovação deve conter:
 - rubrica,
 - limite aprovado,
 - condicionantes (ex.: 3 cotações, prazo máximo, medição mensal).
10. Reprovação deve conter motivo e alternativa (quando aplicável).

7. Controles e auditoria

- Nenhum processo segue sem SD completa.
- Auditoria amostral mensal de SDs aprovadas (conformidade do conteúdo).

8. Registros

- SD numerada e assinada (física ou eletrônica).
- Parecer financeiro anexado.
- Aprovação em alçada.

POP 03 — LIQUIDAÇÃO/ATESTES DE MATERIAIS E SERVIÇOS (COM MEDIÇÃO E EVIDÊNCIAS)

1. Objetivo

Assegurar que toda despesa seja paga somente após confirmação documental e técnica de que o bem foi entregue ou o serviço foi prestado conforme contratado, com evidências suficientes para auditoria.

2. Escopo

Materiais (insumos, medicamentos, EPIs, peças) e serviços (limpeza, vigilância, manutenção, SADT, TI, consultorias).

3. Responsabilidades

- Recebedor/almoxt/farmácia: conferência física de materiais.
- Fiscal do contrato: medição e validação de serviços.
- Coord. Adm/Fin: validação documental e autorização de pagamento.

4. Procedimento (Materiais)

1. Recebimento com conferência:
 - quantidade, lote/validade (quando aplicável), integridade, especificação.
2. Registro de divergência:
 - se falta/erro, registrar ocorrência e comunicar compras.
3. Aceite:
 - emissão de termo de recebimento/atesto de material.
4. NF:
 - validar dados, descrição, valores, impostos.
5. Encaminhar processo completo para financeiro.

5. Procedimento (Serviços)

1. Conferir contrato/escopo e SLA.
2. Realizar medição (mensal ou por OS):
 - planilha de medição: período, volumes, evidências, ocorrências.
3. Evidências:
 - relatórios, checklists, ordens de serviço, logs, fotos (quando aplicável).

4. Ateste:

- declarar conformidade ou registrar glosa parcial com justificativa.

6. Controles

- Proibido ateste genérico (“serviço prestado”) sem medição.
- Serviços contínuos exigem relatório mensal e checklist mínimo.

7. Registros

- Termo de recebimento/atesto.
- Relatório de medição.
- Evidências anexas.

POP 04 — PAGAMENTOS (PROGRAMAÇÃO, EXECUÇÃO, DUPLA APROVAÇÃO, ANTIFRAUDE, REGULARIZAÇÃO)**1. Objetivo**

Executar pagamentos com segurança, rastreabilidade e conformidade, prevenindo fraudes e garantindo que cada pagamento possua lastro documental completo.

2. Escopo

Pagamentos a fornecedores, prestadores, folha, encargos, serviços contínuos, reembolsos autorizados (quando existir).

3. Responsabilidades

- Tesouraria: programação e execução.
- Coord. Adm/Fin: validação final e aprovação.
- Contabilidade: registro e conciliações.

4. Procedimento**4.1 Programação de pagamentos**

1. Receber “fila” de processos aptos ao pagamento (liquidados/atestados).
2. Ordenar por:
 - vencimento,
 - criticidade assistencial,
 - penalidade por atraso,

- impacto no estoque/serviço.

3. Validar saldo e fluxo de caixa.

4.2 Pré-pagamento (checagem 100%)

4. Conferir checklist do processo:

- SD + aprovação,
- contrato/ordem,
- ateste/medição,
- NF válida,
- retenções calculadas,
- dados bancários validados.

5. Conferir se o fornecedor não possui pendências documentais.

4.3 Antifraude (protocolo)

6. Alteração de dados bancários:

- exige solicitação formal do fornecedor,
- documentação comprobatória,
- confirmação independente por canal anterior (telefone/e-mail já cadastrado),
- aprovação da coordenação.

7. Pagamentos “fora do padrão”:

- conta de terceiro, urgência incomum, valor divergente → bloqueio e apuração.

4.4 Aprovação e execução

8. Dupla aprovação:

- tesouraria prepara,
- coordenação aprova,
- direção aprova acima da alçada.

9. Executar pagamento por meio rastreável.

10. Anexar comprovante ao processo no mesmo dia.

4.5 Pós-pagamento

11. Atualizar contas a pagar e encaminhar para conciliação.

12. Registrar ocorrências: devolução, erro, estorno.

5. Controles

- Sem comprovante anexado = pagamento irregular.
- Auditoria semanal de pagamentos.

6. Registros

- autorização de pagamento;
- comprovante bancário;
- check antifraude assinado;
- conciliação posterior.

POP 05 — RETENÇÕES TRIBUTÁRIAS E RECOLHIMENTOS (ISS/INSS/IRRF E DEMAIS INCIDÊNCIAS)

1. Objetivo

Garantir que, antes de qualquer pagamento a fornecedor/prestador, sejam realizadas **análises de incidência tributária**, cálculos de retenções aplicáveis, emissão de guias e recolhimentos nos prazos legais, com **rastreabilidade documental** e conciliações mensais, prevenindo passivos, autuações e glosas.

2. Escopo

Aplica-se a:

- Pagamentos por prestação de serviços (contínuos ou eventuais);
- Contratos com cessão de mão de obra / dedicação exclusiva (quando aplicável);
- Serviços técnicos especializados (contábil, jurídico, TI, consultorias etc.);
- Serviços de manutenção, obras/reformas (quando aplicável);
- Pagamentos com incidência de ISS, INSS, IRRF e contribuições correlatas, conforme legislação vigente e enquadramento do fornecedor.

3. Definições (para padronização interna)

- Incidência: obrigação de reter ou recolher tributo conforme natureza do serviço e regime tributário do fornecedor.
- Base de cálculo: valor sobre o qual incide o tributo (pode ser total da nota, parcela do serviço, deduções legais etc.).

- Retenção na fonte: desconto do tributo do valor a pagar ao fornecedor, com recolhimento posterior pela UPA/OS.
- CND/Certidões: documentos de regularidade fiscal/trabalhista, quando exigidos por regra interna/contratual.
- Matriz de incidência tributária: tabela interna que relaciona tipo de serviço → incidências → documentos → prazos.

4. Responsabilidades

- Compras/Contratos: manter cadastro do fornecedor atualizado (regime tributário, CNAE/atividade, município de incidência ISS, dados de contato) e exigir documentos necessários.
- Financeiro/Tesouraria: bloquear pagamento sem “Checklist Tributário” validado; executar pagamento líquido.
- Fiscal/Tributário/Contábil: analisar incidência, calcular retenções, emitir guias e recolher; manter calendário fiscal; conciliar mensalmente.
- Coordenação Adm/Fin: supervisionar conformidade, aprovar exceções justificadas e garantir resolução de pendências.

5. Pré-requisitos

1. Cadastro de fornecedores contendo:
 - CNPJ, razão social, endereço, município;
 - regime tributário (Simples, Presumido, Real etc.);
 - atividade predominante e CNAE (quando disponível);
 - dados bancários validados;
 - contatos oficiais.
2. Matriz de incidência tributária vigente e versionada.
3. Calendário fiscal anual (vencimentos e obrigações).
4. Checklist padrão de retenções anexado a todo processo de pagamento.

6. Procedimento (passo a passo)

6.1 Recebimento do processo para pagamento

1. Tesouraria recebe processo “apto” (com SD, contratação, ateste, NF).
2. Tesouraria encaminha ao responsável fiscal/tributário para validação tributária antes da liberação do pagamento.

6.2 Análise de incidência (obrigatória para 100% das NFs de serviço)

3. Identificar natureza do documento:

- serviço (contínuo/eventual), locação, obra/reforma, cessão de mão de obra, fornecimento com instalação etc.

4. Verificar o enquadramento do fornecedor:

- regime tributário declarado;
- atividade do fornecedor compatível com o serviço prestado (coerência CNAE/descrição);
- município de incidência para ISS (local do estabelecimento prestador ou local do tomador, conforme regra aplicável).

5. Identificar incidências esperadas conforme matriz interna:

- ISS (municipal), INSS (se aplicável), IRRF e demais retenções cabíveis.

6. Verificar documentos de suporte:

- declaração do Simples (quando aplicável);
- certidões ou documentos exigidos por regra interna/contrato (quando aplicável).

6.3 Cálculo e registro das retenções

7. Calcular retenções com base definida:

- base de cálculo;
- alíquotas;
- valor retido;
- valor líquido.

8. Registrar cálculo no “Formulário de Retenções” com:

- identificação do processo;
- NF (número, data, valor);
- tributos retidos e fundamentos;
- responsável pela análise e data/hora.

9. Conferência por amostragem ou dupla checagem (conforme criticidade/valor).

6.4 Emissão de guias e recolhimento

10. Emitir guias com antecedência para cumprir prazo.

11. Programar recolhimento:

- incluir no contas a pagar de tributos;
- reservar caixa (quando necessário).

12. Recolher guias dentro do vencimento.

13. Anexar comprovantes de pagamento das guias ao processo da NF.

6.5 Liberação do pagamento ao fornecedor

14. Tesouraria executa pagamento do valor líquido após:

- checklist tributário concluído;
- guias emitidas/registradas;
- autorização final da coordenação (quando aplicável).

15. Anexar comprovante bancário ao processo.

6.6 Conciliação e fechamento mensal

16. No fechamento:

- conciliar “retenções calculadas” x “guias pagas” x “lançamentos contábeis”;
- identificar diferenças e regularizar antes do balancete final.

7. Pontos de controle (checagens obrigatórias)

- Pagamento bloqueado sem checklist tributário concluído.
- NF com descrição genérica (“serviços prestados”) exige complemento ou relatório/escopo anexo.
- Divergência entre serviço executado e atividade do fornecedor deve ser analisada e registrada.
- Tributo retido deve ter guia correspondente paga no prazo (controle por vencimento).

8. Critérios de aceitação

- Processo contém cálculo de retenções assinado/identificado.
- Guias emitidas e recolhidas nos prazos.
- Lançamentos contábeis coerentes com retenções e pagamentos.

9. Registros obrigatórios

- Formulário de retenções por NF.

- Guias e comprovantes.
- Conciliação mensal de tributos.
- Relatório de pendências (se houver).

10. SLA

- Análise tributária: até 24h após recebimento do processo.
- Emissão de guias: até D+1 após confirmação da incidência.
- Conciliação mensal: até D+5 do mês seguinte.

11. Riscos e contingências

- **Risco:** pagamento sem retenção → passivo, multa e glosa.
Contingência: bloqueio sistêmico/operacional e auditoria semanal.
- **Risco:** atraso em guia → multa/juros.
Contingência: calendário fiscal com dupla checagem e alertas.

12. Auditoria

- Amostragem mensal de NFs com maior valor.
- Trilha: NF → cálculo → guia → pagamento → lançamento.

POP 06 — CONCILIAÇÃO BANCÁRIA E TRATAMENTO DE PENDÊNCIAS (DIÁRIA/SEMANAL)

1. Objetivo

Assegurar que os saldos e movimentações bancárias das contas vinculadas ao Contrato de Gestão estejam **integralmente conciliados** com registros internos (contas a pagar, contabilidade e prestação de contas), identificando e tratando pendências com rastreabilidade e prazos.

2. Escopo

Todas as contas bancárias vinculadas ao contrato, incluindo:

- conta principal de movimentação;
- contas específicas (quando existirem);
- aplicações e resgates permitidos;
- taxas, tarifas, estornos e devoluções.

3. Definições

- Pendência de conciliação: lançamento bancário sem correspondência interna ou vice-versa.
- Diferença temporária: item identificado e justificado (ex.: pagamento agendado ainda não debitado).
- Diferença não justificada: lançamento sem lastro; gera não conformidade.

4. Responsabilidades

- Tesouraria: extratos, conciliação primária, registro de pendências e evidências.
- Contabilidade: conciliação contábil dos saldos, ajustes e fechamento.
- Coord. Adm/Fin: revisão, validação e cobrança de pendências.

5. Pré-requisitos

- Acesso aos extratos bancários.
- Relatório interno de pagamentos/recebimentos.
- Plano de contas e regras de lançamento.
- Modelo de “Relatório de Pendências”.

6. Procedimento

6.1 Coleta e preparação

1. Baixar extrato completo do período (diário ou semanal).
2. Exportar relatório interno do contas a pagar e pagamentos executados.
3. Padronizar período e ordenar por data/valor.

6.2 Conciliação item a item

4. Conciliar pagamentos:
 - extrato (débito) → comprovante → processo → contas a pagar → lançamento contábil.
5. Conciliar recebimentos:
 - repasse → extrato (crédito) → registro interno → prestação de contas.
6. Identificar tarifas, estornos, devoluções:
 - criar lançamento interno com justificativa e documento.

6.3 Registro e tratamento de pendências

7. Para cada pendência, registrar:

- data, valor, tipo (banco/ interno), provável causa, responsável e prazo.

8. Classificar:

- temporária (agendamento);
- documental (falta comprovante);
- sistêmica (falha de integração);
- irregular (sem lastro).

9. Regularizar:

- anexar documentos;
- ajustar lançamento contábil;
- solicitar esclarecimento ao banco (quando necessário).

6.4 Fechamento da conciliação

10. Emitir relatório final:

- saldo bancário,
- saldo interno,
- diferenças justificadas,
- pendências abertas (com prazo e responsável).

7. Pontos de controle

- Nenhum mês fecha com pendência “não justificada”.
- Pagamento no extrato sem processo é tratado como incidente crítico.

8. Critérios de aceitação

- Conciliação assinada por executor e revisor.
- Pendências reduzidas a diferenças temporárias justificadas.

9. Registros

- Relatório de conciliação.
- Registro de pendências e evidências.

10. SLA

- Conciliação diária: até o próximo dia útil.
- Conciliação semanal: até 2 dias úteis após período.

- Pendências críticas: resolução em até 48h.

11. Riscos/contingências

- Fraude/erro bancário → protocolo imediato e bloqueio preventivo.
- Indisponibilidade de extrato → registrar ocorrência e conciliar assim que restabelecer.

12. Auditoria

- Teste de trilha: débito bancário → processo → ateste → NF → lançamento.

POP 07 — FECHAMENTO CONTÁBIL MENSAL (COMPETÊNCIA, PROVISÕES, CONCILIAÇÕES, BALANCETE)

1. Objetivo

Garantir fechamento contábil mensal com fidedignidade, tempestividade e coerência com prestação de contas, assegurando conciliações concluídas, provisões registradas e relatórios gerenciais emitidos.

2. Escopo

Todas as operações do mês: despesas, receitas, folha, tributos, provisões, contratos e conciliações.

3. Responsabilidades

- Contabilidade: escrituração, provisões, balancete, demonstrações.
- Tesouraria: conciliação bancária.
- Compras/Contratos: compromissos e medições.
- RH/DP: folha e provisões.
- Coord. Adm/Fin: validação final e análise crítica.

4. Pré-requisitos

- Conciliação bancária final do mês concluída.
- Lista de processos pagos e a pagar.
- Relatório de medições e atestes.
- Relatórios de folha e guias.

5. Procedimento

5.1 Preparação do fechamento

1. Definir “cut-off” (data limite de lançamento).
2. Garantir que processos do mês estejam com documentação completa.
3. Identificar despesas do mês ainda sem NF/atesto e registrar competência conforme evidência.

5.2 Conciliações essenciais

4. Conciliação bancária final.
5. Conciliação tributos: retenções x guias.
6. Conciliação folha: líquido pago x extratos; encargos x guias.
7. Conciliação contas a pagar: saldo da carteira x obrigações reais.

5.3 Provisões e ajustes

8. Provisões trabalhistas (férias/13º, com encargos).
9. Competência de serviços contínuos (medição do mês).
10. Ajustes de classificação por rubrica/centro de custo.

5.4 Emissão de relatórios e análise crítica

11. Emitir balancete e relatórios por rubrica.
12. Elaborar notas explicativas de variações relevantes.
13. Reunião de validação (financeiro + contábil + direção).

6. Pontos de controle

- Mês não fecha com retenções sem guia.
- Divergência de conciliação deve estar justificada e documentada.

7. Registros

- Check-list de fechamento assinado.
- Balancete.
- Relatórios por rubrica e notas.

8. SLA

- Fechamento mensal: até D+8.
- Relatório gerencial: até D+10.

9. Auditoria

- Revisão por amostragem dos lançamentos de maior valor.

POP 08 — PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL (DOSSIÊ, ÍNDICE, PADRÃO DE ORGANIZAÇÃO, CHECKLIST)

1. Objetivo

Montar prestação de contas mensal de forma completa, organizada e auditável, permitindo verificação eficiente por órgão concedente e controle externo.

2. Escopo

Prestação de contas financeira mensal e seus anexos.

3. Responsabilidades

- Coord. Adm/Fin: consolidação e revisão.
- Contabilidade: relatórios e demonstrativos.
- Tesouraria: extratos e conciliações.
- Compras/Contratos: dossiês contratuais e medições.
- RH/DP: evidências de folha/encargos.

4. Pré-requisitos

- Fechamento mensal concluído.
- Conciliações finalizadas.
- Dossiês de despesas organizados por processo.

5. Procedimento

5.1 Consolidação

1. Relatório de execução por rubrica (orçado x executado x saldo).
2. Demonstrativo de repasses recebidos.
3. Relação de despesas pagas e a pagar, com número de processo.

5.2 Montagem do dossiê (padrão)

4. Definir índice mestre:
 - (A) Relatórios e demonstrativos
 - (B) Extratos e conciliações
 - (C) Despesas por rubrica (processos)
 - (D) Folha e encargos

- (E) Contratos e medições
- (F) Notas explicativas

5. Padronizar nomeação de arquivos:

- “RUBRICA_XX_PROCESSO_YYYY_FORNECEDOR_VALOR.pdf”

6. Inserir checklist de completude e assinar.

5.3 Revisão final e protocolo

7. Revisão cruzada:

- financeiro confere evidências;
- contábil confere coerência de valores.

8. Protocolar entrega e arquivar versão final.

6. Pontos de controle

- Nenhuma despesa entra sem processo completo.
- Extratos batem com pagamentos reportados.

7. Registros

- Índice mestre.
- Checklist assinado.
- Protocolo de entrega.

8. SLA

- Entrega mensal: conforme prazo do contrato; internamente, até D+12.

9. Auditoria

- Teste de trilha de 10 maiores despesas do mês.

POP 09 — TRATAMENTO DE DILIGÊNCIAS, APONTAMENTOS E REQUISIÇÕES DE INFORMAÇÃO (PODER CONCEDENTE/CONTROLADORIA/TCE)

1. Objetivo

Estabelecer rotina padronizada para recebimento, registro, análise, resposta e acompanhamento de diligências/apontamentos/requisições de informação, assegurando tempestividade, clareza, completude documental,

consistência técnica e prevenção de recorrência, com trilha de auditoria e responsabilização definida.

2. Escopo

Aplica-se a qualquer solicitação formal (ou formalizável) proveniente de:

- Poder Concedente (Gestor/Fiscal do Contrato de Gestão);
- Controladoria/Secretaria/Unidade Central de Controle Interno;
- Tribunal de Contas e órgãos correlatos;
- Ministério Público (quando houver requisição);
- Auditoria independente/externa (quando aplicável);
- Conselho de Administração/Conselho Fiscal da Organização Social (quando aplicável).

Inclui: diligências de prestação de contas, solicitações de documentos, questionamentos de rubricas, glosas/possíveis glosas, inconformidades processuais, divergências de extratos, retenções tributárias, folha/encargos, contratos, medições e demais itens de natureza contábil-financeira.

3. Definições

- **Diligência:** solicitação formal de complementação/esclarecimento sobre informação/documento já apresentado.
- **Apontamento:** registro de inconformidade, falha ou dúvida identificada pelo controle interno/externo.
- **Requisição de Informação (RI):** solicitação de dados, relatórios, planilhas ou documentos fora do fluxo ordinário.
- **Item de resposta:** cada pergunta/exigência individual dentro de uma diligência (tratado separadamente).
- **Evidência:** documento/prova que sustenta a resposta (NF, contrato, ateste, extrato, conciliação, guia, relatório de medição, folhas etc.).
- **Plano de Ação (PA):** conjunto de medidas corretivas/preventivas para tratar causa raiz e evitar repetição.

4. Responsabilidades

- **Ponto Focal de Diligências (PFD)** (Coord. Adm/Fin ou designado):
 - recebe, protocola, distribui, controla prazos, consolida a resposta final e garante rastreabilidade.

- **Contabilidade:** valida coerência de saldos, lançamentos, balancetes, competência, provisões e classificações.
- **Tesouraria/Financeiro:** extratos, comprovantes, conciliações bancárias, fluxo de caixa, pagamentos e programação.
- **Compras/Contratos:** processos de contratação, cotações, contratos, aditivos, medições, penalidades e comunicações com fornecedores.
- **RH/DP:** folha, guias, encargos, escalas/plantões (quando envolver pagamento a pessoa física/PJ assistencial) e provisões trabalhistas.
- **Direção/Gestor Local:** aprova respostas de alto impacto, define estratégia em casos sensíveis e garante implantação de ações corretivas.
- **Jurídico** (quando necessário): revisa respostas com risco de responsabilização, interpretações normativas e termos contratuais.

5. Pré-requisitos

1. Canal oficial de recebimento (e-mail institucional, sistema do concedente ou protocolo físico);
2. Pasta/ambiente de arquivo padronizado da prestação de contas e processos (digital e físico);
3. Índice mestre dos documentos por competência/rubrica/processo;
4. Planilha/sistema de controle de diligências (log) com campos mínimos;
5. Modelos padronizados: “Resposta a Diligência”, “Lista de Evidências”, “Plano de Ação”.

6. Procedimento (passo a passo)

6.1 Recebimento e protocolização

1. **Receber** diligência/apontamento/RI e registrar imediatamente em log:
 - órgão emissor, número/identificador, data/hora, canal, assunto, competência (mês/ano), prazo oficial, anexos recebidos.
2. **Gerar número interno** de controle (ex.: DIL-AAAA-MM-###).
3. **Classificar criticidade:**
 - **Crítica** (risco de glosa, penalidade, interrupção de repasse, responsabilização);
 - **Alta** (impacto relevante, valores significativos, prazos curtos);
 - **Média** (complementação documental padrão);
 - **Baixa** (informações simples, baixo risco).

4. Definir **prazo interno**: 70% do prazo oficial (ou menor se crítico).

6.2 Quebra em itens, distribuição e plano de coleta

5. Ler integralmente e **quebrar em itens** numerados (Item 1, Item 2...).
6. Para cada item, definir:
 - responsável primário (área dona do documento), responsável secundário (validação), evidências esperadas, prazo interno por item.
7. Enviar distribuição formal por e-mail/ordem de serviço interna com: item, prazo, formato e padrão de evidência.
8. Se houver dúvida de interpretação, acionar contabilidade/jurídico antes de produzir resposta.

6.3 Coleta e validação de evidências

9. Cada área deve localizar evidências **na trilha** (processo completo). Exemplo de trilha mínima de despesa:
 - SD/solicitação → aprovação/alçada → cotação/contrato → recebimento/medição → ateste → NF → retenções/guia → pagamento/comprovante → lançamento contábil → conciliação bancária.
10. Evidências devem ser: legíveis, completas, com identificação (nº do processo, competência, rubrica).
11. Para evidência faltante:
 - registrar pendência, localizar fonte (fornecedor, bancoH, sistema), e estimar prazo de obtenção;
 - se inevitável, formalizar justificativa e plano de regularização.
12. O PFD valida:
 - coerência de valores (NF x pagamento x extrato x razão contábil);
 - coerência temporal (competência x data do ateste x data do pagamento);
 - adequação de rubrica/classificação;
 - integridade (nada “solto” sem vínculo).

6.4 Construção da resposta (padrão técnico)

13. Redigir resposta item a item, contendo obrigatoriamente:
 - a) **Resposta objetiva** (máx. 1–3 parágrafos por item);
 - b) **Explicação técnica** quando necessário (por que ocorreu, como foi

tratado);

- c) **Referência a evidências** (Anexo A1, A2... com índice);
- d) **Conciliações** quando houver divergência (tabela de amarração).

14. Quando houver inconsistência identificada internamente, a resposta deve incluir:

- reconhecimento do fato (sem linguagem evasiva),
- correção executada ou programada,
- evidência da correção (ou prazo e plano),
- medidas preventivas para evitar recorrência.

6.5 Revisão, aprovação e envio

15. Revisão técnica cruzada:

- contabilidade revisa itens contábeis e saldos;
- tesouraria revisa extratos e comprovantes;
- compras/contratos revisa escopo/medição;
- jurídico revisa se houver risco legal.

16. Aprovação final pela Coord. Adm/Fin e Direção (quando crítico/alto valor).

17. Envio por canal oficial, mantendo:

- protocolo/recibo de entrega;
- versão final “congelada” (PDF) e pasta de anexos.

6.6 Acompanhamento e encerramento

18. Registrar no log: data de envio, protocolo, status (“aguardando retorno”).

19. Se houver retorno com exigências adicionais, reabrir itens e manter histórico.

20. Encerrar diligência somente quando houver aceite formal ou decurso do prazo sem novas exigências (quando aplicável).

7. Pontos de controle (checagens obrigatórias)

- Nenhuma resposta sem **índice de anexos** e numeração de evidências.
- Itens com valores devem conter amarração (NF ↔ pagamento ↔ extrato ↔ contabilidade).
- Prazo interno sempre menor que prazo oficial.
- Não enviar documentos sem identificação do processo/competência.

8. Critérios de aceitação

- Resposta atende 100% dos itens, sem omissões.
- Evidências completas, coerentes e rastreáveis.
- Inconsistências tratadas com correção/plano e prazo definido.
- Protocolo de entrega arquivado.

9. Registros obrigatórios

- Log de diligências (planilha/sistema);
- Resposta final protocolada;
- Índice de anexos;
- Evidências (dossiê);
- Plano de Ação (quando houver não conformidade).

10. SLA

- Protocolização: no mesmo dia útil do recebimento.
- Distribuição de itens: até 24h úteis.
- Produção de resposta preliminar: até 70% do prazo oficial.
- Resposta final: até 90% do prazo oficial (margem para contingência).

11. Riscos e contingências

- **Risco:** perda de prazo → glosa/penalidade.
Contingência: prazos internos, alertas e escalonamento à direção em D-2.
- **Risco:** evidência ausente → resposta incompleta.
Contingência: plano de coleta, padronização de arquivo e auditoria interna mensal.

12. Auditoria e melhoria contínua

- Relatório trimestral de “Top causas de diligências” por categoria.
- Revisão de processos que geraram recorrência (criar POP complementar ou ajuste de checklist).
- Treinamento periódico das áreas com maior incidência.

POP 10 — ROTINA COMPLETA DE FOLHA, ENCARGOS, PROVISÕES E PAGAMENTOS (COM VALIDAÇÃO ASSISTENCIAL)

1. Objetivo

Padronizar o ciclo mensal de folha e encargos, garantindo:

- pagamentos corretos (salários/plantões/benefícios),
- apuração e recolhimento de encargos no prazo,
- provisões adequadas (férias/13º/rescisões),
- aderência às rubricas do Contrato de Gestão,
- trilha documental auditável (escala → ponto → cálculo → pagamento → contabilidade → prestação de contas).

2. Escopo

Inclui: colaboradores CLT, temporários quando existentes, plantões/horas extras, adicionais (noturno/insalubridade/periculosidade quando cabível), rescisões, benefícios (VT/VA etc.), guias (FGTS/INSS/IR), prestadores correlatos ao pagamento assistencial quando integrados (ex.: médicos PJ via RPA/PJ com ateste de escala – se aplicável ao contrato).

3. Definições

- **Competência:** mês de referência da folha.
- **Eventos variáveis:** plantões, HE, adicionais, substituições, descontos.
- **Base de validação assistencial:** escala homologada + confirmação de realização (assinatura/registro).
- **Provisão:** reconhecimento contábil de obrigação futura (férias/13º/encargos).

4. Responsabilidades

- RH/DP: processamento da folha, bases de cálculo, eventos, admissões/demissões, geração de guias e relatórios.
- Coordenações Assistenciais: validação de escalas/plantões e ocorrências (faltas, trocas, coberturas).
- Financeiro/Tesouraria: programação e pagamento, conferência de disponibilidade e rubrica.
- Contabilidade: provisões, classificação e conciliações.
- Coord. Adm/Fin: governança do processo, bloqueios, validação final e reporte.

5. Pré-requisitos

1. Escalas do mês homologadas (médicos, enfermagem, apoio) por coordenação;
2. Sistema/controle de ponto e registros de frequência;
3. Tabelas e regras atualizadas: adicionais, bases, convenções e parâmetros;
4. Orçamento da rubrica “Pessoal e Encargos” com curva de execução;
5. Calendário de fechamento e pagamento (datas fixas).

6. Procedimento (passo a passo)

6.1 Preparação e fechamento de eventos (D-10 a D-5)

1. RH coleta: admissões, afastamentos, licenças, alterações contratuais.
2. Coordenações assistenciais consolidam:
 - plantões realizados, trocas autorizadas, coberturas, ausências, substituições;
 - justificativas de exceções (ex.: dobra, plantão extra).
3. RH valida consistência entre escala planejada e registros de execução:
 - divergências devem ser devolvidas para correção antes do processamento.

6.2 Processamento preliminar (D-5 a D-3)

4. RH processa folha preliminar e emite relatórios de conferência:
 - resumo por centro de custo;
 - variáveis por colaborador;
 - horas extras/plantões;
 - adicionais;
 - descontos.
5. Coordenações conferem relatório de variáveis (amostragem mínima por categoria, e 100% em valores altos).
6. Financeiro verifica:
 - impacto no orçamento (rubrica pessoal),
 - tendência vs meses anteriores (alerta de variação abrupta),
 - provisões necessárias.

6.3 Ajustes e aprovação (D-3 a D-2)

7. RH ajusta inconsistências apontadas e gera versão final.
8. Coord. Adm/Fin aprova a folha com base em:
 - relatório comparativo (mês atual x anterior),
 - justificativas para variações,
 - lista de exceções (plantões extras, adicionais fora da média etc.).
9. Se houver estouro de rubrica:
 - acionar POP de controle orçamentário (bloqueio/contingência/remanejamento).

6.4 Pagamento (D-1 a D0)

10. Tesouraria programa pagamentos:
 - salários;
 - benefícios;
 - plantões (quando em folha ou no fluxo PJ, conforme regime).
11. Executa pagamento por meio rastreável e anexa comprovantes.
12. RH emite recibos e arquiva documentação.

6.5 Encargos e obrigações (D0 a D+5)

13. RH gera guias (FGTS/INSS/IR) e relatórios.
14. Fiscal/tributário valida incidências e prazos.
15. Tesouraria recolhe guias e anexa comprovantes.
16. Contabilidade registra competência:
 - salários;
 - encargos;
 - provisões (férias/13º).

6.6 Conciliações e reporte (D+1 a D+8)

17. Conciliação: folha líquida x extrato; guias x lançamentos; provisões x relatórios.
18. Emissão de relatório gerencial:
 - custo total pessoal;
 - variações;
 - custo por centro de custo;

- indicadores (custo por atendimento, se aplicável).

19. Arquivo para prestação de contas:

- folha, comprovantes, guias, relatórios e justificativas.

7. Pontos de controle

- Proibido pagar evento variável sem validação assistencial.
- Plantões extras devem ter: solicitação, autorização e evidência de execução.
- Guias recolhidas dentro do prazo e vinculadas à competência.
- Variações relevantes (>X%) exigem nota explicativa.

8. Critérios de aceitação

- Folha fechada sem pendências críticas.
- Pagamentos e guias conciliados.
- Provisões registradas corretamente.

9. Registros obrigatórios

- Escalas homologadas, ponto, relatórios de variáveis, folha final, comprovantes, guias, conciliações, notas explicativas.

10. SLA

- Folha preliminar: até D-3.
- Folha final aprovada: até D-1.
- Encargos recolhidos: conforme vencimento legal.
- Conciliação completa: até D+5.

11. Riscos/contingências

- Erro de folha → retrabalho e risco trabalhista. Contingência: dupla checagem e amostragem reforçada.
- Atraso de repasse → priorização e plano de caixa (comitê).

12. Auditoria

- Teste mensal nos maiores eventos variáveis.
- Verificação de trilha: escala → execução → folha → pagamento → contabilidade.

POP 11 — DESPESA EMERGENCIAL (EXCEÇÃO CONTROLADA) COM REGULARIZAÇÃO, LIMITES E ANÁLISE DE CAUSA

1. Objetivo

Permitir aquisição/contratação imediata para mitigar risco assistencial ou risco operacional crítico (interrupção de serviço essencial), mantendo controles mínimos, rastreabilidade e regularização completa em prazo definido, evitando uso indevido da emergência como fluxo padrão.

2. Escopo

Situações emergenciais, incluindo:

- falta de insumo essencial com risco assistencial;
- falha crítica em equipamento vital;
- interrupção de serviços essenciais (oxigênio, energia, resíduos, vigilância, limpeza crítica);
- demanda inesperada com risco operacional grave.

3. Definições

- **Emergencial:** risco imediato e relevante à assistência/segurança/continuidade do serviço.
- **Regularização:** completar o processo documental e contábil após a execução, dentro do prazo.
- **Limite emergencial:** teto por evento definido em norma interna (por valor e por tipo de despesa).

4. Responsabilidades

- Requisitante/Coordenação assistencial: declarar criticidade e justificar urgência.
- Coord. Adm/Fin: autorizar e controlar limites, garantir regularização.
- Compras: obter evidência mínima de preço e formalizar contratação.
- Tesouraria: pagamento rastreável e bloqueio sem documentação mínima.
- Contabilidade: registro e nota explicativa.

5. Pré-requisitos

- Lista de itens/serviços críticos e estoques mínimos (quando aplicável).
- Tabela de limites emergenciais e alçadas.
- Modelo de “Justificativa Emergencial” e “Termo de Regularização”.

6. Procedimento (passo a passo)

6.1 Disparo da emergência

1. Requisitante preenche Justificativa Emergencial contendo:
 - descrição do risco;
 - impacto se não executar;
 - prazo máximo de resposta;
 - item/serviço necessário;
 - rubrica pretendida;
 - evidência da situação (fotos, relatório técnico, ocorrência, consumo crítico).
2. Coord. Adm/Fin verifica:
 - enquadramento como emergencial;
 - limite e alçada;
 - disponibilidade de caixa.

6.2 Evidência mínima de economicidade

3. Sempre que possível, obter ao menos:
 - 1–3 cotações rápidas (telefone/e-mail/print) ou
 - histórico de preço recente + justificativa.
4. Registrar a evidência mínima no processo emergencial.

6.3 Execução/contratação

5. Compras formaliza ordem emergencial (ordem de serviço/fornecimento) com escopo mínimo e preço.
6. Receber/execução com ateste imediato do setor técnico.

6.4 Pagamento e registro

7. Tesouraria paga somente com:
 - justificativa emergencial;
 - ordem emergencial;
 - ateste;
 - NF (ou documento equivalente conforme regra) e análise tributária.

8. Contabilidade registra com classificação adequada e marcação “Emergencial” para rastreio.

6.5 Regularização (obrigatória)

9. Em até D+1 útil (ou prazo interno definido):
- emitir SD formal;
 - completar TR/escopo (quando aplicável);
 - anexar cotações complementares;
 - formalizar contrato/aditivo se recorrente;
 - registrar nota explicativa.
10. Se emergências repetidas ocorrerem para o mesmo objeto, abrir ação corretiva:
- estoque mínimo;
 - contrato guarda-chuva;
 - revisão de planejamento.

7. Pontos de controle

- Emergencial não pode virar padrão (monitorar quantidade e valores por mês).
- Sem regularização = não conformidade maior.
- Repetição do mesmo motivo exige análise de causa raiz.

8. Critérios de aceitação

- Processo emergencial completo e regularizado dentro do prazo.
- Evidência mínima de preço e justificativa consistente.
- Registro e nota explicativa disponíveis.

9. Registros

- Justificativa Emergencial;
- Evidência mínima de preço;
- Ordem emergencial;
- Ateste; NF; retenções; comprovante;
- Termo de Regularização;
- Relatório mensal de emergências.

10. SLA

- Autorização emergencial: até 2 horas (conforme criticidade).
- Regularização documental: até D+1 útil.
- Relatório consolidado: mensal, até D+5.

11. Riscos/contingências

- Sobrepreço por urgência → mitigação com histórico e auditoria.
- Falta de fornecedor → cadastro de fornecedores alternativos e plano de contingência.

12. Auditoria

- Auditoria mensal de 100% das despesas emergenciais (por definição de risco).
- Indicadores: frequência, valor total, causas e recorrência.

POP 12 — GESTÃO DE CONTRATOS CONTÍNUOS: CADASTRO, MEDIÇÃO, SLA, GLOSA, ATESTE, PAGAMENTO E DESEMPENHO**1. Objetivo**

Estabelecer rotina completa para administrar contratos contínuos essenciais, garantindo:

- escopo controlado e rastreável;
- medição formal baseada em evidências;
- controle de SLA e aplicação de glosas/penalidades;
- pagamento somente após medição e ateste;
- histórico de desempenho para tomada de decisão e auditoria.

2. Escopo

Contratos contínuos, tais como: limpeza e conservação, vigilância, coleta de resíduos, manutenção predial, manutenção de equipamentos, oxigênio/gases medicinais, TI, internet/telefonia, lavanderia/rouparia (se houver), SADT (quando contratado), locações e outros serviços essenciais.

3. Definições

- **Fiscal do contrato:** responsável técnico designado para acompanhar execução e medição.

- **Medição:** verificação quantitativa e qualitativa do serviço prestado no período.
- **SLA:** nível de serviço acordado (tempo de resposta, disponibilidade, qualidade, frequência).
- **Glosa:** desconto proporcional por descumprimento comprovado do SLA/escopo.
- **Ocorrência:** registro formal de falha, atraso, não conformidade ou evento relevante.

4. Responsabilidades

- Compras/Contratos: manter cadastro, vigências, reajustes, aditivos, documentos e comunicações formais.
- Fiscal do contrato: executar rotina de acompanhamento, registrar ocorrências, medir e propor glosas.
- Coord. Adm/Fin: validar medição, aprovar glosa, liberar pagamento e avaliar risco orçamentário.
- Tesouraria: pagar conforme ateste e retenções.
- Contabilidade: registrar competência, classificações e provisões quando aplicável.
- Direção: deliberar em casos de descumprimento grave, rescisão/substituição de fornecedor e aditivos relevantes.

5. Pré-requisitos

1. Contrato formal com: escopo detalhado, SLA, penalidades, forma de medição, vigência, reajuste, prazos de pagamento.
2. Fiscal designado por ato interno.
3. Checklist de medição por tipo de serviço (modelo interno).
4. Calendário contratual (medição, vencimentos, reajustes, renovações).
5. Canal formal para comunicação com fornecedor (e-mail institucional).

6. Procedimento (passo a passo)

6.1 Cadastro e “dossiê do contrato”

1. Criar dossiê contendo:
 - contrato, aditivos, proposta, cotações, documentos do fornecedor;
 - plano de medição e SLAs;

- contatos;
 - histórico de ocorrências e penalidades.
2. Registrar no controle: vigência, data limite de reajuste/renovação, valor mensal e rubrica.

6.2 Rotina de acompanhamento (semanal/diária conforme contrato)

3. Fiscal realiza acompanhamento conforme criticidade:
- serviços críticos (limpeza, vigilância, oxigênio): rotina diária de verificação;
 - demais: rotinas semanais + inspeção mensal consolidada.
4. Registrar ocorrências com: data/hora, descrição, evidência (foto, checklist, OS), responsável do fornecedor, prazo de correção.

6.3 Medição mensal (obrigatória)

5. Ao final do período, fiscal consolida medição com:
- escopo executado (quantidade/frequência);
 - indicadores de SLA (tempo de resposta, disponibilidade etc.);
 - ocorrências e reincidência;
 - evidências anexas (checklists assinados, relatórios, logs, OS).
6. Preencher “Relatório de Medição” com cálculo do valor devido.

6.4 Glosa e penalidades

7. Se houver descumprimento, fiscal:
- identifica cláusula violada;
 - quantifica glosa conforme regra;
 - anexa evidências;
 - notifica formalmente o fornecedor, abrindo prazo de manifestação quando previsto.
8. Coord. Adm/Fin valida a glosa e decide:
- manter glosa;
 - ajustar parcialmente;
 - aplicar penalidade adicional (quando previsto).
9. Registrar decisão com fundamentação e anexar ao dossiê.

6.5 Ateste e pagamento

10. Emitir ateste vinculado ao relatório de medição (e glosa quando houver).
11. Receber NF e validar: descrição conforme medição, valores, tributos.
12. Realizar POP 05 (retenções), programar e efetuar pagamento (POP 04).
13. Contabilidade registra competência do serviço no mês medido.

6.6 Avaliação de desempenho e decisão gerencial

14. Mensalmente, emitir “Painel de Desempenho do Fornecedor”:
 - SLAs cumpridos vs descumpridos;
 - glosas aplicadas;
 - ocorrências críticas;
 - tendência e reincidência.
15. Se desempenho abaixo do aceitável:
 - abrir plano de ação com fornecedor;
 - avaliar substituição/rescisão conforme contrato;
 - revisar estratégia (reforço de fiscalização, ajustes de escopo, reconstrução).

7. Pontos de controle

- Sem medição e evidência → sem pagamento.
- Glosa deve ter evidência e regra contratual citada.
- Ocorrência recorrente exige plano de ação formal.

8. Critérios de aceitação

- Medição assinada e completa, com anexos e evidências.
- NF aderente ao medido.
- Pagamento coerente com valor devido (com glosa aplicada, quando cabível).
- Registro contábil e documental arquivado.

9. Registros obrigatórios

- Dossiê do contrato completo;
- Relatório de Medição e checklists;
- Registro de ocorrências;

- Notificações e respostas do fornecedor;
- Ateste; NF; retenções; comprovante;
- Painel de desempenho mensal.

10. SLA

- Registro de ocorrência crítica: imediato (mesmo dia).
- Medição mensal: até 3 dias úteis após encerramento do mês.
- Ateste: até 24–48h após medição.
- Painel mensal: até D+5.

11. Riscos e contingências

- Descumprimento de SLA afetando assistência → escalonamento à direção e acionamento de contingência (fornecedor alternativo).
- Falha documental → bloqueio de pagamento e regularização.
- Reajustes/renovações perdidos por prazo → calendário contratual com alertas.

12. Auditoria

- Auditoria trimestral dos contratos críticos (100% medição e evidências).
- Teste de trilha: contrato → medição → ateste → NF → retenções → pagamento → contabilidade.

5.5 Manual de rotinas administrativas para gestão documental e arquivos

A gestão documental em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal representa desafio complexo e multifacetado que impacta diretamente a qualidade assistencial, a segurança jurídica e a eficiência operacional. Em ambiente onde vidas dependem da disponibilidade imediata e confiável de informações, a organização documental transcende mera obrigação burocrática para tornar-se elemento essencial da prestação de cuidados seguros e efetivos.

O contexto específico de uma UPA apresenta características que tornam a gestão documental especialmente desafiadora. O atendimento ininterrupto gera volume contínuo de registros assistenciais que devem ser adequadamente organizados e preservados. A natureza emergencial dos atendimentos frequentemente resulta em documentação realizada sob pressão, aumentando riscos de incompletude ou incorreções. A rotatividade de pacientes, muitos

atendidos uma única vez, dificulta rastreamento posterior de informações. A multiplicidade de profissionais atuando em regime de plantão complica padronização de registros.

A complexidade é amplificada pela diversidade de documentos gerados e gerenciados na unidade. Prontuários médicos contêm informações sensíveis de saúde que demandam máxima proteção. Documentos administrativos suportam gestão operacional e prestações de contas. Registros financeiros comprovam adequada aplicação de recursos públicos. Documentação de recursos humanos garante conformidade trabalhista. Contratos e instrumentos jurídicos formalizam relações institucionais. Cada categoria possui requisitos específicos de produção, guarda e descarte.

A ausência de rotinas estruturadas para gestão documental gera consequências graves em múltiplas dimensões. Informações assistenciais desorganizadas comprometem continuidade do cuidado e segurança do paciente. Documentação administrativa inadequada dificulta gestão e prestação de contas. Falhas na preservação de documentos expõem instituição a riscos jurídicos. Violações de confidencialidade podem resultar em sanções severas. Dificuldades em atender auditorias geram questionamentos sobre idoneidade da gestão.

O advento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) adiciona nova camada de complexidade e responsabilidade à gestão documental em saúde. Prontuários médicos contêm dados pessoais sensíveis que requerem proteção especial. Consentimentos devem ser adequadamente documentados. Compartilhamentos precisam ser rastreados e justificados. Direitos dos titulares devem ser garantidos. Incidentes de segurança exigem notificação e remediação. Conformidade com a LGPD tornou-se requisito inegociável.

O manual de rotinas administrativas para gestão documental surge como resposta estruturada a estes desafios, estabelecendo framework completo que garante organização, segurança e conformidade em todos os processos documentais. Mais que compilação de procedimentos, representa arquitetura informacional que protege pacientes, profissionais e instituição enquanto viabiliza prestação de serviços de qualidade.

A implementação de gestão documental profissional proporciona benefícios tangíveis e imediatos. Para a assistência, garante disponibilidade de informações clínicas completas e confiáveis. Para a administração, fornece documentação organizada que suporta decisões e comprova regularidade. Para profissionais, oferece segurança jurídica através de registros adequados. Para pacientes, assegura confidencialidade e acesso a suas informações. Para órgãos de controle, demonstra organização e transparência.

A transição digital em curso no setor saúde torna ainda mais crítica a estruturação adequada da gestão documental. Sistemas eletrônicos de prontuário demandam processos híbridos durante migração. Assinaturas digitais requerem infraestrutura de certificação. Interoperabilidade entre sistemas exige padronização de formatos. Backup e recuperação tornam-se vitais. Segurança cibernética adiciona novos riscos. O manual deve contemplar tanto realidade atual quanto preparar para futuro digital.

5.5 Manual de Rotinas Administrativas para Gestão Documental e Arquivos

5.5.1 Finalidade do Manual de Gestão Documental e Arquivos

A Organização Social implantará Manual de Rotinas Administrativas para Gestão Documental e Arquivos, com a finalidade de padronizar os procedimentos de produção, organização, classificação, guarda, acesso, preservação e descarte dos documentos assistenciais e administrativos da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, assegurando a integridade das informações, a rastreabilidade documental, a confidencialidade dos dados e a conformidade com as normas legais e regulatórias vigentes.

O Manual constituirá instrumento técnico-operacional de referência para todas as áreas da unidade, estabelecendo diretrizes claras e procedimentos padronizados que orientam cada etapa do ciclo de vida documental. Desde a criação ou recebimento de um documento até seu descarte final ou preservação permanente, todos os processos serão regulamentados de forma a garantir segurança, eficiência e conformidade.

A padronização dos procedimentos elimina variabilidades que comprometem qualidade e segurança da gestão documental. Profissionais de diferentes turnos e setores seguirão mesmos padrões de registro e arquivamento. Formatos documentais serão uniformizados facilitando recuperação e compreensão. Critérios de classificação serão consistentes permitindo organização lógica. Prazos de guarda serão rigorosamente observados evitando descartes prematuros ou acúmulos desnecessários.

A integridade das informações será assegurada através de múltiplos mecanismos de controle e proteção. Documentos originais serão preservados contra alterações não autorizadas. Cópias serão claramente identificadas como tal. Rastreabilidade de modificações será mantida em documentos eletrônicos. Autenticidade será garantida através de assinaturas e carimbos apropriados. Deterioração física será prevenida através de condições adequadas de armazenamento.

A rastreabilidade documental permitirá localização rápida e precisa de qualquer documento sob gestão da unidade. Sistemas de indexação e catalogação facilitarão buscas. Registros de movimentação documentarão empréstimos e devoluções. Inventários periódicos validarão completude do

acervo. Histórico de acessos permitirá auditoria de utilização. Cada documento poderá ter seu percurso completamente reconstituído.

A confidencialidade dos dados, especialmente os relacionados à saúde dos pacientes, receberá atenção prioritária em todos os processos. Acesso será restrito com base em necessidade funcional. Compartilhamentos serão autorizados e documentados. Ambientes de guarda serão fisicamente protegidos. Sistemas eletrônicos terão proteções cibernéticas adequadas. Violações serão tratadas como incidentes graves com consequências apropriadas.

A conformidade com normas legais e regulatórias será incorporada em cada processo estabelecido. Código Civil e legislação arquivística orientarão prazos de guarda. Resoluções dos conselhos profissionais definirão requisitos para prontuários. LGPD estabelecerá parâmetros para tratamento de dados pessoais. Normas sanitárias determinarão condições de preservação. Instruções de órgãos de controle serão integralmente observadas.

5.5.2 Princípios Norteadores da Gestão Documental

A gestão documental na unidade observará princípios fundamentais que garantem efetividade, segurança e conformidade em todos os processos relacionados a documentos e informações.

A legalidade e conformidade normativa constituem base inegociável de toda gestão documental. Cada processo estabelecido encontrará respaldo em legislação aplicável. Interpretações seguirão orientações de órgãos competentes. Atualizações normativas serão prontamente incorporadas. Dúvidas jurídicas serão esclarecidas preventivamente. Documentação de conformidade será mantida para demonstração quando necessário. Cultura de legalidade permeará todas as atividades.

A operacionalização do princípio da legalidade manifestar-se-á concretamente nos processos. Checklists de conformidade acompanharão principais procedimentos. Treinamentos manterão equipes atualizadas sobre requisitos legais. Auditorias verificarão aderência às normas. Não conformidades serão corrigidas tempestivamente. Melhorias serão implementadas para prevenir recorrências. Relacionamento com órgãos reguladores será proativo e transparente.

A autenticidade e integridade documental garantirão que documentos mantenham suas características originais e confiabilidade ao longo do tempo. Mecanismos de autenticação confirmarão origem e autoria. Proteções impedirão alterações não autorizadas. Deterioração será prevenida através de conservação adequada. Cópias serão diferenciadas de originais. Digitalização seguirá padrões que preservem valor probatório. Cadeia de custódia será mantida ininterrupta.

Os processos para garantia de autenticidade serão robustos e sistemáticos. Assinaturas e carimbos seguirão padrões estabelecidos. Certificação digital será implementada quando aplicável. Marcas d'água protegerão documentos digitais. Logs registrarão todas as ações sobre documentos eletrônicos. Conferências validarão integridade periodicamente. Incidentes serão investigados e remediados prontamente.

A rastreabilidade e auditabilidade transformarão gestão documental em processo transparente e verificável. Cada documento terá histórico completo registrado. Movimentações serão documentadas com responsável, data e motivo. Acessos serão logados em sistemas eletrônicos. Modificações manterão versões anteriores recuperáveis. Descartes serão formalmente documentados. Qualquer operação poderá ser auditada retroativamente.

Os mecanismos de rastreabilidade combinarão controles físicos e lógicos. Livros de protocolo registrarão movimentações físicas. Sistemas informatizados gravarão ações eletrônicas. Códigos únicos identificarão cada documento. Relacionamentos entre documentos serão mapeados. Dashboards mostrarão status em tempo real. Relatórios permitirão análises detalhadas de utilização.

A confidencialidade das informações será tratada como valor fundamental, especialmente considerando natureza sensível dos dados de saúde. Classificação de sigilo orientará níveis de proteção. Need-to-know basis limitará acessos ao estritamente necessário. Termos de confidencialidade formalizarão compromissos. Treinamentos desenvolverão consciência sobre importância do sigilo. Violações serão tratadas com rigor proporcional à gravidade.

As práticas de confidencialidade serão incorporadas em todos os processos. Ambientes restritos limitarão acesso físico a documentos sensíveis. Senhas fortes e autenticação multifator protegerão sistemas. Criptografia resguardará dados em trânsito e repouso. Monitoramento detectará acessos suspeitos. Políticas de mesa limpa e tela limpa reduzirão exposições. Descarte seguro eliminará riscos residuais.

O acesso controlado por perfil implementará segregação funcional na gestão documental. Perfis serão definidos com base em responsabilidades funcionais. Permissões serão granulares permitindo acesso seletivo. Revisões periódicas validarão necessidades continuadas. Acessos temporários terão prazo determinado. Logs permitirão auditoria de utilizações. Princípio do menor privilégio orientará concessões.

A preservação e segurança da informação garantirão disponibilidade de longo prazo dos documentos. Condições ambientais adequadas prevenirão deterioração física. Backups regulares protegerão contra perdas digitais. Planos de contingência prepararão para desastres. Mídia de armazenamento será

periodicamente renovada. Formatos serão migrados antes de obsolescência. Investimento em preservação será proporcional ao valor da informação.

A observância à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais permeará todos os aspectos da gestão documental. Bases legais para tratamento serão claramente identificadas. Finalidades serão específicas e documentadas. Minimização orientará coleta e retenção. Direitos dos titulares serão garantidos operacionalmente. Compartilhamentos seguirão requisitos legais. Incidentes serão gerenciados conforme protocolo estabelecido.

5.5.3 Gestão de Prontuários dos Usuários

O Manual estabelecerá rotinas específicas e detalhadas para gestão dos prontuários, reconhecendo sua importância fundamental para continuidade assistencial e segurança do paciente, além de seu valor legal e administrativo.

O prontuário individual por usuário constituirá repositório único e integrado de todas as informações relacionadas ao atendimento de cada paciente na unidade. Identificação inequívoca através de número único evitará duplicidades. Estrutura padronizada facilitará localização de informações. Ordem cronológica preservará sequência temporal dos eventos. Completude será verificada através de checklists específicos. Integridade será mantida evitando desmembramentos.

O processo de abertura de prontuários seguirá protocolo rigoroso. Verificação prévia evitará duplicação para mesmo paciente. Dados de identificação serão conferidos com documento oficial. Número único será atribuído sequencialmente. Etiquetas padronizadas identificarão capa e páginas. Formulários iniciais serão preenchidos completamente. Localização no arquivo será registrada em sistema de controle.

O registro completo, cronológico e fidedigno das informações assistenciais transformará prontuário em narrativa precisa do cuidado prestado. Cada atendimento gerará registros detalhados. Horários serão precisamente anotados. Descrições serão tecnicamente adequadas e compreensíveis. Abreviaturas seguirão padrões institucionais. Rasuras serão evitadas utilizando procedimentos apropriados de correção. Lacunas temporais serão justificadas quando inevitáveis.

A qualidade dos registros será continuamente monitorada e melhorada. Auditorias por amostragem verificarão completude e adequação. Feedback aos profissionais promoverá melhorias. Treinamentos abordarão aspectos técnicos e legais. Modelos e exemplos facilitarão padronização. Reconhecimento valorizará excelência em registros. Indicadores acompanharão evolução da qualidade.

A identificação dos profissionais responsáveis pelos registros garantirá rastreabilidade e responsabilização. Assinatura legível e carimbo com número de conselho serão obrigatórios. Registros eletrônicos utilizarão certificação

digital ou login individualizado. Data e hora acompanharão cada entrada. Plantões identificarão claramente profissionais presentes. Substituições e coberturas serão documentadas. Cada ação terá responsável claramente identificado.

Os mecanismos de identificação serão práticos sem comprometer segurança. Carimbos serão padronizados e controlados. Assinaturas serão cadastradas para comparação. Senhas serão pessoais e intransferíveis. Tokens ou biometria podem complementar segurança. Tentativas de acesso não autorizado serão bloqueadas e registradas. Auditorias verificarão adequação das identificações.

A guarda segura dos prontuários físicos e/ou eletrônicos implementará proteções proporcionais à sensibilidade das informações. Arquivo físico terá acesso controlado e ambiente adequado. Organização facilitará localização sem comprometer segurança. Proteção contra incêndio, água e pragas será implementada. Prontuários eletrônicos residirão em servidores seguros. Criptografia protegerá dados em repouso e trânsito. Backups garantirão recuperabilidade.

As especificações técnicas de guarda considerarão melhores práticas e recursos disponíveis. Temperatura e umidade serão controladas quando possível. Iluminação será adequada evitando deterioração. Mobiliário será apropriado para peso e volume. Sinalização orientará organização. Sistemas eletrônicos terão redundância. Disaster recovery será testado periodicamente. Evolução tecnológica será incorporada gradualmente.

O controle de acesso restrito aos profissionais autorizados implementará barreiras múltiplas contra acesso indevido. Lista de autorizados será formalmente mantida. Justificativas para acesso serão documentadas. Retiradas serão protocoladas com prazo de devolução. Consultas no local serão supervisionadas. Cópias serão controladas e rastreadas. Acessos eletrônicos serão logados automaticamente.

A disponibilização dos prontuários para fins assistenciais, auditoria e fiscalização seguirá protocolos que equilibram necessidade de acesso com proteção de confidencialidade. Urgências assistenciais terão prioridade e processo simplificado. Auditorias seguirão procedimento formal com registro. Fiscalizações respeitarão prerrogativas legais. Pesquisas requererão aprovação ética. Solicitações de pacientes seguirão regulamentação específica. Cada tipo de acesso terá fluxo apropriado.

5.5.4 Gestão de Documentos Administrativos

O Manual definirá procedimentos abrangentes para gestão de toda documentação administrativa, reconhecendo sua importância para comprovação de regularidade operacional e prestação de contas.

Os documentos financeiros e contábeis receberão tratamento prioritário considerando impacto em prestações de contas e auditorias. Notas fiscais serão organizadas cronologicamente com fácil vinculação a pagamentos. Comprovantes bancários serão arquivados com referência clara. Contratos terão dossiês completos incluindo aditivos. Prestações de contas manterão toda documentação suporte. Conciliações serão documentadas e preservadas. Autorizações de pagamento serão rastreáveis.

O processamento de documentos financeiros seguirá fluxo padronizado. Recebimento será protocolado com data e responsável. Conferência validará adequação fiscal e material. Aprovações seguirão alçadas estabelecidas. Processamento contábil será tempestivo. Arquivamento será imediato após conclusão. Digitalizações complementarão arquivo físico. Acessos posteriores serão registrados.

Os documentos de recursos humanos serão gerenciados respeitando privacidade dos colaboradores e requisitos legais trabalhistas. Dossiês funcionais conterão documentação completa desde admissão. Atualizações serão tempestivamente incorporadas. Documentos com prazos legais serão especialmente controlados. Acesso será restrito a pessoal autorizado de RH. Informações médicas ocupacionais terão proteção adicional. Desligamentos manterão documentação pelo prazo legal.

A organização de documentos de pessoal considerará necessidades operacionais e de controle. Pastas individuais conterão documentos pessoais e contratuais. Registros de ponto serão arquivados por período. Escalas e alterações serão preservadas. Treinamentos serão documentados individualmente. Avaliações seguirão política de confidencialidade. Benefícios terão comprovações arquivadas. Cada categoria terá local e método apropriado.

Os documentos contratuais e jurídicos formarão acervo especialmente protegido considerando implicações legais. Contratos originais serão mantidos em arquivo específico. Procurações e substabelecimentos serão controlados quanto a vigência. Notificações terão protocolo de recebimento e resposta. Processos judiciais manterão dossiês completos. Pareceres jurídicos orientarão decisões documentadas. Atas e deliberações serão preservadas integralmente.

O controle de documentos jurídicos implementará salvaguardas especiais. Acesso será limitado a pessoal específico. Retiradas requererão autorização superior. Cópias serão controladas e numeradas. Vigências serão monitoradas com alertas. Obrigações serão acompanhadas sistematicamente. Prazos judiciais terão controle prioritário. Backup digital complementar a segurança.

Os relatórios operacionais e gerenciais constituirão memória institucional das atividades desenvolvidas. Relatórios assistenciais demonstrarão produção

e qualidade. Análises gerenciais registrarão decisões e fundamentos. Atas de reunião preservarão deliberações. Comunicações internas documentarão orientações. Relatórios de auditoria registrarão achados e providências. Cada tipo seguirá padrão de produção e arquivamento.

Os documentos de prestação de contas formarão conjunto especialmente organizado para demonstração de regularidade. Relatórios periódicos seguirão cronologia rigorosa. Documentação suporte será vinculada claramente. Versões aprovadas serão diferenciadas de rascunhos. Protocolos comprovarão entregas tempestivas. Análises de órgãos fiscalizadores serão anexadas. Histórico completo facilitará consultas futuras.

A classificação documental seguirá sistema lógico e intuitivo. Códigos identificarão grandes categorias. Subdivisões detalharão tipos específicos. Temporalidade será incorporada na classificação. Sigilo orientará níveis de proteção. Indexação múltipla facilitará recuperação. Sistema será documentado e divulgado. Atualizações seguirão processo controlado.

A organização por tipo e finalidade otimizará utilização e gestão do acervo. Agrupamentos lógicos facilitarão localização. Separações físicas respeitarão necessidades de sigilo. Cross-references conectarão documentos relacionados. Sinalizações visuais orientarão usuários. Inventários periódicos validarão organização. Reorganizações seguirão planejamento cuidadoso.

O controle de versões garantirá que documentos utilizados sejam sempre os mais atualizados. Numeração identificará claramente versões. Datas marcarão períodos de validade. Obsoletos serão retirados de circulação. Histórico de alterações será preservado. Distribuição de novas versões será controlada. Confirmações de recebimento serão obtidas.

5.5.5 Produção, Tramitação e Arquivamento de Documentos

O Manual disciplinará todo o ciclo de vida documental, desde a produção até o arquivamento final, estabelecendo processos que garantam eficiência, segurança e rastreabilidade.

A produção formal dos documentos seguirá padrões que assegurem qualidade, clareza e validade jurídica. Modelos institucionais orientarão formatação. Linguagem será clara e objetiva. Identificações serão completas e precisas. Fundamentações acompanharão decisões. Anexos serão adequadamente referenciados. Assinaturas seguirão competências estabelecidas. Cada documento será produzido com consciência de sua finalidade e permanência.

O processo de criação documental incorporará verificações de qualidade. Revisões gramaticais e técnicas precederão finalização. Conferências validarão informações apresentadas. Aprovações seguirão fluxo hierárquico quando

pertinente. Numerações únicas facilitarão referenciamento. Metadados completos acompanharão documentos eletrônicos. Distribuições serão controladas e registradas.

A padronização de formulários e registros eliminará variabilidades desnecessárias e facilitará processamento. Formulários serão desenhados com campos claros e suficientes. Instruções de preenchimento acompanharão modelos. Versões serão controladas evitando uso de obsoletos. Preenchimentos eletrônicos serão preferidos quando viável. Validações automáticas prevenirão erros comuns. Repositório central manterá modelos atualizados.

O desenvolvimento e atualização de formulários seguirá processo participativo. Necessidades de usuários orientarão design. Testes validarão usabilidade antes de implantação. Feedbacks promoverão melhorias contínuas. Integrações com sistemas serão consideradas. Acessibilidade será garantida para todos usuários. Treinamentos acompanharão introdução de novos modelos.

O fluxo de tramitação documental estabelecerá caminhos claros e rastreáveis para movimentação de documentos. Protocolos registrarão todas as movimentações. Responsabilidades em cada etapa serão definidas. Prazos serão estabelecidos e monitorados. Pendências serão sinalizadas e cobradas. Conclusões serão formalmente registradas. Histórico completo permanecerá disponível.

A implementação de tramitação eficiente combinará processos físicos e eletrônicos. Malotes internos seguirão roteiros e horários definidos. Livros de protocolo registrarão movimentações físicas. Sistemas workflow automatizarão fluxos eletrônicos. Notificações alertarão sobre pendências. Dashboards mostrarão status em tempo real. Gargalos serão identificados e tratados.

Os prazos de guarda conforme legislação aplicável serão rigorosamente observados. Tabelas de temporalidade definirão períodos por tipo documental. Legislações específicas prevalecerão quando estabelecerem prazos maiores. Contagens considerarão marcos adequados (exercício, vida útil, etc.). Prorrogações por litígios serão adequadamente controladas. Documentações de valor histórico serão preservadas permanentemente.

O controle de prazos utilizará ferramentas que garantam conformidade. Sistemas alertarão aproximação de vencimentos. Comissões avaliarão documentos para descarte. Autorizações formais precederão eliminações. Justificativas para guarda estendida serão documentadas. Inventários validarão cumprimento de prazos. Auditorias verificarão conformidade legal.

O arquivamento físico e/ou digital seguirá metodologias que otimizem espaço, preservem documentos e facilitem recuperação. Ordenação lógica respeitará classificação adotada. Acondicionamento utilizará materiais adequados. Identificações serão visíveis e padronizadas. Ambientes terão

condições controladas. Acessos serão registrados e monitorados. Manutenções preservarão integridade do acervo.

As técnicas de arquivamento evoluirão conforme tecnologias e volumes. Compactação inteligente otimizará espaços físicos. Digitalização seletiva criará acesso rápido. Storages adequados preservarão mídias digitais. Migrações antecipadas evitarão obsolescência. Certificações garantirão validade jurídica. Investimentos serão proporcionais ao valor da informação.

A proteção contra extravio, perda ou dano implementará salvaguardas proporcionais aos riscos. Controles de acesso físico limitarão circulação não autorizada. Sistemas de detecção prevenirão incêndios e inundações. Backups múltiplos protegerão contra perdas digitais. Seguros podem cobrir riscos residuais catastróficos. Planos de emergência orientarão respostas a incidentes. Treinamentos prepararão equipes para contingências.

5.5.6 Controle de Acesso e Confidencialidade

A gestão documental implementará controles rigorosos de acesso que garantam confidencialidade das informações enquanto permitem utilização legítima por profissionais autorizados.

O acesso aos documentos conforme perfil e necessidade funcional estabelecerá matriz detalhada de permissões. Cargos e funções determinarão acessos básicos. Necessidades específicas justificarão acessos adicionais. Temporalidade limitará acessos transitórios. Revisões periódicas validarão pertinência continuada. Segregações impedirão conflitos de interesse. Cada acesso será rastreável ao indivíduo autorizado.

A definição de perfis considerará princípio do menor privilégio necessário. Profissionais assistenciais acessarão prontuários pertinentes. Administrativos verão documentos de suas áreas. Gestores terão visão proporcional a responsabilidades. Auditores receberão acessos específicos temporários. Terceiros serão rigorosamente limitados. Default será sempre não-acesso até autorização explícita.

O controle de usuários e permissões utilizará sistemas que garantam gestão eficiente e segura. Cadastros conterão informações completas e atualizadas. Vinculações funcionais determinarão perfis básicos. Aprovações formais autorizarão exceções. Desligamentos resultarão em bloqueio imediato. Logs registrarão todas as alterações. Auditorias verificarão adequação de permissões.

Os processos de gestão de acessos serão ágeis sem comprometer segurança. Solicitações seguirão workflow com justificativas. Aprovações respeitarão alçadas definidas. Implementações serão tempestivas após aprovação. Negativas serão motivadas e passíveis de recurso. Emergências

terão processo expedito com validação posterior. Documentação completa respaldará decisões.

O sigilo das informações assistenciais e administrativas será preservado através de controles técnicos e conscientização. Criptografia protegerá dados sensíveis em sistemas. Ambientes restritos limitarão exposição física. Políticas de mesa e tela limpa reduzirão visualizações. Conversas sobre casos serão limitadas a ambientes apropriados. Publicações respeitarão anonimização. Cultura de confidencialidade será ativamente promovida.

As medidas técnicas de proteção ao sigilo serão proporcionais à sensibilidade. Dados de saúde receberão máxima proteção disponível. Informações financeiras terão resguardo apropriado. Dados pessoais seguirão requisitos da LGPD. Segredos comerciais serão especialmente protegidos. Classificações orientarão níveis de proteção. Revisões garantirão adequação continuada.

O registro de acessos quando aplicável criará trilha auditável completa. Sistemas eletrônicos logarão automaticamente todas ações. Acessos físicos serão registrados em controles apropriados. Consultas manterão histórico pesquisável. Exportações e impressões serão rastreadas. Tentativas não autorizadas serão especialmente documentadas. Análises periódicas identificarão padrões suspeitos.

A responsabilização por uso indevido de informações estabelecerá consequências claras e proporcionais. Políticas definirão condutas vedadas explicitamente. Termos de responsabilidade formalizarão compromissos. Violações serão investigadas imparcialmente. Sanções seguirão gravidade e intencionalidade. Reincidências receberão tratamento agravado. Reparações de danos serão perseguidas. Exemplaridade orientará punições.

5.5.7 Conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)

O Manual assegurará total conformidade com a LGPD, reconhecendo que dados de saúde constituem categoria especial que demanda máxima proteção.

O tratamento adequado de dados pessoais e sensíveis seguirá todos os princípios e requisitos estabelecidos pela legislação. Dados de saúde serão reconhecidos como sensíveis requerendo proteção especial. Bases legais serão claramente identificadas para cada tratamento. Consentimentos serão obtidos quando necessário. Informações aos titulares serão claras e acessíveis. Direitos serão operacionalmente garantidos. Governança específica será estabelecida.

A operacionalização da conformidade permeará todos os processos documentais. Inventários mapearão todos os tratamentos realizados. Políticas específicas detalharão procedimentos. Avisos de privacidade informarão titulares. Canais de atendimento receberão solicitações. Prazos legais serão

rigorosamente cumpridos. Documentação comprobatória será mantida. Melhorias contínuas aperfeiçoarão conformidade.

A finalidade específica e legítima para uso dos dados orientará cada coleta e tratamento. Prontuários servirão exclusivamente para assistência e obrigações legais. Dados administrativos limitar-se-ão a gestão operacional. Compartilhamentos respeitarão finalidades originais. Usos secundários requererão nova base legal. Desvios de finalidade serão vedados. Transparência sobre usos será total.

O princípio da minimização e necessidade limitará coleta e retenção ao essencial. Apenas dados necessários serão coletados. Formulários evitarão campos desnecessários. Retenções respeitarão prazos mínimos legais. Exclusões serão processadas quando cabíveis. Anonimizações preservarão utilidade eliminando identificação. Cada dado terá justificativa para manutenção.

A proteção contra acesso não autorizado implementará barreiras técnicas e administrativas robustas. Controles de acesso seguirão necessidade estrita. Criptografia protegerá dados em todos estados. Monitoramento detectará acessos anômalos. Respostas a incidentes serão rápidas e efetivas. Testes verificarão eficácia de proteções. Atualizações manterão defesas atuais.

A orientação às equipes quanto às boas práticas de proteção de dados transformará conformidade em cultura organizacional. Treinamentos abordarão conceitos e práticas. Casos práticos ilustrarão aplicações corretas. Dúvidas terão canais de esclarecimento. Atualizações serão comunicadas tempestivamente. Reconhecimentos valorizarão boas práticas. Responsabilidade individual será enfatizada.

O atendimento às exigências legais da LGPD será sistematicamente verificado e demonstrado. Relatórios de impacto serão elaborados quando necessário. Registros de tratamento serão mantidos atualizados. Comunicações de incidentes seguirão prazos legais. Cooperação com ANPD será plena. Auditorias verificarão conformidade. Certificações podem demonstrar maturidade.

5.5.8 Descarte de Documentos

O Manual estabelecerá procedimentos seguros e conformes para eliminação de documentos, garantindo destruição apropriada de informações sensíveis.

O descarte seguro de documentos seguirá protocolo rigoroso que impossibilite recuperação de informações. Fragmentação mecânica reduzirá documentos físicos a partículas irrecuperáveis. Incineração supervisionada garantirá destruição total quando apropriada. Dados digitais serão sobrescritos

múltiplas vezes. Mídias físicas serão destruídas quando wiping não for suficiente. Certificados de destruição comprovarão eliminação adequada.

Os métodos de descarte serão proporcionais à sensibilidade das informações. Dados de saúde receberão destruição mais rigorosa. Informações administrativas rotineiras permitirão métodos simplificados. Documentos com valor histórico serão preservados. Análises caso a caso definirão método apropriado. Custos serão balanceados com riscos. Terceirização seguirá contratos rigorosos.

A observância dos prazos legais de guarda impedirá descartes prematuros ou acúmulos desnecessários. Tabelas de temporalidade serão consultadas sistematicamente. Contagens de prazos seguirão marcos corretos. Suspensões por litígios serão respeitadas. Autorizações formais precederão qualquer eliminação. Dúvidas serão resolvidas conservadoramente. Conformidade legal será prioridade absoluta.

O controle de prazos para descarte utilizará sistemas que previnam erros. Alertas antecipados sinalizarão aproximação de datas. Listas de eliminação serão preparadas com antecedência. Conferências múltiplas validarão seleções. Aprovações seguirão alçadas apropriadas. Execuções serão supervisionadas. Documentação completa registrará processo.

A eliminação de documentos de forma a preservar o sigilo das informações será garantida em todas as etapas. Transportes até destruição serão seguros e rastreados. Acessos durante processo serão minimizados. Testemunhas presenciarão destruições críticas. Resíduos serão dispostos adequadamente. Riscos ambientais serão considerados. Cadeia de responsabilidade será clara.

O registro formal dos descartes realizados criará histórico auditável de todas as eliminações. Listas detalharão documentos descartados. Autorizações estarão anexadas. Métodos utilizados serão especificados. Responsáveis serão identificados. Datas e locais constarão dos registros. Arquivo permanente preservará histórico.

5.5.9 Responsabilidades das Equipes Envolvidas

O Manual definirá com precisão as responsabilidades de cada equipe na gestão documental, criando matriz clara que elimina ambiguidades e garante cobertura completa de todos os processos.

As equipes assistenciais assumem responsabilidade primária pela produção de documentação clínica de qualidade. Registros completos e tempestivos de todos os atendimentos constituem obrigação profissional e legal. Legibilidade e clareza facilitam continuidade do cuidado. Identificação adequada garante rastreabilidade. Preservação durante o plantão evita perdas. Entrega

organizada na transição mantém integridade. Cada profissional compreende impacto de seus registros.

As responsabilidades específicas dos profissionais assistenciais incluem preenchimento completo de prontuários durante atendimentos, uso correto de formulários e sistemas padronizados, preservação de documentos contra danos durante manuseio, respeito absoluto à confidencialidade das informações, colaboração com auditorias e fiscalizações quando solicitado, e participação em treinamentos sobre documentação. Consciência sobre importância legal e assistencial dos registros é continuamente reforçada.

As equipes administrativas gerenciam toda documentação não-clínica com igual rigor e profissionalismo. Organização sistemática facilita recuperação quando necessária. Controles previnem perdas e extravios. Atualizações mantêm informações correntes. Interfaces com sistemas externos respeitam formatos requeridos. Prestações de contas demonstram transparência. Cada processo administrativo gera documentação apropriada.

O escopo de responsabilidade administrativa abrange recebimento e protocolo de documentos externos, produção de documentos institucionais conforme padrões, manutenção de arquivos organizados e acessíveis, controle de prazos e vigências documentais, preparação de documentação para auditorias, e garantia de backup e segurança da informação administrativa. Visão processual conecta documentação com objetivos institucionais.

A coordenação administrativa exerce supervisão sobre toda gestão documental, garantindo integração e conformidade. Políticas e procedimentos são desenvolvidos e atualizados. Recursos necessários são planejados e obtidos. Equipes são treinadas e supervisionadas. Indicadores são monitorados sistematicamente. Melhorias são identificadas e implementadas. Interface com outras coordenações garante alinhamento.

As atribuições da coordenação incluem elaboração e manutenção do manual de gestão documental, definição de padrões e formulários institucionais, gestão do arquivo central e sistemas de informação, coordenação de comissões de avaliação documental, interface com órgãos externos em questões documentais, e garantia de conformidade legal e regulatória. Visão estratégica orienta decisões operacionais.

A direção da unidade mantém responsabilidade final sobre toda gestão documental, reconhecendo impacto em conformidade e prestação de contas. Políticas institucionais são aprovadas e apoiadas. Recursos adequados são alocados. Cultura de documentação é promovida. Responsabilizações são aplicadas quando necessário. Reconhecimentos valorizam excelência. Exemplo pessoal demonstra importância atribuída.

5.5.10 Monitoramento, Auditoria e Melhoria Contínua

O Manual estabelecerá sistema robusto de monitoramento e melhoria que garanta evolução constante da qualidade e conformidade da gestão documental.

O monitoramento contínuo da gestão documental utilizará indicadores abrangentes que capturam eficiência e efetividade. Tempos de recuperação medirão agilidade do sistema. Taxas de conformidade avaliarão aderência a padrões. Incidentes de segurança serão quantificados e analisados. Satisfação de usuários indicará adequação às necessidades. Custos operacionais serão otimizados continuamente. Dashboard consolidará visão gerencial.

As auditorias internas periódicas complementarão monitoramento com análises aprofundadas. Programa anual cobrirá todos os processos críticos. Metodologia combinará verificações documentais e observações. Amostras estatísticas garantirão representatividade. Entrevistas revelarão aspectos qualitativos. Benchmarking comparará com melhores práticas. Relatórios serão construtivos e orientados à melhoria.

A identificação de não conformidades seguirá processo sistemático de categorização e priorização. Desvios críticos afetando segurança ou conformidade legal receberão atenção imediata. Falhas processuais serão analisadas quanto a causas raiz. Oportunidades de melhoria serão documentadas para implementação planejada. Tendências serão identificadas para ações preventivas. Aprendizado organizacional será extraído de cada situação.

A adoção de ações corretivas transformará problemas em melhorias permanentes. Soluções serão desenvolvidas com participação dos envolvidos. Testes piloto validarão eficácia antes de expansão. Implementações serão acompanhadas de perto. Resultados serão medidos objetivamente. Ajustes finos otimizarão soluções. Sucessos serão padronizados e disseminados.

O aperfeiçoamento contínuo das rotinas incorporará inovações e aprendizados de múltiplas fontes. Feedback de usuários orientará prioridades de melhoria. Evolução tecnológica será incorporada criteriosamente. Mudanças regulatórias serão implementadas proativamente. Incidentes gerarão revisões preventivas. Benchmarking inspirará adoções adaptadas. Cultura de melhoria permeará toda gestão documental.

5.5.11 Integração com a Prestação de Contas e Controle Externo

A gestão documental estará plenamente integrada aos processos de transparência e controle, facilitando demonstração de regularidade e conformidade.

A integração com prestação de contas do Contrato de Gestão transformará obrigação em demonstração natural de boa gestão. Documentação organizada facilitará compilação de relatórios. Rastreabilidade completa

respaldará informações apresentadas. Digitalização permitirá anexação eficiente. Conformidade documental evitará questionamentos. Histórico preservado demonstrará evolução. Transparência genuína construirá credibilidade duradoura.

O suporte à fiscalização da Administração Pública será proativo e colaborativo. Documentação permanente estará sempre pronta. Solicitações específicas serão atendidas tempestivamente. Esclarecimentos serão claros e fundamentados. Equipe preparada facilitará trabalhos. Melhorias sugeridas serão implementadas. Relacionamento institucional será fortalecido.

A interface com órgãos de controle externo demonstrará maturidade e organização. Requisições serão atendidas integralmente nos prazos. Formatos específicos serão respeitados. Certificações comprovarão processos quando aplicável. Visitas serão recebidas com estrutura adequada. Recomendações serão acatadas e monitoradas. Conformidade será evidenciada consistentemente.

A transparência institucional utilizará gestão documental como fundamento. Informações públicas serão disponibilizadas proativamente. Processos serão documentados e divulgados. Resultados serão comprovados documentalmente. Canais de acesso facilitarão consultas. Linguagem clara aproximará cidadãos. Prestação de contas transcenderá obrigação formal.

5.5.12 Considerações Finais

A implantação do Manual de Rotinas Administrativas para Gestão Documental e Arquivos assegura a organização, a segurança e a rastreabilidade dos prontuários e documentos administrativos, bem como a conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados, fortalecendo a governança, a segurança jurídica e a transparência da gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, em consonância com o Contrato de Gestão e com os princípios que regem a Administração Pública.

Este manual representa avanço fundamental na profissionalização da gestão informacional da unidade. Transformação de práticas fragmentadas em sistema integrado eleva qualidade e confiabilidade de toda operação. Segurança da informação evolui de preocupação para realidade operacional. Conformidade legal torna-se resultado natural de processos bem estruturados. Transparência consolida-se como valor institucional genuíno.

O fortalecimento da governança através da gestão documental estruturada manifesta-se concretamente. Decisões são respaldadas por informações organizadas e confiáveis. Prestações de contas demonstram claramente regularidade. Auditorias encontram documentação exemplar. Riscos informacionais são adequadamente mitigados. Continuidade operacional é

garantida pela preservação do conhecimento. Cada elemento contribui para instituição mais madura e sustentável.

A segurança jurídica proporcionada protege todos os stakeholders. Pacientes têm privacidade garantida e acesso assegurado. Profissionais trabalham respaldados por registros adequados. Gestores decidem com base em informações sólidas. Instituição opera dentro da plena legalidade. Sociedade recebe serviço transparente e confiável. Proteção multilateral fortalece relações e resultados.

A consonância com princípios da Administração Pública evidencia-se diariamente. Legalidade orienta cada processo documental. Impessoalidade marca tratamento uniforme da informação. Moralidade permeia cuidado com dados sensíveis. Publicidade equilibra transparência com privacidade. Eficiência otimiza recursos informacionais. Princípios abstratos materializam-se em práticas concretas.

O impacto transcende limites da gestão documental. Qualidade assistencial melhora com informações organizadas. Gestão administrativa ganha eficiência com processos documentais ágeis. Prestações de contas tornam-se demonstrações naturais de excelência. Fiscalizações transformam-se em validações de boas práticas. Cultura organizacional evolui valorizando informação como ativo estratégico.

Em conclusão, o Manual de Rotinas Administrativas para Gestão Documental e Arquivos não representa mero conjunto de procedimentos burocráticos, mas sim arquitetura informacional que sustenta e potencializa toda operação da unidade. Sua implementação efetiva estabelece fundamentos sólidos para gestão da informação que protege, organiza e disponibiliza o conhecimento institucional de forma segura e eficiente. Através de processos bem estruturados, controles efetivos e busca contínua por melhoria, a gestão documental torna-se facilitadora essencial da missão de prover cuidados de urgência e emergência com qualidade, segurança e humanização para toda a população atendida.

5.5.1 Modelo de manual de rotinas administrativas para gestão documental e arquivos

GESTÃO DOCUMENTAL E ARQUIVOS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE COLINA/SP

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 (SBV)

Versão: 1.0

Vigência: a partir da assinatura do Contrato de Gestão

Elaboração: Coordenação Administrativa / Núcleo de Qualidade / Encarregado LGPD (quando designado)

Aprovação: Direção da Unidade

1. APRESENTAÇÃO

A gestão documental e de arquivos em serviços de urgência e emergência é componente crítico da qualidade assistencial, da continuidade do cuidado, da segurança do paciente, da segurança jurídica e da conformidade administrativa. Na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, com atendimento ininterrupto, grande volume diário de registros, equipe multiprofissional em regime de plantão e interface permanente com a Rede de Atenção à Saúde, a documentação constitui o “fio condutor” que sustenta decisões clínicas, auditorias, prestações de contas e a própria governança do Contrato de Gestão.

Este Manual de Rotinas Administrativas para Gestão Documental e Arquivos foi desenvolvido para padronizar processos e garantir que documentos e registros, sejam assistenciais, administrativos, financeiros, de recursos humanos, contratuais, patrimoniais ou gerenciais, sejam produzidos, classificados, tramitados, arquivados, acessados, preservados e descartados com critérios uniformes, rastreáveis e compatíveis com as normas vigentes, incluindo as exigências de sigilo e proteção de dados previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

O manual não se limita a diretrizes gerais. Ele estabelece rotinas executáveis, com atribuições objetivas, controles mínimos, formulários e checklists, garantindo padronização entre turnos, redução de variabilidade e capacidade permanente de resposta a fiscalizações, auditorias e demandas de órgãos de controle.

2. FINALIDADE

A finalidade deste Manual é padronizar e institucionalizar os procedimentos de gestão documental e arquivística na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e no SAMU 192, assegurando:

1. **Integridade, autenticidade e fidedignidade** dos documentos, preservando seu valor probatório.
2. **Rastreabilidade e auditabilidade**, permitindo localizar documentos e reconstituir seu histórico de movimentação e acesso.
3. **Confidencialidade e proteção de dados**, com controle de acesso por perfil e aplicação dos princípios da LGPD, especialmente para dados de saúde.

4. **Eficiência operacional**, com fluxos de tramitação claros, prazos, protocolos, indexação e organização orientada a uso.
5. **Conformidade legal, regulatória e contratual**, incluindo exigências de prestação de contas e documentação comprobatória.
6. **Preservação e segurança**, prevenindo perdas físicas e digitais, com contingência, backup e gestão de riscos informacionais.
7. **Destinação final adequada**, com descarte seguro e documentado, evitando acúmulo desnecessário ou eliminações indevidas.

3. ABRANGÊNCIA E APLICAÇÃO

Este Manual aplica-se a:

- Todos os setores assistenciais e administrativos da UPA Municipal de Colina/SP e do SAMU 192.
- Todos os documentos em **formato físico, digital ou híbrido**, produzidos internamente ou recebidos de terceiros (Secretaria Municipal de Saúde, órgãos de controle, fornecedores, usuários, unidades da rede, etc.).
- Todos os colaboradores, prestadores de serviço, estagiários e terceiros autorizados que tenham contato com documentos e informações da unidade.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Para fins deste manual, adota-se:

- **Documento**: unidade de informação registrada em qualquer suporte (papel, digital, imagem, áudio, etc.).
- **Registro**: evidência documentada de atividade executada ou resultado alcançado (ex.: checklist preenchido, relatório assinado, log de sistema).
- **Documento assistencial**: documento ligado diretamente ao cuidado (prontuário, ficha de triagem, prescrição, evolução, folha de enfermagem, etc.).
- **Documento administrativo**: documento ligado à gestão e operação (contratos, notas fiscais, RH, patrimônio, atas, relatórios).
- **Ciclo de vida documental**: produção/recebimento → tramitação → uso → arquivamento corrente → arquivamento intermediário → destinação final (eliminação ou guarda permanente).

- **Classificação documental:** organização por classes e códigos, conforme natureza e finalidade.
- **Temporalidade:** prazo de guarda definido para cada tipo documental, considerando legislação e valor administrativo/assistencial/legal.
- **Acesso:** consulta, retirada, cópia, exportação, impressão ou visualização de documento.
- **Incidente de segurança:** evento que comprometa confidencialidade, integridade ou disponibilidade da informação (perda, vazamento, acesso indevido, dano, indisponibilidade).

5. PRINCÍPIOS NORTEADORES

5.1 Legalidade, legitimidade e conformidade normativa

Nenhum procedimento documental pode contrariar leis, normas profissionais, diretrizes do SUS, requisitos do Contrato de Gestão ou orientações de órgãos de controle. A conformidade é operacionalizada por checklists, auditorias e atualização sistemática deste manual.

5.2 Autenticidade e integridade

Documentos devem permitir comprovação de autoria, datação e integridade. Qualquer alteração deve ser rastreável e justificável, com proibição de adulteração. Cópias devem ser identificadas como cópias.

5.3 Rastreabilidade e auditabilidade

Cada documento deve ser localizável por identificação, indexação e registro de movimentação. Em sistemas eletrônicos, logs devem ser mantidos. Em documentos físicos, controles de protocolo e retirada são obrigatórios.

5.4 Confidencialidade e necessidade funcional

O acesso segue o princípio do “necessário para o trabalho”. Não há acesso por curiosidade, conveniência ou informalidade. Dados de saúde são dados sensíveis e exigem rigor adicional.

5.5 Segurança da informação e preservação

A unidade adota barreiras físicas e lógicas: arquivo restrito, controle de chaves, política de mesa limpa, senhas, perfis, backup, contingência e rotina de prevenção de perdas.

5.6 Padronização e qualidade do registro

Registros padronizados reduzem erros, facilitam auditoria, melhoram continuidade do cuidado e sustentam decisões administrativas. Modelos oficiais e formulários versionados devem ser utilizados.

5.7 Eficiência e pronta resposta a auditorias

A gestão documental deve permitir resposta rápida a solicitações internas, fiscalizações, auditorias e prestações de contas, com repositórios organizados, dossiês completos e evidências facilmente recuperáveis.

6. GOVERNANÇA DA GESTÃO DOCUMENTAL

6.1 Estrutura de responsabilidades

Direção da Unidade

- Aprovar o manual e suas revisões.
- Determinar prioridades, garantir recursos e apoiar a cultura de registro.
- Deliberar sobre responsabilização em casos de uso indevido ou incidentes relevantes.

Coordenação Administrativa (responsável pelo arquivo e protocolo)

- Implementar, supervisionar e manter o sistema de gestão documental.
- Garantir padronização entre turnos e setores.
- Manter controle de versões, formulários e repositórios.
- Coordenar com Qualidade e LGPD as rotinas de auditoria e incidentes.

Núcleo de Qualidade / Gestão por Processos (quando aplicável)

- Definir indicadores, realizar auditorias internas e propor melhorias.
- Conduzir tratativas de não conformidades e planos de ação.

Setor de RH

- Gerenciar dossiês funcionais e documentos trabalhistas.
- Controlar prazos legais e acesso restrito aos documentos de pessoal.

Setor Financeiro/Contábil (quando implantado ou centralizado)

- Garantir organização de documentos fiscais, pagamentos, conciliações, dossiês de despesas e prestações de contas.

Coordenações Assistenciais (Enfermagem e Corpo Clínico)

- Garantir qualidade dos registros assistenciais e completude de prontuários.
- Implementar auditorias de prontuários por amostragem e feedback.

Encarregado de Dados (DPO) ou referência designada (quando aplicável)

- Orientar práticas LGPD, receber demandas de titulares, apoiar resposta a incidentes.

6.2 Comitê de Avaliação Documental (CAD)

Será instituído Comitê de Avaliação Documental para deliberar sobre temporalidade, descarte, guarda permanente e melhorias do sistema.

Composição mínima: Coordenação Administrativa (presidência), Qualidade, RH, Financeiro/Contábil e Enfermagem (ou representante assistencial).

Periodicidade: trimestral (ordinária) e extraordinária quando necessário.

6.3 Escopo de documentos sob gestão central

A unidade manterá, no mínimo, dois níveis de arquivo:

- **Arquivo Setorial (corrente):** documentos em uso rotineiro em cada setor.
- **Arquivo Central (intermediário/permanente):** documentos concluídos, fechados, com controle reforçado.

7. CLASSIFICAÇÃO DOCUMENTAL E PADRÕES DE IDENTIFICAÇÃO**7.1 Sistema de classificação (modelo)**

Adota-se um plano de classificação por macroclasses, com códigos para facilitar arquivamento, busca e auditoria. Exemplo:

A. Assistencial

A1 Prontuário

A2 Triage e Classificação de Risco

A3 Prescrições e Medicamentos

A4 Procedimentos e Registros de Enfermagem

A5 Exames e Laudos

A6 SAMU 192 (fichas e registros operacionais)

B. Administração e Governança

B1 Atas e Deliberações

B2 Relatórios Gerenciais e Produção

B3 Comunicação Interna / Ordens de Serviço

B4 Ouvidoria e Satisfação do Usuário

C. Financeiro e Contábil

C1 Notas fiscais e documentos fiscais

C2 Pagamentos e comprovantes

C3 Conciliações e demonstrativos

C4 Prestação de contas e dossiês por competência

D. Recursos Humanos

D1 Dossiê funcional

D2 Ponto e escalas

D3 Treinamentos e capacitações

D4 Saúde ocupacional

E. Jurídico e Contratos

E1 Contratos e aditivos

E2 Notificações e ofícios

E3 Pareceres e processos

F. Patrimônio, Almoxarifado e Infraestrutura

F1 Inventário e tombamento

F2 Manutenção e ordens de serviço

F3 Compras e aquisições

F4 PGRSS e resíduos (quando aplicável)

7.2 Identificação mínima obrigatória (metadados)

Todo documento deve conter, quando aplicável:

- Título/natureza do documento
- Unidade/Setor emissor
- Data de emissão/recebimento
- Número de protocolo (quando externo)
- Número de versão (quando modelo institucional)
- Responsável pela emissão (nome, função e assinatura)
- Classificação e código
- Indicação de sigilo (público, restrito, confidencial, dados sensíveis)

7.3 Controle de versões

Para evitar uso de formulários obsoletos, todos os modelos institucionais terão:

- Identificação de versão (V1.0, V1.1 etc.)
- Data de vigência
- Histórico de alterações (registro interno)

- Local oficial de publicação (repositório institucional)
- Procedimento de recolhimento de versões antigas

8. ROTINAS DE PRODUÇÃO E RECEBIMENTO DOCUMENTAL

8.1 Produção de documentos internos

A produção de documentos administrativos e gerenciais seguirá padrão:

1. Elaboração no modelo oficial
2. Revisão técnica/administrativa (quando aplicável)
3. Assinatura por competência (alçada definida)
4. Registro e numeração
5. Distribuição controlada (física ou digital)
6. Arquivamento no repositório setorial e central

A linguagem deve ser objetiva, com dados verificáveis, evitando informalidade ou instruções verbais não documentadas para temas críticos.

8.2 Recebimento de documentos externos

Todo documento externo recebido na unidade (ofícios, notificações, requisições, documentos de órgãos públicos, etc.) deverá:

- Ser recebido por colaborador autorizado
- Ser carimbado com **data/hora** (quando físico)
- Ser registrado em **Livro/Sistema de Protocolo**
- Ser encaminhado ao setor responsável com prazo definido
- Ter cópia digitalizada quando necessário (especialmente notificações, documentos com prazo e documentos de controle)

8.3 Protocolo e rastreabilidade de trâmite

O protocolo deve registrar no mínimo:

- Número único
- Data/hora de entrada
- Origem/destinatário
- Assunto
- Setor responsável

- Prazo (quando aplicável)
- Movimentações (para onde foi, por quem, data/hora)
- Conclusão (respondido/arquivado/encaminhado)

9. GESTÃO DE PRONTUÁRIOS E DOCUMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

9.1 Diretriz geral

O prontuário é documento legal e assistencial. Deve garantir continuidade do cuidado, respaldo ético-profissional, suporte a auditorias e proteção de dados sensíveis.

9.2 Abertura e identificação do prontuário

Rotina mínima:

1. Identificação do usuário com documento, quando disponível
2. Verificação de cadastro prévio para evitar duplicidade
3. Atribuição de número único (conforme sistema adotado)
4. Impressão ou geração de etiquetas padronizadas
5. Registro da abertura (data/hora, setor, responsável)

9.3 Composição mínima do prontuário (modelo)

Conforme perfil assistencial da UPA, recomenda-se conter:

- Identificação e cadastro
- Triagem e classificação de risco
- Anamnese e exame físico
- Evolução médica e/ou multiprofissional
- Prescrições e administração de medicamentos
- Procedimentos (enfermagem, curativos, suturas etc.)
- Resultados de exames e laudos
- Termos e consentimentos quando aplicáveis
- Alta/encaminhamento/transferência e orientações
- Registros de intercorrências e eventos relevantes

9.4 Padrões de qualidade do registro

Requisitos obrigatórios:

- Legibilidade e completude
- Registro no momento oportuno (tempestividade)
- Identificação do profissional (assinatura e carimbo ou credencial eletrônica)
- Data e horário em cada anotação
- Proibição de abreviaturas não padronizadas
- Correções conforme regra: sem “raspar” ou apagar; correção com registro do erro, data, assinatura

9.5 Guarda e arquivo do prontuário

Arquivo físico (quando aplicável):

- Local restrito, com controle de chaves e acesso por lista autorizada
- Mobiliário adequado, organização por critério único (número, data, ordem)
- Proteção contra umidade, poeira, pragas, calor excessivo e exposição direta

Arquivo eletrônico (quando aplicável):

- Perfis de acesso por função
- Logs de acesso e alterações
- Rotina de backup
- Política de senha e bloqueio de sessão
- Plano de contingência para indisponibilidade do sistema

9.6 Acesso e fornecimento de cópias

- Acesso assistencial: conforme necessidade funcional
- Auditoria: mediante solicitação formal e registro de consulta
- Solicitação do usuário: via procedimento formal, com validação de identidade e entrega conforme protocolo de confidencialidade
- Proibição de envio por meios informais sem segurança (ex.: aplicativos pessoais) sem procedimento e base adequada

10. GESTÃO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS (ROTINAS POR CATEGORIA)

10.1 Financeiro/contábil e prestação de contas

Rotinas implantáveis:

- **Dossiê mensal por competência:** pasta física/digital com separadores padronizados: contratos, notas fiscais, liquidações, comprovantes, conciliação, relatórios.
- **Vinculação obrigatória:** toda nota fiscal deve ser vinculada ao objeto/contrato/solicitação/atesto.
- **Trilha auditável:** documento fiscal → atesto de recebimento → autorização → pagamento → comprovante → registro contábil.
- **Controle de pendências:** notas devolvidas, inconsistências fiscais, divergências de entrega.

10.2 Recursos humanos

Rotinas mínimas:

- Pasta funcional individual com: documentos pessoais, contrato, aditivos, registro profissional, exames admissionais/periódicos, treinamentos obrigatórios, advertências (quando existirem), desligamento.
- Controle de acesso restrito (RH e direção, quando necessário).
- Guarda de ponto e escalas por competência, com controle de alterações e justificativas.
- Organização de treinamentos: lista de presença, conteúdo, avaliação, certificado, vinculado ao colaborador.

10.3 Contratos e jurídico

Rotinas mínimas:

- Dossiê do contrato: instrumento, anexos, aditivos, vigências, garantias, notificações, atestados, registros de execução, penalidades (se houver).
- Controle de vigência com alerta prévio (30/60/90 dias conforme criticidade).
- Arquivo de ofícios e comunicações com protocolo de envio/recebimento.

10.4 Gestão, qualidade e governança

Rotinas mínimas:

- Atas de reuniões (direção, coordenações, comissões) com lista de presença, pautas, deliberações, responsáveis e prazos.
- Planos de ação com evidências de implementação.
- Relatórios periódicos de produção, indicadores e análises críticas.

- Não conformidades documentadas: descrição, causa raiz, ação corretiva, validação de eficácia.

11. ARQUIVAMENTO FÍSICO: PADRÕES, SEGURANÇA E ORGANIZAÇÃO

11.1 Requisitos do ambiente do arquivo

- Controle de acesso físico (chave sob responsabilidade definida)
- Proibição de armazenamento de materiais estranhos (alimentos, produtos de limpeza)
- Organização com estantes e identificação visual
- Rotina de limpeza programada (sem umidade)
- Monitoramento de riscos (infiltração, pragas, calor, incêndio)

11.2 Regras de acondicionamento

- Pastas e caixas padronizadas
- Etiquetas com código, período, setor e natureza do documento
- Separadores por competência (mês/ano) ou por dossiê (contrato, colaborador etc.)
- Proibição de grampos enferrujados e materiais que acelerem deterioração quando possível

11.3 Controle de retirada e devolução

- Nenhum documento sai do arquivo sem registro
- Registro mínimo: documento, finalidade, responsável, data/hora, previsão de devolução
- Conferência no retorno e registro de devolução
- Em caso de extravio: abertura imediata de incidente e comunicação à coordenação

12. ARQUIVAMENTO DIGITAL: REGRAS, REPOSITÓRIOS E BACKUP

12.1 Estrutura de diretórios

O repositório digital institucional deverá seguir estrutura padronizada, por exemplo:

- 01_ASSISTENCIAL

- 02_ADMIN_GOVERNANCA
- 03_FIN_CONTABIL
- 04_RH
- 05_JUR_CONTRATOS
- 06_PATRIMONIO_ALMOX
- 07_QUALIDADE_AUDITORIAS
- 08_PRESTACAO_CONTAS

Dentro de cada pasta: subpastas por ano → mês → tipo documental.

12.2 Padrão de nomeação de arquivos

Modelo:

AAAA-MM-DD_SETOR_TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICADOR_Vx

Ex.: 2026-01-21_FIN_NF_FornecedorX_12345_V1

12.3 Digitalização e requisitos mínimos

Digitalização deve garantir legibilidade e preservação do valor probatório, com:

- Resolução adequada para leitura integral
- Registro do responsável e data da digitalização
- Conferência de completude (todas as páginas)
- Classificação e indexação no repositório correto
- Controle de acesso conforme sigilo

12.4 Backup e continuidade

Rotina mínima de segurança:

- Backup diário incremental e semanal completo (conforme infraestrutura disponível)
- Cópias em local separado (lógico ou físico)
- Teste periódico de restauração (simulação)
- Plano de contingência para indisponibilidade (procedimento manual temporário + posterior regularização)

13. CONTROLE DE ACESSO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

13.1 Matriz de acesso por perfil (modelo conceitual)

- Assistencial: acesso a prontuários e registros relacionados à assistência
- RH: acesso a dossiês funcionais e documentos trabalhistas
- Financeiro/Contábil: acesso a documentos fiscais e pagamentos
- Direção/Coordenação: acesso ampliado conforme necessidade de gestão
- Auditoria: acesso temporário e registrado
- Terceiros: acesso excepcional, mínimo, com termo e justificativa formal

13.2 Política de mesa limpa e tela limpa

- Não deixar prontuários e documentos sensíveis expostos
- Bloquear computador ao afastar-se
- Impressões devem ser retiradas imediatamente
- Descarte de rascunhos deve ser seguro

13.3 Impressões, cópias e compartilhamentos

- Impressão apenas quando necessária
- Cópias devem ser controladas e justificadas
- Envio digital deve usar meios institucionais e seguros
- Proibido compartilhamento por contas pessoais ou grupos não autorizados

14. LGPD: CONFORMIDADE OPERACIONAL NA ROTINA DOCUMENTAL

14.1 Princípios aplicados ao contexto da unidade

A unidade aplicará princípios LGPD na prática, com:

- Finalidade: uso de dados para assistência e obrigações legais
- Adequação: compatibilidade entre dado coletado e serviço prestado
- Necessidade: coleta mínima indispensável
- Segurança: medidas técnicas e administrativas proporcionais ao risco
- Prevenção: rotinas que reduzam probabilidade de incidentes
- Responsabilização: registros e evidências de conformidade

14.2 Inventário de dados e registros de tratamento (rotina)

A coordenação manterá inventário mínimo:

- Quais dados são coletados
- Onde ficam armazenados (físico/digital)
- Quem acessa e por quê
- Com quem compartilha e sob qual base
- Por quanto tempo guarda (temporalidade)

14.3 Atendimento a solicitações de titulares

Solicitações de acesso, retificação, informação ou cópia seguirão fluxo:

1. Recebimento formal (canal definido)
2. Validação de identidade
3. Análise de base legal e escopo
4. Resposta dentro de prazo razoável e com registro
5. Entrega segura e registrada

14.4 Gestão de incidentes de dados

Qualquer suspeita de vazamento, acesso indevido, perda, roubo de documento ou indisponibilidade relevante deve seguir:

1. Registro imediato do incidente (formulário padrão)
2. Contenção (bloqueio de acessos, recolhimento, isolamento)
3. Análise de impacto (quais dados, quantos titulares, risco)
4. Ações corretivas e preventivas
5. Comunicação à Direção e, quando aplicável, orientação jurídica e procedimentos com órgãos competentes
6. Registro final com lições aprendidas

15. TEMPORALIDADE E PRAZOS DE GUARDA

A unidade adotará tabela de temporalidade interna, revisada pelo Comitê de Avaliação Documental, considerando legislação aplicável e orientações técnicas. Como referência operacional, segue exemplo de categorias e critérios (os prazos específicos devem ser consolidados conforme normativas e contratos vigentes):

- Prontuários e registros assistenciais: guarda prolongada conforme normativas profissionais e exigências legais.

- Documentos fiscais/contábeis: guarda conforme legislação tributária e regras de prestação de contas.
- Documentos trabalhistas: guarda conforme obrigações legais e possibilidade de demandas.
- Contratos e instrumentos: guarda durante vigência e por prazo posterior para respaldo e auditoria.
- Atas e deliberações: guarda longa, com potencial permanente conforme relevância.

Regra de segurança: na dúvida, prevalece o prazo mais conservador até deliberação do Comitê.

16. DESCARTE SEGURO DE DOCUMENTOS

16.1 Critérios obrigatórios antes do descarte

- Verificação de temporalidade e ausência de impedimentos (litígios, auditorias em curso, pendências)
- Aprovação formal (Comitê e Direção, conforme tipo documental)
- Listagem detalhada do que será eliminado (classe, período, identificação)

16.2 Métodos de descarte

- Papel com dados sensíveis: fragmentação mecânica ou método equivalente que impeça reconstituição
- Documentos administrativos comuns: método compatível com sigilo e risco
- Mídias digitais: limpeza segura (sobrescrita) ou destruição física quando necessário
- Em terceirização: contrato com cláusula de confidencialidade, rastreabilidade e certificado de destruição

16.3 Registro e evidência

Todo descarte deve gerar:

- Termo de eliminação/descarte
- Lista de documentos eliminados
- Método e local de destruição
- Responsáveis e testemunhas quando aplicável

- Arquivamento permanente do termo

17. FORMULÁRIOS E CHECKLISTS PADRÃO

A unidade deverá manter, no repositório institucional, modelos padronizados. Recomenda-se, no mínimo:

1. **F01 Livro/Sistema de Protocolo de Entrada e Saída**
Campos: nº, data/hora, origem/destino, assunto, setor responsável, prazo, responsável pelo recebimento, movimentações, conclusão.
2. **F02 Controle de Retirada de Documentos do Arquivo**
Campos: documento, código, motivo, responsável, data/hora retirada, prazo devolução, conferência devolução, observações.
3. **F03 Checklist de Fechamento de Prontuário**
Itens: identificação completa, triagem, evolução, prescrição, medicações, exames, alta/encaminhamento, assinaturas, carimbos/logins.
4. **F04 Registro de Incidente de Segurança da Informação**
Campos: descrição, data/hora, tipo, dados envolvidos, impacto, medidas adotadas, responsáveis, lições aprendidas.
5. **F05 Termo de Confidencialidade e Responsabilidade por Acesso**
Aplicável a colaboradores e terceiros com acesso a dados sensíveis.

18. INDICADORES E MONITORAMENTO DA EFETIVIDADE

A gestão documental deverá ser acompanhada por indicadores mínimos, por exemplo:

- Tempo médio de localização de documento (arquivo físico e digital)
- Percentual de prontuários auditados com completude adequada
- Taxa de não conformidades documentais por mês
- Incidentes de segurança (quantidade, tipo, gravidade)
- Percentual de documentos protocolados dentro do prazo
- Percentual de devolução de documentos retirados no prazo

Resultados serão analisados em reunião de gestão/qualidade, com planos de ação quando necessário.

19. AUDITORIAS INTERNAS E MELHORIA CONTÍNUA

19.1 Programa de auditoria documental

A unidade estabelecerá auditoria interna com periodicidade mínima:

- Mensal: auditoria de prontuários por amostragem
- Trimestral: auditoria do arquivo central, protocolo e controles de acesso
- Semestral: auditoria de dossiês de prestação de contas e contratos críticos
- Anual: revisão do manual, formulários, classificação e temporalidade

19.2 Tratamento de não conformidades

Toda não conformidade deve gerar:

- Registro formal
- Análise de causa (preferencialmente causa raiz)
- Plano de ação com prazos e responsáveis
- Verificação de eficácia (re-auditoria)

20. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

A implementação do manual exige que equipes sejam capacitadas. A unidade deverá assegurar:

- Treinamento inicial na admissão e integração
- Reciclagem periódica sobre registros, sigilo e LGPD
- Orientações específicas por setor (assistencial, RH, financeiro, etc.)
- Avaliação simples de entendimento e registro de presença

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este Manual entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção e deve ser cumprido por todos os profissionais que atuem na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e no SAMU 192. O descumprimento de rotinas de confidencialidade, rastreabilidade e preservação documental caracteriza falha operacional grave, sujeita a medidas administrativas, sem prejuízo de responsabilizações ético-profissionais e legais quando aplicáveis.

O manual deve ser revisado sempre que houver mudanças relevantes em processos, sistemas, exigências contratuais, orientações da Secretaria Municipal de Saúde, órgãos de controle, ou atualização normativa.

C2 - ÁREA DA QUALIDADE

6. Qualidade Objetiva

6.1 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

6.1.1 Base Legal e Justificativa Institucional

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA constitui instrumento permanente e estruturante da política de segurança e saúde do trabalhador no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Sua implantação não se limita ao atendimento formal de exigências normativas, mas representa uma estratégia de gestão essencial para unidades de saúde que operam em regime ininterrupto, com elevada complexidade assistencial, intensa circulação de profissionais, usuários e acompanhantes, e exposição cotidiana a múltiplos fatores de risco.

O ambiente de uma Unidade de Pronto Atendimento caracteriza-se por situações de urgência clínica, pressão assistencial constante, alta rotatividade de pacientes, uso frequente de materiais perfurocortantes, contato direto com fluidos biológicos, manipulação de equipamentos elétricos e hospitalares, além de exigências físicas e emocionais significativas impostas aos trabalhadores. Tais condições tornam imprescindível a existência de um órgão interno permanente, com atribuições claras, capacidade de análise técnica e atuação preventiva sistemática.

Nesse contexto, a CIPA se justifica como instância formal de participação dos trabalhadores e da gestão na identificação, análise e mitigação dos riscos ocupacionais, contribuindo para a redução de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, afastamentos, absenteísmo e rotatividade de pessoal. Sua atuação fortalece a cultura institucional de segurança, promove ambientes de trabalho mais seguros e organizados e contribui diretamente para a continuidade dos serviços assistenciais, evitando impactos negativos na assistência à população.

A Organização Social gestora da Unidade de Pronto Atendimento Municipal reconhece que a proteção à saúde do trabalhador está diretamente relacionada à qualidade da assistência prestada ao usuário do Sistema Único de Saúde. Profissionais protegidos, capacitados e inseridos em ambientes seguros apresentam melhor desempenho, maior aderência a protocolos assistenciais e menor probabilidade de falhas operacionais, refletindo-se positivamente nos indicadores de qualidade e segurança do paciente.

Assim, a instituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes integra o modelo de governança da unidade, alinhando-se às boas práticas de gestão em saúde, às exigências contratuais e às expectativas da Administração Pública quanto à segurança, eficiência e sustentabilidade da gestão do serviço.

6.1.2 Finalidade da CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA tem como finalidade prevenir acidentes de trabalho e doenças relacionadas às atividades desenvolvidas na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, por meio da identificação contínua de riscos ocupacionais, da proposição de medidas preventivas e corretivas, do acompanhamento sistemático das ações implementadas e da promoção permanente de um ambiente de trabalho seguro e saudável.

A CIPA atua de forma prática e objetiva, intervindo diretamente na realidade operacional da unidade, analisando processos de trabalho, rotinas assistenciais e administrativas, condições ambientais e comportamentos ocupacionais que possam representar risco à integridade física e mental dos trabalhadores. Sua atuação não se restringe à análise de eventos já ocorridos, mas prioriza a prevenção, a antecipação de riscos e a adoção de medidas que reduzam a probabilidade de acidentes e agravos à saúde.

6.1.3 Instituição e Composição da CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes será instituída formalmente pela Organização Social responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, por meio de ato administrativo específico, assegurando sua legitimidade, autonomia técnica e integração ao modelo de gestão da unidade.

A composição da CIPA observará o princípio da paridade, sendo constituída por representantes do empregador e dos empregados, garantindo a participação ativa dos trabalhadores nos processos de identificação de riscos e construção de soluções preventivas. Os membros serão designados formalmente, com definição clara de mandato, atribuições e responsabilidades.

A composição mínima da CIPA contemplará representantes dos seguintes segmentos:

- Direção da Unidade, responsável por assegurar suporte institucional às deliberações da Comissão;
- Coordenação Administrativa, com foco nos processos organizacionais e estruturais;

- Coordenação de Enfermagem, considerando a centralidade da equipe de enfermagem na assistência;
- Representante do Corpo Clínico, contribuindo com a visão médica sobre riscos assistenciais e ocupacionais;
- Representante dos profissionais de apoio operacional (limpeza, manutenção, recepção ou apoio logístico);
- Representante do Serviço de Saúde Ocupacional ou área equivalente, quando disponível.

Essa composição garante abordagem multidisciplinar e visão ampliada dos riscos existentes, compatível com a complexidade e o porte da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

6.1.4 Estrutura de Funcionamento da CIPA

A CIPA funcionará como órgão colegiado permanente, com estrutura organizacional definida, fluxo de comunicação formal com a gestão da unidade e capacidade de propor, acompanhar e avaliar ações preventivas.

A Comissão contará com:

- Presidente, responsável pela condução das reuniões e articulação com a Direção da Unidade;
- Vice-presidente, com função de apoio e substituição do presidente quando necessário;
- Secretário, responsável pela organização das pautas, registros e documentação;
- Membros titulares e suplentes, com participação ativa nas atividades da Comissão.

A estrutura de funcionamento será formalizada em regimento interno próprio da CIPA, aprovado pela gestão da unidade, assegurando clareza de papéis, rotinas de trabalho e mecanismos de tomada de decisão.

6.1.5 Atribuições da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Compete à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes desenvolver, de forma contínua e sistemática, ações voltadas à identificação, análise e mitigação de riscos ocupacionais, atuando de maneira integrada à gestão da unidade e às equipes de trabalho.

São atribuições da CIPA, entre outras:

- Realizar inspeções periódicas nos ambientes de trabalho da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, identificando condições inseguras e fatores de risco;
- Elaborar e atualizar mapas de risco por setor, considerando as especificidades das áreas assistenciais, administrativas e de apoio;
- Propor medidas preventivas e corretivas para eliminação, redução ou controle dos riscos identificados;
- Acompanhar a implementação das ações aprovadas, avaliando prazos, responsáveis e resultados;
- Participar da análise detalhada de acidentes de trabalho, incidentes e quase-acidentes, identificando causas imediatas e fatores contribuintes;
- Sugerir melhorias nos processos de trabalho, fluxos assistenciais e organização das atividades;
- Avaliar o uso adequado de equipamentos de proteção individual e coletiva;
- Promover ações de conscientização e educação em segurança do trabalho;
- Atuar como instância consultiva da gestão em temas relacionados à saúde e segurança do trabalhador.
- A atuação da CIPA será orientada por dados, observação direta da rotina e escuta ativa dos trabalhadores.

6.1.6 Integração da CIPA com a Gestão da Unidade

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes atuará de forma integrada com a estrutura de gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, garantindo que suas propostas sejam analisadas, deliberadas e implementadas de forma efetiva.

A integração ocorrerá de maneira sistemática com:

- Direção da Unidade;
- Coordenação Administrativa;
- Coordenação de Enfermagem;
- Coordenação Médica;
- Serviço de Saúde Ocupacional;
- Programas institucionais de qualidade e segurança do paciente.

As recomendações da CIPA serão formalmente encaminhadas à gestão, acompanhadas de justificativa técnica, análise de risco e proposta de plano de ação. A gestão da unidade fornecerá retorno estruturado quanto às deliberações adotadas, fortalecendo o ciclo de melhoria contínua.

6.1.7 Reuniões e Periodicidade

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes realizará reuniões ordinárias mensais, conforme cronograma anual previamente estabelecido. As reuniões terão pauta definida, contemplando análise de riscos, acompanhamento de planos de ação, discussão de ocorrências registradas e proposição de novas medidas preventivas.

Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas sempre que necessário, especialmente diante de:

- Acidentes de trabalho graves ou recorrentes;
- Identificação de risco iminente;
- Alterações significativas nos processos de trabalho;
- Demandas emergenciais relacionadas à segurança do trabalhador.
- A periodicidade definida assegura atuação contínua, sistemática e preventiva da Comissão.

6.1.8 Registros, Documentação e Produtos da CIPA

Todas as atividades desenvolvidas pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes serão objeto de registro formal, garantindo rastreabilidade, transparência e possibilidade de auditoria.

Os principais registros e produtos incluem:

- Atas detalhadas das reuniões;
- Relatórios periódicos de atividades;
- Planos de ação com definição de responsáveis e prazos;
- Indicadores de monitoramento de acidentes e incidentes;
- Registros de inspeções e vistorias;
- Encaminhamentos formais à gestão da unidade.
- A documentação será arquivada de forma organizada e disponibilizada para fiscalização e controle.

6.1.9 Capacitação e Atuação Educativa da CIPA

Os membros da CIPA receberão capacitação inicial e periódica, assegurando atuação qualificada e alinhada às boas práticas de segurança e saúde no trabalho.

A Comissão atuará de forma educativa, promovendo:

- Campanhas internas de prevenção de acidentes;
- Orientações sobre riscos ocupacionais;
- Apoio a ações de educação permanente;
- Sensibilização dos trabalhadores para práticas seguras.
- Essa atuação educativa fortalece a cultura de segurança e reduz a ocorrência de eventos adversos.

6.1.10 Monitoramento e Avaliação das Ações da CIPA

A atuação da CIPA será monitorada continuamente e avaliada periodicamente, considerando:

- Indicadores de acidentes de trabalho;
- Implementação dos planos de ação;
- Participação dos trabalhadores;
- Impacto das medidas preventivas.
- Os resultados subsidiarão a revisão das estratégias e o aprimoramento contínuo das ações.

6.1.11 Contribuição da CIPA para a Qualidade Objetiva

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes integra o sistema de Qualidade Objetiva da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, contribuindo para:

- Redução de acidentes e afastamentos;
- Promoção da saúde do trabalhador;
- Melhoria do ambiente organizacional;
- Continuidade e eficiência dos serviços assistenciais;

- Conformidade com exigências legais e contratuais.

6.1.12 Subitens Operacionais da Atuação da CIPA

6.1.12.1 Mapeamento de Riscos por Área da Unidade

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes realizará o mapeamento sistemático dos riscos ocupacionais existentes em todas as áreas da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, reconhecendo que cada setor apresenta características próprias e exposições diferenciadas.

O mapeamento de riscos abrangerá, no mínimo:

Área de Emergência: riscos biológicos decorrentes do contato direto com pacientes críticos, exposição a fluidos corporais, uso intensivo de materiais perfurocortantes, sobrecarga física e emocional, riscos elétricos associados a equipamentos de suporte à vida;

Área de Observação: riscos ergonômicos relacionados à movimentação de pacientes, permanência prolongada em posturas inadequadas, riscos biológicos e psicossociais;

Sala de Procedimentos: riscos químicos, biológicos e físicos, incluindo manipulação de medicamentos, materiais cortantes e equipamentos;

Área Administrativa: riscos ergonômicos, posturais e psicossociais;

Áreas de Apoio e Logística: riscos relacionados à limpeza, coleta de resíduos, transporte interno de materiais e manutenção predial.

Os mapas de risco serão revisados periodicamente e sempre que houver alterações estruturais ou de processo.

6.1.12.2 Fluxo de Investigação de Acidentes de Trabalho

Sempre que ocorrer acidente de trabalho, incidente ou quase-acidente, a CIPA adotará fluxo padronizado de investigação, garantindo análise técnica e preventiva.

O fluxo compreenderá:

- Comunicação imediata do evento à chefia imediata e à CIPA;
- Registro formal do ocorrido;
- Análise do local e das circunstâncias do evento;
- Identificação das causas imediatas e fatores contribuintes;

- Elaboração de relatório técnico;
- Proposição de medidas corretivas e preventivas;
- Monitoramento da implementação das ações.
- Esse fluxo assegura abordagem educativa e preventiva, evitando reincidências.

6.1.12.3 Indicadores Monitorados pela CIPA

A atuação da CIPA será acompanhada por indicadores objetivos, entre os quais:

- Taxa de acidentes de trabalho;
- Número de incidentes e quase-acidentes registrados;
- Taxa de afastamentos por motivo ocupacional;
- Percentual de ações preventivas implementadas;
- Participação dos trabalhadores nas ações educativas;
- Cumprimento dos prazos dos planos de ação.
- Os indicadores serão analisados periodicamente e apresentados à gestão da unidade.

6.1.12.4 Roteiro Padrão de Reunião Mensal da CIPA

As reuniões mensais da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes seguirão roteiro padrão, garantindo organização e efetividade:

- Abertura e verificação de quórum;
- Leitura e aprovação da ata da reunião anterior;
- Apresentação dos indicadores de segurança do trabalhador;
- Relato de acidentes, incidentes ou quase-acidentes ocorridos;
- Avaliação do andamento dos planos de ação;
- Identificação de novos riscos;
- Proposição de novas ações preventivas;
- Definição de responsáveis e prazos;
- Encaminhamentos à gestão;

- Assuntos gerais e encerramento.

6.1.12.5 Modelo de Plano de Ação da CIPA

Para cada risco identificado ou situação analisada, a CIPA elaborará plano de ação padronizado, contendo:

- Identificação do risco ou problema;
- Área/setor envolvido;
- Descrição da ação corretiva ou preventiva;
- Responsável pela execução;
- Prazo de implementação;
- Recursos necessários;
- Indicador de acompanhamento;
- Status da ação (em andamento, concluída, pendente).
- Os planos de ação serão monitorados em todas as reuniões da CIPA.

6.1.13 Considerações Finais

A complementação operacional da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes reforça seu caráter prático, contínuo e integrado à gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Ao estruturar subitens operacionais claros, fluxos definidos, indicadores objetivos e instrumentos padronizados de gestão, a Organização Social assegura que a CIPA atue como ferramenta efetiva de prevenção, melhoria contínua e fortalecimento da qualidade objetiva dos serviços.

A atuação estruturada da CIPA contribui diretamente para a redução de riscos ocupacionais, a promoção da saúde do trabalhador, a continuidade dos serviços assistenciais e a consolidação de uma cultura institucional de segurança, alinhada às exigências contratuais, às boas práticas de governança e ao interesse público.

6.1.1 Modelo de Regimento Interno

1. IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO

A **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA** é órgão colegiado permanente, de caráter técnico e preventivo, instituído no âmbito da **Unidade de**

Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, sob gestão da **Solution Gestão Pública**, responsável pelo gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde da unidade, conforme contrato de gestão firmado com o Município.

1.1 Natureza da Comissão

A CIPA possui natureza:

Permanente, com atuação contínua e sistemática;

Consultiva e propositiva, com capacidade de subsidiar decisões da gestão por meio de análises técnicas, recomendações e planos de ação voltados à segurança e saúde do trabalhador.

1.2 Fundamentação Legal e Normativa

A instituição e o funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes fundamentam-se, entre outros dispositivos, em:

- Consolidação das Leis do Trabalho – CLT;
- Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, em especial a NR-05 (CIPA) e normas correlatas à segurança e saúde no trabalho;
- Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde);
- Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Políticas Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- Diretrizes de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Normativas sanitárias e de segurança aplicáveis aos serviços de saúde;
- Contrato de Gestão e Termo de Referência da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

A vinculação da CIPA às diretrizes federais e ao SUS reforça seu papel estratégico na governança da unidade, ainda que determinadas exigências não sejam compulsórias para todos os cenários institucionais.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

2.1 Finalidade Geral

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA tem como finalidade **prevenir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais**, promovendo ambientes laborais seguros, saudáveis e organizados, contribuindo para:

- A proteção da saúde e integridade física e mental dos trabalhadores;
- A qualidade assistencial;

- A segurança do paciente;
- A conformidade técnica, ética e sanitária da unidade.

2.2 Objetivos Específicos

Constituem objetivos da CIPA:

- Monitorar continuamente os processos de trabalho e condições ambientais;
- Identificar, analisar e classificar riscos ocupacionais;
- Analisar acidentes, incidentes e quase-acidentes;
- Propor melhorias nos processos, fluxos e rotinas;
- Apoiar tecnicamente a gestão da unidade na tomada de decisões;
- Contribuir para ações de educação permanente em segurança do trabalho;
- Acompanhar a implementação e efetividade das ações preventivas.

A CIPA atua de forma **ativa, prática e preventiva**, indo além do acompanhamento passivo de eventos.

3. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Compete à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes:

- Elaborar, revisar e propor protocolos, normas e fluxos relacionados à segurança do trabalhador;
- Realizar inspeções periódicas nos ambientes de trabalho;
- Elaborar e atualizar mapas de risco por setor;
- Analisar indicadores de acidentes e agravos ocupacionais;
- Emitir pareceres técnicos quando demandada pela gestão;
- Analisar eventos adversos, acidentes, incidentes e não conformidades;
- Propor ações corretivas e preventivas com definição de responsáveis e prazos;
- Acompanhar a execução e os resultados dos planos de ação;
- Avaliar o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva;
- Apoiar processos de educação permanente e campanhas internas;

- Registrar sistematicamente suas atividades e deliberações.

4. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

4.1 Composição

A CIPA será composta de forma **paritária**, com representantes do empregador e dos empregados, assegurando participação ativa dos trabalhadores.

A composição mínima contemplará:

- Representante da Direção da Unidade;
- Representante da Coordenação Administrativa;
- Representante da Coordenação de Enfermagem;
- Representante do Corpo Clínico;
- Representante dos profissionais de apoio operacional;
- Representante do Serviço de Saúde Ocupacional ou área equivalente, quando disponível.

4.2 Critérios de Escolha

Os membros da CIPA serão:

- Indicados pela Direção da Unidade;
- Designados formalmente por ato administrativo;
- Nomeados como membros titulares e suplentes.

A composição priorizará abordagem **multiprofissional**, compatível com a complexidade assistencial da unidade.

5. COORDENAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

A CIPA contará com a seguinte estrutura:

Presidente, responsável pela coordenação das atividades e articulação com a Direção;

Vice-Presidente, responsável por apoiar e substituir o Presidente quando necessário;

Secretário, responsável pela organização das pautas, registros e documentação;

Membros Titulares e Suplentes, com participação ativa nas atividades.

6. FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

6.1 Reuniões e Periodicidade

A CIPA realizará:

Reuniões ordinárias mensais, conforme cronograma anual;

Reuniões extraordinárias, sempre que necessário, especialmente em casos de acidentes graves, risco iminente ou alterações relevantes nos processos de trabalho.

6.2 Convocação e Quórum

As reuniões serão convocadas pelo Presidente ou por solicitação da maioria dos membros;

O quórum mínimo para deliberação será de **50% + 1 dos membros**;

As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso ou, quando necessário, por maioria simples.

6.3 Participação de Convidados

Poderão participar das reuniões, quando pertinente, profissionais convidados ou especialistas.

7. REGISTROS, ATAS E DOCUMENTAÇÃO

Todas as reuniões da CIPA serão registradas em **atas formais**, contendo, no mínimo:

- Data e local;
- Participantes;
- Pauta;
- Deliberações;
- Encaminhamentos, responsáveis e prazos.

A documentação será arquivada de forma organizada e disponibilizada para auditorias internas e externas.

8. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO DA UNIDADE

A CIPA está vinculada à **Direção Técnica e Administrativa da Unidade**, mantendo fluxo formal de comunicação.

Suas recomendações serão encaminhadas por meio de:

- Relatórios técnicos;
- Pareceres;
- Planos de ação.

O caráter da atuação é **consultivo e propositivo**, subsidiando decisões gerenciais.

9. RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

São responsabilidades dos membros da CIPA:

- Participar das reuniões;
- Contribuir tecnicamente com análises e propostas;
- Cumprir prazos e responsabilidades atribuídas;
- Manter sigilo das informações sensíveis;
- Atuar conforme princípios éticos e institucionais.

10. SUBSTITUIÇÃO, VACÂNCIA E DESLIGAMENTO

- A ausência reiterada e injustificada poderá acarretar substituição do membro;
- O desligamento poderá ocorrer por solicitação do membro ou decisão da Direção;
- As substituições serão formalizadas por ato administrativo.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

O presente regimento poderá ser revisado sempre que necessário;

- Os casos omissos serão resolvidos pela Direção da Unidade;
- O regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

12. CRONOGRAMA DE REUNIÕES ORDINÁRIAS DA CIPA

Mês	Reunião
Janeiro	Reunião Ordinária
Fevereiro	Reunião Ordinária
Março	Reunião Ordinária
Abril	Reunião Ordinária
Maio	Reunião Ordinária
Junho	Reunião Ordinária
Julho	Reunião Ordinária
Agosto	Reunião Ordinária
Setembro	Reunião Ordinária
Outubro	Reunião Ordinária
Novembro	Reunião Ordinária
Dezembro	Reunião Ordinária

13. ASSINATURAS

Coordenador(a) da CIPA

Direção Técnica

Direção Administrativa

Representante Legal da Solution Gestão Pública

6.2 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

6.2.1 Base Legal e Justificativa Institucional

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários constitui instância técnica permanente essencial à governança clínica da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Em serviços de urgência e emergência, nos quais o cuidado é prestado de forma dinâmica, muitas vezes sob pressão assistencial elevada e com múltiplos profissionais envolvidos no atendimento ao mesmo paciente, a qualidade do registro clínico assume papel central para a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a proteção institucional.

O prontuário do paciente é o principal instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde, servindo como base para a tomada de decisões clínicas, para a avaliação da evolução do quadro assistencial e para o registro das condutas adotadas. Além disso, constitui documento legal que respalda a atuação profissional e institucional, sendo frequentemente utilizado em processos de auditoria, fiscalização, controle externo e eventuais demandas judiciais.

Nesse contexto, a instituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários justifica-se como mecanismo estruturado de monitoramento da qualidade dos registros assistenciais, permitindo a identificação sistemática de falhas, inconsistências, omissões ou inadequações, bem como a proposição de ações corretivas e educativas. A Comissão atua de forma preventiva, mitigando riscos assistenciais e jurídicos, promovendo a padronização dos registros e fortalecendo a cultura de qualidade e segurança na unidade.

A Organização Social gestora reconhece que registros clínicos completos, claros, fidedignos e padronizados são indispensáveis para a efetividade da assistência, para a integração multiprofissional e para a sustentabilidade da gestão do serviço público de saúde. Assim, a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários integra o modelo de gestão da unidade, alinhando-se às exigências contratuais, às boas práticas assistenciais e às expectativas da Administração Pública quanto à qualidade objetiva dos serviços prestados.

6.2.2 Finalidade da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários tem como finalidade avaliar, de forma sistemática e periódica, a qualidade, a completude, a legibilidade, a fidedignidade e a conformidade dos registros assistenciais realizados na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, assegurando a continuidade do cuidado, a segurança do paciente, a conformidade legal e a melhoria contínua da prática assistencial. A Comissão atua diretamente na análise dos prontuários, identifica não conformidades e propõe ações concretas de melhoria, contribuindo para o aprimoramento dos processos assistenciais e administrativos da unidade.

6.2.3 Instituição e Composição da Comissão

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será instituída formalmente pela Organização Social responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, por meio de ato administrativo específico, garantindo legitimidade, clareza de atribuições e integração ao modelo de governança clínica da unidade.

A Comissão será composta por profissionais com conhecimento técnico e atuação direta nos processos assistenciais e administrativos, observando critérios de competência técnica, ética profissional e confidencialidade das informações analisadas.

A composição mínima da Comissão contemplará, sempre que possível:

- Representante da Direção Técnica da Unidade;
- Representante do Corpo Clínico;
- Representante da Enfermagem;
- Representante da área administrativa, de qualidade ou auditoria interna.

Os membros serão designados formalmente, com definição de mandato e responsabilidades, assegurando continuidade das atividades e renovação periódica da Comissão.

6.2.4 Estrutura de Funcionamento da Comissão

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários funcionará como órgão colegiado permanente, com estrutura organizacional definida, fluxo de comunicação formal com a Direção Técnica e capacidade de subsidiar decisões gerenciais e assistenciais.

A Comissão contará com:

- Coordenador da Comissão, responsável pela condução dos trabalhos e interlocução com a Direção Técnica;
- Secretário, responsável pela organização das pautas, registros e consolidação dos relatórios;
- Membros titulares, com participação ativa na análise dos prontuários e proposição de melhorias.

O funcionamento da Comissão será disciplinado por regimento interno próprio, aprovado pela gestão da unidade, assegurando padronização das rotinas, critérios de análise e métodos de trabalho.

6.2.5 Atribuições da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Compete à Comissão de Análise e Revisão de Prontuários desenvolver ações contínuas e sistemáticas voltadas à qualificação dos registros clínicos e ao fortalecimento da governança assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

São atribuições da Comissão, entre outras:

- Analisar prontuários de pacientes atendidos na unidade, de forma sistemática e periódica;
- Verificar a completude, clareza e legibilidade dos registros assistenciais;
- Avaliar a conformidade dos registros com os protocolos institucionais e fluxos assistenciais;
- Identificar falhas, inconsistências, omissões ou registros inadequados;
- Propor ações corretivas e preventivas para melhoria da qualidade dos registros;
- Acompanhar a implementação das ações propostas;
- Contribuir para a padronização dos registros clínicos;
- Subsidiar ações de educação permanente e capacitação das equipes.
- A atuação da Comissão será eminentemente prática, baseada em evidências documentais e orientada para resultados.

6.2.6 Critérios de Análise dos Prontuários

A análise dos prontuários pela Comissão observará critérios técnicos previamente definidos, assegurando padronização, objetividade e comparabilidade dos resultados.

Serão considerados, no mínimo, os seguintes critérios:

- Identificação completa e correta do paciente;
- Registro do acolhimento e da classificação de risco;
- Evolução clínica adequada, clara e cronológica;
- Prescrições médicas legíveis, completas e compatíveis com a conduta adotada;
- Registros de enfermagem coerentes com a assistência prestada;
- Registro de procedimentos realizados;
- Registro de exames solicitados e resultados relevantes;
- Registro do desfecho clínico (alta, transferência, óbito);
- Identificação e assinatura do profissional responsável pelo registro.
- Esses critérios refletem domínio técnico e aderência às boas práticas assistenciais.

6.2.7 Periodicidade e Metodologia de Revisão

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários realizará suas atividades de forma periódica, conforme cronograma anual definido pela gestão da unidade.

A revisão dos prontuários ocorrerá:

- Mensalmente, por meio de análise amostral representativa;
- Extraordinariamente, sempre que identificadas situações críticas ou demandas específicas da gestão.
- A metodologia adotada contemplará:
 - Definição de critérios objetivos de seleção da amostra;
 - Utilização de instrumentos padronizados de avaliação;
 - Registro sistemático dos achados;
 - Preservação do sigilo e da confidencialidade das informações.
- Essa metodologia assegura análise rastreável, comparável e tecnicamente consistente.

6.2.8 Registro, Documentação e Rastreabilidade

Todas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários serão devidamente registradas, garantindo rastreabilidade, transparência e possibilidade de auditoria.

Os registros incluirão:

- Registro das análises realizadas;
- Relatórios periódicos de revisão de prontuários;
- Consolidação dos principais achados e não conformidades;
- Registro das recomendações emitidas;
- Acompanhamento das ações corretivas implementadas.

A documentação será arquivada de forma organizada e disponibilizada para fins de fiscalização, auditoria interna, controle institucional e avaliação contratual.

6.2.9 Integração com Protocolos Assistenciais e Segurança do Paciente

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários atuará de forma integrada com:

- Manual de Protocolos Assistenciais da unidade;
- Direção Técnica e coordenações assistenciais;
- Programas institucionais de segurança do paciente;
- Processos de educação permanente.

As análises realizadas subsidiarão a revisão de protocolos, a identificação de necessidades de capacitação e a melhoria contínua da assistência prestada aos usuários.

6.2.10 Caráter Educativo e Não Punitivo

A atuação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários terá caráter essencialmente educativo, orientativo e preventivo, não se destinando à punição individual de profissionais.

O foco da Comissão será a qualificação dos registros, a padronização das práticas assistenciais e a redução de riscos assistenciais e jurídicos, promovendo ambiente institucional de aprendizado e melhoria contínua.

Esse caráter educativo fortalece a adesão das equipes e é amplamente valorizado pelas instâncias avaliadoras.

6.2.11 Monitoramento e Avaliação dos Resultados

A Comissão acompanhará de forma sistemática:

- Evolução da qualidade dos registros assistenciais;
- Redução de não conformidades recorrentes;
- Grau de aderência aos protocolos institucionais;
- Impacto das ações corretivas implementadas.

Os resultados serão consolidados em relatórios periódicos e utilizados para subsidiar decisões gerenciais e ações de melhoria contínua.

6.2.12 Subitens Operacionais da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

6.2.12.1 Indicadores Monitorados pela Comissão

A Comissão acompanhará indicadores objetivos, tais como:

- Percentual de prontuários completos;

- Percentual de registros com identificação adequada;
- Incidência de falhas de registro por categoria profissional;
- Evolução temporal da qualidade dos registros;
- Número de ações corretivas implementadas.

6.2.12.2 Roteiro Padrão de Reunião da Comissão

As reuniões mensais da Comissão seguirão roteiro padrão:

- Abertura e verificação de quórum;
- Aprovação da ata anterior;
- Apresentação dos indicadores de qualidade dos prontuários;
- Discussão dos principais achados;
- Identificação de não conformidades recorrentes;
- Proposição de ações corretivas e educativas;
- Definição de responsáveis e prazos;
- Encaminhamentos à Direção Técnica;
- Assuntos gerais e encerramento.

6.2.12.3 Modelo de Plano de Ação da Comissão

Para cada não conformidade identificada, será elaborado plano de ação contendo:

- Descrição da não conformidade;
- Área ou categoria profissional envolvida;
- Ação corretiva ou educativa proposta;
- Responsável pela execução;
- Prazo de implementação;
- Indicador de acompanhamento;
- Status da ação.
- Os planos de ação serão monitorados sistematicamente pela Comissão.

6.2.13 Contribuição da Comissão para a Qualidade Objetiva

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários integra o sistema de Qualidade Objetiva da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, contribuindo para:

- Segurança do paciente;
- Continuidade e qualidade da assistência;
- Conformidade legal e regulatória;
- Redução de riscos assistenciais e jurídicos;
- Transparência e fortalecimento da governança clínica.

6.2.14 Considerações Finais

A instituição e a atuação sistemática da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários reafirmam o compromisso da Organização Social com a excelência assistencial, a segurança do paciente e a qualidade dos registros clínicos. Ao estruturar uma Comissão ativa, metodologicamente definida e integrada à gestão, a Unidade de Pronto Atendimento Municipal fortalece sua governança clínica, promove melhoria contínua da assistência e assegura qualidade objetiva dos serviços prestados à população.

6.2.1 Modelo de Regimento Interno

1. IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO

1.1 Nome da Comissão
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – **CARP**.

1.2 Unidade vinculada
A CARP está vinculada à **Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP**, no âmbito do modelo de governança assistencial da unidade, cuja gestão operacional será executada pela **Solution Gestão Pública**.

1.3 Natureza da Comissão

Permanente, com atuação contínua e sistemática.

Técnica e consultiva, com caráter **propositivo** para melhoria dos registros e processos assistenciais.

Executiva no acompanhamento, no sentido de monitorar planos de ação, prazos e evidências de correção (sem caráter punitivo individual).

1.4 Fundamentação legal e normativa (base mínima recomendada)

A atuação da CARP observa, no que couber:

- Constituição Federal (direito à saúde e dever do Estado; princípios da administração pública).
- Lei nº 8.080/1990 (SUS) e Lei nº 8.142/1990 (participação/control social).
- Lei nº 13.709/2018 (LGPD) – proteção de dados pessoais e sensíveis (inclui dados de saúde).
- Normas éticas profissionais aplicáveis (medicina, enfermagem e demais categorias) e diretrizes institucionais de segurança do paciente e qualidade.
- Normas e orientações sanitárias e assistenciais aplicáveis aos serviços de urgência e emergência.
- Instrumento contratual/Termo de Referência do Chamamento, no que estabelece governança, controle por resultados e qualidade objetiva para a UPA.

Nota operacional: sempre que houver atualização normativa municipal/federal aplicável ao prontuário (físico/eletrônico), a CARP adequará seus critérios e instrumentos.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

2.1

Finalidade

Geral

Avaliar, de forma sistemática e periódica, a **qualidade, completude, legibilidade, fidedignidade e conformidade** dos prontuários assistenciais produzidos na UPA, assegurando:

- Qualidade assistencial e continuidade do cuidado;
- Segurança do paciente (coerência de condutas, rastreabilidade);
- Conformidade ética, técnica, legal e sanitária;
- Redução de riscos assistenciais e institucionais (auditorias, fiscalização e demandas externas).

2.2 Objetivos Específicos

Monitorar processos de registro assistencial por categoria e por setor;

Analisar eventos relacionados a falhas de registro (omissões, inconsistências, ilegibilidade, falta de identificação/assinatura);

Propor melhorias por meio de ações corretivas e educativas (modelos padronizados, checklists, treinamentos, revisão de formulários);

Apoiar decisões técnicas da gestão com relatórios objetivos, indicadores e recomendações.

3. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Compete à CARP, de forma prática e executável:

3.1 Padronização e instrumentos

- Propor e revisar padrões mínimos de registro (modelos de evolução, formulários, checklists por atendimento/risco).
- Propor fluxos de abertura, tramitação, guarda, correção e encerramento de prontuários (físico e/ou eletrônico).

3.2 Auditoria amostral e análise técnica

- Realizar revisão amostral mensal representativa, com critérios definidos (por turno, setor, gravidade, desfecho).
- Avaliar conformidade do registro com fluxos assistenciais (acolhimento/classificação de risco, evolução, prescrição, procedimentos, exames e desfecho).

3.3 Indicadores e relatórios

- Monitorar indicadores objetivos (ex.: completude, identificação, assinatura, cronologia, aderência a protocolos).
- Emitir relatórios mensais e consolidados trimestrais/semestrais para Direção e coordenações.

3.4 Tratamento de não conformidades

- Classificar achados por criticidade (leve/moderada/grave) e por risco assistencial/risco institucional.
- Propor **planos de ação** com responsáveis, prazo e evidência de conclusão.

3.5 Integração e educação permanente

- Apoiar educação permanente com devolutivas por setor/categoria (reuniões rápidas, materiais de orientação, treinamentos focados em falhas recorrentes).
- Contribuir para revisão de protocolos quando falhas de registro indicarem falhas de processo.

3.6 Demandas extraordinárias

- Realizar análises extraordinárias quando houver: óbito, transferência crítica, evento sentinela, notificação relevante, auditoria externa, demanda judicial/administrativa (sempre respeitando sigilo e fluxo institucional).

4. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

4.1 Número e perfil (mínimo recomendado)

A CARP será composta por **05 (cinco) membros titulares**, com **suplentes**, preferencialmente:

- Representante da Direção Técnica (titular)
- Representante do Corpo Clínico (titular)
- Representante da Enfermagem (titular)
- Representante da Qualidade/Auditoria Interna (titular)
- Representante da Administração/Registros (titular)

4.2 Critérios de escolha e designação

Indicação pela Direção Técnica e Direção Administrativa, considerando: competência técnica, ética, maturidade institucional e compromisso com confidencialidade.

Designação formal por ato administrativo interno da unidade/Solution.

Mandato sugerido: **12 meses**, com possibilidade de recondução e renovação parcial para continuidade.

4.3 Participação multiprofissional

Quando necessário, podem ser convidados (sem voto): farmácia, laboratório, TI/prontuário eletrônico, faturamento/auditoria, serviço social, regulação, ou outros.

5. COORDENAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

5.1 Coordenador(a) da CARP

Designado(a) formalmente pela Direção Técnica.

Atribuições:

- Definir pauta e conduzir reuniões;
- Garantir padronização do método e instrumentos;
- Validar relatórios e encaminhamentos;

- Articular devolutivas com coordenações.

5.2 Vice-coordenador(a)

- Substitui o coordenador em ausências e apoia a execução do plano anual.

5.3 Secretário(a)

- Responsável por: atas, listas de presença, consolidação de indicadores, arquivo documental e controle de planos de ação.

6. FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

6.1 Periodicidade

- Reuniões ordinárias mensais (calendário anual).
- Reuniões extraordinárias conforme necessidade.

6.2 Convocação

- Convocação pelo coordenador, com pauta enviada com antecedência mínima recomendada de **48 horas**, salvo urgência.

6.3 Quórum

- Instalação: **50% + 1** dos membros titulares (ou suplentes formalmente designados para o ato).

6.4 Forma de deliberação

- Preferencialmente por **consenso**; não sendo possível, por **maioria simples** dos presentes com direito a voto.

6.5 Participação de convidados

- Admitida por demanda temática, com assinatura de termo de confidencialidade quando aplicável.

7. REGISTROS, ATAS E DOCUMENTAÇÃO

7.1 Atas

Todas as reuniões terão **ata formal**, com:

- data, local, horário;
- participantes;
- pauta;
- síntese dos achados;

- deliberações;
- encaminhamentos, responsáveis e prazos.

7.2 Guarda e arquivamento

- Arquivamento físico e/ou digital em pasta institucional, com controle de acesso, preservando sigilo e LGPD.

7.3 Disponibilidade para auditorias

- A documentação da CARP será disponibilizada para auditoria interna/externa mediante solicitação formal, respeitando confidencialidade e fluxo institucional.

8. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO DA UNIDADE

A CARP vincula-se à **Direção Técnica** e articula-se com Direção Administrativa e coordenações.

Encaminha **relatórios e recomendações** formalmente à Direção Técnica, que delibera quanto a prioridades, recursos e institucionalização de mudanças.

A CARP mantém caráter **consultivo e propositivo**, com acompanhamento sistemático dos planos de ação pactuados.

9. RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

- Participar das reuniões e das análises programadas.
- Zelar por postura técnica, ética e orientada à melhoria.
- Manter sigilo absoluto sobre dados e informações assistenciais.
- Cumprir prazos de entrega (revisões, pareceres, devolutivas).
- Contribuir com educação permanente e padronização.

10. SUBSTITUIÇÃO, VACÂNCIA E DESLIGAMENTO

- Substituição por suplente em ausências justificadas.
- Vacância por desligamento, mudança de função, impedimento técnico/ético ou ausências reiteradas.
- Desligamento a pedido ou por decisão fundamentada da Direção, com designação formal de novo membro.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

O regimento poderá ser revisado anualmente ou sempre que necessário.

Casos omissos serão resolvidos pela Direção Técnica/Administrativa.

Vigência: a partir da aprovação e publicação interna (ordem de serviço/memorando).

Data de aprovação: ____/____/____.

12. CRONOGRAMA ANUAL DE REUNIÕES ORDINÁRIAS (MODELO)

Reuniões ordinárias preferencialmente na **primeira semana útil de cada mês**, com duração estimada de **60 a 90 minutos**.

Mês	Semana sugerida	Observação
Janeiro	1ª semana útil	Definição da amostra e metas do ano
Fevereiro	1ª semana útil	Devolutiva inicial por setor
Março	1ª semana útil	Revisão de formulários/checklists
Abril	1ª semana útil	Foco: classificação de risco + evolução
Maiο	1ª semana útil	Foco: prescrição + procedimentos
Junho	1ª semana útil	Consolidado semestral + plano de ação
Julho	1ª semana útil	Foco: exames + resultados relevantes
Agosto	1ª semana útil	Foco: desfechos (alta/transferência)
Setembro	1ª semana útil	Auditoria cruzada (turnos/setores)
Outubro	1ª semana útil	Treinamento focal (falhas recorrentes)
Novembro	1ª semana útil	Pré-fechamento anual + pendências
Dezembro	1ª semana útil	Relatório anual + revisão do regimento

13. ASSINATURAS

Coordenador(a) da CARP

Direção Técnica

Direção Administrativa

Representante legal – Solution Gestão Pública

6.3 Comissão de Verificação de Óbitos

6.3.1 Base Legal e Justificativa Institucional

A Comissão de Verificação de Óbitos constitui instância técnica permanente fundamental para a governança clínica e para o aprimoramento contínuo da qualidade assistencial na Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Em serviços de urgência e emergência, nos quais pacientes em condições clínicas graves e potencialmente instáveis são atendidos de forma contínua, a ocorrência de óbitos integra a realidade assistencial, exigindo abordagem institucional madura, técnica e estruturada.

A existência da Comissão justifica-se pela necessidade de compreender, de forma sistemática e organizada, os fatores clínicos, assistenciais, organizacionais e operacionais envolvidos nos óbitos ocorridos na unidade. A análise técnica dos óbitos permite identificar oportunidades de melhoria nos processos assistenciais, nos fluxos de atendimento, na tomada de decisão clínica, na comunicação entre equipes e na integração com a rede de atenção à saúde.

A Organização Social gestora reconhece que a verificação estruturada dos óbitos não tem caráter punitivo ou investigativo no sentido disciplinar, mas constitui ferramenta essencial de aprendizagem institucional, prevenção de eventos evitáveis e fortalecimento da cultura de segurança do paciente. A ausência de uma comissão formal e ativa compromete a capacidade da unidade de aprender com seus desfechos, corrigir fragilidades e demonstrar maturidade na gestão clínica.

Nesse contexto, a Comissão de Verificação de Óbitos integra o sistema de Qualidade Objetiva da unidade, alinhando-se às boas práticas de gestão em saúde, às exigências contratuais e às expectativas da Administração Pública quanto à segurança, ética, transparência e melhoria contínua dos serviços prestados.

6.3.2 Finalidade da Comissão de Verificação de Óbitos

A Comissão de Verificação de Óbitos tem como finalidade analisar, de forma técnica, sistemática, ética e confidencial, os óbitos ocorridos na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, com o objetivo de identificar fatores assistenciais, organizacionais e processuais envolvidos no desfecho, contribuir para a melhoria contínua da qualidade da assistência, fortalecer a segurança do paciente e prevenir a recorrência de eventos potencialmente evitáveis. A Comissão atua

diretamente na análise dos casos, propõe melhorias concretas nos processos assistenciais e subsidia decisões gerenciais e educativas, sempre com caráter preventivo e não punitivo.

6.3.3 Instituição e Composição da Comissão

A Comissão de Verificação de Óbitos será instituída formalmente pela Organização Social responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, por meio de ato administrativo específico, garantindo legitimidade, clareza de atribuições e integração ao modelo de governança clínica da unidade.

A Comissão será composta por profissionais com competência técnica, experiência assistencial e envolvimento direto nos processos de cuidado, observando rigorosamente o sigilo profissional, a confidencialidade das informações analisadas e os princípios éticos que regem a prática em saúde.

A composição mínima da Comissão contemplará, preferencialmente:

- Representante da Direção Técnica Médica;
- Representante do Corpo Clínico;
- Representante da Enfermagem;
- Representante da área de Qualidade, Segurança do Paciente ou Gestão Assistencial.

A composição poderá ser ajustada conforme a natureza dos casos analisados, permitindo a participação eventual de outros profissionais ou áreas técnicas, sempre que necessário para adequada compreensão do evento.

6.3.4 Estrutura de Funcionamento da Comissão

A Comissão de Verificação de Óbitos funcionará como órgão colegiado permanente, com estrutura de funcionamento definida, metodologia padronizada de análise e fluxo formal de comunicação com a Direção Técnica e a gestão da unidade.

A Comissão contará com:

- Coordenador da Comissão, responsável pela condução das análises, organização das reuniões e interlocução com a Direção Técnica;
- Secretário, responsável pelo registro das reuniões, organização documental e consolidação dos relatórios;
- Membros titulares, com participação ativa na análise dos casos e formulação de recomendações.

O funcionamento da Comissão será regulamentado por regimento interno próprio, assegurando padronização das rotinas, critérios de análise, periodicidade das reuniões e forma de encaminhamento das recomendações.

6.3.5 Atribuições da Comissão de Verificação de Óbitos

Compete à Comissão de Verificação de Óbitos exercer conjunto de atribuições voltadas à análise crítica e construtiva dos óbitos ocorridos na unidade, com foco na melhoria da assistência e na segurança do paciente.

São atribuições da Comissão, entre outras:

- Analisar, de forma sistemática, os óbitos ocorridos na Unidade de Pronto Atendimento Municipal;
- Avaliar a adequação da assistência prestada ao paciente, considerando a condição clínica apresentada e a evolução do caso;
- Verificar a conformidade das condutas adotadas com os protocolos assistenciais institucionais;
- Identificar fatores contribuintes, assistenciais, organizacionais ou estruturais relacionados ao óbito;
- Avaliar fluxos assistenciais, tempos de resposta e articulação entre equipes;
- Identificar oportunidades de melhoria nos processos clínicos e organizacionais;
- Propor medidas corretivas e preventivas;
- Subsidiar ações de educação permanente e revisão de protocolos.
- A atuação da Comissão será baseada em análise documental, discussão técnica multiprofissional e abordagem ética e responsável.

6.3.6 Critérios para Análise dos Óbitos

A análise dos óbitos realizada pela Comissão observará critérios técnicos objetivos, assegurando profundidade clínica, isenção e padronização metodológica.

Serão considerados, no mínimo, os seguintes critérios:

- Identificação correta do paciente;
- Condição clínica inicial apresentada no atendimento;

- Evolução clínica documentada;
- Tempo de atendimento e resposta assistencial;
- Adequação das condutas diagnósticas e terapêuticas adotadas;
- Cumprimento dos protocolos assistenciais vigentes;
- Qualidade e completude dos registros em prontuário;
- Comunicação estabelecida com familiares;
- Desfecho clínico e certificação do óbito.
- Esses critérios permitem análise técnica aprofundada, sem judicialização indevida do processo.

6.3.7 Metodologia e Periodicidade de Análise

A Comissão de Verificação de Óbitos realizará a análise dos casos de forma periódica, conforme cronograma anual definido pela gestão da unidade.

A periodicidade mínima adotada será mensal, podendo ocorrer reuniões extraordinárias sempre que:

- Ocorrerem óbitos com características atípicas;
- Houver óbitos potencialmente evitáveis;
- A Direção Técnica solicitar análise específica;
- Forem identificados riscos assistenciais relevantes.

A metodologia de análise será padronizada, contemplando análise individualizada dos casos, discussão multiprofissional e registro sistemático dos achados, sempre preservando o sigilo profissional e institucional.

6.3.8 Registro, Documentação e Rastreabilidade

Todas as atividades da Comissão de Verificação de Óbitos serão devidamente registradas, garantindo rastreabilidade, transparência institucional e possibilidade de auditoria.

Os registros incluirão:

- Registro formal das análises realizadas;
- Atas das reuniões da Comissão;
- Relatórios técnicos consolidados;

- Registro das recomendações emitidas;
- Acompanhamento das ações corretivas e preventivas propostas.

Os documentos permanecerão arquivados de forma segura e organizada, disponíveis para fiscalização e avaliação institucional, respeitado o sigilo das informações.

6.3.9 Integração com Protocolos Assistenciais e Segurança do Paciente

A Comissão de Verificação de Óbitos atuará de forma integrada com:

- Manual de Protocolos Assistenciais da unidade;
- Direção Técnica;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Programas de Segurança do Paciente;
- Processos de educação permanente.

As análises realizadas subsidiarão a revisão de protocolos, a identificação de necessidades de capacitação e o aprimoramento contínuo da assistência prestada.

6.3.10 Caráter Educativo, Ético e Não Punitivo

A atuação da Comissão de Verificação de Óbitos terá caráter essencialmente educativo, ético e preventivo, não se destinando à punição individual de profissionais.

O foco da Comissão será a melhoria dos processos assistenciais, a redução de riscos e o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, promovendo ambiente institucional de aprendizado, reflexão crítica e melhoria contínua.

Esse caráter não punitivo é fundamental para garantir a adesão das equipes e a efetividade das ações propostas.

6.3.11 Monitoramento dos Resultados e Ações de Melhoria

A Comissão acompanhará de forma sistemática:

- Implementação das recomendações propostas;
- Evolução dos processos assistenciais analisados;
- Redução de falhas recorrentes;

- Impacto das ações corretivas e preventivas adotadas.

Os resultados serão consolidados em relatórios periódicos e utilizados para subsidiar decisões gerenciais e ações de melhoria contínua.

6.3.12 Subitens Operacionais da Comissão de Verificação de Óbitos

6.3.12.1 Indicadores Monitorados pela Comissão

A Comissão acompanhará indicadores objetivos, tais como:

- Número total de óbitos analisados;
- Percentual de óbitos analisados em relação ao total ocorrido;
- Identificação de óbitos potencialmente evitáveis;
- Percentual de recomendações implementadas;
- Evolução dos tempos de resposta assistencial.

6.3.12.2 Roteiro Padrão de Reunião da Comissão

As reuniões mensais da Comissão seguirão roteiro padrão:

- Abertura e verificação de quórum;
- Aprovação da ata da reunião anterior;
- Apresentação dos óbitos ocorridos no período;
- Análise técnica individualizada dos casos;
- Identificação de fatores contribuintes;
- Discussão de oportunidades de melhoria;
- Proposição de ações corretivas e preventivas;
- Definição de responsáveis e prazos;
- Encaminhamentos à Direção Técnica;
- Assuntos gerais e encerramento.

6.3.12.3 Modelo de Plano de Ação da Comissão

Para cada oportunidade de melhoria identificada, será elaborado plano de ação contendo:

- Descrição do achado ou fragilidade identificada;

- Processo ou área envolvida;
- Ação corretiva ou preventiva proposta;
- Responsável pela execução;
- Prazo de implementação;
- Indicador de acompanhamento;
- Status da ação.
- Os planos de ação serão acompanhados sistematicamente pela Comissão.

6.3.13 Contribuição da Comissão para a Qualidade Objetiva

A Comissão de Verificação de Óbitos integra o sistema de Qualidade Objetiva da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, contribuindo para:

- Segurança do paciente;
- Qualidade e efetividade da assistência;
- Aprimoramento dos processos clínicos;
- Conformidade ética e institucional;
- Fortalecimento da governança clínica e da transparência.

6.3.14 Subitens Operacionais Avançados da Comissão de Verificação de Óbitos

6.3.14.1 Exemplos Simulados de Análise de Óbito (Sem Dados Sensíveis)

Com o objetivo de demonstrar a atuação prática, técnica e educativa da Comissão de Verificação de Óbitos, apresentam-se exemplos simulados de análise, elaborados exclusivamente para fins de qualificação institucional, sem utilização de dados sensíveis ou identificação de pacientes.

Exemplo 1 – Óbito após atendimento em sala de emergência

Paciente adulto, admitido na Unidade de Pronto Atendimento Municipal em condição clínica grave, classificado como prioridade máxima. A análise do prontuário evidenciou registro adequado da classificação de risco, início oportuno das medidas de suporte avançado e acionamento da equipe multiprofissional. A Comissão avaliou o tempo de resposta assistencial, a adequação das condutas terapêuticas e a documentação das intervenções realizadas. Foram identificadas oportunidades de melhoria relacionadas à padronização do registro da evolução médica em intervalos regulares. Como

ação corretiva, foi proposta capacitação específica sobre registros de evolução em situações críticas.

Exemplo 2 – Óbito após período de observação clínica

Paciente admitido para observação, com quadro clínico inicialmente estável, evoluindo com deterioração progressiva. A Comissão analisou a frequência das reavaliações, a comunicação entre as equipes médica e de enfermagem e o registro das alterações clínicas. Identificou-se necessidade de reforço na sistemática de reavaliação clínica em pacientes em observação prolongada. Como medida preventiva, foi proposto ajuste no protocolo de monitoramento e reforço educativo junto às equipes.

Esses exemplos ilustram a abordagem técnica, educativa e não punitiva adotada pela Comissão, focada na melhoria contínua dos processos assistenciais.

6.3.14.2 Fluxograma Textual do Processo de Verificação de Óbitos

O processo de verificação de óbitos na Unidade de Pronto Atendimento Municipal seguirá fluxo padronizado, assegurando rastreabilidade, transparência e efetividade das análises:

- Ocorrência de óbito na unidade;
- Registro completo do evento no prontuário;
- Comunicação formal à Direção Técnica;
- Inclusão do caso na pauta da Comissão de Verificação de Óbitos;
- Análise documental prévia dos registros assistenciais;
- Reunião da Comissão para discussão técnica multiprofissional;
- Identificação de fatores contribuintes e oportunidades de melhoria;
- Elaboração de relatório técnico;
- Proposição de recomendações e plano de ação;
- Encaminhamento das recomendações à gestão;
- Acompanhamento da implementação das ações;
- Monitoramento dos resultados.

6.3.14.3 Interface com a Rede de Atenção à Saúde e Regulação

A Comissão de Verificação de Óbitos atuará de forma integrada com a Rede de Atenção à Saúde, reconhecendo que muitos desfechos clínicos estão relacionados à articulação entre os diferentes pontos de atenção.

Sempre que pertinente, as análises considerarão:

- Processos de regulação e encaminhamento de pacientes;
- Tempo de resposta para transferência;
- Comunicação com serviços de referência;
- Adequação do fluxo assistencial entre a UPA e outros níveis de atenção.

As informações consolidadas subsidiarão o diálogo técnico com a gestão municipal de saúde, contribuindo para o aprimoramento dos fluxos de regulação, da referência e contrarreferência e da integração da rede assistencial.

6.3.14.4 Cronograma Anual de Atuação da Comissão de Verificação de Óbitos

A Comissão de Verificação de Óbitos atuará conforme cronograma anual previamente definido, assegurando regularidade e previsibilidade das análises:

Janeiro a Março: consolidação dos óbitos do período anterior, análise global dos indicadores e definição de prioridades;

Abril a Junho: análise sistemática dos casos ocorridos no trimestre, acompanhamento das ações corretivas e revisão de protocolos quando necessário;

Julho a Setembro: avaliação intermediária dos resultados, reforço das ações educativas e ajustes nos processos assistenciais;

Outubro a Dezembro: consolidação anual dos resultados, avaliação do impacto das ações implementadas e planejamento das atividades do próximo ciclo.

O cronograma poderá ser ajustado conforme demanda assistencial e ocorrências extraordinárias.

6.3.15 Considerações Finais

A ampliação operacional da Comissão de Verificação de Óbitos evidencia sua atuação estruturada, técnica e orientada para resultados. Ao incorporar exemplos simulados, fluxos padronizados, integração com a rede de atenção e cronograma anual definido, a Organização Social demonstra maturidade institucional, compromisso com a segurança do paciente e capacidade efetiva de aprendizagem organizacional.

A Comissão consolida-se como instrumento estratégico de governança clínica, contribuindo de forma concreta para a melhoria contínua da qualidade assistencial, a redução de riscos e o fortalecimento da transparência e da ética na gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

6.3.1 Modelo de Regimento Interno

1. IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO

1.1 Nome completo

Comissão de Verificação de Óbitos – CVO.

1.2 Unidade de saúde vinculada

A CVO está vinculada à **Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**, no âmbito da governança clínica e da Qualidade Objetiva da unidade, cuja gestão será realizada pela **Solution Gestão Pública**, conforme o objeto do certame.

1.3 Natureza da Comissão

Permanente, com atuação contínua e sistemática;

Técnica, consultiva e propositiva (voltada à melhoria de processos);

Executiva no acompanhamento (monitoramento de planos de ação pactuados com a gestão), sem caráter disciplinar.

1.4 Fundamentação legal e normativa (base mínima recomendada)

A CVO observa, no que couber:

- Constituição Federal, art. 196 (direito à saúde) e princípios da administração pública;
- Lei nº 8.080/1990 (SUS) e diretrizes da Rede de Atenção às Urgências;
- Diretrizes e políticas do SUS relativas à segurança do paciente, qualidade assistencial, humanização e gestão de risco;
- Normas éticas profissionais aplicáveis (médicos, enfermagem e demais categorias);
- Normas e rotinas institucionais de urgência e emergência;
- Instrumento contratual/Termo de Referência/ETP do chamamento, que reforça a necessidade de continuidade, segurança do paciente e mitigação de riscos assistenciais no contexto da UPA e SAMU 192.

Observação: este regimento deve ser harmonizado com os POPs/Protocolos Assistenciais da unidade e com o fluxo de notificação interna de eventos e desfechos.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

2.1 Finalidade geral

Analisar, de forma **técnica, sistemática, ética e confidencial**, os óbitos ocorridos na UPA, a fim de identificar fatores **assistenciais, organizacionais e processuais** relacionados ao desfecho, contribuindo para:

- Qualidade assistencial;
- Segurança do paciente;
- Conformidade ética, técnica e institucional;
- Melhoria contínua e prevenção de eventos potencialmente evitáveis.

2.2 Objetivos específicos

- Monitorar processos críticos associados a óbitos (tempo-resposta, reavaliações, comunicação, fluxos de emergência, regulação/transferência);
- Analisar eventos (óbitos, eventos sentinela e casos de alta criticidade);
- Propor melhorias (ações corretivas/preventivas, revisão de protocolos, padronização de rotinas);
- Apoiar decisões técnicas da gestão com relatórios objetivos, priorização de riscos e planos de ação.

3. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

A CVO terá atuação prática e orientada a resultados, competindo-lhe:

3.1 Análise de óbitos e governança clínica

- Analisar todos os óbitos ocorridos na unidade, conforme critérios e metodologia definidos, preservando sigilo;
- Identificar oportunidades de melhoria clínicas e organizacionais (fluxos, tempos, comunicação, recursos, registros).

3.2 Conformidade com protocolos e qualidade do registro

- Verificar aderência a protocolos institucionais (emergência, sepse, IAM/AVC, via aérea, etc., conforme implantados);
- Avaliar completude e consistência do prontuário relacionado ao evento (integrando-se à Comissão de Revisão de Prontuários quando necessário).

3.3 Recomendações e planos de ação

- Emitir recomendações técnicas e propor planos de ação com responsável, prazo, evidência e indicador;
- Acompanhar execução e eficácia das ações pactuadas com Direção/coordenações.

3.4 Educação permanente e cultura não punitiva

- Subsidiar educação permanente com base em achados recorrentes (treinamentos rápidos, devolutivas por turno, simulações);
- Promover cultura de aprendizado institucional, com foco em processo (não em punição).

3.5 Relatórios e indicadores

- Consolidar indicadores e produzir relatórios mensais/trimestrais para Direção Técnica/Administrativa.

4. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

4.1 Número e perfil (mínimo recomendado)

Composição mínima de **05 (cinco) membros titulares**, com suplentes, preferencialmente:

- Representante da Direção Técnica Médica (titular)
- Representante do Corpo Clínico (titular)
- Representante da Enfermagem (titular)
- Representante da Qualidade/Segurança do Paciente/Gestão Assistencial (titular)
- Representante da Coordenação Administrativa/Regulação/Processos (titular)

4.2 Critérios de escolha e designação

- Indicação pela Direção, considerando competência técnica, ética e compromisso com sigilo;
- Designação formal por ato interno da unidade/Solution;
- Mandato sugerido: 12 meses, com possibilidade de recondução e renovação parcial para continuidade.

4.3 Participação multiprofissional

Convidados sem voto podem ser chamados conforme o caso (SAMU 192, farmácia, laboratório, TI, regulação/transferência, serviço social, etc.).

5. COORDENAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

5.1 Coordenador(a) da CVO

Designado pela Direção Técnica. Atribuições:

- Conduzir reuniões e garantir método padronizado;
- Validar relatórios e recomendações;
- Articular encaminhamentos com Direção/coordenações.

5.2 Vice-coordenador(a)

Apoia e substitui o coordenador quando necessário.

5.3 Secretário(a)

- Organiza pauta, listas de presença e atas;
- Consolida indicadores e controle de planos de ação;
- Garante guarda segura da documentação (controle de acesso).

6. FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

6.1 Periodicidade

- Reuniões ordinárias mensais (cronograma anual fixado);
- Reuniões extraordinárias quando houver:
- óbito atípico;
- suspeita de evento evitável;
- evento sentinela;
- demanda formal da Direção Técnica;
- necessidade de resposta imediata a risco assistencial.

6.2 Convocação

Convocação pelo coordenador (ou por maioria simples dos membros), com pauta enviada preferencialmente com **48 horas** de antecedência, salvo urgência.

6.3 Quórum mínimo

Instalação e deliberação com **50% + 1** dos membros (titulares ou suplentes formalmente designados para a sessão).

6.4 Forma de deliberação

Preferencialmente por **consenso**; na ausência, por **maioria simples**.

6.5 Participação de convidados

Permitida quando tecnicamente necessária, mediante compromisso de confidencialidade.

7. REGISTROS, ATAS E DOCUMENTAÇÃO

7.1 Atas

Todas as reuniões terão ata contendo:

- data, horário, local;
- participantes;
- pauta;
- síntese técnica (sem exposição indevida);
- deliberações;
- encaminhamentos com responsáveis e prazos.

7.2 Guarda e arquivamento

- Arquivamento físico e/ou digital em pasta institucional restrita, com controle de acesso e rastreabilidade.

7.3 Disponibilidade para auditorias

- Documentação disponível para auditorias internas/externas mediante solicitação formal, preservando sigilo e conformidade institucional.

8. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO DA UNIDADE

- A CVO se vincula à **Direção Técnica** e se articula com Direção Administrativa e coordenações.
- Encaminha relatórios e recomendações formalmente.
- Atua como componente da Qualidade Objetiva prevista no processo avaliativo, incluindo a “Comissão de Verificação de Óbitos”.

9. RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

- Participar das reuniões e das análises designadas;
- Contribuir tecnicamente com isenção e foco em processo;
- Manter sigilo das informações e respeito ético;
- Cumprir prazos de entrega (relatórios/planos de ação);
- Apoiar devolutivas e educação permanente relacionada aos achados.

10. SUBSTITUIÇÃO, VACÂNCIA E DESLIGAMENTO

- Substituição por suplente em ausências justificadas;
- Vacância por desligamento, impedimento técnico/ético, mudança de função ou ausências reiteradas;
- Desligamento a pedido ou por decisão fundamentada da Direção;
- Nomeação de novo membro por ato formal.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Este regimento pode ser revisado anualmente ou sempre que houver atualização de protocolos/fluxos;

Casos omissos serão resolvidos pela Direção Técnica/Administrativa;

Vigência a partir da aprovação e publicação interna (ordem de serviço/memorando).

Data de aprovação: ____/____/____.

12. CRONOGRAMA ANUAL DE REUNIÕES ORDINÁRIAS (MODELO)

Reuniões ordinárias preferencialmente na **primeira semana útil** de cada mês, com duração de **60–90 minutos**.

Mês	Semana sugerida	Foco padrão do mês
Janeiro	1ª semana útil	Consolidado do período anterior + metas/indicadores do ano
Fevereiro	1ª semana útil	Tempo-resposta e fluxos de emergência

Mês	Semana sugerida	Foco padrão do mês
Março	1ª semana útil	Reavaliações/monitoramento e comunicação multiprofissional
Abril	1ª semana útil	Transferência/regulação e interface com rede
Maio	1ª semana útil	Protocolos críticos (sepse, IAM/AVC, via aérea) – aderência
Junho	1ª semana útil	Consolidado semestral + revisão de plano de ação
Julho	1ª semana útil	Registros/prontuário do óbito e qualidade documental
Agosto	1ª semana útil	Comunicação com familiares e fluxos administrativos do desfecho
Setembro	1ª semana útil	Auditoria de casos selecionados de maior criticidade
Outubro	1ª semana útil	Educação permanente focada em achados recorrentes
Novembro	1ª semana útil	Pré-fechamento anual + pendências/ações incompletas
Dezembro	1ª semana útil	Relatório anual + planejamento do ciclo seguinte

13. ASSINATURAS

Coordenador(a) da Comissão de Verificação de Óbitos – CVO

Direção Técnica

Direção Administrativa

Representante Legal – Solution Gestão Pública

6.4 Comissão de Controle e Infecção Hospitalar- CCIH

6.4.1 Base Legal e Justificativa Institucional

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH constitui instância técnica permanente essencial para a segurança do paciente, a qualidade assistencial e

a conformidade sanitária da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Em ambientes de urgência e emergência, caracterizados por alta rotatividade de pacientes, atendimento contínuo, múltiplos procedimentos invasivos e circulação intensa de profissionais, usuários e acompanhantes, o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) exige controle sistemático, permanente e tecnicamente estruturado.

A instituição da CCIH se justifica pela necessidade de planejar, coordenar, monitorar e avaliar ações de prevenção e controle de infecções, garantindo que os processos assistenciais sejam executados de forma segura, padronizada e compatível com o perfil assistencial da unidade. A inexistência ou atuação meramente formal de uma comissão dessa natureza compromete a segurança do cuidado, expõe usuários e trabalhadores a riscos sanitários e fragiliza a governança clínica e institucional.

A Organização Social gestora reconhece que a prevenção de infecções não se restringe ao cumprimento pontual de normas, mas depende de vigilância ativa, análise contínua de processos, capacitação das equipes e integração entre setores assistenciais, administrativos e de apoio. Nesse contexto, a CCIH assume papel estratégico no fortalecimento da cultura de segurança do paciente e na melhoria contínua da qualidade objetiva dos serviços prestados.

6.4.2 Finalidade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH tem como finalidade planejar, executar, monitorar e avaliar ações destinadas à prevenção e ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, atuando de forma integrada aos processos assistenciais e de gestão. A Comissão intervém diretamente nos fluxos de cuidado, acompanha práticas assistenciais críticas, analisa riscos sanitários e propõe medidas concretas de melhoria, contribuindo para a segurança do paciente, a qualidade da assistência e a redução de riscos sanitários e institucionais.

6.4.3 Instituição e Composição da CCIH

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será instituída formalmente pela Organização Social responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, por meio de ato administrativo específico, garantindo legitimidade, clareza de atribuições e integração ao modelo de governança clínica da unidade.

A composição da CCIH observará critérios de competência técnica, atuação direta nos processos assistenciais e compatibilidade com o porte e a complexidade da unidade. A Comissão será composta, preferencialmente, por:

- Representante da Direção Técnica Médica;
- Representante da Enfermagem;
- Profissional com atribuições na área de controle de infecção;
- Representante da área administrativa, de qualidade ou gestão assistencial.

A composição poderá ser ajustada conforme a complexidade assistencial da unidade, permitindo a participação eventual de outros profissionais sempre que necessário para adequada análise dos processos.

6.4.4 Estrutura de Funcionamento da CCIH

A CCIH funcionará como órgão colegiado permanente, com estrutura organizacional definida, metodologia de trabalho padronizada e fluxo formal de comunicação com a Direção Técnica e a gestão da unidade.

A Comissão contará com:

- Coordenador da CCIH, responsável pela condução dos trabalhos, articulação com a gestão e consolidação das informações;
- Secretário, responsável pelo registro das reuniões, organização documental e controle dos indicadores;
- Membros titulares, com participação ativa no monitoramento dos processos e na proposição de melhorias.

O funcionamento da Comissão será disciplinado por regimento interno próprio, assegurando padronização das rotinas, periodicidade das reuniões e clareza na tomada de decisões.

6.4.5 Atribuições da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desenvolver ações contínuas e sistemáticas voltadas à prevenção e ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, atuando de forma integrada aos processos assistenciais e administrativos da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

São atribuições da CCIH, entre outras:

- Planejar e implementar ações de prevenção e controle de infecções;
- Elaborar, implantar e acompanhar o Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;
- Avaliar riscos relacionados aos processos assistenciais e fluxos críticos;

- Monitorar práticas assistenciais, especialmente em áreas e procedimentos de maior risco;
- Identificar não conformidades e fragilidades nos processos;
- Propor medidas corretivas e preventivas;
- Acompanhar a implementação das ações propostas;
- Subsidiar decisões gerenciais e ações de educação permanente.
- A atuação da CCIH será operacional, baseada em dados, observação direta e análise crítica dos processos.

6.4.6 Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

A CCIH será responsável pela coordenação do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. O Programa será estruturado de forma compatível com o perfil assistencial da unidade e contemplará:

- Identificação e avaliação sistemática dos riscos de infecção;
- Definição e acompanhamento de medidas preventivas;
- Monitoramento contínuo das práticas assistenciais;
- Acompanhamento e análise dos indicadores de infecção;
- Revisão periódica das estratégias adotadas.

O Programa será revisado regularmente, considerando os resultados obtidos, mudanças nos processos assistenciais e necessidades identificadas pela Comissão.

6.4.7 Protocolos e Rotinas de Prevenção de Infecção

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar acompanhará e apoiará a implantação, o monitoramento e a avaliação de protocolos e rotinas voltados à prevenção de infecções, atuando de forma integrada com as coordenações assistenciais.

- As ações abrangerão, entre outros aspectos:
- Gestão das práticas de higienização das mãos;
- Uso adequado de equipamentos de proteção individual;
- Limpeza e desinfecção de superfícies, ambientes e equipamentos;

- Processamento e manejo de materiais e dispositivos;
- Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- Controle da circulação de pessoas em áreas críticas.

A atuação da Comissão focará na gestão e acompanhamento dos protocolos, assegurando adesão e efetividade, sem se limitar à mera listagem de normas.

6.4.8 Vigilância, Monitoramento e Indicadores

A CCIH realizará vigilância contínua dos processos assistenciais, contemplando:

- Monitoramento de eventos infecciosos e situações de risco;
- Análise de indicadores relacionados à prevenção de infecção;
- Identificação de não conformidades;
- Registro sistemático das ocorrências;
- Avaliação da efetividade das ações implementadas.

Os resultados obtidos subsidiarão a tomada de decisão, a proposição de ações corretivas e preventivas e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

6.4.9 Integração com Outros Processos e Comissões

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar atuará de forma integrada com:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Segurança do Paciente;
- Coordenação de Enfermagem;
- Gestão administrativa e operacional.

Essa integração assegura visão sistêmica dos riscos e atuação coordenada na prevenção de infecções.

6.4.10 Capacitação e Educação Permanente

A CCIH contribuirá ativamente para ações de capacitação e educação permanente das equipes da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, abordando:

- Boas práticas assistenciais;

- Prevenção de infecções relacionadas à assistência;
- Uso correto de equipamentos de proteção individual;
- Condutas seguras nos processos assistenciais.

As ações educativas serão contínuas, planejadas com base nas necessidades identificadas pela Comissão e integradas aos processos institucionais de educação permanente.

6.4.11 Registro, Documentação e Rastreabilidade

Todas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar serão devidamente registradas, garantindo rastreabilidade, transparência e possibilidade de auditoria.

Os registros incluirão:

- Atas das reuniões da Comissão;
- Relatórios de monitoramento e vigilância;
- Registros das ações implementadas;
- Indicadores acompanhados;
- Recomendações e encaminhamentos à gestão.

Os documentos permanecerão disponíveis para fins de fiscalização, auditoria e avaliação institucional.

6.4.12 Caráter Educativo, Preventivo e Não Punitivo

A atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar terá caráter educativo, preventivo, orientativo e não punitivo, voltado à melhoria contínua dos processos assistenciais e à promoção da cultura de segurança do paciente.

A Comissão não se destina à responsabilização individual indevida, mas à qualificação dos processos e à redução de riscos sanitários.

6.4.13 Subitens Operacionais Avançados da CCIH

6.4.13.1 Exemplos Simulados de Atuação da CCIH

Exemplo 1: Identificação de baixa adesão à higienização das mãos em área crítica, com proposição de ação educativa e monitoramento posterior.

Exemplo 2: Identificação de falha no fluxo de limpeza de equipamentos, com revisão de rotina e capacitação da equipe envolvida.

6.4.13.2 Fluxograma Textual do Processo de Atuação da CCIH

Identificação de risco ou evento infeccioso;

- Registro da ocorrência;
- Análise técnica pela CCIH;
- Discussão em reunião da Comissão;
- Proposição de medidas corretivas;
- Encaminhamento à gestão;
- Implementação das ações;
- Monitoramento dos resultados.

6.4.13.3 Cronograma Anual de Atuação da CCIH

Janeiro a Março: diagnóstico inicial e definição de prioridades;

Abril a Junho: monitoramento contínuo e ações educativas;

Julho a Setembro: avaliação intermediária e ajustes;

Outubro a Dezembro: consolidação anual e planejamento do ciclo seguinte.

6.4.14 Contribuição da CCIH para a Qualidade Objetiva

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar integra o sistema de Qualidade Objetiva da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, contribuindo para:

- Redução de riscos sanitários;
- Prevenção de infecções relacionadas à assistência;
- Segurança do paciente;
- Qualidade e efetividade da assistência;
- Fortalecimento da governança clínica e institucional.

6.4.15 Considerações Finais

A instituição e a atuação sistemática da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar reafirmam o compromisso da Organização Social com a segurança do paciente, a qualidade assistencial e a conformidade sanitária. Ao estruturar uma CCIH ativa, integrada à gestão e orientada para resultados, a Unidade de Pronto Atendimento Municipal fortalece sua governança clínica, promove a melhoria contínua dos processos assistenciais e assegura sustentabilidade dos serviços prestados.

6.4.1 Modelo de Regimento Interno

1. IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO

1.1 Nome completo

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

1.2 Unidade de saúde à qual está vinculada

Vinculada à **Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e ao SAMU 192**, no âmbito da governança assistencial e do sistema de Qualidade Objetiva, sob gestão da **Solution Gestão Pública**, conforme o objeto do Chamamento Público nº 008/2025.

1.3 Natureza da comissão

Permanente;

Técnica e executiva na condução do Programa de Prevenção e Controle de IRAS/risco sanitário;

Consultiva e propositiva junto à Direção Técnica/Administrativa, com recomendações e planos de ação.

1.4 Fundamentação legal e normativa (base mínima recomendada)

A CCIH observará, no que couber, e manterá aderência às principais referências do SUS e da vigilância sanitária, incluindo:

- Lei nº 8.080/1990 (SUS);
- Portaria MS nº 2.616/1998 (Programa de Controle de Infecções Hospitalares);
- RDC ANVISA nº 36/2013 (ações de segurança do paciente e boas práticas);
- Normas técnicas e diretrizes sanitárias aplicáveis a prevenção e controle de IRAS, higiene das mãos, processamento de produtos para saúde, limpeza/desinfecção e gerenciamento de resíduos;

- Protocolos e POPs institucionais da unidade, pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde e com as exigências do contrato/termo de referência do chamamento.
- Nota operacional: em UPA, o foco é reduzir risco infeccioso em procedimentos, dispositivos, ambientes e fluxos, com vigilância prática e indicadores compatíveis com o perfil assistencial.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

2.1 Finalidade geral

Planejar, coordenar, monitorar e avaliar ações de **prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)** e outros riscos sanitários, assegurando **segurança do paciente**, proteção dos trabalhadores e **conformidade sanitária**.

2.2 Objetivos específicos (papel ativo)

- Monitorar processos críticos (higiene das mãos, precauções, limpeza/desinfecção, dispositivos invasivos, sala de procedimentos, observação, isolamento quando aplicável);
- Analisar eventos (suspeita de surtos, não conformidades, incidentes de biossegurança, falhas de reprocessamento/limpeza);
- Propor melhorias (protocolos, treinamentos, mudanças de fluxo, padronização de materiais e barreiras);
- Apoiar decisões técnicas da gestão (pareceres, priorização de risco, compras/insumos estratégicos, adequações estruturais).

3. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES (OPERACIONAIS E EXECUTÁVEIS)

A CCIH terá atuação contínua, prática e rastreável, competindo-lhe:

3.1 Programa e governança

- Elaborar, implantar e manter o Programa de Prevenção e Controle de IRAS/Risco Infeccioso da unidade, com plano anual, metas e indicadores;
- Definir prioridades por risco (áreas críticas/semi-críticas, procedimentos invasivos, fluxo de materiais, limpeza e resíduos).

3.2 Protocolos, rotinas e fluxos

Elaborar, revisar e propor protocolos/POPs, no mínimo:

- Higienização das mãos (5 momentos, técnica, disponibilidade de insumos);
- Precauções padrão e específicas (contato/gotículas/aerossóis quando aplicável);
- Limpeza e desinfecção concorrente/terminal;
- Processamento/limpeza/desinfecção de produtos para saúde (quando existente na unidade) e manejo de materiais;
- Manejo de perfurocortantes e exposição a material biológico;
- Fluxo de isolamento e coorte (quando indicado);
- Gerenciamento de resíduos e roupa (interface com PGRSS/rotinas locais).

3.3 Vigilância e resposta rápida

Implementar vigilância compatível com UPA, incluindo:

- Monitoramento de sinais de alerta para surtos (síndromes respiratórias, gastroenterites, infecções de pele, etc.);
- Investigação de eventos infecciosos relevantes e elaboração de recomendações;
- Plano de contingência de surtos (fluxo, comunicação interna, barreiras, intensificação de limpeza, EPI).

3.4 Indicadores e auditorias

- Definir e acompanhar indicadores mínimos e realizar auditorias rápidas de adesão;
- Emitir relatórios mensais/trimestrais com achados, tendência, causa provável e plano de ação.

3.5 Educação permanente

Planejar e executar treinamentos e reciclagens (curtos e frequentes), baseados em achados reais: higiene das mãos, paramentação/desparamentação, limpeza, precauções, descarte de perfurocortantes, etc.

3.6 Interface com compras e padronização

- Recomendar padronização de insumos críticos (álcool a 70%, sabonete, papel toalha, EPI, desinfetantes, kits de isolamento, coletores);
- Sinalizar risco sanitário por falta de insumo e orientar ações de contingência.

4. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

4.1 Número de membros (mínimo recomendado)
Mínimo de **05 (cinco) membros titulares**, com suplentes.

4.2 Perfil dos integrantes

- 01 representante da Direção Técnica Médica;
- 01 Enfermeiro(a) (preferencialmente da coordenação);
- 01 profissional responsável/apoio em controle de infecção/qualidade/segurança do paciente (quando houver; podendo ser enfermeiro designado);
- 01 representante da área administrativa/operacional (apoio a fluxos, contratos, limpeza, insumos);
- 01 representante de serviços de apoio (higienização/limpeza ou almoxarifado), pela criticidade do processo.

4.3 Critérios de escolha e designação

- Indicação pela Direção, por competência e perfil técnico;
- Designação formal por ato interno da gestão (Solution);
- Mandato sugerido: 12 meses, com renovação parcial para continuidade.

4.4 Multiprofissionalidade e convidados

Possibilidade de participação de laboratório, farmácia, manutenção, SAMU 192, vigilância epidemiológica municipal, conforme pauta.

5. COORDENAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

5.1 Coordenador(a) da CCIH

Designado pela Direção Técnica. Atribuições: conduzir reuniões, validar relatórios, pactuar planos de ação com a gestão, convocar reuniões extraordinárias e garantir execução do programa.

5.2 Vice-coordenador(a)

Substitui o coordenador e apoia a execução do plano anual.

5.3 Secretário(a) / responsável por registros

Organiza pautas, atas, listas de presença, controle de indicadores e rastreabilidade documental.

6. FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

6.1 Periodicidade

Reuniões ordinárias mensais (conforme cronograma anual);

Reuniões extraordinárias a qualquer tempo, especialmente em: suspeita de surto, evento sanitário relevante, aumento de casos, falha crítica em limpeza/processamento, desabastecimento de insumos críticos, demanda formal da Direção.

6.2 Convocação

Por e-mail/WhatsApp institucional e agenda interna, com pauta preferencialmente com **48h de antecedência** (salvo urgência).

6.3 Quórum

Instalação com **50% + 1** dos membros (titulares ou suplentes formalizados).

6.4 Deliberação

Preferencialmente por **consenso**; na ausência, **maioria simples**.

6.5 Convidados

Permitidos com termo de confidencialidade e participação restrita ao necessário.

7. REGISTROS, ATAS E DOCUMENTAÇÃO

7.1 Atas

Data, participantes, pauta, achados, deliberações, responsáveis e prazos.

7.2 Documentos e rastreabilidade

Plano anual do Programa de Controle, relatórios de auditoria, indicadores, planos de ação, registros de treinamentos e evidências de monitoramento.

7.3 Arquivamento

Pasta física/digital institucional, com controle de acesso e guarda mínima conforme normativas internas e exigências de auditoria.

8. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO DA UNIDADE

A CCIH se vincula à **Direção Técnica**, com interface contínua com Direção Administrativa e coordenações;

- Encaminha relatórios e recomendações formalmente;

- As recomendações devem receber retorno estruturado (deferida/indeferida/ajustada), com justificativa e prazos.

9. RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

Participar das reuniões e cumprir tarefas designadas;

- Manter sigilo e ética das informações;
- Apoiar auditorias e ações educativas;
- Contribuir tecnicamente para análise de risco e soluções viáveis;
- Evitar abordagem punitiva individual, preservando cultura de segurança.

10. SUBSTITUIÇÃO, VACÂNCIA E DESLIGAMENTO

- Substituição por suplente em ausências justificadas;
- Vacância por desligamento, mudança de função, impedimento ético/técnico ou ausências reiteradas;
- Desligamento a pedido ou por decisão fundamentada da Direção;
- Reposição por ato formal.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Regimento revisável anualmente ou quando houver atualização normativa/contratual;

Casos omissos resolvidos pela Direção Técnica/Administrativa;

Vigência a partir de aprovação interna e publicação em ordem de serviço/memorando.

Data de aprovação: //____.

12. CRONOGRAMA ANUAL DE REUNIÕES ORDINÁRIAS (MODELO)

Sugestão: **1ª semana útil de cada mês**, duração de **60–90 minutos**.

Mês	Semana sugerida	Foco padrão (pauta mínima do mês)
Janeiro	1ª semana útil	Diagnóstico inicial + plano anual + metas/indicadores
Fevereiro	1ª semana útil	Higienização das mãos (auditoria + plano de melhoria)
Março	1ª semana útil	Precauções/EPI + fluxo de isolamento/coorte (se aplicável)
Abril	1ª semana útil	Limpeza/desinfecção (concorrente/terminal) e checagem de produtos
Maio	1ª semana útil	Sala de procedimentos: práticas seguras e manejo de materiais
Junho	1ª semana útil	Consolidado semestral + revisão de plano de ação
Julho	1ª semana útil	Perfurocortantes/exposição biológica + fluxos de notificação
Agosto	1ª semana útil	Resíduos e interfaces com PGRSS + rotinas de apoio
Setembro	1ª semana útil	Vigilância de surtos/contingência (simulado/tabletop)
Outubro	1ª semana útil	Auditoria de adesão multiprofissional (checklist por setor)
Novembro	1ª semana útil	Revisão de protocolos/POPs críticos e necessidades de insumos
Dezembro	1ª semana útil	Relatório anual + planejamento do próximo ciclo

Indicadores mínimos recomendados para acompanhar mensalmente (anexo à ata)

- Adesão à higiene das mãos (% por auditoria amostral);
- Adequação de limpeza/desinfecção (checklist e não conformidades);
- Consumo/ruptura de insumos críticos (álcool 70%, sabonete, EPI) e tempo de reposição;
- Taxa de acidentes com perfurocortantes/exposição biológica (nº/mês);

- Ocorrências de suspeita/confirmada de surto e tempo de resposta (horas/dias);
- Percentual de ações do plano concluídas no prazo.

13. ASSINATURAS

Coordenador(a) da CCIH

Direção Técnica

Direção Administrativa

Representante Legal – Solution Gestão Pública

6.5 Comissão de Ética Médica

6.5.1 Base Legal e Justificativa Institucional

A Comissão de Ética Médica constitui instância fundamental de governança clínica e institucional na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, especialmente em um serviço caracterizado por atendimento contínuo, situações críticas, tomada rápida de decisões e interação permanente entre profissionais, pacientes e familiares. Nesse contexto, a atuação ética do corpo clínico é elemento indissociável da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da credibilidade institucional.

A instituição da Comissão de Ética Médica justifica-se pela necessidade de dispor de um espaço formal, técnico e estruturado para orientação, análise e promoção das boas práticas éticas no exercício da medicina, prevenindo conflitos, reduzindo riscos assistenciais e jurídicos e fortalecendo a cultura institucional de respeito, responsabilidade profissional e humanização do cuidado.

A Organização Social gestora reconhece que a ética médica não se limita à resolução de conflitos ou à análise de condutas pontuais, mas deve ser incorporada de forma transversal aos processos assistenciais, à comunicação com pacientes e familiares, à atuação multiprofissional e à gestão do cuidado. Assim, a Comissão de Ética Médica integra o sistema de Qualidade Objetiva da unidade, contribuindo para a melhoria contínua da assistência e para a consolidação de uma governança clínica madura, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde.

6.5.2 Finalidade da Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica tem como finalidade zelar pelo cumprimento dos princípios éticos que regem o exercício da medicina na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, orientando o corpo clínico, promovendo condutas éticas, prevenindo conflitos e contribuindo para a segurança do paciente e a qualidade da assistência. A Comissão atua de forma prática e preventiva, analisando situações éticas, emitindo orientações e recomendações e promovendo ambiente profissional harmonioso, ético e alinhado às normas institucionais vigentes.

6.5.3 Instituição e Composição da Comissão

A Comissão de Ética Médica será instituída formalmente pela Organização Social responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, por meio de ato administrativo específico, garantindo legitimidade, autonomia técnica e integração ao modelo de governança clínica da unidade.

A Comissão será composta exclusivamente por médicos integrantes do corpo clínico da unidade, observando critérios de idoneidade ética, competência técnica, representatividade e compromisso institucional. A composição mínima contemplará, preferencialmente:

- Médico indicado pela Direção Técnica Médica;
- Médicos representantes do corpo clínico;
- Membros suplentes, quando aplicável.

A composição, o funcionamento e os procedimentos da Comissão observarão as normas éticas vigentes e as orientações dos Conselhos de Medicina, assegurando imparcialidade, sigilo e ética profissional.

6.5.4 Estrutura de Funcionamento da Comissão

A Comissão de Ética Médica funcionará como órgão colegiado permanente, com estrutura de funcionamento definida, fluxo formal de comunicação com a Direção Técnica e metodologia de atuação padronizada.

A Comissão contará com:

- Presidente ou Coordenador, responsável pela condução das reuniões, organização dos trabalhos e interlocução com a Direção Técnica;
- Secretário, responsável pelo registro das reuniões, organização documental e controle dos encaminhamentos;
- Membros titulares e suplentes, com participação ativa nas análises e deliberações.

O funcionamento da Comissão será regulamentado por regimento interno próprio, aprovado pela gestão da unidade, assegurando clareza de atribuições, periodicidade das reuniões e padronização dos procedimentos.

6.5.5 Atribuições da Comissão de Ética Médica

Compete à Comissão de Ética Médica exercer conjunto de atribuições voltadas à promoção da ética profissional, à prevenção de conflitos e à qualificação da prática médica na Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

São atribuições da Comissão, entre outras:

- Zelar pelo cumprimento do Código de Ética Médica e das normas institucionais;
- Orientar o corpo clínico quanto às condutas éticas no exercício profissional;
- Analisar situações, demandas e conflitos de natureza ética;
- Emitir pareceres e recomendações éticas;
- Atuar preventivamente na promoção de boas práticas profissionais;
- Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial e da segurança do paciente;
- Subsidiar ações de educação permanente e aprimoramento profissional.

A atuação da Comissão priorizará o caráter preventivo, educativo e orientativo, evitando atuação meramente reativa.

6.5.6 Atuação Ética no Contexto da Assistência

A Comissão de Ética Médica acompanhará e orientará o corpo clínico quanto a aspectos éticos relacionados à prática assistencial, incluindo, entre outros:

- Relação médico-paciente, pautada pelo respeito, empatia e autonomia;
- Sigilo profissional e confidencialidade das informações;
- Consentimento informado e esclarecimento adequado ao paciente ou responsável;
- Comunicação ética de diagnóstico, prognóstico e óbito;
- Atuação multiprofissional, respeito institucional e trabalho em equipe;
- Uso adequado e responsável dos recursos assistenciais disponíveis.

Essa atuação contribui para a humanização da assistência e para a redução de conflitos éticos no ambiente de trabalho.

6.5.7 Metodologia de Atuação e Procedimentos

A atuação da Comissão de Ética Médica será pautada por metodologia clara, estruturada e compatível com o perfil assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

Os procedimentos incluirão:

- Recebimento e registro das demandas éticas;
- Análise técnica e ética das situações apresentadas;
- Discussão colegiada dos casos em reunião da Comissão;
- Emissão de orientações, recomendações ou pareceres éticos;
- Encaminhamentos cabíveis, quando necessário, respeitadas as competências institucionais e dos Conselhos de Classe.

Todo o processo observará os princípios do sigilo, da imparcialidade, da ética profissional e do respeito às partes envolvidas.

6.5.8 Periodicidade das Reuniões

A Comissão de Ética Médica realizará reuniões ordinárias com periodicidade mensal, conforme cronograma previamente definido, para análise das demandas recebidas, discussão de temas éticos relevantes e acompanhamento das ações em andamento.

Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas sempre que necessário, especialmente em situações de maior complexidade ética, conflitos relevantes ou demandas urgentes da Direção Técnica.

A definição explícita da periodicidade assegura atuação contínua, sistemática e preventiva da Comissão.

6.5.9 Registro, Documentação e Sigilo

As atividades desenvolvidas pela Comissão de Ética Médica serão devidamente registradas, garantindo rastreabilidade institucional e possibilidade de acompanhamento.

Os registros contemplarão:

- Atas das reuniões da Comissão;
- Registros das análises realizadas;
- Pareceres e recomendações emitidas;
- Encaminhamentos efetuados à Direção Técnica.

Todos os registros observarão rigorosamente o sigilo profissional e a confidencialidade das informações, sendo acessíveis apenas aos membros autorizados da Comissão e às instâncias competentes, quando aplicável.

6.5.10 Integração com a Direção Técnica e Outras Comissões

A Comissão de Ética Médica atuará de forma integrada com:

- Direção Técnica Médica;
- Comissão de Segurança do Paciente;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Essa integração assegura atuação sistêmica, alinhamento institucional e coerência entre as diferentes instâncias de governança clínica da unidade.

6.5.11 Caráter Educativo, Preventivo e Não Punitivo

A atuação da Comissão de Ética Médica terá caráter essencialmente educativo, preventivo, orientativo e não punitivo, voltado à promoção da ética profissional, à qualificação das práticas médicas e à prevenção de condutas inadequadas.

A Comissão não substituirá nem conflitará com as atribuições dos Conselhos de Classe, atuando de forma complementar, institucional e educativa, conforme amplamente valorizado pelas instâncias avaliadoras.

6.5.12 Monitoramento e Avaliação das Ações Éticas

A Comissão de Ética Médica acompanhará de forma sistemática:

- A efetividade das orientações e recomendações emitidas;
- A redução de conflitos éticos recorrentes;
- A melhoria do ambiente profissional e das relações de trabalho;

- A aderência do corpo clínico às normas éticas institucionais.

Os resultados serão consolidados em relatórios periódicos e utilizados para subsidiar ações de aprimoramento contínuo.

6.5.13 Subitens Operacionais Avançados da Comissão de Ética Médica

6.5.13.1 Exemplos Simulados de Atuação da Comissão

Exemplo 1: Análise de situação relacionada à comunicação inadequada com familiares, com emissão de orientação ética e proposta de capacitação específica.

Exemplo 2: Orientação preventiva sobre conflitos na atuação multiprofissional, com reforço das boas práticas institucionais.

6.5.13.2 Fluxograma Textual do Processo de Atuação da Comissão

Identificação ou recebimento de demanda ética;

- Registro formal da demanda;
- Análise preliminar pela Comissão;
- Discussão colegiada em reunião;
- Emissão de orientação ou recomendação ética;
- Encaminhamento à Direção Técnica, quando necessário;
- Acompanhamento da efetividade da orientação;
- Registro e arquivamento do processo.

6.5.13.3 Cronograma Anual de Atuação da Comissão

Janeiro a Março: planejamento anual e alinhamento institucional;

Abril a Junho: análise das demandas e ações educativas;

Julho a Setembro: avaliação intermediária dos resultados e ajustes;

Outubro a Dezembro: consolidação anual e planejamento do ciclo seguinte.

6.5.14 Contribuição da Comissão de Ética Médica para a Qualidade Objetiva

A Comissão de Ética Médica integra o sistema de Qualidade Objetiva da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, contribuindo para:

- Segurança do paciente;
- Qualidade e humanização da assistência;
- Ética profissional e institucional;
- Fortalecimento da governança clínica;
- Mitigação de riscos éticos e jurídicos.

6.5.15 Considerações Finais

A instituição e a atuação sistemática da Comissão de Ética Médica reafirmam o compromisso da Organização Social com a ética profissional, a excelência assistencial e a segurança do paciente. Ao estruturar uma Comissão técnica, educativa, integrada à gestão e orientada para resultados, a Unidade de Pronto Atendimento Municipal fortalece sua governança clínica, promove ambiente profissional ético e assegura qualidade objetiva dos serviços prestados à população.

6.5.1 Modelo de Regimento Interno

1. IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO

1.1 Nome completo da comissão

Comissão de Ética Médica – CEM.

1.2 Unidade de saúde à qual está vinculada

A Comissão de Ética Médica está vinculada à **Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**, sob gestão da **Solution Gestão Pública**, integrando o modelo de governança clínica e Qualidade Objetiva da unidade, conforme o objeto do certame.

1.3 Natureza da comissão

Permanente;

Técnica e consultiva, com caráter **propositivo e orientativo**;

Executiva no acompanhamento de encaminhamentos e ações educativas pactuadas com a Direção Técnica (sem caráter disciplinar).

1.4 Fundamentação legal e normativa (base mínima recomendada)

A CEM atuará em conformidade com:

Lei nº 8.080/1990 (SUS) e princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, humanização);

- Normas éticas do exercício profissional médico (Código de Ética Médica e normativas do Sistema Conselhos de Medicina, no que couber);
- Diretrizes de segurança do paciente e qualidade assistencial aplicáveis aos serviços de urgência e emergência;
- Lei nº 13.709/2018 (LGPD) – proteção de dados pessoais e sensíveis (inclui dados de saúde);
- Normas internas, protocolos assistenciais e fluxos institucionais da unidade, bem como exigências contratuais do chamamento relacionadas à governança e qualidade objetiva.
- Nota institucional: a CEM atua de modo complementar aos Conselhos de Medicina, sem substituí-los, com foco na orientação, prevenção e melhoria de processos.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

2.1 Finalidade geral

Zelar pelo cumprimento dos princípios éticos que regem o exercício da medicina na unidade, promovendo condutas profissionais éticas, prevenindo conflitos e contribuindo para a **qualidade assistencial, segurança do paciente e credibilidade institucional**.

2.2 Objetivos específicos

- Monitorar processos e situações com interface ética (consentimento, sigilo, comunicação com familiares, registro adequado, conduta em urgência);
- Analisar eventos e demandas éticas (conflitos, incidentes de comunicação, situações críticas);
- Propor melhorias em fluxos, rotinas e protocolos com componente ético;
- Apoiar decisões técnicas da gestão com orientações e pareceres éticos, além de ações educativas continuadas.

3. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES (PRÁTICAS E EXECUTÁVEIS)

Compete à Comissão de Ética Médica:

3.1 Orientação e prevenção

- Orientar o corpo clínico quanto às boas práticas éticas no contexto de urgência e emergência;
- Prevenir conflitos e reduzir risco ético-jurídico por meio de recomendações objetivas e padronização de condutas.

3.2 Análise de situações e emissão de recomendações

- Receber, registrar e analisar demandas de natureza ética, emitindo orientações/recomendações;
- Produzir pareceres éticos quando demandada pela Direção Técnica, sempre com caráter educativo e institucional.

3.3 Integração com qualidade e segurança do paciente

- Identificar padrões de risco ético associados a processos (ex.: falhas recorrentes de comunicação, consentimento, registro);
- Propor ações corretivas e preventivas, com prazos, responsáveis e indicadores.

3.4 Educação permanente

- Subsidiar e/ou executar ações educativas sobre ética médica aplicada ao pronto atendimento (comunicação de más notícias/óbito, autonomia, sigilo, trabalho em equipe, uso racional de recursos).

3.5 Acompanhamento e efetividade

- Acompanhar a implementação das ações pactuadas com a gestão e avaliar resultados (redução de conflitos recorrentes e melhoria do ambiente profissional).
- A CEM não tem finalidade punitiva individual e não substitui sindicância do CRM; seu foco é institucional, preventivo e educativo.

4. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

4.1 Número de membros

A Comissão será composta por, no mínimo, **03 (três) médicos titulares**, com **suplentes** quando possível (recomendado total de 05 a 07 membros, conforme porte e escala).

4.2 Perfil dos integrantes

Médicos integrantes do corpo clínico da unidade, com:

- idoneidade ética;
- maturidade profissional;

- conhecimento do fluxo assistencial da UPA;
- compromisso com sigilo e imparcialidade.

4.3 Critérios de escolha e designação

- Indicação pela Direção Técnica Médica, com validação institucional;
- Designação formal por ato administrativo interno da gestão (Solution);
- Mandato sugerido: 12 meses, com possibilidade de recondução e renovação parcial.

4.4 Participação multiprofissional

A CEM é composta exclusivamente por médicos. Entretanto, poderá convidar (sem direito a voto) representantes da enfermagem, qualidade/segurança do paciente, serviço social, psicologia e jurídico/administrativo, quando necessário para compreender contexto e propor medidas institucionais (sem expor dados sensíveis indevidamente).

5. COORDENAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

5.1 Coordenador(a)/Presidente da Comissão

Designado pela Direção Técnica Médica. Atribuições:

- conduzir reuniões;
- definir pauta;
- coordenar a tramitação das demandas;
- validar recomendações e relatórios;
- manter interlocução formal com a Direção Técnica.

5.2

Vice-coordenador(a)

Substitui o coordenador quando necessário e apoia execução do plano anual.

5.3 Secretário(a)

Responsável por:

- atas, registros e organização documental;
- controle de prazos e encaminhamentos;
- consolidação de relatórios periódicos.

6. FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

6.1 Periodicidade

Reuniões **ordinárias mensais**;

Reuniões **extraordinárias** sempre que necessário (conflito relevante, demanda urgente da Direção, evento crítico de comunicação/conduita, situação de grande repercussão institucional).

6.2 Convocação

Convocação pelo Coordenador (ou por maioria simples dos membros), com pauta enviada preferencialmente com **48 horas** de antecedência, salvo urgência.

6.3 Quórum mínimo

Instalação e deliberação com **50% + 1** dos membros (titulares ou suplentes formalmente designados para o ato).

6.4 Forma de deliberação

Preferencialmente por **consenso**; não sendo possível, por **maioria simples**.

6.5 Participação de convidados

Permitida quando necessária e pertinente, com compromisso de confidencialidade.

7. REGISTROS, ATAS E DOCUMENTAÇÃO

7.1 Atas e registros mínimos

As reuniões terão ata contendo:

- data, local, horário;
- participantes;
- pauta;
- síntese dos assuntos (com mínimo necessário e preservação de sigilo);
- recomendações/encaminhamentos;
- responsáveis e prazos.

7.2 Guarda e arquivamento

Documentação arquivada em pasta institucional com **acesso restrito**, atendendo sigilo profissional e LGPD.

7.3 Disponibilidade para auditorias

Disponibilização apenas mediante solicitação formal e conforme competência institucional, resguardando sigilo e dados sensíveis.

8. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO DA UNIDADE

- A CEM se vincula à Direção Técnica Médica, com interlocução com Direção Administrativa quando necessário;
- Encaminha recomendações e relatórios de forma formal e rastreável;
- Recebe devolutiva estruturada da Direção quanto às providências institucionais adotadas.

9. RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

- Participar das reuniões e análises designadas;
- Atuar com imparcialidade, respeito e foco na melhoria institucional;
- Manter sigilo absoluto sobre casos e informações;
- Cumprir prazos e contribuir com ações educativas;
- Respeitar a hierarquia técnica e os fluxos de governança clínica.

10. SUBSTITUIÇÃO, VACÂNCIA E DESLIGAMENTO

- Substituição por suplente em ausências justificadas;
- Vacância por desligamento, mudança de função, impedimento ético/técnico ou ausência reiterada;
- Desligamento a pedido ou por decisão fundamentada da Direção Técnica;
- Reposição por ato formal.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Revisão anual do regimento ou quando houver atualização normativa;

Casos omissos resolvidos pela Direção Técnica/Administrativa;

Vigência a partir da aprovação e publicação interna (ordem de serviço/memorando).

Data de aprovação: //_____.

12. CRONOGRAMA ANUAL DE REUNIÕES ORDINÁRIAS (MODELO)

Reuniões ordinárias preferencialmente na **1ª semana útil de cada mês**, duração estimada de **60–90 minutos**.

Mês	Semana sugerida	Foco padrão do mês (pauta mínima)
Janeiro	1ª semana útil	Plano anual + temas éticos críticos da UPA
Fevereiro	1ª semana útil	Sigilo, LGPD e acesso ao prontuário
Março	1ª semana útil	Consentimento informado e recusa terapêutica
Abril	1ª semana útil	Comunicação com pacientes/familiares (inclui más notícias)
Maio	1ª semana útil	Conduta em urgência: priorização, limites e registros
Junho	1ª semana útil	Consolidado semestral + plano de ação
Julho	1ª semana útil	Relação multiprofissional e conflitos de equipe
Agosto	1ª semana útil	Ética e humanização na assistência e acolhimento
Setembro	1ª semana útil	Interface com óbitos: comunicação e documentação
Outubro	1ª semana útil	Auditoria ética de processos (amostral) + devolutivas
Novembro	1ª semana útil	Condutas recorrentes e medidas educativas
Dezembro	1ª semana útil	Relatório anual + planejamento do próximo ciclo

13. ASSINATURAS

Coordenador(a) da Comissão de Ética Médica – CEM

Direção Técnica

Direção Administrativa

Representante Legal – Solution Gestão Pública

6.6 Comissão de Ética de Enfermagem

6.6.1 Base Legal e Justificativa Institucional

A Comissão de Ética de Enfermagem constitui instância fundamental para a governança assistencial, a segurança do paciente e a valorização da prática profissional da enfermagem na Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Em serviços de urgência e emergência, nos quais a equipe de enfermagem desempenha papel central e contínuo no cuidado ao usuário, a observância rigorosa dos princípios éticos, legais e profissionais torna-se elemento estratégico para a qualidade da assistência e para a sustentabilidade institucional.

A instituição da Comissão de Ética de Enfermagem justifica-se pela necessidade de dispor de um espaço formal, estruturado e permanente de orientação, análise e promoção das boas práticas éticas no exercício da enfermagem. A rotina assistencial intensa, a alta demanda de atendimentos, a pressão por respostas rápidas e a complexidade dos processos de cuidado aumentam a probabilidade de conflitos éticos, falhas de comunicação e situações que exigem reflexão técnica e ética qualificada.

A Organização Social gestora reconhece que a ética em enfermagem não deve ser tratada de forma reativa ou punitiva, mas incorporada como eixo transversal da assistência, da gestão do cuidado, da comunicação com usuários e familiares e da integração multiprofissional. Nesse sentido, a Comissão de Ética de Enfermagem integra o sistema de Qualidade Objetiva da unidade, contribuindo para a melhoria contínua dos processos assistenciais, para a segurança do paciente e para a consolidação de uma cultura institucional baseada no respeito, na responsabilidade e na ética profissional.

6.6.2 Finalidade da Comissão de Ética de Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem tem como finalidade zelar pelo cumprimento dos princípios éticos, legais e profissionais que regem o exercício da enfermagem na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, orientando as equipes, promovendo condutas éticas, seguras e responsáveis e prevenindo conflitos de natureza ética. A Comissão atua de forma prática, educativa e preventiva, analisando situações do cotidiano assistencial, emitindo orientações e recomendações e contribuindo diretamente para a qualidade do cuidado de enfermagem, a segurança do paciente e a harmonia das relações de trabalho.

6.6.3 Instituição e Composição da Comissão

A Comissão de Ética de Enfermagem será instituída formalmente pela Organização Social responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, por meio de ato administrativo específico, assegurando legitimidade, autonomia técnica e integração ao modelo de governança assistencial da unidade.

A Comissão será composta por profissionais de enfermagem regularmente habilitados e atuantes na unidade, observando critérios de idoneidade ética, experiência profissional, representatividade das equipes e compromisso com os valores institucionais.

A composição mínima da Comissão contemplará, preferencialmente:

- Enfermeiro Responsável Técnico da unidade;
- Representantes da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos ou auxiliares);
- Membros suplentes, quando aplicável.

A composição e o funcionamento da Comissão observarão as orientações do Conselho Regional de Enfermagem, respeitando as atribuições legais e éticas da profissão.

6.6.4 Estrutura de Funcionamento da Comissão

A Comissão de Ética de Enfermagem funcionará como órgão colegiado permanente, com estrutura organizacional definida, metodologia de atuação padronizada e fluxo formal de comunicação com a Coordenação de Enfermagem e a Direção Técnica.

A Comissão contará com:

- Coordenador ou Presidente, responsável pela condução das reuniões, organização dos trabalhos e interlocução institucional;
- Secretário, responsável pelo registro das reuniões, organização documental e acompanhamento dos encaminhamentos;
- Membros titulares e suplentes, com participação ativa nas análises e deliberações.

O funcionamento da Comissão será regulamentado por regimento interno próprio, aprovado pela gestão da unidade, assegurando clareza de atribuições, periodicidade das reuniões e padronização dos procedimentos adotados.

6.6.5 Atribuições da Comissão de Ética de Enfermagem

Compete à Comissão de Ética de Enfermagem exercer conjunto de atribuições voltadas à promoção da ética profissional, à prevenção de conflitos e à qualificação contínua da prática da enfermagem na Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

São atribuições da Comissão, entre outras:

- Zelar pelo cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e das normas institucionais vigentes;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto às condutas éticas e profissionais no exercício de suas atividades;
- Analisar situações e conflitos de natureza ética relacionados à prática da enfermagem;
- Emitir orientações, recomendações e pareceres éticos;
- Atuar preventivamente na promoção de boas práticas assistenciais;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem;
- Subsidiar ações de educação permanente e capacitação das equipes.

A atuação da Comissão priorizará o caráter educativo, preventivo e orientativo, evitando abordagem meramente corretiva.

6.6.6 Atuação Ética no Exercício da Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem acompanhará e orientará a equipe de enfermagem quanto a aspectos éticos relacionados ao exercício profissional, incluindo, entre outros:

- Relação profissional–paciente, pautada pelo respeito, empatia e responsabilidade;
- Respeito à dignidade, autonomia e direitos do usuário;
- Sigilo profissional e confidencialidade das informações;
- Comunicação adequada e ética com pacientes e familiares;
- Atuação segura, responsável e baseada em evidências nos processos assistenciais;
- Trabalho em equipe multiprofissional, com respeito às atribuições de cada categoria.

Essa atuação contribui diretamente para a humanização da assistência e para a segurança do paciente.

6.6.7 Metodologia de Atuação e Procedimentos

A atuação da Comissão de Ética de Enfermagem será pautada por metodologia clara, estruturada e compatível com o perfil assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

Os procedimentos incluirão:

- Recebimento e registro formal das demandas éticas;
- Avaliação técnica e ética das situações apresentadas;
- Discussão colegiada dos casos em reunião da Comissão;
- Emissão de orientações, recomendações ou pareceres éticos;
- Encaminhamentos cabíveis, quando necessário, respeitadas as competências institucionais e do Conselho de Classe.

Todo o processo observará os princípios do sigilo, da imparcialidade, do respeito profissional e da ética institucional.

6.6.8 Periodicidade das Reuniões

A Comissão de Ética de Enfermagem realizará reuniões ordinárias com periodicidade mensal, conforme cronograma previamente definido, para análise das demandas recebidas, discussão de temas éticos relevantes e acompanhamento das ações em andamento.

Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas sempre que necessário, especialmente em situações de maior complexidade ética, conflitos relevantes ou demandas urgentes da Coordenação de Enfermagem ou da Direção Técnica.

6.6.9 Registro, Documentação e Sigilo

As atividades desenvolvidas pela Comissão de Ética de Enfermagem serão devidamente registradas, garantindo rastreabilidade institucional e possibilidade de acompanhamento.

- Os registros contemplarão:
- Atas das reuniões da Comissão;
- Registros das análises realizadas;
- Recomendações e orientações emitidas;

- Encaminhamentos efetuados à Coordenação de Enfermagem ou Direção Técnica.

Todos os registros observarão rigorosamente o sigilo profissional e a confidencialidade das informações, sendo acessíveis apenas aos membros autorizados da Comissão e às instâncias competentes, quando aplicável.

6.6.10 Integração com a Coordenação de Enfermagem e Outras Comissões

A Comissão de Ética de Enfermagem atuará de forma integrada com:

- Coordenação de Enfermagem;
- Direção Técnica;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Segurança do Paciente;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Essa integração assegura alinhamento ético, técnico e institucional, evitando sobreposição de ações e fortalecendo a governança assistencial.

6.6.11 Caráter Educativo, Preventivo e Não Punitivo

A atuação da Comissão de Ética de Enfermagem terá caráter essencialmente educativo, preventivo, orientativo e não punitivo, voltado à promoção da ética profissional, à qualificação das práticas assistenciais e à prevenção de condutas inadequadas.

A Comissão não substituirá nem conflitará com as atribuições do Conselho de Classe, atuando de forma complementar, institucional e educativa, conforme amplamente valorizado pelas instâncias avaliadoras.

6.6.12 Monitoramento e Avaliação das Ações Éticas

A Comissão de Ética de Enfermagem acompanhará de forma sistemática:

- A efetividade das orientações e recomendações emitidas;
- A redução de conflitos éticos recorrentes;
- A melhoria do ambiente de trabalho da equipe de enfermagem;
- A aderência às normas éticas e institucionais.

Os resultados serão consolidados em relatórios periódicos e utilizados para subsidiar ações de aprimoramento contínuo.

6.6.13 Subitens Operacionais Avançados da Comissão de Ética de Enfermagem

6.6.13.1 Exemplos Simulados de Atuação da Comissão

Exemplo 1: Análise de situação relacionada a falha de comunicação com paciente e familiares, com emissão de orientação ética e proposta de ação educativa junto à equipe.

Exemplo 2: Atuação preventiva em conflito interpessoal na equipe de enfermagem, com mediação ética e reforço das boas práticas institucionais.

6.6.13.2 Fluxograma Textual do Processo de Atuação da Comissão

- Identificação ou recebimento de demanda ética;
- Registro formal da demanda;
- Análise preliminar pela Comissão;
- Discussão colegiada em reunião;
- Emissão de orientação ou recomendação ética;
- Encaminhamento à Coordenação de Enfermagem ou Direção Técnica, quando necessário;
- Acompanhamento da efetividade da orientação;
- Registro e arquivamento do processo.

6.6.13.3 Cronograma Anual de Atuação da Comissão

Janeiro a Março: planejamento anual e alinhamento institucional;

Abril a Junho: análise das demandas e ações educativas;

Julho a Setembro: avaliação intermediária dos resultados e ajustes;

Outubro a Dezembro: consolidação anual e planejamento do ciclo seguinte.

6.6.14 Contribuição da Comissão de Ética de Enfermagem para a Qualidade Objetiva

A Comissão de Ética de Enfermagem integra o sistema de Qualidade Objetiva da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, contribuindo para:

- Segurança do paciente;
- Qualidade e humanização da assistência;
- Ética profissional e valorização da enfermagem;
- Fortalecimento da governança assistencial;
- Mitigação de riscos éticos e institucionais.

6.6.15 Considerações Finais

A instituição e a atuação sistemática da Comissão de Ética de Enfermagem reafirmam o compromisso da Organização Social com a ética profissional, a excelência do cuidado, a segurança do paciente e a valorização da equipe de enfermagem. Ao estruturar uma Comissão técnica, educativa, integrada à gestão e orientada para resultados, a Unidade de Pronto Atendimento Municipal fortalece sua governança assistencial, promove ambiente profissional ético e assegura qualidade objetiva dos serviços prestados à população.

6.6.1 Modelo de Regimento Interno

1. IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO

1.1 Nome completo da comissão

Comissão de Ética de Enfermagem – CEE

1.2 Unidade de saúde à qual está vinculada

A Comissão de Ética de Enfermagem está vinculada à **Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**, sob gestão da **Solution Gestão Pública**, integrando o modelo de governança assistencial e de Qualidade Objetiva da unidade.

1.3 Natureza da comissão

- Permanente;
- Técnica e consultiva, com atuação propositiva e orientativa;
- Executiva no acompanhamento de encaminhamentos e ações educativas pactuadas com a Coordenação de Enfermagem e Direção (sem caráter disciplinar).

1.4 Fundamentação legal e normativa (base mínima recomendada)

A CEE atuará em conformidade com, no mínimo:

- Lei nº 7.498/1986 (Regulamenta o exercício da Enfermagem) e Decreto nº 94.406/1987;
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN) e normativas/pareceres do Sistema COFEN/COREN vigentes;
- Lei nº 8.080/1990 (SUS) e diretrizes do SUS (humanização, integralidade, segurança do paciente e qualidade);
- Lei nº 13.709/2018 (LGPD) – proteção de dados pessoais e sensíveis (inclui dados de saúde);
- Protocolos institucionais, POPs e diretrizes internas da unidade (UPA/SAMU 192), inclusive os relacionados à segurança do paciente e à qualidade.

Observação: a CEE atua de forma institucional e preventiva, **sem substituir** as competências do COREN/instâncias formais do sistema de conselhos.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

2.1 Finalidade geral

Zelar pelo cumprimento dos princípios éticos, legais e profissionais que regem o exercício da enfermagem, promovendo condutas éticas, seguras e responsáveis, contribuindo para a **qualidade assistencial, segurança do paciente e harmonia do ambiente de trabalho**.

2.2 Objetivos específicos (papel ativo)

- Monitorar processos assistenciais com maior interface ética (comunicação, registros, identificação do paciente, administração segura de medicamentos, relação profissional–usuário);
- Analisar eventos e demandas éticas relacionadas à enfermagem (conflitos, incidentes de comunicação, situações críticas recorrentes);
- Propor melhorias em fluxos, rotinas e protocolos, com ações corretivas e preventivas;
- Apoiar decisões técnicas da gestão com recomendações, orientações e pareceres institucionais, além de subsidiar educação permanente.

3. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES (PRÁTICAS E EXECUTÁVEIS)

Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

3.1 Promoção e orientação ética

- Orientar profissionais de enfermagem quanto às boas práticas éticas no cotidiano da UPA/SAMU;
- Reforçar diretrizes sobre sigilo, postura profissional, comunicação, respeito à autonomia e direitos do usuário.

3.2 Análise de demandas e situações éticas

- Receber e registrar demandas éticas relacionadas à enfermagem (de forma estruturada e sigilosa);
- Analisar situações que envolvam conflito ético, risco assistencial ou fragilidade processual;
- Emitir orientações e recomendações institucionais (não punitivas), com foco em processo.

3.3 Pareceres e suporte à governança assistencial

- Elaborar pareceres quando demandada pela Coordenação de Enfermagem/Direção Técnica, para subsidiar decisões de melhoria, organização do trabalho e padronização.

3.4 Integração com qualidade e segurança do paciente

- Identificar padrões recorrentes (ex.: falhas de comunicação, registro incompleto, quebra de sigilo, condutas inseguras) e propor ações sistêmicas;
- Articular-se com comissões correlatas (Segurança do Paciente, Prontuários, Óbitos, CCIH) para correção integrada.

3.5 Educação permanente

- Propor e/ou executar ações educativas periódicas: ética, postura profissional, comunicação, sigilo, registro de enfermagem, limites de atuação, humanização, trabalho em equipe.

3.6 Plano de ação e acompanhamento

- Registrar e acompanhar planos de ação (responsáveis, prazos, evidências), monitorando efetividade das medidas adotadas.

4. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

4.1 Número de membros (mínimo recomendado)
Composição mínima de **05 (cinco) membros titulares**, com **suplentes**, respeitando representatividade de turnos e setores.

4.2 Perfil dos integrantes (enfermagem)

A CEE será composta por profissionais de enfermagem atuantes na unidade, preferencialmente:

- Enfermeiro Responsável Técnico (RT) ou representante indicado pela Coordenação;
- Enfermeiros assistenciais (preferencialmente representando emergência/observação);

Técnicos/auxiliares de enfermagem (representatividade prática do cuidado).

4.3 Critérios de escolha e designação

- Indicação pela Coordenação de Enfermagem e validação pela Direção;
- Designação formal por ato administrativo interno da gestão (Solution);
- Mandato sugerido: 12 meses, com possibilidade de recondução e renovação parcial para continuidade.

4.4 Participação multiprofissional (quando aplicável)

A CEE é composta por profissionais de enfermagem; entretanto, poderá convidar (sem voto) profissionais de qualidade, serviço social, psicologia, área administrativa, medicina e jurídico institucional quando necessário para compreender contexto e construir soluções.

5. COORDENAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

5.1 Coordenador(a)/Presidente da Comissão

- Designado pela Coordenação de Enfermagem/Direção;
- Atribuições: convocar reuniões, definir pauta, conduzir discussões, validar encaminhamentos e manter interlocução com a Direção.

5.2 Vice-coordenador(a)

- Apoia o coordenador e o substitui nas ausências.

5.3 Secretário(a)

- Responsável por atas, lista de presença, registros, controle de prazos e consolidação de relatórios/indicadores.

6. FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

6.1 Periodicidade das reuniões

Reuniões ordinárias mensais, conforme cronograma anual;

Reuniões extraordinárias sempre que necessário (situação ética complexa, conflito relevante, evento crítico, demanda da Coordenação/Direção).

6.2 Convocação

Pelo coordenador (ou por solicitação da maioria simples dos membros), preferencialmente com **48 horas** de antecedência, salvo urgência.

6.3 Quórum mínimo

Instalação e deliberação com **50% + 1** dos membros (titulares ou suplentes formalmente designados para a sessão).

6.4 Forma de deliberação

Preferencialmente por **consenso**; na ausência, por **maioria simples**.

6.5 Participação de convidados

Permitida quando tecnicamente necessária, com compromisso de confidencialidade.

7. REGISTROS, ATAS E DOCUMENTAÇÃO

7.1 Atas

As reuniões terão atas contendo:

- data, local/forma (presencial/online), horário;
- participantes;
- pauta;
- síntese objetiva (com preservação de sigilo);
- deliberações e encaminhamentos;
- responsáveis e prazos.

7.2 Guarda e arquivamento

Arquivo físico e/ou digital em pasta institucional com **acesso restrito**, respeitando sigilo profissional e LGPD.

7.3 Disponibilidade para auditorias

Disponibilização mediante solicitação formal e dentro das competências institucionais, resguardando informações sensíveis.

8. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO DA UNIDADE

A CEE se vincula à **Coordenação de Enfermagem** e mantém interlocução formal com **Direção Técnica e Direção Administrativa**;

Encaminha recomendações e relatórios de forma rastreável;

Recebe devolutiva da gestão sobre providências adotadas, prazos e responsáveis.

9. RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

- Participar das reuniões e cumprir tarefas designadas;
- Atuar com imparcialidade, ética, respeito e foco em melhoria de processos;
- Manter sigilo absoluto das informações e situações analisadas;
- Contribuir para ações educativas e de orientação;
- Evitar postura punitiva, preservando cultura de segurança e aprendizado.

10. SUBSTITUIÇÃO, VACÂNCIA E DESLIGAMENTO

- Substituição por suplente em ausências justificadas;
- Vacância por desligamento, mudança de função, impedimento ético/técnico ou ausência reiterada;
- Desligamento a pedido ou por decisão fundamentada da Coordenação/Direção;
- Reposição por ato formal.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

O regimento poderá ser revisado anualmente ou quando houver atualização normativa/institucional;

Casos omissos serão resolvidos pela Coordenação de Enfermagem e Direção;

Vigência a partir da aprovação e publicação interna (ordem de serviço/memorando).

Data de aprovação: ____/____/____.

12. CRONOGRAMA ANUAL DE REUNIÕES ORDINÁRIAS (MODELO)

Sugestão: reuniões na **1ª semana útil de cada mês**, duração estimada **60–90 minutos**.

Mês	Semana sugerida	Foco padrão (pauta mínima)
Janeiro	1ª semana útil	Plano anual + alinhamento ético-institucional
Fevereiro	1ª semana útil	Sigilo, LGPD e confidencialidade na rotina
Março	1ª semana útil	Registro de enfermagem: qualidade, completude e rastreabilidade
Abril	1ª semana útil	Comunicação com usuário/família e conduta ética em crise
Maio	1ª semana útil	Administração segura de medicamentos e postura profissional
Junho	1ª semana útil	Consolidado semestral + revisão do plano de ação
Julho	1ª semana útil	Relações de trabalho, respeito e conflitos na equipe
Agosto	1ª semana útil	Direitos do paciente, humanização e acolhimento
Setembro	1ª semana útil	Interface com eventos críticos/óbitos: comunicação e registros
Outubro	1ª semana útil	Ética na urgência: priorização, risco e tomada de decisão
Novembro	1ª semana útil	Temas recorrentes + ações educativas de reforço
Dezembro	1ª semana útil	Relatório anual + planejamento do próximo ciclo

Indicadores simples recomendados (para acompanhar mensalmente):

- Nº de demandas éticas recebidas e tratadas;
- Tempo médio de resposta (dias) para orientação/recomendação;
- Principais temas recorrentes (top 5);
- Nº de ações educativas realizadas e participação;

- % de planos de ação concluídos no prazo.

13. ASSINATURAS

Coordenador(a) da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE

Coordenação de Enfermagem / Enfermeiro(a) RT

Direção Técnica

Direção Administrativa

Representante Legal – Solution Gestão Pública

7. Qualidade Subjetiva

7.1 Acolhimento

7.1.1 Fluxo do acolhimento na classificação de risco

O acolhimento com classificação de risco representa a porta de entrada qualificada para o atendimento em urgência e emergência, constituindo processo fundamental que determina não apenas a ordem de atendimento, mas a experiência global do usuário com o serviço de saúde. Em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal, onde a demanda espontânea e referenciada convergem criando cenários de alta complexidade operacional, a estruturação adequada deste processo torna-se elemento crítico para garantia de acesso equânime, segurança assistencial e satisfação dos usuários.

A realidade das UPAs brasileiras evidencia desafios específicos que tornam o acolhimento estruturado não apenas desejável, mas essencial para viabilidade operacional. Volumes elevados de atendimento geram filas e tensões. Diversidade de gravidades clínicas demanda priorização objetiva. Expectativas irreais sobre tempo de espera criam conflitos. Limitações estruturais exigem gestão eficiente de fluxos. Pressão sobre profissionais pode comprometer humanização. Cada elemento reforça necessidade de processo robusto que organize demanda preservando princípios do SUS.

A classificação de risco surge como ferramenta técnica que transforma ordem cronológica de chegada em priorização clínica baseada em gravidade. Mais que triagem simplificada, representa avaliação qualificada que identifica vulnerabilidades, estratifica riscos, orienta fluxos e estabelece tempos seguros de espera. Esta tecnologia de gestão do cuidado, quando adequadamente implementada, salva vidas através da garantia de atendimento oportuno aos casos graves enquanto organiza demanda de menor complexidade.

A dimensão do acolhimento transcende aspectos técnicos da classificação, incorporando elementos fundamentais de humanização, comunicação e orientação. Usuários em situação de sofrimento e vulnerabilidade necessitam mais que priorização técnica - demandam escuta qualificada, informação clara e tratamento digno. Acompanhantes angustiados requerem orientação adequada e comunicação transparente. Profissionais sob pressão precisam de processos claros que facilitem trabalho preservando qualidade relacional.

7.1.1 Fluxo de Acolhimento na Classificação de Risco

7.1.1.1 Finalidade do Acolhimento

O acolhimento com classificação de risco tem por finalidade garantir o acesso organizado, humanizado e seguro dos usuários à Unidade de Pronto Atendimento Municipal, assegurando a priorização do atendimento conforme a gravidade clínica, a redução de riscos assistenciais, a transparência do processo e a adequada orientação aos usuários e acompanhantes.

Esta finalidade desdobra-se em objetivos específicos que orientam toda estruturação do processo. A garantia de acesso organizado transforma porta de entrada caótica em fluxo estruturado onde cada usuário tem clareza sobre seu percurso assistencial. A humanização permeia todas as interações reconhecendo vulnerabilidade inerente à procura por serviço de urgência. A segurança manifesta-se através da identificação precoce de situações graves que demandam intervenção imediata. A priorização clínica substitui critérios subjetivos por avaliação técnica padronizada.

A redução de riscos assistenciais ocorre através de múltiplos mecanismos. Identificação precoce de sinais de alerta permite intervenção oportuna. Monitoramento durante espera detecta deteriorações. Reavaliações periódicas capturam mudanças clínicas. Orientações adequadas previnem agravamentos evitáveis. Cada elemento do processo contribui para minimizar possibilidade de eventos adversos relacionados a atrasos ou falhas na priorização.

A transparência do processo constrói confiança e legitimidade. Critérios objetivos eliminam suspeitas de favorecimento. Comunicação clara sobre priorização reduz ansiedade. Informações sobre tempos de espera permitem decisões informadas. Visibilidade de fluxos diminui sensação de abandono. Transparência transforma experiência potencialmente traumática em processo compreensível e aceito.

O acolhimento constitui etapa essencial da assistência em urgência e emergência, sendo norteado por critérios clínicos objetivos e por práticas de comunicação clara e respeitosa. Esta essencialidade manifesta-se no impacto direto sobre desfechos clínicos - atrasos no atendimento de emergências

resultam em mortes evitáveis. Manifesta-se também na experiência do usuário - primeiro contato determina percepção sobre qualidade global do serviço. Critérios objetivos garantem equidade enquanto comunicação respeitosa preserva dignidade em momento de vulnerabilidade.

7.1.1.2 Estrutura do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco

A Organização Social implantará Manual de Acolhimento com Classificação de Risco estruturado para servir como referência completa e prática para todos os profissionais envolvidos no processo, contendo elementos essenciais detalhadamente descritos.

A descrição detalhada do fluxo de acolhimento ocupará posição central no manual, apresentando cada etapa desde a chegada do usuário até seu encaminhamento para atendimento médico. Fluxogramas visuais complementarão descrições textuais facilitando compreensão rápida. Situações especiais como chegadas via SAMU, retornos programados e urgências extremas terão fluxos específicos detalhados. Pontos críticos de decisão serão claramente identificados com orientações objetivas.

A definição das responsabilidades das equipes envolvidas eliminará ambiguidades e sobreposições. Recepcionistas terão atribuições administrativas claramente delimitadas. Enfermeiros classificadores assumirão responsabilidade técnica pela estratificação. Equipe médica respeitará priorização estabelecida. Coordenação mediará conflitos e situações excepcionais. Segurança apoiará em situações de tensão. Cada profissional conhecerá exatamente seu papel e limites de atuação.

Os critérios clínicos para classificação de risco seguirão protocolo validado nacionalmente, adaptado à realidade local. Sinais e sintomas serão organizados por sistemas com discriminadores específicos. Algoritmos decisórios orientarão classificação consistente. Situações especiais como gestantes, idosos e crianças terão considerações específicas. Exemplos práticos ilustrarão aplicação de critérios. Atualizações baseadas em evidências serão incorporadas sistematicamente.

Os procedimentos de comunicação com usuários e acompanhantes serão detalhadamente roteirizados. Scripts orientarão abordagem inicial respeitosa. Explicações sobre processo serão padronizadas mantendo clareza. Informações sobre tempos de espera serão realistas e atualizadas. Comunicação de más notícias seguirá protocolo específico. Barreiras linguísticas e culturais terão estratégias de superação. Cada interação será oportunidade de humanização.

As formas de orientação e notificação durante o atendimento utilizarão recursos múltiplos e complementares. Orientações verbais individualizadas fornecerão informação principal. Painéis eletrônicos mostrarão chamadas e orientações gerais. Folhetos explicativos detalharão processo para consulta.

Sinalização visual orientará fluxos físicos. Equipe volante esclarecerá dúvidas in loco. Combinação de estratégias atenderá diferentes necessidades e preferências.

As diretrizes para registro das informações estabelecerão padrão documental robusto. Dados administrativos serão completos e verificados. Avaliação clínica será documentada detalhadamente. Classificação atribuída terá justificativa clara. Orientações fornecidas serão registradas. Intercorrências receberão atenção especial. Reavaliações serão apropriadamente documentadas. Qualidade de registro refletirá qualidade assistencial.

O Manual será disponibilizado às equipes assistenciais e administrativas através de múltiplos canais. Versão impressa estará disponível em pontos estratégicos. Formato digital permitirá consultas rápidas. Aplicativo móvel facilitará acesso durante plantões. Treinamentos presenciais garantirão compreensão. Atualizações serão comunicadas ativamente. Disponibilidade ampla garantirá utilização efetiva.

7.1.1.3 Fluxo Operacional do Acolhimento

O fluxo de acolhimento obedecerá sequência lógica e testada que otimiza recursos garantindo segurança e eficiência em cada etapa do processo.

1. Chegada do usuário à unidade representa momento crítico que determina toda experiência subsequente. Identificação visual clara da entrada principal orientará acesso. Vagas específicas para ambulâncias e veículos particulares organizarão chegadas. Cadeiras de rodas estarão disponíveis na entrada. Equipe de apoio auxiliará usuários com mobilidade reduzida. Casos graves identificados visualmente serão imediatamente direcionados. Primeira impressão será de organização e cuidado.

2. Recepção administrativa realizará cadastro inicial eficiente sem comprometer humanização. Identificação através de documentos oficiais garantirá segurança. Cadastro em sistema informatizado agilizará processo. Verificação de atendimentos anteriores evitará duplicidades. Impressão de etiquetas e pulseiras facilitará identificação. Orientação verbal sobre próxima etapa será clara. Tempo médio não excederá 5 minutos exceto situações especiais.

3. Encaminhamento para acolhimento com classificação de risco ocorrerá imediatamente após cadastro. Sinalização clara indicará localização da classificação. Funcionário específico orientará deslocamento quando necessário. Casos de mobilidade reduzida receberão auxílio apropriado. Prioridade absoluta para casos visivelmente graves. Organização de fila respeitará ordem de chegada para classificação. Ambiente será acolhedor reduzindo ansiedade.

4. Avaliação clínica inicial por profissional de enfermagem capacitado constituirá momento técnico crucial. Anamnese direcionada identificará queixa principal e sintomas associados. Verificação de sinais vitais fornecerá dados objetivos. Exame físico focado complementará avaliação. Aplicação de protocolo de classificação definirá prioridade. Escuta atenta captará informações não verbalizadas. Tempo adequado garantirá avaliação segura sem comprometer fluxo.

5. Definição da prioridade clínica conforme classificação de risco seguirá critérios objetivos e auditáveis. Vermelho para emergências com risco iminente de morte. Laranja para urgências maiores necessitando atendimento rápido. Amarelo para urgências menores com tempo seguro de espera. Verde para consultas de baixa complexidade. Azul para situações eletivas inadequadas para UPA. Cores facilitarão identificação visual e organização de fluxos.

6. Orientação ao usuário e acompanhante sobre resultado da classificação e próximos passos. Explicação clara sobre significado da classificação atribuída. Tempo estimado de espera baseado em experiência local. Local apropriado de espera conforme prioridade. Sinais de alerta que demandam reavaliação. Possibilidade de mudança de classificação se piora. Canais para esclarecimento de dúvidas. Compreensão verificada especialmente em populações vulneráveis.

7. Encaminhamento para atendimento médico conforme prioridade definida respeitará rigorosamente classificação estabelecida. Emergências direcionadas imediatamente para sala de estabilização. Urgências para consultórios conforme disponibilidade. Casos de menor complexidade para atendimento em ordem. Reavaliações periódicas durante espera prolongada. Transparência sobre alterações de fluxo por intercorrências. Sistema justo e compreensível para todos.

Esse fluxo assegura atendimento ordenado, seguro e compatível com a gravidade clínica apresentada, transformando porta de entrada potencialmente caótica em processo previsível e confiável que protege vidas enquanto organiza demanda.

7.1.1.4 Recepção Administrativa

A recepção administrativa desempenha papel fundamental no acolhimento inicial, representando primeiro contato humano do usuário com a instituição e estabelecendo tom para toda experiência assistencial subsequente.

A identificação do usuário seguirá protocolo rigoroso que garanta segurança sem perder agilidade. Documentos oficiais com foto serão solicitados preferencialmente. Alternativas para situações de emergência ou vulnerabilidade social serão previstas. Conferência cuidadosa evitará homônimos e trocas. Biometria quando disponível agregará camada adicional de segurança. Casos

de inconsistência serão resolvidos com apoio de coordenação. Identificação correta é fundamental para segurança assistencial.

A abertura de ficha de atendimento utilizará sistema informatizado ágil e intuitivo. Dados demográficos essenciais serão coletados rapidamente. Informações de contato serão verificadas para comunicações futuras. Histórico de atendimentos anteriores será recuperado automaticamente. Alergias e condições crônicas relevantes serão destacadas. Interface amigável minimizará erros de digitação. Backup manual garantirá continuidade em falhas sistêmicas.

O registro inicial das informações administrativas criará base documental para todo atendimento. Nome completo e documentação serão cuidadosamente conferidos. Endereço atualizado permitirá busca ativa se necessário. Telefones de contato viabilizarão comunicações urgentes. Dados de acompanhante ou responsável serão incluídos. Origem do encaminhamento quando houver será documentada. Convênios ou programas especiais serão identificados. Completude facilitará processos posteriores.

A orientação inicial quanto ao fluxo de atendimento estabelecerá expectativas realistas. Explicação breve sobre sistema de classificação de risco será fornecida. Localização física da próxima etapa será claramente indicada. Documentos necessários para atendimento serão listados. Normas básicas da unidade serão comunicadas respeitosamente. Canais para dúvidas serão apresentados. Folder explicativo poderá complementar orientação verbal. Clareza inicial previne mal-entendidos futuros.

O encaminhamento imediato para a classificação de risco evitará atrasos desnecessários. Senhas ou sistemas de chamada organizarão fluxo quando volume demandar. Prioridade visual para casos obviamente graves será exercida. Auxílio para deslocamento será oferecido quando necessário. Acompanhamento por maca ou cadeira para casos específicos. Comunicação entre recepção e classificação sobre casos especiais. Agilidade sem atropelos preservará segurança.

A recepção não define prioridade clínica, limitando-se à organização administrativa do acesso. Esta delimitação clara de competências evita conflitos e garante que decisões clínicas sejam tomadas por profissionais habilitados. Recepcionistas serão treinados para identificar sinais óbvios de gravidade que demandam acionamento imediato de equipe assistencial, mas não assumirão responsabilidade por estratificação clínica. Resistência a pressões para "furar fila" será apoiada institucionalmente. Profissionalismo e cordialidade marcarão todas interações.

7.1.1.5 Classificação de Risco

A classificação de risco será realizada por profissional de enfermagem capacitado, representando avaliação técnica qualificada que fundamenta toda priorização subsequente do atendimento.

A avaliação clínica inicial seguirá roteiro sistematizado que capture informações essenciais. Queixa principal será explorada com perguntas direcionadas. Início e evolução dos sintomas serão detalhados temporalmente. Fatores de melhora ou piora serão investigados. Sintomas associados serão ativamente pesquisados. Antecedentes relevantes contextualizarão quadro atual. Medicamentos em uso influenciarão avaliação. Abordagem será simultaneamente técnica e acolhedora.

A identificação de sinais e sintomas utilizará semiotécnica apropriada ao contexto. Inspeção geral captará alterações evidentes. Sinais vitais completos fornecerão dados objetivos fundamentais. Exame físico direcionado focará sistema relacionado à queixa. Escalas validadas quantificarão dor e outros sintomas subjetivos. Discriminadores de gravidade serão ativamente procurados. Intuição clínica baseada em experiência complementar dados objetivos. Avaliação será rápida mas nunca superficial.

A definição da prioridade de atendimento aplicará protocolo institucional baseado em diretrizes reconhecidas. Manchester, ESI ou protocolo nacional adaptado fornecerão estrutura decisória. Algoritmos específicos por queixa orientarão classificação. Discriminadores de primeiro nível identificarão emergências imediatas. Análise sistemática garantirá consistência entre avaliadores. Casos limítrofes serão discutidos com coordenação. Classificação mais grave prevalecerá em dúvidas. Segurança do paciente orientará todas decisões.

O registro da classificação no prontuário documentará processo decisório completo. Hora exata da classificação será registrada para controle de tempos. Dados vitais aferidos constarão com valores específicos. Queixa principal e sintomas relevantes serão descritos. Classificação atribuída será claramente identificada com cor e prioridade. Justificativa baseada em discriminadores será explicitada. Orientações fornecidas serão documentadas. Assinatura e carimbo identificarão responsável. Registro completo respaldará decisões e permitirá auditorias.

O encaminhamento conforme a gravidade direcionará usuário para local e profissional apropriados. Emergências serão acompanhadas fisicamente até sala de estabilização. Urgências maiores terão prioridade clara nos consultórios. Casos estáveis aguardarão em local apropriado com monitoramento. Reavaliações serão programadas conforme protocolo de cada classificação. Deteriorações durante espera serão prontamente identificadas. Fluxos alternativos para superlotação serão previamente definidos.

A classificação de risco assegura que os casos mais graves sejam atendidos prioritariamente, independentemente da ordem de chegada, materializando princípio ético fundamental de justiça distributiva em saúde. Esta priorização técnica salva vidas ao garantir que recursos limitados sejam alocados onde impacto será maior. Simultaneamente, organiza demanda de menor complexidade estabelecendo tempos seguros de espera. Legitimidade social do processo depende de execução consistente e transparente.

7.1.1.6 Comunicação com Usuários

A comunicação com os usuários durante o acolhimento será clara, humanizada e contínua, reconhecendo que informação adequada reduz ansiedade e melhora experiência assistencial global.

A informação sobre a prioridade clínica definida será transmitida imediatamente após classificação. Linguagem acessível evitará jargões técnicos desnecessários. Significado da cor atribuída será explicado em termos práticos. Gravidade será comunicada com honestidade sem gerar pânico desnecessário. Possibilidade de reclassificação se mudança clínica será mencionada. Perguntas serão encorajadas e respondidas pacientemente. Compreensão será verificada especialmente em idosos e baixa escolaridade.

A orientação quanto ao fluxo do atendimento fornecerá mapa claro do percurso assistencial. Local específico de espera será indicado fisicamente. Sequência de etapas até atendimento médico será explicada. Necessidade de exames complementares quando previsível será antecipada. Possibilidade de múltiplas avaliações será esclarecida. Importância de permanecer na unidade será enfatizada. Clareza sobre processo reduz sensação de abandono e desorganização.

O esclarecimento sobre tempo estimado de espera baseará em dados reais locais. Ranges realistas serão fornecidos evitando falsas expectativas. Fatores que influenciam tempo como chegada de emergências serão explicados. Impossibilidade de precisão absoluta será reconhecida honestamente. Compromisso com atendimento por prioridade clínica será reafirmado. Transparência sobre limitações constrói confiança mais que promessas irreais.

As atualizações sempre que houver alteração no fluxo manterão usuários informados e engajados. Atrasos significativos serão comunicados proativamente. Mudanças de local serão antecipadas quando possível. Necessidade de novos procedimentos será explicada. Intercorrências que afetem fluxo serão compartilhadas appropriately. Reavaliações mostrarão cuidado contínuo mesmo durante espera. Comunicação regular combate sensação de invisibilidade.

A comunicação adequada contribui para a redução da ansiedade, prevenção de conflitos e fortalecimento da confiança no serviço. Usuários

informados tornam-se parceiros no processo assistencial. Expectativas alinhadas reduzem frustrações e reclamações. Transparência sobre limitações paradoxalmente aumenta satisfação. Investimento em comunicação retorna em clima organizacional positivo e redução de agressões a profissionais.

7.1.1.7 Orientação aos Acompanhantes

A orientação aos acompanhantes será realizada de forma organizada e respeitosa, reconhecendo papel fundamental do suporte familiar enquanto mantém organização necessária do ambiente assistencial.

Os critérios para permanência de acompanhantes serão claramente estabelecidos e comunicados. Direito garantido para menores, idosos, gestantes e pessoas com deficiência. Casos especiais analisados individualmente pela coordenação. Número limitado para não comprometer assistência e fluxos. Revezamento organizado quando múltiplos familiares presentes. Identificação através de crachás ou pulseiras específicas. Exceções humanitárias consideradas em situações críticas.

A limitação de acesso às áreas assistenciais preservará privacidade e segurança. Áreas restritas claramente sinalizadas e respeitadas. Acompanhamento até limite permitido com orientação clara. Chamada organizada quando presença necessária ou autorizada. Respeito a momentos de procedimentos invasivos ou exposição. Salas de emergência com acesso controlado e criterioso. Balanço entre humanização e necessidades operacionais.

A orientação quanto ao fluxo e tempo de espera alinhará expectativas realisticamente. Explicação sobre sistema de priorização e implicações práticas. Localização de banheiros, lanchonete e áreas de espera. Forma de obter informações sobre paciente respeitando sigilo. Impossibilidade de precisar tempos exatos reconhecida. Canais apropriados para dúvidas e reclamações apresentados. Paciência solicitada com reconhecimento da natural ansiedade.

As informações sobre normas internas da unidade estabelecerão limites necessários respeitosamente. Horários de funcionamento de serviços de apoio. Restrições sobre alimentos e pertences nas áreas assistenciais. Proibição de filmagens e fotografias não autorizadas. Necessidade de silêncio em determinadas áreas. Consequências de comportamentos inadequados ou agressivos. Segurança patrimonial e pessoal como responsabilidade compartilhada.

A comunicação sobre a evolução do atendimento, quando possível, manterá familiares informados e tranquilos. Boletins periódicos em casos de permanência prolongada. Chamada para informações após avaliação médica inicial. Notificação sobre mudanças significativas de conduta ou local. Preparação emocional para más notícias quando necessário. Respeito ao sigilo

com informações limitadas ao essencial. Empatia com angústia natural de familiares.

O controle e a orientação dos acompanhantes contribuem para a segurança assistencial e para a organização do ambiente, criando condições propícias para trabalho profissional eficiente enquanto preserva dimensão humana do cuidado através do suporte familiar adequadamente integrado.

7.1.1.8 Formas de Notificação e Orientação Durante o Acolhimento

O Manual de Acolhimento contemplará mecanismos diversos e complementares de notificação e orientação que garantam comunicação efetiva com todos os usuários.

As orientações verbais realizadas pela equipe constituirão canal principal de comunicação. Padronização de informações essenciais garantirá consistência. Tom de voz adequado ao ambiente e situação. Confirmação de compreensão especialmente com idosos e baixa escolaridade. Repetição paciente quando necessário. Idiomas alternativos ou intérpretes quando disponíveis. Comunicação não-verbal reforçando mensagem verbal. Treinamento específico em comunicação terapêutica.

A sinalização interna orientará fluxos e comportamentos através de comunicação visual. Placas direcionais em pontos estratégicos de decisão. Cores consistentes com classificação de risco adotada. Pictogramas universais complementando texto. Tamanho e contraste adequados para baixa visão. Altura apropriada para cadeirantes e crianças. Iluminação destacando informações importantes. Manutenção regular garantindo legibilidade.

As chamadas organizadas conforme fluxo evitarão tumultos e garantirão ordem. Sistema de senhas numéricas ou nominais conforme volume. Painéis eletrônicos em locais estratégicos quando disponíveis. Som audível mas não perturbador do ambiente. Chamadas secundárias para não respondentes. Registro de tentativas para posterior justificativa. Sistema manual backup para falhas tecnológicas. Respeito a limitações auditivas com alternativas visuais.

O apoio da equipe administrativa e assistencial fornecerá suporte humanizado. Profissionais volantes para orientação in loco. Identificação clara facilitando abordagem por usuários. Proatividade em identificar pessoas desorientadas. Paciência extra com populações vulneráveis. Encaminhamento adequado de demandas específicas. Trabalho integrado entre diferentes categorias. Foco em solução de problemas não em barreiras.

As formas de notificação serão adequadas à dinâmica da unidade, evitando aglomerações e conflitos através de planejamento cuidadoso que considere fluxos, volumes e características da população atendida. Combinação

de estratégias atenderá diversidade de necessidades garantindo que nenhum usuário fique desinformado ou desorientado.

7.1.1.9 Registro das Informações do Acolhimento

Todas as etapas do acolhimento serão devidamente registradas, criando documentação completa que suporta continuidade assistencial, gestão e requisitos legais.

O registro administrativo inicial estabelecerá base documental sólida. Dados de identificação completos e conferidos. Hora precisa de chegada para controle de tempos. Meio de chegada (demanda espontânea, SAMU, etc.). Acompanhantes presentes e documentados. Pertences entregues quando aplicável. Observações administrativas relevantes. Responsável pelo cadastro identificado. Base para todos os registros subsequentes.

O registro da classificação de risco documentará avaliação clínica inicial detalhadamente. Horário exato do início da classificação. Queixa principal em palavras do paciente. Sinais vitais completos com valores específicos. Sintomas associados investigados e documentados. Discriminadores utilizados para classificação. Categoria atribuída claramente identificada. Justificativa clínica da decisão. Profissional classificador identificado com carimbo.

O registro das orientações prestadas comprovará cumprimento do dever de informação. Conteúdo das orientações fornecidas. Forma de comunicação utilizada. Evidência de compreensão quando verificada. Materiais educativos entregues se aplicável. Dúvidas manifestadas e esclarecimentos dados. Recusas de orientação quando ocorrerem. Necessidade de reorientações posteriores. Transparência completa do processo comunicacional.

O registro de intercorrências, quando houver, documentará eventos não rotineiros. Mudanças de classificação com justificativas. Conflitos ou agressões com circunstâncias. Recusas de atendimento ou procedimentos. Saídas não autorizadas contra orientação. Acionamento de segurança ou polícia. Eventos adversos durante acolhimento. Medidas tomadas frente a cada situação. Aprendizado para prevenção futura.

Os registros asseguram rastreabilidade, continuidade do cuidado e suporte à gestão e à auditoria, constituindo memória institucional valiosa que permite análise de processos, identificação de melhorias e defesa em questionamentos legais. Qualidade de registros reflete e influencia qualidade assistencial.

7.1.1.10 Integração do Acolhimento com a Segurança do Paciente

O acolhimento com classificação de risco integra as ações de segurança do paciente, funcionando como primeira barreira contra eventos adversos evitáveis.

A redução de riscos assistenciais inicia na correta identificação e priorização. Pulseiras de identificação aplicadas na recepção previnem trocas. Alergias destacadas alertam toda cadeia assistencial. Riscos de queda identificados mobilizam precauções. Isolamentos necessários são instituídos precocemente. Cada elemento de segurança tem início no acolhimento bem executado.

A organização do fluxo de atendimento minimiza riscos inerentes à aglomeração. Separação física por gravidade reduz contaminações cruzadas. Fluxos unidirecionais evitam cruzamentos desnecessários. Capacidade máxima de áreas respeitada previne superlotação. Rotas de fuga mantidas livres para emergências. Organização espacial contribui significativamente para segurança global.

A priorização clínica adequada constitui elemento central de segurança. Emergências atendidas imediatamente previnem óbitos evitáveis. Reavaliações programadas detectam deteriorações precoces. Tempos máximos de espera respeitados evitam agravamentos. Critérios objetivos eliminam subjetividade perigosa. Cada decisão de priorização tem impacto direto em desfechos.

A comunicação segura com usuários e acompanhantes previne mal-entendidos perigosos. Informações sobre alergias são verificadas ativamente. Orientações sobre sinais de alerta são claras e repetidas. Compreensão é confirmada em pontos críticos. Barreiras linguísticas são identificadas e superadas. Documentação permite continuidade informacional. Comunicação falha é causa frequente de eventos adversos.

7.1.1.11 Monitoramento e Avaliação do Fluxo de Acolhimento

O fluxo de acolhimento será objeto de acompanhamento sistemático que garanta efetividade e melhoria contínua.

O monitoramento contínuo utilizará indicadores-chave em tempo real. Volume de atendimentos por período e classificação. Tempo médio entre chegada e classificação. Percentual de reclassificações necessárias. Índice de abandono antes do atendimento. Eventos adversos durante acolhimento. Agressões a profissionais registradas. Dashboards visuais facilitarão acompanhamento gerencial.

A avaliação periódica da efetividade aprofundará análise além de números. Adequação das classificações através de auditoria clínica. Desfechos dos pacientes por categoria de classificação. Satisfação de usuários com processo de acolhimento. Percepção de profissionais sobre condições de trabalho. Benchmarking com serviços de referência. Análise qualitativa complementando dados quantitativos.

A identificação de gargalos revelará pontos de estrangulamento do fluxo. Horários de pico com formação de filas. Etapas com maior tempo de permanência. Recursos humanos ou materiais insuficientes. Layout físico dificultando fluxos. Sistemas de informação lentos ou instáveis. Cada gargalo identificado receberá plano de ação específico.

A implementação de melhorias seguirá ciclos PDSA estruturados. Pequenos testes de mudança antes de implementação ampla. Medição de impacto comparando antes e depois. Ajustes baseados em resultados observados. Padronização de melhorias bem-sucedidas. Disseminação de aprendizados para toda equipe. Cultura de melhoria contínua institucionalizada.

Os ajustes conforme a demanda assistencial garantirão flexibilidade operacional. Escalas diferenciadas para períodos de maior movimento. Fluxos alternativos para situações de superlotação. Protocolos específicos para epidemias ou eventos múltiplos. Capacidade de expansão rápida quando necessário. Planejamento antecipado para sazonalidades conhecidas. Resiliência incorporada ao sistema.

7.1.1.12 Considerações Finais

A implantação do Manual e do Fluxo de Acolhimento com Classificação de Risco assegura atendimento humanizado, organizado e seguro aos usuários da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, promovendo a priorização clínica adequada, a comunicação clara e a orientação efetiva aos usuários e acompanhantes, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com os princípios da qualidade assistencial.

Esta estruturação representa evolução fundamental na qualidade da porta de entrada, transformando momento de vulnerabilidade e ansiedade em experiência de cuidado e organização. Cada usuário que procura a UPA encontrará processo claro, justo e transparente que valoriza sua urgência clínica enquanto respeita sua dignidade humana. Profissionais trabalharão com segurança de processos bem definidos que protegem decisões técnicas e facilitam trabalho cotidiano.

O impacto transcende aspectos operacionais imediatos - vidas são salvas através de priorização adequada, sofrimento é minimizado por atendimento oportuno, recursos são otimizados por organização eficiente, conflitos são prevenidos por comunicação transparente. Acolhimento bem estruturado é investimento que retorna multiplicado em qualidade assistencial, satisfação profissional e legitimidade social.

MANUAL OPERACIONAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. APRESENTAÇÃO

Este manual estabelece diretrizes operacionais detalhadas para execução do acolhimento com classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, servindo como guia prático para todos os profissionais envolvidos no processo.

2. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Acolhimento: Processo de recepção qualificada que inclui escuta, avaliação e orientação de todos que procuram a unidade.

Classificação de Risco: Avaliação técnica que define prioridade de atendimento baseada em gravidade clínica.

Discriminador: Sinal, sintoma ou condição que determina classificação em categoria específica.

Reclassificação: Nova avaliação quando há mudança clínica durante espera.

3. ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS

Área de Recepção:

- Balcão com altura acessível
- Cadeiras de espera em número adequado
- Sistema de senhas quando aplicável
- Computadores com sistema ágil
- Impressora para etiquetas e pulseiras

Sala de Classificação:

- Privacidade visual e sonora
- Mesa, cadeiras e maca
- Equipamentos: esfigmomanômetro, termômetro, oxímetro, glicosímetro
- Computador com acesso ao protocolo
- Material para curativos simples

Recursos Humanos Mínimos:

- Recepcionistas: 2 por turno
- Enfermeiros classificadores: 1-2 conforme demanda
- Coordenador de enfermagem: supervisão
- Segurança: apoio quando necessário

4. PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO - Emergência (Atendimento Imediato)

Discriminadores:

- Via aérea comprometida
- Respiração inadequada
- Choque de qualquer etiologia
- Convulsionando
- Glasgow ≤ 8
- Emergências obstétricas

Ações:

- Encaminhamento direto à sala de emergência
- Acionamento imediato da equipe médica
- Acompanhamento físico até estabilização
- Registro posterior dos dados

LARANJA - Muito Urgente (Atendimento em até 10 minutos)

Discriminadores:

- Dor severa (8-10/10)
- Hemorragia maior não controlada
- Alteração súbita de consciência
- Déficit neurológico agudo
- Dor torácica cardíaca
- Dispneia importante

Ações:

- Encaminhamento prioritário ao consultório
- Monitorização se espera inevitável
- Reavaliação em 10 minutos
- Analgesia precoce se indicada

AMARELO - Urgente (Atendimento em até 60 minutos)

Discriminadores:

- Dor moderada (4-7/10)
- Febre em imunossuprimidos
- Vômitos persistentes
- História de trauma craniano
- Sangramento menor ativo
- Hiperglicemia sintomática

Ações:

- Aguardar em sala de observação
- Reavaliação em 30 minutos
- Medidas de conforto
- Coleta de exames se protocolo

VERDE - Pouco Urgente (Atendimento em até 120 minutos)**Discriminadores:**

- Dor leve (1-3/10)
- Sintomas gripais sem complicação
- Problemas crônicos agudizados levemente
- Ferimentos menores
- Queixas com >7 dias evolução

Ações:

- Aguardar em sala de espera geral
- Reavaliação em 60 minutos
- Orientação sobre tempo de espera
- Possibilidade de referenciamento

AZUL - Não Urgente (Atendimento em até 240 minutos)**Discriminadores:**

- Problemas administrativos
- Renovação de receitas
- Atestados sem quadro agudo
- Queixas crônicas estáveis

- Resultados de exames

Ações:

- Orientação para atenção básica
- Agendamento quando possível
- Atendimento se capacidade permitir
- Educação sobre uso apropriado

5. SITUAÇÕES ESPECIAIS**Gestantes:**

- Sempre classificar no mínimo como amarelo
- Movimentação fetal obrigatoriamente questionada
- Perdas vaginais caracterizadas
- Dinâmica uterina avaliada

Crianças <2 anos:

- Mínimo amarelo exceto afebril e ativo
- Atenção a sinais inespecíficos
- Considerar deterioração rápida
- Incluir avaliação dos cuidadores

Idosos >80 anos:

- Considerar apresentações atípicas
- Valorizar queda de funcionalidade
- Avaliar polifarmácia
- Mínimo amarelo se múltiplas comorbidades

Retornos <24h:

- Reclassificar com atenção
- Investigar falha de tratamento
- Considerar classificação maior
- Documentar detalhadamente

6. COMUNICAÇÃO PADRONIZADA

Script de Recepção: "Bom dia/tarde/noite. Bem-vindo à UPA. Por favor, documento de identidade para realizar seu cadastro. Após o cadastro, o(a) senhor(a) será encaminhado para avaliação com enfermeiro que definirá a prioridade do atendimento."

Script pós-Classificação: "O(a) senhor(a) foi classificado como [cor/prioridade]. Isso significa que [explicação simples]. O tempo estimado de espera é de aproximadamente [tempo]. Por favor, aguarde em [local] e caso sinta piora dos sintomas, nos procure imediatamente."

Comunicação de Atrasos: "Informamos que devido a chegada de casos graves, poderá haver atraso no atendimento. Continuamos respeitando a ordem de prioridade clínica. Agradecemos a compreensão."

7. REAVALIAÇÃO E RECLASSIFICAÇÃO

Critérios para Reavaliação:

- Vermelho: contínua
- Laranja: 10 minutos
- Amarelo: 30 minutos
- Verde: 60 minutos
- Azul: 120 minutos
- Ou sempre que deterioração

Processo de Reclassificação:

- Nova avaliação completa
- Documentar mudanças observadas
- Justificar alteração de categoria
- Comunicar ao paciente
- Ajustar posição na fila

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

Indicadores de Processo:

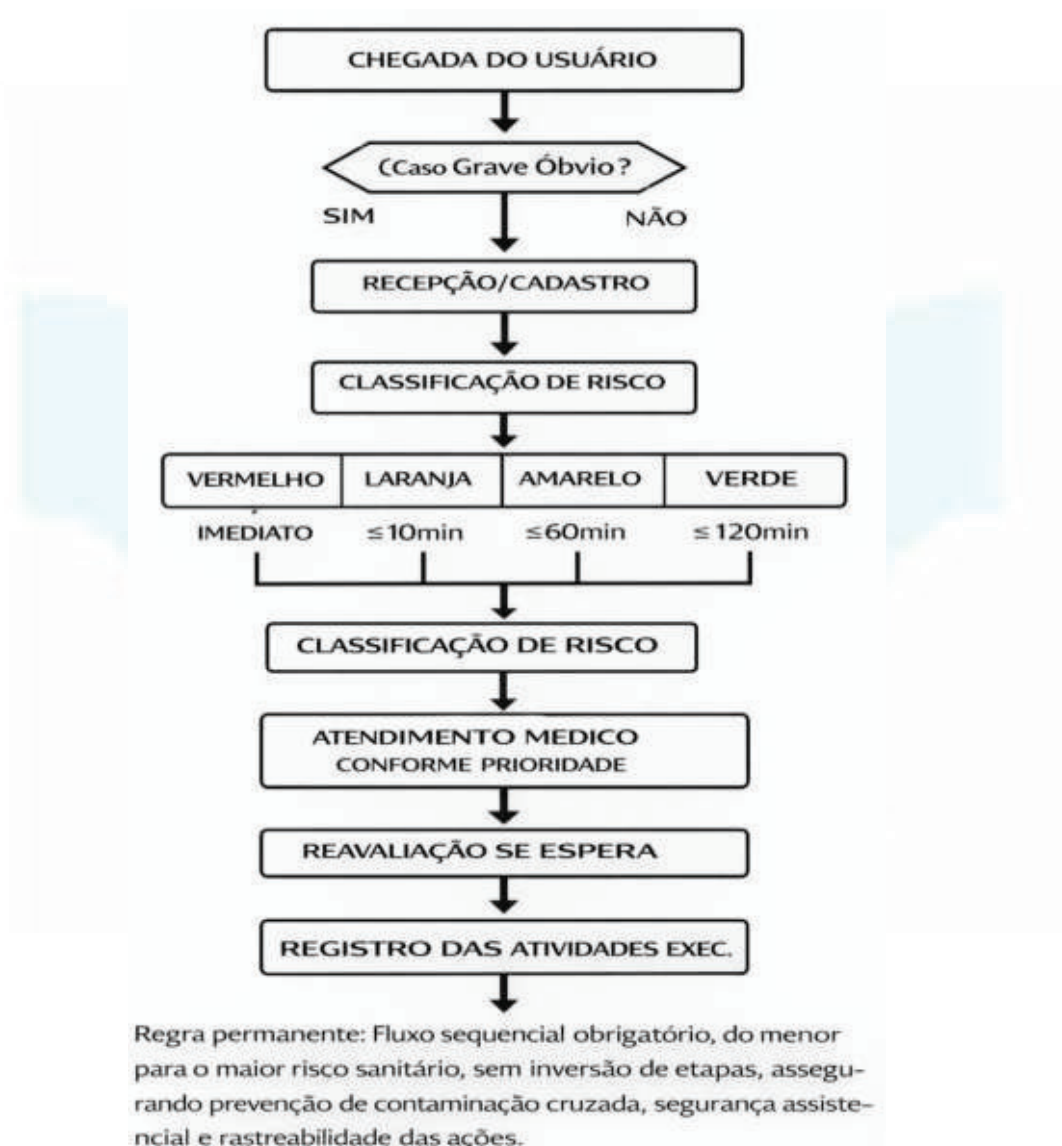
- Tempo médio porta-classificação: meta <15min
- % classificados em cada categoria
- Taxa de reclassificação

- % abandono pré-atendimento

Indicadores de Resultado:

- % adequação da classificação (auditoria)
- Eventos adversos no acolhimento
- Satisfação com processo
- Mortalidade por categoria

9. FLUXOGRAMA DO PROCESSO



10. CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

Conteúdo Programático Mínimo:

- Política Nacional de Humanização

- Protocolo de classificação adotado
- Técnicas de comunicação
- Manejo de conflitos
- Práticas simuladas
- Atualização anual obrigatória

Avaliação de Competências:

- Prova teórica
- Simulação prática
- Acompanhamento supervisionado
- Certificação interna
- Revalidação periódica

Este manual deve ser considerado documento vivo, sujeito a revisões periódicas baseadas em evidências científicas, mudanças normativas e experiência acumulada da equipe.

7.1.2 Programa Nacional de Humanização

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA implementará o Programa Nacional de Humanização (PNH) como orientação central para organizar o atendimento na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP. A humanização não será tratada como programa isolado ou ação pontual. Será incorporada aos processos de trabalho diários da unidade, fazendo parte da rotina de todos os setores. O objetivo principal é garantir que cada usuário seja bem recebido, bem atendido e tenha suas necessidades resolvidas de forma respeitosa, independentemente da gravidade do quadro clínico ou da demanda assistencial.

7.1.2.1 Finalidade e Diretrizes da Política de Humanização

A política de humanização terá como foco principal valorizar o usuário em todas as etapas do atendimento. Desde a chegada na recepção até a saída da unidade, o paciente receberá tratamento respeitoso e digno. As equipes manterão postura empática, clara e acolhedora durante todo o processo assistencial.

A política será desdobrada em rotinas práticas de trabalho. Cada setor da UPA terá responsabilidades definidas quanto ao acolhimento, comunicação e respeito ao usuário. Essas responsabilidades serão incorporadas aos regimentos internos e manuais operacionais da unidade. Não haverá documento

separado sobre humanização. As orientações estarão dentro dos protocolos assistenciais que as equipes já utilizam diariamente.

As diretrizes do PNH serão discutidas nas reuniões de equipe mensais. Cada reunião incluirá pelo menos quinze minutos de discussão sobre situações práticas relacionadas ao atendimento humanizado. Os profissionais apresentarão casos, dificuldades encontradas e soluções aplicadas. Isso manterá o tema vivo no cotidiano da unidade.

A coordenação técnica revisará periodicamente as práticas de humanização conforme os desafios do cotidiano. Quando surgirem problemas recorrentes, a equipe se reunirá para ajustar processos. Essa revisão será feita com base em dados concretos: número de queixas, tempo de espera, satisfação dos usuários e observações da supervisão.

7.1.2.2 Estruturação Institucional da Política de Humanização

A estruturação da política seguirá método simples e direto. Primeiro, as diretrizes institucionais serão definidas por escrito em linguagem acessível para toda a equipe. O documento terá no máximo dez páginas. Será escrito de forma que um profissional técnico de enfermagem consiga ler e entender sem dificuldade.

Essas diretrizes serão integradas aos protocolos assistenciais já existentes. Por exemplo, o protocolo de classificação de risco incluirá orientações sobre como fazer escuta qualificada. O protocolo de atendimento médico terá seção sobre como explicar diagnósticos e condutas ao paciente. O protocolo de administração de medicamentos conterá orientações sobre informar o usuário antes de cada procedimento.

As equipes multiprofissionais participarão da construção dessas diretrizes. Será formado um grupo de trabalho com representantes de cada categoria profissional: um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um recepcionista, um profissional da farmácia e um da equipe de apoio. Esse grupo se reunirá três vezes antes da finalização do documento. As reuniões acontecerão em horários diferentes para permitir participação de profissionais de todos os turnos.

Durante essas reuniões, os profissionais compartilharão experiências práticas. Um técnico de enfermagem pode explicar como lida com pacientes agitados. Um recepcionista pode sugerir melhorias no acolhimento inicial. Um médico pode propor formas de comunicar más notícias. Essas contribuições garantem que as orientações sejam realistas e compatíveis com a dinâmica real da unidade.

Após a elaboração do documento, será realizada apresentação para toda a equipe. A apresentação acontecerá em três momentos para cobrir todos os turnos de trabalho. Cada profissional receberá cópia impressa das diretrizes. Versão digital ficará disponível em pasta compartilhada na rede interna da UPA.

O monitoramento será feito de forma contínua. A coordenação acompanhará indicadores de satisfação do usuário mensalmente. Esses indicadores incluem pesquisa de satisfação aplicada na sala de espera, análise de registros da ouvidoria e observação direta da supervisão. Quando alguma prática não estiver funcionando bem, será convocada reunião específica para ajuste.

7.1.2.3 Acolhimento como Dispositivo Central do PNH

O acolhimento começa no primeiro contato do usuário com a UPA. Na recepção, o paciente será recebido com atenção. A recepcionista perguntará o nome, colherá dados básicos e explicará o fluxo de atendimento. Essa explicação será breve mas clara: "O senhor passará primeiro pela classificação de risco, onde a enfermeira avaliará a gravidade. Depois aguardará ser chamado conforme a cor recebida. Casos mais graves são atendidos primeiro."

As recepcionistas receberão treinamento específico de quatro horas sobre postura no atendimento. O treinamento incluirá técnicas de comunicação, manejo de situações de conflito e organização de informações. Será ensinado como manter tom de voz adequado mesmo em momentos de grande demanda. Como olhar para o usuário ao falar. Como usar linguagem simples e evitar jargões administrativos.

Após a recepção, o usuário passará pela classificação de risco. Esse é momento crítico do acolhimento. O enfermeiro realizará escuta qualificada, questionando sintomas e avaliando sinais de gravidade. A classificação seguirá critérios clínicos objetivos do Protocolo de Manchester. Mas além dos critérios técnicos, o enfermeiro observará aspectos emocionais e sociais que possam influenciar o quadro.

Durante a classificação, o enfermeiro explicará o processo ao usuário. Dirá algo como: "Vou fazer algumas perguntas sobre o que está sentindo. Depois vou verificar sinais vitais. Com base nisso, darei uma cor que indica a prioridade de atendimento." Essa explicação reduz ansiedade e aumenta a colaboração do paciente.

O enfermeiro informará a cor recebida e o tempo estimado de espera. Essa informação será dada de forma clara: "O senhor recebeu classificação amarela. Isso significa urgência. O atendimento médico deve acontecer em até sessenta minutos. Mas pode ser antes se houver consultório disponível." Se o

usuário questionar a classificação, o enfermeiro explicará os critérios utilizados sem se alterar.

Casos classificados como vermelho (emergência) serão encaminhados imediatamente para a sala de emergência. O enfermeiro acompanhará o paciente e passará as informações diretamente para o médico plantonista. Não haverá tempo de espera para esses casos. O atendimento começará em no máximo cinco minutos.

Casos laranja (muito urgente) seguirão para área de observação ou consultório médico conforme disponibilidade. O tempo máximo de espera será dez minutos. A equipe priorizará a abertura de espaço para esses pacientes.

Casos amarelos (urgentes) aguardarão na sala de espera intermediária. Terão prioridade sobre casos verdes e azuis. O tempo de espera previsto é sessenta minutos, mas a equipe tentará reduzir esse prazo sempre que possível.

Casos verdes (pouco urgentes) e azuis (não urgentes) aguardarão em sala de espera geral. Esses usuários serão informados que o tempo de espera pode ser maior devido à prioridade clínica. A recepção manterá comunicação constante, atualizando informações a cada trinta minutos.

A equipe será orientada a manter diálogo aberto com os acompanhantes. Familiares de pacientes graves receberão atualizações sobre o estado clínico sempre que possível. Quando não for possível dar informações detalhadas, a equipe explicará: "O médico está atendendo agora. Assim que terminar o primeiro atendimento, virá falar com a família."

O acolhimento contribuirá para organizar o fluxo e reduzir ansiedade. Quando os usuários entendem o processo, aceitam melhor os tempos de espera. Isso previne situações de conflito. A equipe receberá treinamento para explicar que a ordem de atendimento não é por chegada, mas por gravidade. Sempre que alguém questionar, a explicação será dada com paciência.

7.1.2.4 Comunicação Humanizada em Diferentes Cenários

A comunicação humanizada será trabalhada de forma contínua com as equipes. Todos os profissionais receberão orientação para usar linguagem simples ao falar com o usuário. Termos técnicos serão evitados. Quando for necessário usar vocabulário médico, será feita explicação em seguida.

Por exemplo, se o médico diagnosticar pneumonia, dirá: "O senhor está com pneumonia, que é uma infecção no pulmão. Por isso está com febre e tosse." Não dirá apenas "pneumonia" sem explicar. Se precisar solicitar hemograma, dirá: "Vou pedir exame de sangue para verificar se há infecção." Não dirá apenas "vou solicitar hemograma completo."

Durante a espera, a equipe manterá os usuários informados sobre o andamento do atendimento. Se houver atrasos, isso será comunicado com antecedência. A recepção circulará pela sala de espera a cada trinta minutos informando: "Temos dois médicos atendendo. Estamos com demanda alta hoje. Pedimos paciência." Essa simples comunicação reduz ansiedade.

Se houver mudanças no fluxo, como médico que precisou sair para atender emergência, os usuários serão avisados. A recepção explicará: "Um dos médicos está atendendo caso grave agora. Os próximos atendimentos podem demorar um pouco mais. Pedimos compreensão." Essa transparência gera confiança.

Nos consultórios e salas de atendimento, médicos e enfermeiros explicarão os procedimentos antes de realizá-los. Se for aplicar injeção, o técnico dirá: "Vou aplicar injeção para dor. Pode arder um pouco no momento da aplicação." Se for colher sangue, dirá: "Vou colher sangue para exame. Vou fazer pequeno furinho no braço." Essa preparação reduz medo, especialmente em crianças.

Ao solicitar exames, o médico explicará o motivo. "Vou pedir raio-x do tórax porque preciso verificar se há comprometimento do pulmão." Ao prescrever medicamentos, explicará: "Vou prescrever antibiótico porque há infecção. Deve tomar por sete dias, mesmo que melhore antes." Essas explicações aumentam adesão ao tratamento.

O paciente terá espaço para tirar dúvidas. O médico perguntará: "Ficou alguma dúvida?" Se o paciente parecer confuso, o médico repetirá as orientações. Pedirá para o paciente explicar com suas palavras o que entendeu. Isso garante compreensão real.

A postura empática será especialmente incentivada nos momentos de maior tensão. Quando for necessário comunicar diagnósticos graves, o médico buscará local reservado. Chamará familiar para estar presente. Dará a notícia de forma clara mas cuidadosa: "O quadro é grave. Vamos precisar transferir para hospital." Dará tempo para a família processar a informação. Responderá dúvidas com paciência.

Em caso de óbito na unidade, a comunicação com a família seguirá protocolo específico. O médico levará familiar para sala reservada. Dará a notícia de forma direta mas respeitosa: "Fizemos tudo que estava ao nosso alcance, mas infelizmente não conseguimos reverter o quadro." Ficarão com a família por alguns minutos. Oferecerá apoio. Explicará os próximos passos burocráticos.

A equipe de enfermagem receberá orientação sobre comunicação durante procedimentos. Ao puncionar acesso venoso, explicará: "Vou colocar pequeno cateter na veia para administrar medicação." Ao realizar curativo, explicará cada

etapa. Ao verificar sinais vitais, informará os valores encontrados quando o paciente demonstrar interesse.

A comunicação com acompanhantes também merece atenção. Quando crianças ou idosos estiverem sendo atendidos, os acompanhantes receberão informações adequadas. Se a criança precisar de exame, a mãe será avisada antes. Se o idoso precisar ficar em observação, a família entenderá o motivo.

As equipes receberão capacitação para lidar com usuários que tenham dificuldade de compreensão. Isso inclui pessoas com baixa escolaridade, idosos com déficit cognitivo ou pessoas com deficiência intelectual. A orientação será repetir informações, usar palavras ainda mais simples, mostrar figuras quando disponível e confirmar entendimento.

Para pacientes surdos, a unidade terá material impresso com orientações básicas. A equipe aprenderá sinais simples da Libras para comunicação inicial. Quando necessário, será solicitado intérprete através da rede municipal. Para pacientes que falam outras línguas, a equipe buscará comunicação básica através de aplicativos de tradução no celular.

7.1.2.5 Ambiência Física e Organizacional

A ambiência da UPA será organizada para proporcionar conforto dentro das limitações estruturais de uma unidade de urgência. Os espaços serão mantidos limpos, iluminados e bem ventilados. A equipe de limpeza fará higienização dos consultórios após cada atendimento. Corredores e salas de espera serão limpos a cada duas horas. Banheiros receberão limpeza a cada hora nos períodos de maior movimento.

A sinalização será clara e objetiva. Placas indicarão localização dos setores: recepção, classificação de risco, consultórios médicos, sala de medicação, sala de observação, banheiros, saída. As placas terão letras grandes, facilitando visualização por idosos e pessoas com baixa visão. Serão usadas cores diferentes para cada setor, ajudando na identificação rápida.

Os fluxos internos serão organizados para reduzir aglomerações. A sala de espera terá divisão por classificação de risco quando a estrutura física permitir. Casos verdes e azuis aguardarão em área específica. Casos amarelos em área intermediária. Isso minimiza contato entre pacientes graves e casos de menor complexidade. Reduz também ansiedade de quem espera mais tempo.

O controle de ruídos receberá atenção especial. A equipe será orientada a manter tom de voz adequado. Conversas paralelas não acontecerão em locais de atendimento. O telefone da recepção terá volume ajustado. Aparelhos de televisão nas salas de espera terão volume controlado. Profissionais não usarão celulares pessoais para ligações em áreas de atendimento.

Durante período noturno, as luzes das salas de espera serão reduzidas parcialmente, mantendo iluminação suficiente para segurança mas criando ambiente mais tranquilo. Isso ajuda usuários e profissionais a manter ritmo biológico adequado.

Acompanhantes receberão orientações sobre normas de permanência. Será permitido um acompanhante por paciente. Crianças menores de doze anos, idosos acima de sessenta anos e pessoas com deficiência poderão ter acompanhante durante todo atendimento. Os demais pacientes terão acompanhante na sala de espera, mas não durante consulta, exceto se solicitarem.

As normas serão expostas em cartazes na sala de espera. Incluirão orientações sobre não fumar, não consumir bebidas alcoólicas, manter celular no silencioso, não circular pelas áreas restritas e respeitar profissionais e demais usuários. Essas regras serão aplicadas com bom senso, priorizando diálogo antes de medidas restritivas.

A organização física contribuirá para bem-estar de todos. Cadeiras da sala de espera serão dispostas de forma a permitir circulação adequada. Bebedouro ficará em local de fácil acesso. Banheiros terão sabonete, papel toalha e papel higiênico sempre disponíveis. Pequenos detalhes fazem diferença na percepção de cuidado.

A unidade terá área externa para circulação de acompanhantes que precisem sair por alguns minutos. Essa área permitirá que familiares façam ligações ou apenas respirem ar fresco durante esperas longas. Isso reduz tensão dentro da unidade.

7.1.2.6 Respeito à Dignidade e aos Direitos do Usuário

O respeito à dignidade será garantido em todas as etapas. Não haverá tolerância a qualquer forma de discriminação. Todos os pacientes receberão mesmo nível de respeito e atenção. Casos de discriminação por parte de profissionais serão tratados com rigor, podendo resultar em advertência ou medidas mais severas conforme gravidade.

A privacidade será preservada durante consultas, exames e procedimentos. As portas dos consultórios permanecerão fechadas durante atendimentos. Biombos serão usados na sala de observação quando paciente precisar se despir ou realizar procedimento. Profissionais baterão na porta antes de entrar em boxes ocupados.

Informações sobre o quadro clínico serão compartilhadas apenas com pessoas autorizadas. Prontuários não ficarão expostos. Computadores terão tela de privacidade. Conversas entre profissionais sobre casos clínicos não

acontecerão em locais onde usuários possam ouvir. Isso inclui corredores, recepção e salas de espera.

O nome do paciente será usado durante todo atendimento. Não serão usados termos como "o da pneumonia" ou "a fratura do leito três." Cada pessoa tem nome e será chamada por ele. Se houver homônimos, será usado nome completo ou data de nascimento para diferenciar, sempre com descrição.

Os direitos do usuário do SUS serão respeitados integralmente. Isso inclui direito ao atendimento digno e respeitoso. Direito à informação sobre seu estado de saúde. Direito a consentir ou recusar tratamentos após esclarecimento. Direito a acompanhante nos casos previstos em lei. Direito a manifestar insatisfação e ter suas queixas apuradas.

Um cartaz com os direitos do usuário do SUS ficará exposto na sala de espera. O cartaz terá linguagem simples e letras grandes. Incluirá informação sobre como registrar queixas ou sugestões. Profissionais da recepção conhecerão esses direitos e poderão esclarecê-los quando questionados.

Casos especiais receberão atenção diferenciada. Gestantes, idosos e pessoas com deficiência terão prioridade no atendimento conforme legislação. Essa prioridade será respeitada desde a recepção até a conclusão do atendimento. Não se trata apenas de prioridade na fila, mas de cuidado específico às necessidades desses grupos.

Pessoas com deficiência terão atendimento adaptado. Cadeirantes não enfrentarão barreiras físicas. Pessoas com deficiência auditiva terão comunicação adaptada. Pessoas com deficiência visual receberão orientações verbais detalhadas. A equipe será sensibilizada para não infantilizar ou subestimar capacidades dessas pessoas.

Pacientes em situação de vulnerabilidade social receberão atenção especial. Pessoas em situação de rua não serão discriminadas. Receberão mesmo atendimento que qualquer outro usuário. A equipe entenderá que essas pessoas enfrentam dificuldades extras e demonstrará empatia adicional. Quando possível, será feito contato com assistência social municipal para apoio continuado.

Usuários com transtornos mentais terão abordagem adequada. A equipe receberá orientação para lidar com crises psiquiátricas. O manejo será sempre o menos invasivo possível. Contenção física só será usada em último caso e com autorização médica. A prioridade será diálogo e ambiente tranquilo.

7.1.2.7 Integração com Processos Assistenciais Específicos

As práticas de humanização estarão presentes em todos os processos assistenciais. Na classificação de risco, além dos critérios clínicos do Protocolo de Manchester, será observada necessidade de acolhimento diferenciado. Uma gestante com sangramento receberá classificação vermelha pelo protocolo, mas também receberá apoio emocional pela situação de estresse. Um idoso com tontura pode receber classificação amarela, mas terá cadeira disponível imediatamente enquanto aguarda.

Nos protocolos de atendimento médico, haverá orientações específicas sobre comunicação. O protocolo de dor torácica, por exemplo, incluirá orientação para explicar ao paciente cada etapa da investigação. O protocolo de AVC terá orientação sobre como comunicar urgência da situação à família sem gerar pânico desnecessário.

A administração de medicamentos incluirá etapa de informação ao paciente. Antes de aplicar qualquer medicação, o profissional dirá nome do medicamento, finalidade e possíveis reações. "Vou aplicar dipirona para febre. Pode dar leve tontura. Se sentir algo diferente, me avise." Essa simples informação aumenta segurança e confiança.

A coleta de exames seguirá mesma lógica. Antes de colher sangue, o profissional explicará o procedimento. Antes de realizar eletrocardiograma, mostrará os eletrodos e explicará que não dói. Antes de fazer raio-x, explicará necessidade de retirar objetos metálicos.

A segurança do paciente será trabalhada junto com humanização. A identificação através de pulseiras será feita com explicação: "Vou colocar pulseira com seu nome para garantir que todos os profissionais te identifiquem corretamente." A conferência de medicações será feita verbalmente: "Vou administrar dipirona conforme prescrição médica. Confirma seu nome completo?" Isso envolve o paciente no processo de segurança.

O registro em prontuário será adequado. As anotações incluirão não apenas dados clínicos, mas também informações sobre comunicação realizada, dúvidas esclarecidas e orientações dadas. Por exemplo: "Paciente orientado sobre sinais de alerta. Demonstrou compreensão." Isso garante continuidade do cuidado entre diferentes profissionais.

A alta hospitalar incluirá orientações detalhadas. O médico explicará diagnóstico, tratamento realizado, medicações prescritas e sinais de alerta para retorno. Essas orientações serão dadas verbalmente e também por escrito. O paciente ou acompanhante assinará termo confirmando recebimento das orientações.

As transferências para outros serviços seguirão protocolo humanizado. Quando paciente precisar ser transferido para hospital, a equipe explicará motivo

da transferência. Informará para qual hospital será encaminhado. Explicará que acompanhará durante transporte. Manterá família informada sobre cada etapa.

Em caso de necessidade de procedimentos invasivos, o consentimento será obtido após esclarecimento. O médico explicará o procedimento, riscos, benefícios e alternativas. O paciente ou responsável decidirá após compreender. Essa decisão será respeitada, exceto em situações de risco iminente de vida onde não há tempo para diálogo.

7.1.2.8 Capacitação Permanente das Equipes

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA promoverá capacitações regulares sobre humanização. Esses treinamentos acontecerão mensalmente, com carga horária de quatro horas cada. Serão realizados em três turmas diferentes para cobrir todos os turnos de trabalho. Participação será obrigatória, constando em escala.

Os treinamentos abordarão princípios do PNH de forma prática. Não serão aulas teóricas. Serão atividades práticas com simulações de atendimento. Por exemplo, um profissional fará papel de paciente agressivo enquanto outro treina técnicas de comunicação. Depois os papéis se invertem. Essa prática ajuda a desenvolver habilidades reais.

Temas dos treinamentos incluirão: técnicas de comunicação efetiva, escuta qualificada, manejo de conflitos, comunicação de más notícias, atendimento a populações vulneráveis, trabalho em equipe e gestão do estresse profissional. Cada tema será trabalhado em sessão específica ao longo do ano.

As capacitações incluirão discussão de casos reais ocorridos na própria unidade. Profissionais apresentarão situações difíceis que enfrentaram. O grupo discutirá como a situação foi manejada. Sugerirá alternativas. Isso gera aprendizado coletivo e fortalece equipe.

Serão realizadas rodas de conversa trimestrais para que profissionais compartilhem dificuldades e boas práticas. Essas rodas terão formato menos estruturado que os treinamentos. Serão espaços de fala livre, onde cada um pode expor desafios. O objetivo é criar cultura de apoio mútuo.

A coordenação técnica realizará também capacitação em serviço. Isso significa acompanhar profissionais durante atendimento real e dar feedback imediato. Por exemplo, a coordenadora de enfermagem observará técnico durante administração de medicação. Depois conversará: "Vi que você explicou bem o procedimento. Mas pode olhar mais para o paciente enquanto fala."

Profissionais recém-contratados receberão treinamento específico de integração. Esse treinamento durará oito horas e cobrirá todos os processos da

unidade, incluindo política de humanização. O profissional acompanhará colega experiente durante três plantões antes de atuar sozinho.

A educação permanente incluirá materiais de apoio. Serão disponibilizados vídeos curtos sobre técnicas de comunicação. Cartilhas com orientações práticas. Protocolos impressos disponíveis em cada setor. Esse material servirá como consulta rápida durante o trabalho.

O objetivo é fortalecer cultura de respeito e empatia. Cada profissional deve compreender seu papel na construção do atendimento humanizado. A humanização não é responsabilidade só da coordenação. É responsabilidade de cada pessoa que trabalha na unidade.

7.1.2.9 Monitoramento e Avaliação Contínua

As ações de humanização serão monitoradas continuamente através de múltiplos indicadores. Mensalmente será elaborado relatório consolidado com análise de resultados e identificação de pontos de melhoria.

A pesquisa de satisfação do usuário será aplicada semanalmente. Quinze usuários aleatórios receberão formulário simples ao final do atendimento. O formulário terá cinco perguntas objetivas: avaliação do acolhimento, clareza das informações, respeito da equipe, tempo de espera e satisfação geral. Haverá espaço para comentários livres.

Os formulários serão tabulados mensalmente. Será calculado percentual de satisfação em cada item. A meta é atingir no mínimo 75% de avaliações positivas em todos os itens. Quando algum item ficar abaixo da meta, será investigado o motivo e tomadas ações corretivas.

A ouvidoria registrará todas as queixas e sugestões recebidas. Cada registro será classificado por tipo: demora no atendimento, falta de informação, problemas de comunicação, infraestrutura, comportamento de profissionais. Mensalmente será analisada distribuição das queixas. Se determinado tipo aumentar, será prioridade para intervenção.

Toda queixa registrada receberá resposta em até sete dias úteis. A coordenação investigará os fatos. Conversará com profissionais envolvidos. Dará retorno ao usuário explicando medidas tomadas. Esse retorno será documentado.

A observação direta da supervisão acontecerá diariamente. Coordenadores circularão pelos setores observando atendimentos. Não farão isso de forma ostensiva, mas natural. Observarão postura dos profissionais, organização dos espaços, tempos de espera e interação com usuários.

Semanalmente haverá reunião da equipe de coordenação para discussão dos achados. Se observarem que determinado profissional está com dificuldades, oferecerão apoio. Se identificarem problema sistêmico, ajustarão processos. A observação direta permite intervenção rápida antes que problemas se agravem.

Será monitorado tempo médio de espera por classificação de risco. A meta é que casos vermelhos sejam atendidos em até cinco minutos. Laranja em dez minutos. Amarelo em sessenta minutos. Verde em até duas horas. Azul em até quatro horas. Esses tempos serão extraídos do sistema informatizado mensalmente.

Quando tempos ultrapassarem metas, será analisado o motivo. Pode ser falta de profissionais em determinado turno. Demanda acima do esperado. Equipamento quebrado que atrasou exames. Cada situação exigirá solução específica.

Será acompanhado número de casos reclassificados. Quando usuário que recebeu classificação verde piora e precisa ser reclassificado para amarelo, isso é registrado. Número elevado de reclassificações pode indicar problema na classificação inicial. A equipe será treinada novamente no protocolo.

O índice de retorno em até 24 horas também será monitorado. Se mesmo usuário volta em menos de um dia, pode significar que alta foi precoce ou orientações foram inadequadas. Taxa elevada de retorno exige revisão dos processos de alta.

Os dados serão apresentados mensalmente em reunião técnica com participação de todos os coordenadores e representantes de cada categoria profissional. A reunião durará duas horas. Primeira hora para apresentação dos indicadores. Segunda hora para discussão e planejamento de ações.

As ações planejadas serão documentadas em ata com responsáveis e prazos definidos. No mês seguinte, a reunião começará com verificação do cumprimento das ações. Isso garante que decisões sejam efetivamente implementadas.

7.1.2.10 Gestão Participativa e Cogestão

A gestão da política de humanização seguirá modelo participativo. Será criado Comitê de Humanização composto por representantes de todas as categorias profissionais, representante dos usuários e coordenação. O comitê terá nove membros: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um profissional administrativo, um da equipe de apoio, dois representantes dos usuários (escolhidos através do conselho municipal de saúde), coordenador assistencial e coordenador geral.

O comitê se reunirá bimestralmente. As reuniões durarão duas horas e seguirão pauta pré-definida. A pauta incluirá análise dos indicadores, discussão de casos relevantes, avaliação de ações implementadas e planejamento de novas ações. As reuniões serão documentadas em ata disponível para consulta de todos os profissionais.

A participação dos usuários no comitê é fundamental. Os representantes trarão perspectiva externa sobre os serviços. Apontarão problemas que profissionais podem não perceber. Sugerirão melhorias baseadas em experiência real de quem usa o serviço. Suas contribuições serão valorizadas igualmente às dos profissionais.

Além do comitê, haverá espaços de discussão com as equipes. Reuniões mensais por setor permitirão que profissionais apresentem dificuldades e sugestões. Por exemplo, reunião da equipe de enfermagem discutirá especificamente questões do processo de enfermagem. Reunião da equipe médica tratará de questões do processo de atendimento médico.

Essas reuniões não serão apenas para receber ordens. Serão espaços de construção coletiva. Os profissionais que executam o trabalho conhecem detalhes que a coordenação pode não conhecer. Suas sugestões serão consideradas seriamente. Quando viável, serão implementadas.

A gestão participativa inclui também canais de comunicação abertos. Será criado e-mail institucional para sugestões e críticas. Qualquer profissional poderá enviar mensagem para a coordenação. Todas as mensagens receberão resposta em até três dias úteis. Isso cria cultura de diálogo permanente.

Quadro de avisos em sala de equipe divulgará informações importantes. Mudanças em protocolos, resultados de indicadores, ações planejadas e conquistas da equipe. Isso mantém todos informados e engajados.

7.1.2.11 Ouvidoria e Canais de Escuta

A ouvidoria funcionará como canal principal de escuta dos usuários. Terá dois formatos: presencial e remoto. Presencialmente, haverá urna de sugestões na recepção. O usuário poderá depositar formulário preenchido ou bilhete livre. A urna será aberta semanalmente pela coordenação.

Remotamente, haverá telefone exclusivo para ouvidoria. O número será divulgado em cartazes na unidade. Estará disponível de segunda a sexta, das 8h às 17h. Profissional administrativo treinado atenderá as ligações. Registrará as manifestações em planilha padronizada.

Também será disponibilizado e-mail da ouvidoria. Usuários poderão enviar elogios, críticas ou sugestões. Todos os e-mails receberão confirmação automática de recebimento. Resposta será enviada em até sete dias úteis.

As manifestações serão classificadas em categorias: elogio, sugestão, reclamação, solicitação e denúncia. Cada categoria terá fluxo específico de tratamento. Elogios serão compartilhados com equipe envolvida. Sugestões serão analisadas quanto à viabilidade. Reclamações serão investigadas. Solicitações serão encaminhadas ao setor responsável. Denúncias serão tratadas com sigilo e rigor.

Reclamações envolvendo conduta de profissionais serão apuradas através de sindicância interna. O profissional citado será ouvido. Testemunhas serão ouvidas se necessário. Documentos serão analisados. Conclusão será documentada. Se comprovada irregularidade, medidas cabíveis serão aplicadas.

Mensalmente será elaborado relatório da ouvidoria. O relatório consolidará número de manifestações por tipo, principais temas abordados, ações tomadas e pendências. Esse relatório será apresentado na reunião técnica mensal e para o Comitê de Humanização.

A ouvidoria não será apenas canal de críticas. Será ferramenta de gestão. As informações coletadas orientarão melhorias contínuas. Quando vários usuários reclamarem do mesmo problema, isso indica necessidade urgente de intervenção.

Os profissionais serão orientados a não temer a ouvidoria. Críticas não serão usadas para punir, mas para melhorar. Quando reclamação for procedente, haverá diálogo com profissional para entender contexto e oferecer apoio. O objetivo é desenvolver, não repreender.

7.1.2.12 Atendimento a Populações Específicas

Alguns grupos populacionais exigem atenção diferenciada na política de humanização. A UPA atenderá esses grupos com protocolos específicos que garantam respeito às particularidades de cada um.

Crianças e Adolescentes

Crianças receberão atendimento adaptado à faixa etária. A equipe usará linguagem adequada para explicar procedimentos. Com crianças pequenas, usará comparações lúdicas: "Vou olhar sua garganta como dentista faz" ou "Vou ouvir seu coração com esse tubinho mágico." Com adolescentes, será mais direta mas respeitosa, reconhecendo sua capacidade de compreensão.

Acompanhante permanecerá com criança durante todo atendimento. Esse direito será respeitado mesmo quando pais estiverem ansiosos ou

dificultarem procedimento. A equipe terá paciência para orientar pais sobre como ajudar.

Procedimentos dolorosos serão precedidos de preparação adequada. Não serão usadas mentiras como "não vai doer nada." Será dito: "Vai incomodar um pouquinho, mas passa rápido." Após procedimento, criança receberá elogio: "Você foi muito corajoso."

A sala de espera terá espaço infantil quando possível, com livros e brinquedos. Isso reduz ansiedade da espera. Crianças com dor ou febre terão prioridade para reduzir sofrimento.

Idosos

Idosos terão prioridade conforme legislação. Mas além da prioridade formal, receberão atenção às limitações comuns da idade. A equipe falará em tom de voz adequado, nem infantilizando nem gritando. Articulará bem as palavras para facilitar compreensão.

Durante anamnese, será dado tempo para idoso responder. Não haverá pressa. Se houver déficit cognitivo, acompanhante será incluído na conversa. Mas sempre que possível, as perguntas serão feitas diretamente ao idoso, respeitando sua autonomia.

Procedimentos serão explicados detalhadamente. Idosos podem ter dificuldade de entender tecnologia médica. A equipe usará paciência para explicar quantas vezes for necessário.

Na prescrição de medicamentos, será verificado se idoso conseguirá seguir. Se prescrição for muito complexa, será simplificada quando possível. Orientações serão dadas também por escrito, com letra grande.

A mobilidade reduzida será considerada. Idosos não permanecerão em pé esperando. Terão cadeira disponível. Se precisarem ir ao banheiro, alguém oferecerá ajuda.

Gestantes

Gestantes terão prioridade no atendimento. Qualquer queixa durante gestação será levada a sério, mesmo que pareça simples. A equipe entenderá que gestação gera ansiedade natural. Terá postura acolhedora.

Gestantes com sangramento, dor abdominal intensa ou sinais de trabalho de parto receberão classificação de risco elevada. Serão atendidas rapidamente. Se necessário, serão transferidas para maternidade de referência após estabilização inicial.

O acompanhante de gestante permanecerá junto durante todo atendimento. Esse é direito legal que será respeitado integralmente.

Pessoas com Deficiência

A unidade garantirá acessibilidade arquitetônica. Rampas, banheiros adaptados e espaços amplos para circulação de cadeirantes. Mas além da estrutura física, a acessibilidade atitudinal será prioridade.

Pessoas com deficiência serão abordadas diretamente, não através de acompanhantes. A equipe não falará "pergunte para ela" referindo-se à pessoa com deficiência. Falará com a pessoa.

Pessoas cegas receberão orientações verbais detalhadas. A equipe se apresentará pelo nome, descrição do ambiente e próximos passos. Não pegará braço sem perguntar. Oferecerá: "Posso te acompanhar até o consultório?"

Pessoas surdas terão comunicação adaptada. Profissionais falarão de frente, articulando bem. Usarão papel para escrever quando necessário. Sinais básicos da Libras serão conhecidos pela equipe.

Pessoas com deficiência intelectual receberão explicações simples. A equipe terá paciência. Não infantilizará. Respeitará tempo de compreensão.

Pessoas em Situação de Rua

Pessoas em situação de rua não sofrerão discriminação. Receberão mesmo atendimento que qualquer outro usuário. A equipe entenderá que essas pessoas enfrentam dificuldades extras.

Não será exigido documento de identificação para atendimento. Se pessoa não tiver documentos, será atendida mesmo assim. Cadastro será feito com informações disponíveis.

Após atendimento, se houver necessidade de cuidados continuados, será acionada assistência social municipal. O objetivo é não apenas tratar quadro agudo, mas tentar vincular pessoa a rede de proteção social.

Pessoas com Transtornos Mentais

Usuários em crise psiquiátrica receberão abordagem adequada. A equipe manterá tom de voz calmo. Não confrontará delírios. Buscará acalmar através de diálogo. Ambiente será mantido tranquilo, com menos estímulos.

Se houver necessidade de contenção, isso será feito apenas como último recurso e com prescrição médica. A contenção será pelo tempo mínimo necessário. Equipe permanecerá observando continuamente.

Após estabilização inicial, paciente será encaminhado para serviço de saúde mental de referência. O encaminhamento incluirá relatório detalhado para garantir continuidade do cuidado.

7.1.2.13 Humanização das Condições de Trabalho

A política de humanização se estende também aos trabalhadores. Não é possível prestar atendimento humanizado se os profissionais trabalham em condições inadequadas ou sob estresse extremo. A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA adotará medidas para garantir ambiente de trabalho saudável.

O dimensionamento de pessoal seguirá parâmetros técnicos adequados. Não haverá sobrecarga sistemática. Quando houver picos de demanda, escalas serão ajustadas. Plantões extras serão oferecidos antes que situação se torne insustentável.

A jornada de trabalho respeitará limites legais. Intervalos para descanso e alimentação serão garantidos. Profissionais não farão plantões duplos rotineiramente. Essa prática será exceção, não regra.

O ambiente físico de trabalho será adequado. Salas de equipe terão conforto básico: cadeiras, mesa, armários para pertences pessoais. Refeitório terá geladeira e micro-ondas. Vestiários terão chuveiro e armários individuais com cadeado.

A coordenação manterá postura de apoio, não apenas cobrança. Quando profissional apresentar dificuldades, primeiro será oferecido suporte. Só depois, se problema persistir, haverá medidas administrativas.

Conflitos entre profissionais serão mediados pela coordenação. Não serão ignorados esperando que se resolvam sozinhos. A equipe trabalhará técnicas de comunicação não violenta para prevenir e resolver conflitos.

Será oferecido apoio psicológico aos profissionais quando necessário. Trabalhar em urgência gera estresse. Lidar com sofrimento alheio diariamente é desgastante. Profissionais terão espaço para cuidar da própria saúde mental.

Reuniões de equipe incluirão momento para profissionais falarem sobre dificuldades emocionais do trabalho. Não será obrigatório falar, mas espaço estará disponível. Isso ajuda a processar experiências difíceis coletivamente.

Conquistas serão celebradas. Quando indicadores melhorarem, equipe receberá reconhecimento. Quando algum profissional tiver atitude exemplar, será elogiado publicamente. Clima organizacional positivo reflete diretamente no atendimento ao usuário.

7.1.2.14 Protocolos Práticos de Humanização

Serão desenvolvidos protocolos práticos para situações específicas recorrentes na UPA. Esses protocolos orientarão equipes sobre como proceder de forma humanizada em cada cenário.

Protocolo de Comunicação de Óbito

Quando paciente falecer na unidade, médico comunicará família em local privativo. Levará familiar para sala reservada. Informará de forma clara: "Sinto muito, mas não conseguimos reverter o quadro. Ele faleceu há alguns minutos." Dará tempo para reação. Ficará disponível para responder dúvidas.

Oferecerá possibilidade de família ver corpo. Preparará corpo de forma respeitosa antes. Equipe de enfermagem realizará limpeza, retirada de dispositivos quando possível e cobrirá corpo adequadamente.

Família receberá orientações sobre providências: retirada de atestado de óbito, documentação necessária, procedimentos funerários. Assistente social dará apoio se necessário.

Protocolo de Atendimento a Vítimas de Violência

Pacientes vítimas de violência receberão atendimento em local reservado. Privacidade será máxima. Questionamentos sobre como violência ocorreu serão feitos de forma cuidadosa, sem julgamentos.

Médico preencherá ficha de notificação compulsória conforme legislação. Explicará ao paciente que notificação é obrigatória e visa proteção.

Será oferecida comunicação com rede de proteção: delegacia da mulher, conselho tutelar, assistência social. Paciente decidirá se quer acionar ou não, exceto em casos onde notificação é obrigatória.

Protocolo de Atendimento em Casos de Abuso Sexual

Vítimas de abuso sexual receberão atendimento prioritário em sala privativa. Equipe feminina será priorizada quando vítima for mulher, se ela preferir.

Coleta de material para perícia será feita conforme protocolo técnico, mas com explicação prévia de cada etapa. Vítima terá controle sobre processo no que for possível. Poderá parar se sentir necessidade.

Profilaxias (HIV, gravidez, infecções) serão oferecidas conforme protocolos médicos. Encaminhamento para acompanhamento psicológico será providenciado.

Protocolo de Atendimento a Tentativa de Suicídio

Pacientes após tentativa de suicídio receberão atendimento clínico inicial sem julgamentos. Após estabilização, avaliação psiquiátrica será realizada.

Equipe manterá postura empática, não moralizadora. Não serão feitos comentários como "isso não se faz" ou "pense na sua família." Foco será acolhimento e segurança.

Observação contínua será mantida. Paciente não ficará sozinho. Objetos que possam ser usados para nova tentativa serão removidos do ambiente. Após alta, encaminhamento para CAPS ou serviço de saúde mental será providenciado com agendamento confirmado.

Protocolo de Alta Responsável

Toda alta incluirá orientações detalhadas. Médico explicará diagnóstico, tratamento realizado e prescrições. Orientará sobre sinais de alerta para retorno. Essas informações serão registradas em relatório de alta.

Paciente ou acompanhante assinará termo confirmando recebimento das orientações. Se demonstrar dúvidas, médico repetirá explicações. Se parecer que paciente não tem condições de seguir tratamento em casa, assistência social será acionada antes da alta.

Medicações prescritas serão explicadas uma a uma. Nome, dose, horário, duração. Serão alertados sobre efeitos colaterais comuns. Quando medicação exigir cuidado especial (tomar longe de alimentos, por exemplo), isso será destacado.

A implementação da Política Nacional de Humanização na UPA de Colina/SP representa compromisso institucional da SOLUTION GESTÃO PÚBLICA com qualidade do atendimento. A humanização não será apenas documento formal, mas prática diária incorporada a todos os processos de trabalho.

O sucesso da política dependerá do engajamento de todos os profissionais. Cada um tem papel fundamental na construção de ambiente acolhedor e respeitoso. A coordenação fornecerá ferramentas, treinamento e apoio. Mas a implementação concreta acontecerá no cotidiano, em cada atendimento realizado.

A política será dinâmica, não estática. Será revisada e ajustada conforme necessidades identificadas. O monitoramento contínuo permitirá correções de rumo. A participação dos usuários através da ouvidoria e do comitê garantirá que perspectiva externa seja sempre considerada.

O objetivo final é garantir que cada pessoa que busca atendimento na UPA de Colina seja tratada com dignidade, respeito e atenção. Que sinta que seus problemas são levados a sério. Que compreenda seu quadro clínico e as condutas adotadas. Que saia da unidade, mesmo quando notícia não for boa, sentindo que foi bem cuidada.

A humanização beneficiará também os profissionais. Trabalhar em ambiente organizado, com processos claros, apoio institucional e reconhecimento gera satisfação profissional. Profissionais satisfeitos prestam melhor atendimento. Isso cria ciclo virtuoso que fortalece qualidade assistencial.

A SOLUTION GESTÃO PÚBLICA reconhece que gestão de saúde pública exige equilíbrio entre eficiência técnica e respeito humano. A UPA de Colina operará com esse equilíbrio, demonstrando que urgência e acolhimento não são incompatíveis. São complementares. Juntos, constroem serviço de saúde de qualidade que honra princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade, sempre com humanidade.

MANUAL DE HUMANIZAÇÃO - UPA COLINA/SP

1. APRESENTAÇÃO

Este manual orienta as equipes da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP sobre as práticas de humanização no atendimento. O objetivo é estabelecer rotinas claras que garantam respeito, acolhimento e comunicação efetiva com os usuários.

2. PRINCÍPIOS BÁSICOS

Respeito: Todos os usuários serão tratados com dignidade, independentemente de condição social, raça, gênero ou religião.

Acolhimento: O usuário será recebido desde a chegada, com escuta atenta e orientação adequada sobre o fluxo de atendimento.

Comunicação: Informações serão passadas de forma clara, em linguagem acessível, respeitando o direito do usuário de compreender seu quadro clínico.

3. ROTINAS POR SETOR

Recepção:

- Recepcionar o usuário com cordialidade
- Coletar dados de forma organizada
- Explicar o fluxo de atendimento e tempo estimado de espera
- Manter postura respeitosa mesmo em momentos de alta demanda

Classificação de Risco:

- Realizar escuta qualificada dos sintomas
- Explicar a cor da classificação e o que ela significa
- Informar sobre o tempo de espera previsto
- Priorizar casos graves imediatamente
- Comunicar mudanças de prioridade aos demais usuários quando necessário

Consultórios Médicos:

- Chamar o paciente pelo nome
- Explicar os procedimentos que serão realizados
- Usar linguagem simples ao falar sobre diagnósticos
- Dar espaço para dúvidas
- Informar sobre condutas, exames e medicações prescritas

Enfermagem:

- Apresentar-se ao paciente antes de realizar procedimentos
- Explicar cada etapa (coleta de sangue, administração de medicação, etc.)
- Manter privacidade durante os procedimentos
- Atualizar o paciente e acompanhante sobre o andamento do atendimento

4. COMUNICAÇÃO COM ACOMPANHANTES

Os acompanhantes serão mantidos informados sobre o estado do paciente sempre que possível. Em casos de atendimento prolongado, a equipe fará atualizações periódicas. Quando houver necessidade de transferência hospitalar ou internação, a família será comunicada com clareza sobre os motivos e próximos passos.

5. SITUAÇÕES ESPECIAIS

Idosos: Terão atenção especial quanto à mobilidade e compreensão das orientações. A equipe auxiliará sempre que necessário.

Gestantes: Receberão acolhimento diferenciado, com priorização quando cabível conforme protocolo.

Pessoas com deficiência: A unidade garantirá acessibilidade e comunicação adequada conforme a necessidade de cada usuário.

Crianças: O atendimento pediátrico será realizado com atenção aos responsáveis, explicando procedimentos de forma clara e tranquilizadora.

6. MANEJO DE CONFLITOS

Em situações de conflito ou insatisfação do usuário, a equipe deverá:

- Manter a calma e postura respeitosa
- Ouvir a queixa sem interrupções
- Buscar resolver a situação dentro das possibilidades
- Acionar a supervisão quando necessário
- Orientar sobre a ouvidoria caso o problema não seja resolvido

7. DIREITOS DO USUÁRIO

Todo usuário tem direito a:

- Atendimento digno e respeitoso
- Informação clara sobre seu estado de saúde
- Privacidade durante consultas e procedimentos
- Acompanhante nos termos da legislação
- Manifestar insatisfação através da ouvidoria

8. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Todos os profissionais da UPA são responsáveis pela humanização do atendimento. Isso inclui desde a equipe administrativa até médicos e enfermeiros. A supervisão acompanhará as práticas e orientará correções sempre que necessário.

9. INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO

Serão monitorados mensalmente:

- Índice de satisfação do usuário
- Número de queixas registradas na ouvidoria
- Tempo médio de espera por classificação de risco
- Percentual de usuários que receberam orientações adequadas

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este manual será revisado periodicamente conforme necessidades identificadas no cotidiano da unidade. Sugestões das equipes serão bem-vindas e analisadas pela coordenação. O objetivo é manter as práticas de humanização sempre alinhadas à realidade operacional da UPA de Colina/SP.

7.2 Atendimento

7.2.1 Instrumento de pesquisa

Introdução Geral

A avaliação sistemática da satisfação do usuário constitui elemento estruturante da gestão contemporânea dos serviços públicos de saúde, especialmente em unidades de urgência e emergência, caracterizadas por alta complexidade assistencial, fluxo contínuo de pacientes, diversidade de perfis clínicos e elevada expectativa social quanto à resolutividade, humanização e segurança do cuidado. No contexto da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, sob gestão da Solution Gestão Pública, a implementação de um Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário não se configura como ação isolada ou meramente formal, mas como componente estratégico de um sistema integrado de monitoramento da qualidade, da experiência do usuário e da efetividade dos processos assistenciais.

A literatura científica e as diretrizes nacionais e internacionais de qualidade em saúde apontam que a percepção do usuário constitui dimensão complementar e indispensável às avaliações baseadas exclusivamente em indicadores técnico-assistenciais. Enquanto estes mensuram desempenho clínico, produtividade e conformidade normativa, a pesquisa de satisfação captura aspectos subjetivos, relacionais e vivenciais do cuidado, frequentemente invisíveis aos sistemas tradicionais de informação, mas determinantes para a adesão ao tratamento, confiança institucional, uso adequado dos serviços e legitimidade social do sistema de saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a escuta qualificada do usuário é princípio ético, político e organizacional, alinhado às diretrizes da humanização, do controle social e da gestão participativa. Assim, o Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário proposto pela Solution Gestão Pública para a UPA de Colina/SP integra-se de forma orgânica às políticas públicas de saúde, às exigências do edital de chamamento público, ao Termo de Referência e às boas práticas de governança assistencial.

7.2.1.1 Finalidade do Instrumento de Pesquisa

A finalidade primordial do Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário é avaliar, de forma sistemática, contínua e padronizada, a percepção dos usuários e acompanhantes quanto à qualidade do atendimento prestado na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP. Trata-se de ferramenta estruturada para captar impressões, sentimentos, expectativas atendidas ou não atendidas, bem como experiências vivenciadas ao longo do percurso assistencial.

Do ponto de vista conceitual, a satisfação do usuário é entendida como resultado da comparação entre expectativas prévias e a experiência efetivamente vivida durante o atendimento. Em serviços de urgência e emergência, essas expectativas são influenciadas por fatores como gravidade percebida do quadro clínico, tempo de espera, clareza das informações recebidas, postura das equipes, condições ambientais e desfecho assistencial. O instrumento de pesquisa, ao sistematizar essas percepções, permite à gestão compreender como os processos assistenciais são experienciados na prática cotidiana.

No modelo de gestão adotado pela Solution Gestão Pública, a pesquisa de satisfação possui finalidades múltiplas e integradas:

- Avaliação da qualidade percebida: identificar o grau de satisfação dos usuários em relação aos diferentes componentes do atendimento, complementando indicadores objetivos de desempenho.
- Identificação de fragilidades e oportunidades de melhoria: mapear pontos críticos recorrentes, gargalos operacionais, falhas de comunicação ou aspectos ambientais que impactam negativamente a experiência do usuário.
- Subsídio à tomada de decisão gerencial: fornecer informações qualificadas para o planejamento de ações corretivas, ajustes de fluxos, revisão de protocolos e definição de prioridades de intervenção.
- Fortalecimento da humanização do cuidado: incorporar a perspectiva do usuário como elemento central na organização do serviço, promovendo respeito, acolhimento e dignidade.
- Aprimoramento contínuo da qualidade assistencial: integrar os resultados da pesquisa aos ciclos de melhoria contínua, monitorando a efetividade das ações implementadas.
- Transparência e prestação de contas: demonstrar à Administração Pública e à sociedade o compromisso institucional com a escuta ativa e a melhoria da qualidade dos serviços.

Assim, a pesquisa de satisfação não se limita à aferição pontual de contentamento, mas se consolida como instrumento estratégico de governança

clínica e administrativa, alinhado ao sistema de monitoramento da qualidade da unidade.

7.2.1.2 Abrangência da Pesquisa

A abrangência do Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário foi definida de forma a contemplar, de maneira integral, as principais etapas e dimensões da experiência do usuário na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP. Considerando a complexidade e a dinamicidade do atendimento em urgência e emergência, a pesquisa abrange tanto aspectos assistenciais quanto relacionais, comunicacionais e estruturais.

Serão contemplados como público-alvo da pesquisa:

Usuários atendidos na unidade, independentemente da classificação de risco, desde que apresentem condições clínicas e cognitivas para responder ao instrumento.

Acompanhantes, quando pertinentes, especialmente nos casos de pacientes pediátricos, idosos, pessoas com deficiência, usuários em sofrimento intenso ou com limitações de comunicação.

As dimensões avaliadas incluem:

Acolhimento e Classificação de Risco

- Clareza das orientações iniciais
- Cordialidade e postura da equipe
- Sensação de escuta e atenção às queixas
- Percepção de justiça e adequação da classificação de risco

Atendimento Assistencial

- Qualidade do atendimento médico e de enfermagem
- Sensação de segurança durante os procedimentos
- Atenção às necessidades individuais
- Respeito à privacidade e à dignidade

Comunicação com as Equipes

- Clareza das informações sobre o estado de saúde
- Explicações sobre exames, procedimentos e condutas
- Facilidade de tirar dúvidas

- Coerência das informações fornecidas pelas diferentes equipes

Tempo de Espera Percebido

- Percepção do tempo de espera em relação à gravidade
- Comunicação sobre eventuais atrasos
- Conforto durante o período de espera

Orientações Recebidas

- Orientações para cuidados pós-atendimento
- Clareza das informações de alta ou encaminhamento
- Compreensão das recomendações clínicas

Condições do Ambiente

- Limpeza e organização
- Conforto térmico e acústico
- Sinalização e acessibilidade
- Condições das salas de espera e atendimento

Tratamento Respeitoso e Digno

- Postura ética e humanizada das equipes
- Ausência de discriminação ou constrangimento
- Respeito às diferenças culturais, sociais e individuais

Essa abrangência assegura uma avaliação global da experiência do usuário, permitindo compreender como os diferentes componentes do serviço se articulam na percepção final do atendimento recebido.

7.2.1.3 Estrutura do Instrumento de Pesquisa

O Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário será estruturado de modo a equilibrar rigor metodológico, simplicidade operacional e acessibilidade ao perfil sociocultural dos usuários atendidos pela UPA de Colina/SP. A estrutura adotada busca maximizar a taxa de resposta, reduzir vieses de interpretação e garantir a confiabilidade das informações coletadas.

A pesquisa será composta por três blocos principais:

a) Questões Objetivas com Escalas de Avaliação

Serão utilizadas escalas do tipo Likert, com variações de 4 ou 5 pontos, permitindo ao usuário expressar seu grau de satisfação de forma graduada. Exemplos de escalas incluem:

- Muito satisfeito / Satisfeito / Indiferente / Insatisfeito / Muito insatisfeito
- Excelente / Bom / Regular / Ruim

Essas escalas facilitam a análise quantitativa, possibilitando comparações temporais e identificação de tendências.

b) Questões Fechadas de Fácil Compreensão

Questões dicotômicas ou de múltipla escolha poderão ser utilizadas para aspectos específicos, como:

- Recebeu orientações claras na alta? (Sim/Não)
- Conseguiu compreender as informações fornecidas? (Sim/Parcialmente/Não)
- Essas questões complementam as escalas e permitem análises objetivas de conformidade.

c) Campo para Manifestação Espontânea

Será disponibilizado campo aberto para que o usuário ou acompanhante possa registrar comentários, sugestões, elogios ou críticas. Esse espaço é fundamental para captar percepções não previstas nas questões estruturadas, enriquecendo a análise qualitativa.

A linguagem utilizada no instrumento será clara, objetiva, sem jargões técnicos, respeitando o nível médio de escolaridade da população usuária, conforme diagnóstico socioassistencial do território.

7.2.1.4 Forma de Aplicação

A forma de aplicação do Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário foi concebida de modo a assegurar equilíbrio entre rigor metodológico, viabilidade operacional e respeito à dinâmica assistencial própria de uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal com funcionamento ininterrupto. A Solution Gestão Pública adota como princípio fundamental que a aplicação da pesquisa jamais deve interferir negativamente no fluxo assistencial, na segurança do paciente ou na autonomia do usuário.

7.2.1.4.1 Modalidades de aplicação

O instrumento poderá ser aplicado por diferentes modalidades, de acordo com a organização operacional da unidade, disponibilidade de recursos e perfil do usuário atendido, podendo coexistir de forma complementar:

Aplicação presencial assistida: realizada por profissional designado, capacitado para a abordagem ética e respeitosa, que apresenta o instrumento ao usuário ou acompanhante, esclarece dúvidas e, quando necessário, auxilia no preenchimento, sem induzir respostas.

Aplicação eletrônica: por meio de dispositivos digitais (tablets, totens ou QR Code), permitindo que o usuário responda de forma autônoma, em interface simples e intuitiva.

Aplicação mista: combinação das modalidades acima, ampliando o alcance da pesquisa e favorecendo maior taxa de participação.

A escolha da modalidade será definida pela coordenação da unidade, considerando aspectos como fluxo diário de atendimentos, perfil sociodemográfico da população usuária, infraestrutura tecnológica disponível e estratégias de humanização.

7.2.1.4.2 Momento da aplicação

A pesquisa será aplicada em momento oportuno, preferencialmente após a conclusão do atendimento assistencial, incluindo alta médica, encaminhamento ou finalização do período de observação, respeitando-se as seguintes diretrizes:

- O usuário deverá estar clinicamente estável;
- O momento não poderá coincidir com procedimentos assistenciais;
- Deve-se evitar períodos de dor intensa, sofrimento emocional agudo ou instabilidade clínica;
- A aplicação deve ocorrer em ambiente que assegure privacidade e tranquilidade.

Nos casos em que o usuário não apresente condições clínicas ou cognitivas para responder, a pesquisa poderá ser direcionada ao acompanhante, quando existente, desde que este tenha acompanhado efetivamente o atendimento.

7.2.1.4.3 Caráter voluntário da participação

A participação na pesquisa será estritamente voluntária, sendo vedada qualquer forma de indução, constrangimento ou vinculação da resposta a benefícios assistenciais. O usuário será informado, de maneira clara e objetiva, sobre:

- A finalidade da pesquisa;
- O caráter voluntário da participação;
- A inexistência de qualquer prejuízo em caso de recusa;
- O uso exclusivo das informações para melhoria da qualidade do serviço.

Essa abordagem fortalece a confiabilidade das respostas e reafirma o compromisso institucional com a ética e o respeito ao usuário.

7.2.1.5 Garantia de Anonimato e Ética

A garantia de anonimato e o respeito aos princípios éticos constituem pilares estruturantes do Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário adotado pela Solution Gestão Pública. Em consonância com as diretrizes do SUS, com a legislação vigente e com os princípios da dignidade da pessoa humana, a pesquisa será conduzida de forma a assegurar total proteção à identidade dos respondentes.

7.2.1.5.1 Anonimato dos respondentes

O instrumento não conterá campos que permitam a identificação nominal do usuário ou acompanhante, tais como nome, número de documento, prontuário ou qualquer outro dado pessoal sensível. Eventuais informações de contexto (ex.: turno do atendimento, setor, classificação de risco) serão coletadas de forma agregada e não identificável.

Essa diretriz visa:

- Garantir liberdade de expressão do usuário;
- Reduzir vieses de resposta por receio de retaliação;
- Aumentar a fidedignidade das informações coletadas;
- Assegurar conformidade com os princípios de proteção de dados.

7.2.1.5.2 Sigilo e uso responsável das informações

Os dados coletados serão armazenados de forma segura, com acesso restrito à equipe gestora e aos profissionais autorizados para análise da qualidade. As informações serão utilizadas exclusivamente para fins de:

- Avaliação da qualidade do atendimento;
- Planejamento de ações de melhoria;
- Monitoramento de indicadores assistenciais e de humanização;

- Prestação de contas à Administração Pública, em formato consolidado e não identificável.
- É vedado o uso dos dados para qualquer finalidade punitiva, discriminatória ou alheia aos objetivos de melhoria contínua da qualidade.

7.2.1.5.3 Conformidade ética e institucional

A aplicação da pesquisa observará os princípios éticos da atenção à saúde, incluindo respeito, autonomia, beneficência e não maleficência. A equipe envolvida será orientada e capacitada quanto à abordagem ética do usuário, assegurando postura profissional, acolhedora e transparente.

7.2.1.6 Consolidação e Análise dos Resultados

A consolidação e a análise sistemática dos resultados da Pesquisa de Satisfação do Usuário constituem etapa fundamental para transformar dados coletados em informação gerencial qualificada, capaz de subsidiar decisões estratégicas e operacionais na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP.

7.2.1.6.1 Consolidação periódica dos dados

Os dados obtidos serão consolidados periodicamente, em intervalos definidos pela gestão da unidade, podendo ocorrer de forma:

- Mensal, para monitoramento contínuo;
- Trimestral, para análise de tendências;
- Anual, para avaliação global do desempenho.

A consolidação permitirá a organização dos dados por dimensão avaliada, turno de atendimento, período de referência e outros recortes gerenciais relevantes.

7.2.1.6.2 Metodologia de análise

A análise dos resultados compreenderá:

- Tratamento estatístico descritivo das respostas objetivas;
- Cálculo de índices de satisfação por dimensão avaliada;
- Identificação de padrões recorrentes de insatisfação ou excelência;
- Análise qualitativa dos campos de manifestação espontânea.

Os resultados serão comparados ao longo do tempo, permitindo avaliar a evolução da percepção do usuário e o impacto das ações de melhoria implementadas.

7.2.1.7 Utilização dos Resultados para Melhoria do Atendimento

Os resultados da Pesquisa de Satisfação do Usuário serão utilizados de forma ativa e estruturada pela Solution Gestão Pública, garantindo que a escuta do usuário se traduza em ações concretas de melhoria do atendimento.

As informações obtidas subsidiarão:

- Planejamento de ações corretivas e preventivas;
- Ajustes nos fluxos assistenciais e administrativos;
- Revisão de protocolos e rotinas;
- Capacitação e educação permanente das equipes;
- Fortalecimento das práticas de humanização.

Essa sistemática assegura que a pesquisa não se configure como instrumento meramente formal, mas como mecanismo efetivo de aprimoramento da qualidade assistencial.

7.2.1.8 Integração com a Gestão da Qualidade

O Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário estará plenamente integrado ao sistema de gestão da qualidade da unidade, compondo, juntamente com indicadores assistenciais, operacionais e de segurança do paciente, o conjunto de ferramentas de monitoramento institucional.

Os resultados da pesquisa dialogarão com:

- Indicadores de desempenho assistencial;
- Atuação das comissões internas obrigatórias;
- Programas de humanização;
- Ciclos de melhoria contínua.
- Essa integração garante alinhamento entre a percepção do usuário e os processos formais de gestão e avaliação da unidade.

7.2.1.9 Monitoramento e Avaliação Contínua

A aplicação do Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário será permanentemente monitorada quanto à sua efetividade, abrangendo:

- Periodicidade da aplicação;

- Taxa de participação dos usuários;
- Qualidade e consistência das informações coletadas;
- Impacto das ações implementadas a partir dos resultados.

O próprio instrumento será objeto de avaliação periódica, podendo ser ajustado ou aprimorado conforme a maturidade da gestão, mudanças no perfil assistencial ou necessidades identificadas, assegurando sua permanente adequação à realidade da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP.

7.2.1.10 Metodologia de Validação, Confiabilidade e Robustez do Instrumento

A Solution Gestão Pública adota metodologia estruturada para assegurar que o Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário apresente validade, confiabilidade e consistência ao longo do tempo, evitando vieses de interpretação e garantindo que os resultados reflitam de forma fidedigna a experiência do usuário na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP.

7.2.1.10.1 Validação conceitual e operacional

A validação do instrumento ocorre em duas dimensões complementares:

Validação conceitual, assegurando que as dimensões avaliadas (acolhimento, atendimento assistencial, comunicação, tempo de espera, orientações, ambiente e tratamento digno) estejam alinhadas às diretrizes do SUS, à Política Nacional de Humanização e às boas práticas de gestão da qualidade em serviços de urgência e emergência;

Validação operacional, garantindo que as perguntas sejam compreensíveis, objetivas e aplicáveis à realidade do atendimento, independentemente do perfil sociodemográfico do usuário.

Antes da aplicação em larga escala, o instrumento poderá ser submetido a aplicação piloto, com amostragem reduzida, permitindo ajustes de linguagem, ordem das perguntas e formato de resposta, sempre que necessário.

7.2.1.10.2 Confiabilidade e padronização

A confiabilidade do instrumento será assegurada por meio de:

- Padronização do roteiro de aplicação;
- Capacitação dos profissionais envolvidos;
- Utilização de escalas consistentes ao longo do tempo;

- Monitoramento de respostas inconsistentes ou incompletas.

Essas medidas reduzem variações decorrentes do aplicador ou do contexto imediato, fortalecendo a comparabilidade dos resultados entre períodos distintos.

7.2.1.11 Indicadores Derivados da Pesquisa de Satisfação

Os dados coletados por meio da Pesquisa de Satisfação do Usuário serão convertidos em indicadores gerenciais objetivos, integrando o painel de monitoramento da unidade. Entre os principais indicadores derivados, destacam-se:

- Índice Global de Satisfação do Usuário (IGSU): média ponderada das dimensões avaliadas;
- Índice de Satisfação com o Acolhimento;
- Índice de Satisfação com o Atendimento Assistencial;
- Índice de Clareza da Comunicação;
- Índice de Satisfação com o Ambiente;
- Percentual de usuários que recomendariam o serviço.
- Esses indicadores permitirão:
 - Acompanhamento contínuo da qualidade percebida;
 - Comparação entre períodos;
 - Identificação de áreas críticas;
 - Avaliação do impacto das ações de melhoria.

7.2.1.12 Vínculo com Metas Contratuais e Avaliação de Desempenho

A Pesquisa de Satisfação do Usuário estará diretamente vinculada ao sistema de metas e avaliação de desempenho pactuado no Contrato de Gestão, reforçando o modelo de gestão por resultados adotado pela Solution Gestão Pública.

Os indicadores derivados da pesquisa poderão compor:

- Metas qualitativas de humanização;
- Critérios de avaliação do desempenho assistencial;
- Subsídios para relatórios periódicos de prestação de contas;

- Elementos de análise pela Comissão Técnica de Avaliação.

Esse vínculo assegura que a percepção do usuário seja incorporada de forma objetiva aos mecanismos formais de governança e controle.

7.2.1.13 Integração com Educação Permanente e Desenvolvimento das Equipes

Os resultados da pesquisa subsidiarão diretamente o planejamento das ações de Educação Permanente, permitindo que capacitações sejam direcionadas às necessidades reais identificadas pelos usuários.

As informações coletadas poderão orientar:

- Treinamentos em comunicação e acolhimento;
- Sensibilização das equipes para práticas humanizadas;
- Revisão de condutas relacionais e organizacionais;
- Fortalecimento da cultura de escuta e melhoria contínua.

Essa integração reforça o caráter pedagógico da pesquisa, transformando a avaliação em ferramenta de desenvolvimento institucional.

7.2.1.14 Transparência, Prestação de Contas e Comunicação Institucional

Os resultados consolidados da Pesquisa de Satisfação do Usuário poderão ser apresentados de forma agregada em relatórios gerenciais, reuniões internas e instrumentos de prestação de contas à Administração Pública Municipal, assegurando transparência e rastreabilidade das ações de melhoria.

Sempre que pertinente, poderão ser divulgados indicadores globais de satisfação em linguagem acessível, reforçando a confiança da população no serviço prestado e o compromisso institucional com a qualidade.

7.2.1.15 Fechamento Técnico do Capítulo

A implantação do Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário, conforme proposto neste Plano de Trabalho, consolida-se como elemento estratégico da gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, permitindo à Solution Gestão Pública alinhar desempenho assistencial, humanização do cuidado e governança por resultados.

Ao estruturar a escuta do usuário de forma ética, sistemática e integrada aos processos de gestão da qualidade, a organização assegura que a

experiência do usuário seja considerada insumo legítimo para a tomada de decisão, o planejamento de ações corretivas e o aprimoramento contínuo do atendimento.

Dessa forma, o instrumento transcende a função avaliativa pontual, assumindo papel central na construção de um serviço público de saúde mais resolutivo, humano, transparente e orientado às necessidades reais da população, em plena conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, com o Termo de Referência e com os critérios técnicos estabelecidos no edital de chamamento público.

7.2.1.1 Modelo de instrumento de pesquisa

1. PERFIL DO ATENDIMENTO *(marcação pelo aplicador ou sistema)*

1.1 Turno do atendimento:

☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐ Madrugada

1.2 Tipo de respondente:

☐ Usuário ☐ Acompanhante

1.3 Classificação de risco *(quando disponível)*:

☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

2. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

2.1 Como você avalia o **acolhimento inicial** (recepção e triagem)?

- ☐ Muito satisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Regular
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Muito insatisfeito

2.2 As informações iniciais sobre o atendimento foram claras?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

2.3 Você se sentiu ouvido(a) e respeitado(a) durante a triagem?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

3. ATENDIMENTO ASSISTENCIAL

3.1 Como você avalia o **atendimento da equipe de enfermagem**?

- ☐ Excelente
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim

3.2 Como você avalia o **atendimento médico**?

- ☐ Excelente
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim

3.3 Você se sentiu seguro(a) durante o atendimento?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

3.4 Sua privacidade foi respeitada durante o atendimento?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

4. COMUNICAÇÃO COM AS EQUIPES

4.1 As explicações sobre seu estado de saúde foram claras?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

4.2 Você conseguiu tirar suas dúvidas com a equipe?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

4.3 As informações dadas pelas equipes foram coerentes entre si?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

5. TEMPO DE ESPERA (PERCEPÇÃO DO USUÁRIO)

5.1 Como você avalia o **tempo de espera**, considerando seu problema de saúde?

- ☐ Adequado
- ☐ Aceitável

- ☐ Longo
- ☐ Muito longo

5.2 Você recebeu informações sobre o tempo de espera?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

6.1 Você recebeu orientações claras ao final do atendimento (alta ou encaminhamento)?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

6.2 Você compreendeu as orientações recebidas?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

7. CONDIÇÕES DO AMBIENTE

7.1 Como você avalia a **limpeza da unidade**?

- ☐ Excelente
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Ruim

7.2 Como você avalia o **conforto das áreas de espera e atendimento**?

- ☐ Excelente
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim

7.3 A sinalização da unidade é clara e facilita a circulação?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

8. TRATAMENTO RESPEITOSO E DIGNO

8.1 Você foi tratado(a) com respeito e educação por toda a equipe?

- ☐ Sim

- ☐ Parcialmente
☐ Não

8.2 Você se sentiu acolhido(a) durante o atendimento?

- ☐ Sim
☐ Parcialmente
☐ Não

9. AVALIAÇÃO GERAL

9.1 De forma geral, como você avalia o atendimento recebido nesta unidade?

- ☐ Excelente
☐ Bom
☐ Regular
☐ Ruim

9.2 Você recomendaria esta unidade a outra pessoa?

- ☐ Sim
☐ Talvez
☐ Não

10. MANIFESTAÇÃO ESPONTÂNEA (opcional)

10.1 Caso queira, deixe abaixo sua sugestão, elogio ou crítica:

7.2.2 Frequência

Introdução Geral

A definição da frequência de aplicação do instrumento de pesquisa de satisfação do usuário constitui elemento central para a efetividade do sistema de avaliação da qualidade assistencial na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP. Em serviços de urgência e emergência, caracterizados por funcionamento ininterrupto, elevada rotatividade de usuários, diversidade de quadros clínicos e variações significativas de demanda ao longo do tempo, a periodicidade inadequada da pesquisa pode comprometer a representatividade dos dados, gerar vieses de interpretação e limitar a capacidade gerencial de resposta.

No modelo de gestão adotado pela Solution Gestão Pública, a frequência de aplicação da pesquisa de satisfação não é tratada como aspecto meramente operacional, mas como variável estratégica de governança, diretamente relacionada à qualidade da informação produzida, à tempestividade da tomada de decisão e à consolidação de uma cultura institucional de avaliação contínua.

Assim, a definição da frequência articula fundamentos científicos, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), exigências do edital e do Termo de Referência, bem como a realidade operacional da UPA de Colina/SP.

Este capítulo apresenta, de forma aprofundada, técnica e exequível, os critérios, fundamentos e estratégias adotados para a definição da frequência de aplicação, consolidação, análise e uso dos dados provenientes da pesquisa de satisfação do usuário, assegurando aderência plena ao item 7.2.2 do Plano de Trabalho.

7.2.2.1 Finalidade da Definição de Frequência

A definição da frequência de aplicação do instrumento de pesquisa de satisfação tem por finalidade assegurar a coleta contínua, representativa e sistemática da percepção dos usuários e acompanhantes quanto ao atendimento prestado na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP. Trata-se de mecanismo essencial para viabilizar o monitoramento permanente da qualidade assistencial, permitindo identificar variações, tendências e padrões de satisfação ou insatisfação ao longo do tempo.

Do ponto de vista gerencial, a frequência adequada da pesquisa possibilita:

- Monitorar de forma contínua a experiência do usuário;
- Detectar precocemente sinais de deterioração da qualidade percebida;
- Avaliar o impacto de mudanças organizacionais, operacionais ou assistenciais;
- Subsidiar a implementação tempestiva de ações corretivas e preventivas;
- Evitar decisões baseadas em percepções pontuais ou amostras não representativas.

Em serviços de urgência e emergência, a satisfação do usuário pode sofrer influência de fatores conjunturais, como aumento súbito da demanda, períodos sazonais, eventos epidemiológicos, alterações no fluxo assistencial ou mudanças na composição das equipes. A definição de uma frequência contínua e sistematizada permite capturar essas variações, transformando-as em informação gerencial qualificada.

Sob a perspectiva científica, estudos na área de avaliação em saúde indicam que pesquisas de satisfação aplicadas de forma esporádica tendem a superestimar ou subestimar a percepção do usuário, uma vez que refletem circunstâncias específicas e não o desempenho médio do serviço. A adoção de

frequência contínua reduz vieses temporais e amplia a confiabilidade dos resultados.

No contexto do SUS, a escuta permanente do usuário está alinhada aos princípios da participação social, da humanização do cuidado e da gestão orientada para resultados. Assim, a finalidade da definição de frequência transcende o cumprimento formal de exigência editalícia, configurando-se como instrumento estruturante da política de qualidade da unidade.

7.2.2.2 Periodicidade de Aplicação

A Solution Gestão Pública adotará a aplicação contínua do instrumento de pesquisa de satisfação do usuário ao longo de todo o período de funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, respeitando a dinâmica assistencial, a capacidade operacional da unidade e o perfil da população atendida.

7.2.2.2.1 Aplicação contínua

A aplicação contínua consiste na disponibilização permanente do instrumento de pesquisa aos usuários e acompanhantes, permitindo que as respostas sejam coletadas de forma distribuída ao longo dos dias, turnos e tipos de atendimento. Essa estratégia assegura que a pesquisa reflita a diversidade de experiências vivenciadas na unidade, reduzindo a concentração de respostas em períodos específicos.

A aplicação contínua não implica que todos os usuários sejam obrigatoriamente abordados, mas que exista oportunidade sistemática e regular de participação, conforme critérios de amostragem definidos pela gestão.

7.2.2.2.2 Vantagens da aplicação contínua

Entre as principais vantagens da aplicação contínua, destacam-se:

- Maior representatividade da amostra;
- Redução de vieses sazonais ou circunstanciais;
- Captação de variações ao longo do tempo;
- Maior sensibilidade para identificação de problemas emergentes;
- Possibilidade de análise comparativa entre períodos.

Essa abordagem é especialmente adequada para unidades de urgência e emergência, onde a variabilidade da demanda é inerente ao serviço.

7.2.2.3 Consolidação e Análise dos Dados

Embora a aplicação do instrumento ocorra de forma contínua, a consolidação e a análise dos dados seguirão periodicidade definida, de modo a equilibrar profundidade analítica e agilidade gerencial.

7.2.2.3.1 Consolidação mensal

Os dados coletados serão consolidados mensalmente, permitindo leitura gerencial estruturada e tempestiva. A consolidação mensal possibilita:

- Avaliação do desempenho recente da unidade;
- Identificação de tendências de curto prazo;
- Correlação com eventos operacionais ou assistenciais ocorridos no período;
- Planejamento rápido de ações corretivas.

A escolha da periodicidade mensal está alinhada às práticas de gestão em saúde e aos ciclos de monitoramento adotados em contratos de gestão com Organizações Sociais.

7.2.2.3.2 Análise sistemática e comparativa

A análise dos dados envolverá:

- Tratamento estatístico descritivo;
- Cálculo de indicadores de satisfação por dimensão;
- Comparação entre meses consecutivos;
- Identificação de padrões recorrentes de satisfação ou insatisfação.

Essa análise permitirá acompanhar a evolução da qualidade do atendimento ao longo do tempo, subsidiando decisões baseadas em evidências.

7.2.2.4 Amostragem e Representatividade

A estratégia de frequência da pesquisa será complementada por critérios de amostragem que assegurem representatividade dos dados coletados. Considerando a impossibilidade operacional de abordar todos os usuários, a Solution Gestão Pública adotará abordagem amostral planejada.

7.2.2.4.1 Critérios de representatividade

A amostragem buscará contemplar:

- Diferentes dias da semana (dias úteis, finais de semana e feriados);
- Diferentes turnos de atendimento (manhã, tarde, noite e madrugada);

- Diversos perfis de usuários (adultos, idosos, pediátricos por meio de acompanhantes);
- Variedade de classificações de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul).
- Essa distribuição assegura visão ampla e fidedigna da experiência do usuário na unidade.

7.2.2.4.2 Monitoramento da amostragem

A gestão da unidade monitorará periodicamente a composição da amostra, ajustando estratégias de aplicação sempre que identificados desequilíbrios, como concentração excessiva de respostas em determinado turno ou perfil de usuário.

7.2.2.5 Ajustes na Frequência Conforme Necessidade

A frequência de aplicação e análise do instrumento de pesquisa não será estática, podendo ser ajustada conforme a realidade operacional e as necessidades gerenciais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP.

Entre os fatores que podem motivar ajustes, destacam-se:

- Aumento ou redução significativa do volume de atendimentos;
- Identificação de situações críticas ou recorrentes de insatisfação;
- Necessidade de aprofundamento em dimensões específicas do atendimento;
- Demandas da Secretaria Municipal de Saúde ou do órgão gestor.

Essa flexibilidade assegura aderência à realidade operacional da unidade e fortalece a efetividade do instrumento como ferramenta de gestão.

7.2.2.6 Divulgação e Uso dos Resultados

Os resultados consolidados da pesquisa de satisfação, respeitando o anonimato dos respondentes, serão divulgados de forma estruturada e responsável.

7.2.2.6.1 Compartilhamento interno

Os dados e análises serão compartilhados com:

- Direção da unidade;

- Coordenações assistenciais e administrativas;
- Equipes multiprofissionais, em momentos apropriados.

O compartilhamento interno promove transparência, corresponsabilização e engajamento das equipes na melhoria da qualidade.

7.2.2.6.2 Subsídio às ações de melhoria

Os resultados serão utilizados como base para:

- Planejamento de ações corretivas;
- Revisão de fluxos e processos;
- Capacitação das equipes;
- Monitoramento dos indicadores de qualidade.

7.2.2.7 Integração com o Sistema de Qualidade

A definição da frequência do instrumento de pesquisa estará plenamente integrada ao sistema de qualidade da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP.

Essa integração ocorrerá por meio de:

- Articulação com os indicadores assistenciais e operacionais;
- Alinhamento com a política de humanização;
- Vinculação aos processos de avaliação de desempenho;
- Inserção nos ciclos de melhoria contínua.

A frequência definida consolida a cultura de avaliação contínua, assegurando que a percepção do usuário seja incorporada de forma sistemática à gestão da unidade.

7.2.2.8 Fundamentação Científica da Frequência em Serviços de Urgência e Emergência

A definição da frequência de aplicação de pesquisas de satisfação em serviços de urgência e emergência encontra respaldo consistente na literatura científica da área de avaliação em saúde, qualidade assistencial e experiência do paciente. Estudos nacionais e internacionais demonstram que a periodicidade contínua, associada à análise sistemática em ciclos curtos, amplia a sensibilidade do sistema de monitoramento para captar variações reais na experiência do usuário, especialmente em serviços com alta rotatividade e imprevisibilidade de demanda.

Em unidades de pronto atendimento, a satisfação do usuário é influenciada por múltiplos fatores contextuais, tais como tempo de espera relativo à classificação de risco, clareza da comunicação em situações de estresse, resolutividade clínica percebida e condições ambientais. Esses fatores apresentam flutuações significativas ao longo do tempo, o que torna inadequadas metodologias baseadas em pesquisas pontuais ou esporádicas.

A adoção de aplicação contínua, com consolidação mensal, alinha-se aos modelos de avaliação formativa, nos quais o objetivo principal não é a emissão de juízo final, mas o acompanhamento do desempenho ao longo do tempo, permitindo ajustes progressivos e sustentáveis. Essa abordagem é particularmente relevante em serviços públicos de saúde, onde a melhoria contínua depende da capacidade de resposta rápida a sinais precoces de insatisfação.

Do ponto de vista metodológico, a literatura aponta que séries temporais curtas, com coleta regular de dados, apresentam maior poder explicativo do que levantamentos isolados, uma vez que permitem identificar tendências, padrões sazonais e efeitos de intervenções específicas. Assim, a frequência definida neste Plano de Trabalho reflete práticas consagradas de avaliação da qualidade em saúde.

7.2.2.9 Análise Temporal, Tendências e Séries Históricas

A consolidação mensal dos dados de satisfação do usuário permitirá a construção de séries históricas, fundamentais para a análise temporal da qualidade percebida do atendimento. A análise longitudinal possibilita:

Identificação de tendências de melhora ou deterioração da satisfação;

Avaliação do impacto de mudanças organizacionais, como ajustes de fluxo, reforço de equipes ou implantação de novos protocolos;

Correlação entre eventos específicos (ex.: aumento sazonal da demanda, períodos epidêmicos) e variações na percepção do usuário;

Diferenciação entre oscilações pontuais e problemas estruturais.

A Solution Gestão Pública utilizará essas séries históricas como instrumento de apoio à decisão, permitindo que a gestão da unidade atue de forma proativa, antecipando riscos assistenciais e promovendo intervenções baseadas em evidências.

7.2.2.10 Cenários Operacionais de Aplicação da Frequência

A definição da frequência da pesquisa de satisfação considera diferentes cenários operacionais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, assegurando que o instrumento permaneça efetivo em contextos diversos.

7.2.2.10.1 Períodos de demanda regular

Em períodos de funcionamento regular, a aplicação contínua, com consolidação mensal, garante equilíbrio entre representatividade e viabilidade operacional, permitindo acompanhamento estável da qualidade percebida.

7.2.2.10.2 Períodos de pico assistencial

Em situações de aumento expressivo da demanda, como sazonalidade respiratória ou eventos epidemiológicos, a gestão poderá intensificar a aplicação da pesquisa em determinados turnos ou perfis de atendimento, ampliando a sensibilidade do monitoramento.

7.2.2.10.3 Situações críticas ou eventos adversos

Diante da identificação de eventos críticos, reclamações recorrentes ou indicadores assistenciais desfavoráveis, a frequência de análise poderá ser reduzida para ciclos quinzenais ou semanais, sem prejuízo da aplicação contínua, permitindo resposta gerencial mais rápida.

7.2.2.11 Vinculação da Frequência ao Contrato de Gestão e à Avaliação Institucional

A frequência de aplicação e análise da pesquisa de satisfação estará diretamente vinculada aos mecanismos de acompanhamento e avaliação previstos no Contrato de Gestão, reforçando o modelo de governança por resultados.

Os dados consolidados mensalmente integrarão os relatórios gerenciais apresentados à Administração Pública, compondo o conjunto de evidências utilizadas pela Comissão Técnica de Avaliação para análise do desempenho qualitativo da unidade.

Essa vinculação assegura que a percepção do usuário seja considerada de forma contínua e objetiva nos processos formais de avaliação institucional, fortalecendo a transparência e a responsabilização da organização gestora.

7.2.2.12 Papel da Gestão na Sustentação da Frequência

A manutenção da frequência definida exige atuação ativa da gestão da unidade, especialmente no que se refere à organização dos fluxos de aplicação, capacitação das equipes e monitoramento da qualidade dos dados coletados.

A Solution Gestão Pública adotará rotinas de supervisão e acompanhamento, assegurando que a aplicação da pesquisa seja realizada de forma consistente, ética e alinhada às diretrizes estabelecidas neste Plano de Trabalho.

7.2.3 Sistemática de Ações Corretivas a partir da Pesquisa de Satisfação do Usuário

Introdução Geral

A sistemática de ações corretivas constitui etapa essencial para assegurar que os resultados obtidos por meio da Pesquisa de Satisfação do Usuário se traduzam em melhorias concretas e mensuráveis na qualidade do atendimento prestado na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP. No modelo de gestão adotado pela Solution Gestão Pública, a avaliação da satisfação não se encerra na coleta e análise dos dados, mas se consolida como insumo estratégico para a tomada de decisão, o aprimoramento dos processos assistenciais e administrativos e o fortalecimento da cultura de melhoria contínua.

Em serviços de urgência e emergência, onde a dinâmica assistencial é marcada por imprevisibilidade, alta pressão operacional e elevada expectativa social, a ausência de uma sistemática estruturada de ações corretivas compromete a efetividade de qualquer instrumento avaliativo. Assim, a Solution estabelece metodologia clara, objetiva e implantável para transformar evidências oriundas da percepção do usuário em planos de ação, ajustes operacionais e processos educativos, garantindo resposta tempestiva e proporcional às fragilidades identificadas.

Este capítulo descreve de forma aprofundada a sistemática de ações corretivas a ser adotada, em consonância com o edital, o Termo de Referência, o Estudo Técnico Preliminar e as boas práticas de governança em serviços públicos de saúde.

7.2.3.1 Finalidade da Sistemática de Ações Corretivas

A sistemática de ações corretivas tem por finalidade assegurar que os achados provenientes da Pesquisa de Satisfação do Usuário sejam devidamente analisados, priorizados e tratados por meio de intervenções planejadas, evitando a repetição de falhas, reduzindo riscos assistenciais e aprimorando a experiência do usuário na unidade.

Entre os objetivos específicos da sistemática, destacam-se:

- Garantir resposta organizada e tempestiva às fragilidades identificadas;
- Evitar abordagens reativas ou improvisadas frente a problemas recorrentes;
- Priorizar ações com base em criticidade, impacto assistencial e recorrência;
- Promover alinhamento entre gestão, equipes assistenciais e administrativas;
- Fortalecer a cultura institucional de melhoria contínua e responsabilização.

Essa abordagem assegura que a escuta do usuário seja efetivamente incorporada à gestão da unidade, em consonância com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

7.2.3.2 Identificação e Classificação das Não Conformidades

Os resultados consolidados da pesquisa de satisfação serão analisados de forma sistemática pela equipe gestora, permitindo a identificação de não conformidades, fragilidades operacionais ou oportunidades de melhoria.

7.2.3.2.1 Tipificação das não conformidades

As não conformidades identificadas poderão ser classificadas, entre outras formas, em:

- Assistenciais: relacionadas ao atendimento médico, de enfermagem ou multiprofissional;
- Comunicacionais: falhas na clareza das informações, orientações ou acolhimento;
- Operacionais: problemas de fluxo, tempo de espera ou organização do atendimento;
- Estruturais e ambientais: limpeza, conforto, sinalização ou condições físicas;
- Relacionais e de humanização: tratamento inadequado, postura profissional ou falta de acolhimento.

Essa classificação permite abordagem direcionada e definição mais precisa das ações corretivas necessárias.

7.2.3.3 Priorização das Ações Corretivas

Nem todas as fragilidades identificadas possuem o mesmo grau de criticidade ou impacto. Assim, a Solution Gestão Pública adotará critérios objetivos para priorização das ações corretivas, considerando:

- Gravidade do impacto sobre a segurança e a experiência do usuário;
- Frequência de ocorrência da não conformidade;
- Potencial risco assistencial associado;
- Relevância estratégica para a imagem institucional da unidade;
- Viabilidade operacional e recursos disponíveis.

A priorização permitirá direcionar esforços para intervenções com maior potencial de melhoria do atendimento.

7.2.3.4 Planejamento das Ações Corretivas

As ações corretivas priorizadas serão formalizadas em planos de ação estruturados, contendo, no mínimo:

- Descrição da não conformidade identificada;
- Análise de causa (quando aplicável);
- Ação corretiva proposta;
- Responsável pela execução;
- Prazo para implementação;
- Indicadores de acompanhamento.

O planejamento estruturado assegura clareza de responsabilidades, rastreabilidade das ações e monitoramento efetivo dos resultados.

7.2.3.5 Implementação e Acompanhamento

A implementação das ações corretivas será acompanhada pela gestão da unidade, garantindo que as medidas propostas sejam executadas dentro dos prazos estabelecidos e com a qualidade esperada.

O acompanhamento poderá incluir:

- Reuniões de alinhamento com as equipes;
- Ajustes operacionais imediatos;

- Reforço de orientações ou protocolos;
- Ações educativas direcionadas.

7.2.3.6 Avaliação da Efetividade das Ações

Após a implementação das ações corretivas, a efetividade das intervenções será avaliada por meio da análise comparativa dos resultados da pesquisa de satisfação em períodos subsequentes.

A melhoria dos indicadores associados à dimensão tratada será considerada evidência de efetividade, reforçando a importância da sistemática adotada.

7.2.3.7 Integração com Educação Permanente e Gestão da Qualidade

As fragilidades identificadas e as ações corretivas implementadas subsidiarão diretamente o planejamento das atividades de Educação Permanente, permitindo que capacitações sejam orientadas por dados reais da experiência do usuário.

Além disso, a sistemática de ações corretivas estará integrada ao sistema de gestão da qualidade, compondo os ciclos de melhoria contínua adotados pela unidade.

7.2.3 Sistemática das ações corretivas

7.2.3.1 Finalidade da Sistemática de Ações Corretivas

A sistemática de ações corretivas constitui elemento estruturante do modelo de gestão da qualidade assistencial adotado pela **Solution Gestão Pública** para a Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, tendo como finalidade central **transformar os dados obtidos por meio do instrumento de pesquisa de satisfação dos usuários e acompanhantes em ações concretas, planejadas, monitoradas e avaliadas**, capazes de promover o aprimoramento contínuo do atendimento prestado.

Diferentemente de modelos meramente descritivos ou estatísticos, nos quais a pesquisa de satisfação se encerra na coleta e divulgação de resultados, a sistemática ora proposta reconhece a escuta qualificada do usuário como **ferramenta ativa de gestão**, incorporada ao ciclo decisório da unidade, de modo a influenciar diretamente os fluxos assistenciais, as práticas de acolhimento, a comunicação institucional, a organização do trabalho e a qualificação das equipes.

A finalidade desta sistemática está diretamente relacionada à consolidação de uma **gestão orientada por evidências**, na qual a percepção do usuário passa a ser compreendida como indicador sensível de qualidade, humanização e efetividade assistencial. Em ambientes de urgência e emergência, como a UPA Municipal, onde o cuidado se dá sob pressão de tempo, alta rotatividade de pacientes e diversidade de quadros clínicos, a experiência do usuário torna-se um marcador essencial da adequação dos processos de trabalho.

Sob a perspectiva da humanização da atenção à saúde, a sistemática de ações corretivas materializa os princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente os da **integralidade, equidade, participação social e humanização**, ao assegurar que as manifestações dos usuários não sejam apenas registradas, mas efetivamente consideradas na reorganização do cuidado. A escuta ativa deixa de ser simbólica e passa a produzir efeitos práticos na realidade da unidade.

No âmbito da governança e da gestão da qualidade, a sistemática de ações corretivas permite à gestão da unidade identificar desvios, fragilidades e oportunidades de melhoria de forma estruturada, mitigando riscos assistenciais, prevenindo recorrências de não conformidades e fortalecendo a cultura institucional de melhoria contínua. Trata-se de um instrumento de alinhamento entre expectativa do usuário, capacidade operacional da unidade e diretrizes técnicas e normativas que regem o serviço.

Assim, a finalidade da sistemática de ações corretivas é assegurar que a pesquisa de satisfação do usuário cumpra sua função estratégica no modelo de gestão da UPA Municipal de Colina/SP, atuando como elo entre a experiência do cidadão e as decisões gerenciais, operacionais e assistenciais, promovendo qualidade, segurança, humanização e eficiência no atendimento.

7.2.3.2 Consolidação e Análise Crítica dos Dados

Os dados coletados por meio do instrumento de pesquisa de satisfação do usuário serão submetidos a um processo sistemático de consolidação e análise crítica, conduzido sob responsabilidade da gestão da unidade, com apoio das coordenações assistenciais e administrativas, conforme metodologia estabelecida pela Solution Gestão Pública.

A consolidação dos dados ocorrerá de forma periódica, respeitando a dinâmica assistencial da unidade, o volume de atendimentos e a necessidade de tomada de decisão tempestiva. Os resultados serão organizados em bases consolidadas que permitam leitura clara, objetiva e comparável ao longo do tempo, garantindo consistência estatística e confiabilidade das informações.

A análise crítica dos dados não se limitará à apuração de percentuais de satisfação ou insatisfação, mas buscará compreender os fenômenos subjacentes às respostas dos usuários, contextualizando-as à realidade operacional da unidade. Para tanto, os dados serão estratificados segundo critérios relevantes para a gestão do atendimento, tais como tipo de atendimento realizado, turno de funcionamento, setor assistencial envolvido, classificação de risco atribuída ao paciente e tempo de permanência na unidade.

Essa estratificação permitirá identificar padrões, recorrências e variações no nível de satisfação dos usuários, possibilitando a distinção entre eventos pontuais e problemas estruturais. A comparação dos resultados com períodos anteriores será adotada como prática permanente, permitindo avaliar tendências, evolução ou regressão de indicadores relacionados à experiência do usuário.

A análise crítica será conduzida à luz de parâmetros técnicos, normativos e assistenciais, considerando os protocolos adotados, os fluxos operacionais vigentes, as condições estruturais da unidade e o contexto epidemiológico e assistencial do período analisado. Dessa forma, evita-se interpretações superficiais ou descontextualizadas, assegurando que as conclusões reflitam a realidade do serviço.

O processo de consolidação e análise crítica dos dados constitui, portanto, a base técnica sobre a qual se estruturam as etapas subsequentes da sistemática de ações corretivas, garantindo que as decisões sejam fundamentadas em informações qualificadas, consistentes e alinhadas à realidade da UPA Municipal.

7.2.3.3 Identificação de Não Conformidades e Oportunidades de Melhoria

A partir da análise crítica dos dados consolidados, serão identificadas, de forma sistemática, as não conformidades e as oportunidades de melhoria relacionadas ao atendimento prestado na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP.

Entende-se por não conformidade qualquer desvio identificado entre o padrão de atendimento esperado, conforme protocolos, fluxos e diretrizes institucionais, e a percepção manifestada pelos usuários por meio da pesquisa de satisfação. Essas não conformidades podem estar relacionadas a aspectos assistenciais, administrativos, comunicacionais, estruturais ou organizacionais do serviço.

Paralelamente, serão identificadas oportunidades de melhoria, compreendidas como possibilidades de aperfeiçoamento dos processos de trabalho, mesmo na ausência de não conformidades explícitas. Trata-se de

abordagem proativa, que reconhece que a melhoria contínua não se limita à correção de falhas, mas também à qualificação permanente do cuidado.

As principais dimensões analisadas incluirão, entre outras, tempo de espera percebido, clareza das informações prestadas, postura e acolhimento das equipes, organização dos fluxos internos, conforto e ambiência da unidade, resolutividade do atendimento e comunicação com acompanhantes.

A identificação das não conformidades e oportunidades de melhoria será documentada de forma estruturada, com descrição clara do problema identificado, sua frequência, contexto de ocorrência e impacto potencial sobre a qualidade assistencial e a experiência do usuário. Esse processo permitirá a priorização racional das demandas, considerando critérios como gravidade, recorrência, risco assistencial e viabilidade de intervenção.

Essa etapa assegura que a sistemática de ações corretivas esteja orientada por critérios técnicos e objetivos, evitando abordagens reativas, fragmentadas ou baseadas exclusivamente em percepções individuais.

7.2.3.4 Planejamento das Ações Corretivas

Uma vez identificadas e priorizadas as não conformidades e oportunidades de melhoria, será elaborado o planejamento das ações corretivas correspondentes, seguindo metodologia estruturada e padronizada adotada pela Solution Gestão Pública.

Cada ação corretiva será formalmente descrita, contemplando a definição clara do problema a ser enfrentado, a ação proposta, os objetivos a serem alcançados, o responsável pela execução, o prazo para implementação, os recursos necessários e os indicadores que permitirão acompanhar sua efetividade.

O planejamento das ações corretivas será compatível com a capacidade operacional da unidade, respeitando as condições estruturais, o dimensionamento de pessoal e os recursos disponíveis, conforme previsto no Contrato de Gestão. Sempre que necessário, o planejamento poderá envolver ajustes graduais, priorizando intervenções de maior impacto assistencial.

Essa etapa garante organização, clareza de responsabilidades e rastreabilidade das decisões, evitando ações genéricas ou sem acompanhamento definido. O planejamento estruturado permite que as ações corretivas sejam incorporadas de forma consistente à rotina da unidade, sem comprometer a continuidade do atendimento.

7.2.3.5 Implementação das Ações Corretivas

A implementação das ações corretivas planejadas ocorrerá de forma organizada, progressiva e monitorada, sob coordenação da gestão da unidade, com envolvimento direto das equipes assistenciais e administrativas.

As ações corretivas poderão abranger ajustes nos fluxos assistenciais, revisão de rotinas, reforço na orientação aos usuários e acompanhantes, aprimoramento da comunicação interna e externa, adequações na ambiência, capacitação das equipes ou revisão de protocolos assistenciais e administrativos.

Durante a implementação, a gestão da unidade acompanhará o cumprimento dos prazos estabelecidos, a adesão das equipes às mudanças propostas e eventuais dificuldades operacionais, promovendo ajustes sempre que necessário. Essa condução garante que as ações corretivas não se restrinjam ao plano formal, mas se concretizem na prática cotidiana da unidade.

7.2.3.6 Monitoramento da Efetividade das Ações

Após a implementação das ações corretivas, será realizado o monitoramento sistemático de sua efetividade, utilizando múltiplas fontes de informação. A reaplicação do instrumento de pesquisa de satisfação do usuário permitirá comparar os resultados anteriores e posteriores às intervenções, avaliando a evolução da percepção dos usuários.

Além da pesquisa de satisfação, serão analisados indicadores assistenciais e operacionais relacionados às ações implementadas, bem como registros internos e observações da equipe de gestão. Esse monitoramento contínuo possibilita verificar se as ações produziram os resultados esperados ou se demandam ajustes adicionais.

7.2.3.7 Registro e Rastreabilidade das Ações Corretivas

Toda a sistemática de ações corretivas será devidamente registrada, assegurando rastreabilidade, transparência e suporte a processos de auditoria interna e externa. Os registros incluirão as análises realizadas, os planos de ação, as ações implementadas, os resultados alcançados e eventuais ajustes promovidos.

Essa documentação permitirá demonstrar, de forma objetiva, que a escuta do usuário resulta em decisões concretas e mensuráveis, fortalecendo a governança e a prestação de contas da unidade.

7.2.3.8 Integração com a Gestão da Qualidade e Humanização

A sistemática de ações corretivas estará plenamente integrada ao sistema de gestão da qualidade da unidade, às diretrizes de humanização, aos processos de educação permanente e à gestão por indicadores. Essa integração assegura coerência entre escuta, ação e melhoria contínua, evitando iniciativas isoladas ou desconectadas da estratégia institucional.

7.2.3.9 Comunicação Interna dos Resultados e Ações

Os resultados da pesquisa de satisfação e as ações corretivas adotadas serão comunicados de forma sistemática à gestão da unidade, às equipes assistenciais e administrativas e aos setores envolvidos. Essa comunicação fortalece o engajamento das equipes, promove transparência e consolida a cultura de melhoria contínua.

7.2.3.10 Considerações Finais

A adoção de uma sistemática estruturada de ações corretivas a partir dos dados obtidos por meio da pesquisa de satisfação do usuário assegura que a percepção dos cidadãos seja efetivamente incorporada à gestão do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP. Essa abordagem promove melhorias contínuas, qualificação da assistência e fortalecimento da humanização, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, com as exigências do edital e com o modelo de gestão adotado pela Solution Gestão Pública.

7.2.4 Sistemática de monitoramento

7.2.4.1 Finalidade do Monitoramento do Instrumento de Pesquisa

A sistemática de monitoramento do instrumento de pesquisa de satisfação do usuário constitui um eixo estruturante do modelo de governança assistencial e de qualidade adotado pela Solution Gestão Pública na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, não se limitando à simples verificação da aplicação do formulário, mas abrangendo todo o ciclo de produção, validação, análise e utilização da informação gerada.

O monitoramento tem como finalidade primordial assegurar a fidedignidade, a consistência metodológica, a representatividade estatística e a utilidade gerencial dos dados coletados, garantindo que a percepção do usuário seja captada de forma legítima, ética, sistemática e tecnicamente confiável.

Em serviços de urgência e emergência, caracterizados por:

- elevada rotatividade de usuários,

- diversidade de perfis clínicos,
- variação intensa de demanda ao longo do dia,
- pressão assistencial permanente,

O risco de utilização de instrumentos de pesquisa meramente formais é elevado. Dessa forma, o monitoramento contínuo se torna indispensável para prevenir vieses, distorções de amostragem, coleta oportunística ou utilização inadequada dos dados.

A sistemática proposta permite:

- verificar se o instrumento está sendo aplicado conforme o planejado;
- identificar falhas operacionais ou éticas na coleta;
- avaliar se os dados refletem efetivamente a experiência do usuário;
- assegurar que os resultados subsidiem decisões reais da gestão.

Assim, o monitoramento transforma a pesquisa de satisfação em um instrumento ativo de gestão da qualidade, alinhado à lógica de gestão por resultados, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS, pelo Contrato de Gestão e pelos princípios da administração pública contemporânea.

7.2.4.2 Acompanhamento Estruturado da Aplicação do Instrumento

O acompanhamento da aplicação do instrumento de pesquisa será realizado por meio de **rotina institucionalizada**, com responsabilidades definidas, critérios objetivos e registros formais, sob coordenação da gestão administrativa e da área de qualidade da unidade.

Esse acompanhamento abrangerá, de forma sistemática, os seguintes eixos:

a) Regularidade e continuidade da aplicação

Será monitorado se a aplicação ocorre de forma contínua e regular, conforme a frequência estabelecida no Plano de Atendimento ao Usuário, evitando:

- interrupções não justificadas;
- aplicação concentrada em períodos específicos;
- coleta esporádica ou eventual.

A regularidade é condição essencial para a construção de séries históricas confiáveis, permitindo análise de tendência, comparação entre períodos e avaliação do impacto de ações corretivas implementadas.

b) Cobertura assistencial e temporal

A gestão da qualidade acompanhará a distribuição das aplicações considerando:

- turnos (diurno, noturno e madrugada);
- dias úteis, finais de semana e feriados;
- períodos de maior e menor fluxo assistencial.

Essa análise evita que a pesquisa reflita apenas a percepção de usuários atendidos em horários mais favoráveis do ponto de vista operacional, garantindo **equidade na escuta** e maior robustez analítica.

c) Adequação do momento da abordagem

Será avaliado se a pesquisa está sendo ofertada em momento oportuno, observando:

- conclusão do atendimento assistencial;
- estabilidade clínica do usuário;
- ausência de interferência no fluxo assistencial.

A aplicação inadequada, em momento de dor, ansiedade extrema ou instabilidade clínica, compromete a qualidade da resposta e fere princípios éticos da humanização.

d) Conduta ética, técnica e humanizada na abordagem

O monitoramento observará a postura dos profissionais envolvidos na aplicação, assegurando:

- linguagem clara e respeitosa;
- ausência de indução de respostas;
- neutralidade na apresentação do instrumento;
- respeito à decisão do usuário de não participar.
- Serão consideradas não conformidades situações como:
- constrangimento do usuário;
- sugestão de respostas;
- abordagem apressada ou inadequada.

e) Garantia do caráter voluntário e anônimo

Será verificado se o usuário é devidamente informado de que:

- a participação é voluntária;
- a recusa não interfere no atendimento;
- não há identificação pessoal vinculada às respostas.

Esse cuidado é fundamental para garantir legitimidade ética e confiabilidade das informações.

7.2.4.3 Monitoramento Técnico da Taxa de Participação

A taxa de participação será monitorada como **indicador estratégico de efetividade da escuta do usuário**, sendo analisada sob múltiplas dimensões.

Serão avaliados:

- percentual de respondentes em relação ao total de atendimentos;
- variação por turno, dia da semana e período do mês;
- comportamento da adesão ao longo do tempo.
- A análise permitirá identificar:
- períodos críticos de baixa adesão;
- impacto de sobrecarga assistencial;
- barreiras operacionais ou comunicacionais;
- necessidade de ajustes no processo de aplicação.

Quando identificada adesão abaixo do padrão esperado, a gestão poderá implementar ações corretivas, tais como:

- readequação do fluxo de aplicação;
- reforço de orientação às equipes;
- ajustes na abordagem ou no instrumento;
- redistribuição dos pontos de coleta.

O objetivo não será elevar artificialmente a taxa de participação, mas **assegurar representatividade mínima adequada**, compatível com o perfil e a dinâmica da unidade.

7.2.4.4 Avaliação Avançada da Qualidade dos Dados Coletados

A qualidade dos dados será analisada por meio de critérios técnicos objetivos, contemplando:

a) Coerência interna das respostas

Serão identificadas inconsistências lógicas entre respostas correlatas, que possam indicar:

- falta de compreensão do instrumento;
- aplicação inadequada;
- preenchimento automático ou descuidado.

b) Completude dos registros

Será monitorado o percentual de campos preenchidos, com atenção especial a:

- perguntas-chave relacionadas à qualidade do atendimento;
- campos obrigatórios para análise gerencial.

Altos índices de campos em branco indicarão necessidade de ajustes no instrumento ou na forma de aplicação.

c) Identificação de padrões atípicos

Serão analisados padrões como:

- repetição excessiva da mesma alternativa;
- ausência total de variação em determinados períodos;
- discrepâncias abruptas sem justificativa operacional.

Esses padrões podem sinalizar falhas no processo de coleta ou necessidade de revisão metodológica.

d) Adequação do instrumento ao perfil do usuário

A análise permitirá verificar se a linguagem, o formato e a extensão do instrumento são compatíveis com o perfil sociocultural da população atendida, propondo ajustes quando necessário.

7.2.4.5 Revisão Metodológica e Aperfeiçoamento Contínuo do Instrumento

Com base nos resultados do monitoramento, o instrumento de pesquisa poderá ser revisado de forma planejada, controlada e documentada.

As revisões poderão envolver:

- reformulação de perguntas ambíguas;
- adequação de escalas de resposta;

- exclusão de itens redundantes;
- inclusão de questões relevantes ao contexto assistencial.

Toda revisão será precedida de análise técnica e registrada formalmente, garantindo:

- rastreabilidade das versões;
- preservação da comparabilidade histórica sempre que possível;
- alinhamento com os objetivos institucionais da unidade.

7.2.4.6 Registro, Rastreabilidade e Documentação do Monitoramento

Toda a sistemática de monitoramento será formalmente documentada, garantindo transparência e suporte à fiscalização.

Serão mantidos:

- registros periódicos de acompanhamento da aplicação;
- relatórios técnicos de monitoramento;
- histórico de ajustes do instrumento;
- registros de deliberações gerenciais decorrentes da análise dos dados.

Essa documentação permitirá demonstrar, de forma objetiva, a utilização efetiva da pesquisa como ferramenta de gestão.

7.2.4.7 Integração com o Sistema de Gestão da Qualidade

O monitoramento da pesquisa estará integrado:

- aos indicadores assistenciais e operacionais;
- às comissões internas de qualidade;
- às ações de humanização;
- ao ciclo de melhoria contínua.
- Os resultados subsidiarão:
- planos de ação corretivos;
- capacitações direcionadas;
- ajustes de fluxo assistencial;
- decisões estratégicas da direção.

7.2.4.8 Responsabilidades Institucionais pelo Monitoramento

As responsabilidades serão claramente definidas entre:

- coordenação administrativa;
- gestão da qualidade;
- direção da unidade.

Essa definição assegura continuidade, supervisão adequada e governança do processo.

7.2.4.9 Avaliação Periódica da Efetividade do Instrumento

Periodicamente, será avaliado se o instrumento:

- identifica pontos críticos do atendimento;
- subsidia decisões gerenciais;
- contribui efetivamente para melhoria da qualidade.

Essa avaliação garante que a pesquisa não se torne um procedimento meramente burocrático.

7.2.4.10 Considerações Finais

A sistemática estruturada de monitoramento do instrumento de pesquisa de satisfação consolida a pesquisa como **ferramenta estratégica de gestão**, fortalecendo a escuta qualificada do usuário, a humanização do atendimento e a melhoria contínua dos serviços prestados pela Unidade de Pronto Atendimento Municipal, em plena consonância com os princípios do SUS, com o Contrato de Gestão e com as exigências do Chamamento Público.

7.2.5 Garantia da qualidade da informação / Tratamento das não conformidades

7.2.5.1 Finalidade da Garantia da Qualidade da Informação

A garantia da qualidade da informação, no contexto do Serviço de Atendimento ao Usuário da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, constitui um **pilar estruturante da gestão** assistencial, **administrativa e institucional**, assumindo caráter estratégico no modelo de gestão adotado pela Solution Gestão Pública.

Em serviços de urgência e emergência, a informação produzida a partir da percepção do usuário apresenta especificidades relevantes: é coletada em ambiente de alta pressão assistencial, envolve usuários em situação de vulnerabilidade clínica e emocional, reflete múltiplos pontos do processo de cuidado e sofre influência direta da organização dos fluxos, da comunicação institucional e da resolutividade do atendimento. Nesse cenário, a ausência de um sistema robusto de garantia da qualidade da informação representa risco concreto à confiabilidade dos dados, à efetividade das análises e à legitimidade das decisões gerenciais.

A finalidade da garantia da qualidade da informação é assegurar que os dados oriundos do instrumento de pesquisa de satisfação:

- Representem de forma fidedigna a experiência do usuário;
- Sejam metodologicamente consistentes;
- Possuam validade técnica e estatística;
- Estejam protegidos contra vieses operacionais;
- Sejam eticamente coletados e tratados;
- Possam ser utilizados com segurança na gestão do serviço.

A Solution Gestão Pública adota o entendimento de que **dados sem controle de qualidade não constituem evidência**, mas apenas registros frágeis, incapazes de sustentar decisões gerenciais estruturantes. Dessa forma, a garantia da qualidade da informação não se limita à verificação pontual de formulários, mas se materializa na construção de um **sistema integrado de controle informacional**, que atua de forma preventiva, corretiva e evolutiva.

Esse sistema tem como objetivos estratégicos:

- Reduzir riscos de decisões baseadas em dados inconsistentes;
- Qualificar o monitoramento da satisfação do usuário;
- Subsidiar ações corretivas com base empírica;
- Fortalecer a governança do Contrato de Gestão;
- Garantir transparência perante a Administração Pública;
- Sustentar auditorias internas e externas.

A garantia da qualidade da informação, portanto, não é um fim em si mesma, mas um **meio estruturado para assegurar a melhoria contínua do atendimento**, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, da humanização da assistência e da gestão por resultados.

7.2.5.2 Princípios da Qualidade da Informação

A gestão da informação proveniente da pesquisa de satisfação observará princípios técnicos, éticos e normativos que orientam todo o ciclo informacional, desde a concepção do instrumento até a utilização dos resultados na tomada de decisão.

7.2.5.2.1 Confiabilidade dos dados

A confiabilidade dos dados refere-se à capacidade do instrumento e do processo de coleta produzirem informações que reflitam, com o menor grau possível de distorção, a percepção real do usuário sobre o atendimento recebido. Para garantir esse princípio, a unidade adotará mecanismos estruturados de controle metodológico, incluindo:

- Padronização do instrumento de pesquisa;
- Definição clara do momento de aplicação;
- Capacitação específica das equipes aplicadoras;
- Monitoramento contínuo da consistência interna das respostas;
- Avaliação longitudinal dos resultados.

A confiabilidade é comprometida quando há indução de respostas, aplicação inadequada, preenchimento automático ou coleta realizada em momentos impróprios do fluxo assistencial. Por essa razão, o controle da confiabilidade é tratado como processo contínuo, e não como etapa isolada.

7.2.5.2.2 Integridade e completude das informações

A integridade da informação assegura que os dados coletados sejam preservados em seu conteúdo original, sem alterações indevidas, exclusões arbitrárias ou manipulações. A completude refere-se ao grau de preenchimento adequado dos instrumentos, garantindo base mínima suficiente para análise estatística e interpretativa.

A unidade estabelecerá critérios objetivos de aceitabilidade dos instrumentos, considerando:

- Percentual mínimo de campos obrigatórios preenchidos;
- Coerência global das respostas;
- Ausência de lacunas críticas que inviabilizem a análise.

Instrumentos que não atendam aos critérios mínimos de integridade e completude serão classificados como não conformes para fins analíticos, com registro formal da decisão.

7.2.5.2.3 Rastreabilidade dos registros

A rastreabilidade constitui elemento essencial da governança da informação, permitindo identificar o contexto de geração dos dados sem violar o anonimato do usuário. A rastreabilidade assegura:

- Controle institucional do processo;
- Transparência metodológica;
- Capacidade de auditoria;
- Análise crítica de desvios operacionais.

Os registros permitirão identificar período de coleta, método utilizado, setor assistencial envolvido e forma de aplicação, preservando-se integralmente a confidencialidade do respondente.

7.2.5.2.4 Consistência entre coleta, consolidação e análise

A consistência refere-se à coerência dos dados ao longo de todas as etapas do ciclo informacional. Inconsistências entre o que foi coletado, consolidado e analisado comprometem a credibilidade do sistema e fragilizam a tomada de decisão.

Para assegurar a consistência, a unidade adotará procedimentos de conferência cruzada, validação estatística e revisão técnica dos relatórios produzidos.

7.2.5.2.5 Transparência e ética no tratamento dos dados

A transparência envolve clareza quanto às finalidades da coleta, aos métodos empregados e à utilização dos resultados. A ética assegura o respeito ao usuário, a voluntariedade da participação e a não utilização da informação para fins punitivos individuais.

A pesquisa de satisfação será apresentada ao usuário como instrumento de melhoria do serviço, e não como mecanismo de fiscalização pessoal.

7.2.5.2.6 Conformidade com a LGPD

O tratamento das informações observará rigorosamente a legislação de proteção de dados pessoais, com adoção de medidas de anonimização, controle de acesso, armazenamento seguro e restrição de uso às finalidades institucionais previamente definidas.

7.2.5.3 Validação dos Dados Coletados

A validação dos dados constitui etapa obrigatória e estruturada do processo de garantia da qualidade da informação, antecedendo qualquer análise gerencial ou divulgação de resultados.

7.2.5.3.1 Validação formal dos instrumentos

A validação formal consiste na conferência objetiva dos instrumentos coletados, verificando:

- Preenchimento dos campos obrigatórios;
- Legibilidade e clareza das respostas;
- Conformidade com o modelo oficial do instrumento.

Instrumentos com falhas formais serão classificados conforme grau de impacto sobre a análise.

7.2.5.3.2 Validação lógica e semântica

Será realizada análise das respostas sob o ponto de vista lógico e semântico, identificando incoerências internas, contradições evidentes e respostas incompatíveis com o fluxo assistencial descrito.

7.2.5.3.3 Análise de padrões atípicos e vieses

A gestão da qualidade analisará padrões repetitivos, concentrações anômalas de respostas e variações abruptas entre períodos comparáveis, que possam indicar viés de coleta ou falha metodológica.

7.2.5.3.4 Aderência ao método de aplicação

Será verificado se a aplicação respeitou o método definido, incluindo momento adequado, perfil do aplicador e abordagem ética do usuário.

7.2.5.4 Identificação das Não Conformidades

Consideram-se não conformidades todas as situações que comprometam a validade, confiabilidade, ética ou representatividade dos dados.

As não conformidades poderão ser classificadas em:

- Não conformidades de método;
- Não conformidades de aplicação;
- Não conformidades de registro;
- Não conformidades de análise;
- Não conformidades de governança.

Cada não conformidade será formalmente registrada, descrita e classificada conforme seu impacto potencial.

7.2.5.5 Tratamento das Não Conformidades

O tratamento das não conformidades seguirá lógica estruturada de gestão da qualidade, contemplando:

1. Registro formal;
2. Análise da causa raiz;
3. Definição de ação corretiva;
4. Definição de ação preventiva;
5. Monitoramento da efetividade.

A análise da causa raiz priorizará falhas sistêmicas, evitando abordagens personalizadas ou punitivas.

7.2.5.6 Implementação e Acompanhamento das Ações

As ações corretivas e preventivas serão implementadas conforme plano estruturado, com acompanhamento sistemático, avaliação de resultados e ajustes progressivos.

7.2.5.7 Registro, Rastreabilidade e Auditoria

Todos os processos serão documentados, assegurando histórico, rastreabilidade e suporte à auditoria interna e externa.

7.2.5.8 Integração com o Sistema de Gestão da Qualidade

A garantia da qualidade da informação estará integrada ao sistema de gestão da qualidade, aos indicadores assistenciais, à política de humanização e à avaliação contínua dos processos.

7.2.5.9 Responsabilidades Institucionais

As responsabilidades institucionais serão claramente definidas entre equipes aplicadoras, coordenação administrativa, gestão da qualidade e direção da unidade.

7.2.5.10 Considerações Finais

A implantação deste sistema consolida uma gestão baseada em evidências, fortalece a governança do Contrato de Gestão e assegura melhoria contínua do atendimento prestado à população.

7.3 Sistema de Gestão

O Sistema de Gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP constitui o arcabouço organizacional responsável por estruturar, integrar e orientar todas as atividades assistenciais, administrativas, operacionais e gerenciais desenvolvidas na unidade. Trata-se de um sistema deliberadamente desenhado para dar sustentação técnica, operacional e estratégica à prestação contínua de serviços de urgência e emergência, assegurando que o funcionamento da unidade não dependa exclusivamente de decisões pontuais, mas seja conduzido por planejamento, processos padronizados, indicadores confiáveis e mecanismos permanentes de avaliação e melhoria.

Em unidades de urgência e emergência, a ausência de um Sistema de Gestão estruturado tende a resultar em atuação reativa, fragmentação de processos, dificuldade de rastreabilidade das informações, sobrecarga das equipes e maior exposição a riscos assistenciais e operacionais. Diante desse cenário, a implantação de um Sistema de Gestão robusto não é apenas instrumento administrativo, mas elemento essencial de segurança do paciente, continuidade do serviço público e governança institucional.

A Solution Gestão Pública adota modelo de Sistema de Gestão alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde, às exigências do Termo de Referência, às metas pactuadas no Contrato de Gestão e às boas práticas de gestão em saúde, garantindo que todas as ações desenvolvidas na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP estejam organizadas de forma integrada, monitoradas de maneira sistemática e permanentemente avaliadas quanto à sua efetividade.

7.3.1 Finalidade do Sistema de Gestão

A finalidade do Sistema de Gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal é assegurar que o funcionamento da unidade ocorra de forma planejada, organizada, monitorada e continuamente aprimorada, com foco na qualidade assistencial, na segurança do paciente, na eficiência operacional e no uso responsável dos recursos públicos.

O Sistema de Gestão tem como finalidade central transformar dados operacionais e assistenciais em informações gerenciais qualificadas, capazes de subsidiar a tomada de decisão em diferentes níveis da gestão, desde decisões

imediatas relacionadas à organização do atendimento até decisões estratégicas vinculadas ao cumprimento das metas contratuais e à melhoria do desempenho institucional.

Nesse sentido, o Sistema de Gestão permite:

- Planejar de forma estruturada as ações assistenciais e operacionais, considerando o perfil epidemiológico, o volume de atendimentos e a capacidade instalada da unidade;
- Monitorar continuamente o desempenho da unidade por meio de indicadores objetivos e mensuráveis;
- Controlar a execução dos processos críticos, reduzindo variabilidade indesejada e prevenindo falhas;
- Avaliar o cumprimento das metas assistenciais, operacionais e administrativas pactuadas no Contrato de Gestão;
- Promover a melhoria contínua dos processos, com base em análise crítica e evidências;
- Assegurar transparência, rastreabilidade e prestação de contas à Administração Pública.

O Sistema de Gestão, portanto, não se limita a um conjunto de relatórios ou controles isolados, mas constitui instrumento ativo de governança, orientando a condução da unidade de forma contínua, segura e alinhada ao interesse público.

7.3.2 Estrutura do Sistema de Gestão

O Sistema de Gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal será estruturado de forma sistêmica, considerando a interdependência entre processos assistenciais, administrativos e operacionais. Essa estrutura foi concebida para evitar compartimentalização excessiva das informações e garantir que a gestão tenha visão integrada do funcionamento da unidade.

A estrutura do Sistema de Gestão compreende cinco eixos interdependentes:

- Monitoramento de indicadores assistenciais;
- Monitoramento de indicadores operacionais;
- Metodologia estruturada de melhoria contínua;
- Gestão por processos;
- Integração com qualidade, segurança do paciente e humanização.

Cada eixo possui função específica dentro do sistema, porém atua de forma integrada, de modo que informações geradas em um eixo alimentam os demais, fortalecendo o ciclo de planejamento, execução, monitoramento e melhoria.

Essa estrutura permite que a gestão da unidade identifique de forma precoce desvios de desempenho, gargalos operacionais, riscos assistenciais e oportunidades de melhoria, garantindo capacidade de resposta rápida e fundamentada.

7.3.3 Indicadores Assistenciais

Os indicadores assistenciais são instrumentos fundamentais para avaliar a qualidade, a efetividade clínica e a segurança do atendimento prestado aos usuários da Unidade de Pronto Atendimento Municipal. Em um ambiente caracterizado por alta variabilidade clínica e pressão assistencial constante, o uso sistemático de indicadores permite que a gestão acompanhe o desempenho assistencial de forma objetiva e comparável ao longo do tempo.

Os indicadores assistenciais adotados contemplarão, de forma estruturada:

- O volume total de atendimentos realizados, estratificado por classificação de risco, possibilitando análise do perfil de gravidade dos pacientes e adequação da oferta assistencial;
- O tempo médio e máximo de espera para atendimento médico conforme prioridade clínica, permitindo avaliar a aderência ao protocolo de classificação de risco e identificar situações de risco assistencial;
- A taxa de resolatividade dos atendimentos, considerando altas qualificadas, encaminhamentos regulados e necessidade de internação hospitalar;
- A taxa e tipologia de eventos adversos, incidentes e quase falhas, com análise de recorrência e impacto assistencial;
- O grau de conformidade com protocolos assistenciais institucionais, incluindo adesão às condutas clínicas padronizadas;
- Indicadores relacionados à segurança do paciente, tais como identificação correta, comunicação efetiva entre equipes, uso seguro de medicamentos e prevenção de eventos evitáveis.

Esses indicadores serão monitorados de forma contínua, consolidados periodicamente e analisados criticamente pela coordenação da unidade, com

apoio das comissões institucionais, permitindo identificar tendências, pontos críticos e oportunidades de melhoria na assistência.

7.3.4 Indicadores Operacionais

Os indicadores operacionais permitem avaliar a eficiência, a organização interna e a sustentabilidade do funcionamento da unidade, assegurando condições adequadas para a prestação ininterrupta dos serviços de urgência e emergência.

No âmbito da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, os indicadores operacionais abrangerão:

- Dimensionamento e utilização dos recursos humanos, incluindo cobertura de escalas, absenteísmo, rotatividade e sobrecarga assistencial;
- Cumprimento das escalas assistenciais e administrativas, garantindo funcionamento contínuo da unidade;
- Desempenho dos serviços de apoio, como recepção, limpeza, manutenção predial e apoio diagnóstico;
- Gestão de insumos, medicamentos e materiais médico-hospitalares, com monitoramento de consumo, estoque mínimo e itens críticos;
- Fluxo de atendimento, tempo de permanência dos pacientes e taxa de ocupação das áreas assistenciais;
- Indicadores administrativos e financeiros relacionados à execução orçamentária, controle de custos e conformidade documental.

O acompanhamento sistemático desses indicadores permite à gestão atuar de forma preventiva, evitando descontinuidade de serviços, desperdícios e falhas operacionais.

7.3.5 Metodologia de Melhoria Contínua

A Solution Gestão Pública adotará metodologia estruturada de melhoria contínua aplicada de forma permanente aos processos assistenciais e operacionais da unidade, reconhecendo que a qualidade em saúde é construída de forma progressiva e depende da capacidade institucional de aprender com seus próprios resultados.

A metodologia de melhoria contínua contempla:

- Identificação sistemática de problemas, não conformidades e oportunidades de melhoria, a partir de indicadores, auditorias, notificações, manifestações dos usuários e observações das equipes;
- Análise estruturada das causas, considerando fatores organizacionais, técnicos, humanos e ambientais;
- Planejamento de ações corretivas e preventivas, com definição clara de responsáveis, prazos e recursos necessários;
- Implementação das ações planejadas, com acompanhamento contínuo;
- Avaliação dos resultados alcançados, por meio da comparação entre indicadores antes e após a intervenção;
- Padronização das melhorias efetivas e incorporação às rotinas institucionais.

Essa abordagem assegura que a unidade evolua de forma contínua, reduzindo reincidência de falhas e fortalecendo a cultura de qualidade e segurança.

7.3.6 Gestão por Processos

A gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal será orientada pela gestão por processos, entendendo que a qualidade do atendimento depende da integração eficiente entre atividades, equipes e recursos.

A gestão por processos incluirá:

- Identificação dos processos críticos da unidade, especialmente aqueles relacionados ao atendimento ao usuário e à segurança do paciente;
- Mapeamento detalhado dos fluxos assistenciais e administrativos;
- Definição clara de responsabilidades e interfaces entre setores;
- Padronização das rotinas operacionais por meio de protocolos e POPs;
- Monitoramento contínuo do desempenho dos processos;
- Revisão periódica dos fluxos, considerando resultados e mudanças na demanda.

Essa abordagem contribui para previsibilidade operacional, redução de falhas e maior eficiência assistencial.

7.3.7 Integração do Sistema de Gestão com Qualidade e Segurança do Paciente

O Sistema de Gestão estará plenamente integrado ao sistema de qualidade institucional, às comissões internas, aos protocolos assistenciais, às políticas de humanização e às ações de segurança do paciente, assegurando coerência entre planejamento, execução e avaliação.

Essa integração fortalece a cultura institucional, promove alinhamento entre setores e assegura que as decisões gerenciais considerem impactos assistenciais, operacionais e humanos.

7.3.8 Monitoramento, Análise Crítica e Tomada de Decisão

As informações geradas pelo Sistema de Gestão serão monitoradas continuamente e analisadas criticamente pela gestão da unidade, servindo de base para a tomada de decisão em todos os níveis.

A análise crítica permitirá identificar tendências, riscos, oportunidades de melhoria e necessidade de ajustes operacionais, garantindo respostas rápidas e fundamentadas.

7.3.9 Registro, Documentação e Rastreabilidade

Todas as etapas do Sistema de Gestão serão devidamente registradas, garantindo rastreabilidade, transparência e suporte à fiscalização e prestação de contas.

Serão mantidos registros de indicadores, relatórios gerenciais, planos de ação e resultados alcançados.

7.3.10 Contribuição do Sistema de Gestão para o Contrato de Gestão

O Sistema de Gestão é instrumento essencial para o cumprimento das metas pactuadas, permitindo monitoramento contínuo do desempenho, qualificação da assistência, eficiência no uso dos recursos e fortalecimento da governança institucional.

A implantação de um Sistema de Gestão estruturado, integrado e orientado por indicadores, gestão por processos e melhoria contínua assegura acompanhamento sistemático do desempenho da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, promovendo qualidade assistencial, segurança do paciente, eficiência operacional e aderência plena às diretrizes do SUS e do Contrato de Gestão.

7.3.1 Dimensionamento de recursos humanos

PROFISSIONAIS	QTDE	CARGA HORARIA SEMANAL
ENFERMEIRO DIUNO	4	12X36
ENFERMEIRO NOTURNO	4	12X36 - noite
ENFERMEIRO FOLGUISTA	2	FOLGUISTA
TEC. ENFERMAGEM DIUNO	8	12X36
TEC. ENFERMAGEM NOTURNO	8	12X36 - noite
TEC. ENFERMAGEM FOLGUISTA	2	FOLGUISTA
RECEPÇÃO DIUNO	2	12X36
RECEPÇÃO NOTURNO	2	12X36 - noite
RECEPÇÃO FOLGUISTA	1	FOLGUISTA
CONT. DE ACESSO DIUNO	2	12X36
CONT. DE ACESSO NOTURNO	2	12X36 - noite
CONT. DE ACESSO FOLGUISTA	1	FOLGUISTA
APOIO OPERACIONAL DIURNO	2	12X36
APOIO OPERACIONAL NOTURNO	2	12X36 - noite
APOIO OPERACIONAL FOLGUISTA	1	FOLGUISTA
FARMACEUTICO DIUNO	2	12X36
FARMACEUTICO NOTURNO	2	12X36 - noite
FARMACEUTI FOLGUISTA	1	FOLGUISTA
Coordenador de Enfermagem (RT)	1	40HR. semanais
Coordenador Farmacia (RT)	1	40HR. semanais
Encarregado Higiene/Limpeza	1	40HR. semanais
Enfermeiro Educ. Permanente	1	40HR. semanais
Lider da Recepção	1	40HR. semanais
Controlador de Fluxo	1	40HR. semanais
Aux Suporte de T.I.	1	40HR. semanais
AUX. ADMINISTRATIVO	1	40HR. semanais
AUXILIAR DE R.H.	1	40HR. semanais

CONTRATAÇÃO POR PESSOA JURÍDICA - NOTA FISCAL		
PROFISSIONAIS	QTDE	CARGA HORARIA MENSAL
MEDICO RESPONSAVEL TÉCNICO	1	20HR. semanais
COORD. ADMINISTRATIVO	1	40HR. semanais
CLINICO GERAL DIUNO	1	372 HR. MÊS
EMERGENCISTA DIUNO	1	373 HR. MÊS
CLINICO GERAL NOTURNO	1	374 HR. MÊS
EMERGENCISTA NOTURNO	1	375 HR. MÊS
MÉDICO P/ ATENDIMENTO PEDIATRIA	1	372 HR. MÊS
TRANSFERENCIAS	1	POR DEMANDA

7.3.2 Política de Recursos Humanos

7.3.2.1 Recrutamento e seleção

7.3.2.1.1 Finalidade do Processo de Recrutamento e Seleção

O processo de recrutamento e seleção de profissionais constitui um dos pilares estruturantes da gestão de pessoas em serviços públicos de saúde, especialmente em unidades de urgência e emergência que operam de forma ininterrupta, como a Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. A correta estruturação desse processo é determinante para assegurar a continuidade assistencial, a segurança do paciente, a eficiência operacional e o cumprimento integral das obrigações assumidas no Contrato de Gestão firmado com o Município.

No contexto da presente parceria, o recrutamento e a seleção têm por finalidade assegurar a contratação de profissionais devidamente habilitados, qualificados técnica e legalmente, com competências compatíveis com o perfil assistencial da unidade e alinhados às diretrizes institucionais da Solution Gestão Pública, às políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e às exigências expressas no Termo de Referência do Chamamento Público.

Trata-se de um processo estratégico, que ultrapassa a mera reposição de força de trabalho, assumindo caráter estruturante da governança assistencial e administrativa da unidade. A seleção adequada dos profissionais impacta diretamente indicadores de qualidade, resolutividade clínica, segurança do paciente, humanização do atendimento, satisfação dos usuários e desempenho institucional perante os mecanismos de monitoramento e avaliação do Contrato de Gestão.

A finalidade do processo de recrutamento e seleção, portanto, está diretamente vinculada aos seguintes objetivos institucionais:

- Garantir a manutenção de equipes multiprofissionais completas, estáveis e tecnicamente capacitadas para atendimento à demanda espontânea e regulada;
- Assegurar que todos os profissionais atendam integralmente às exigências legais, éticas, técnicas e regulatórias aplicáveis à sua categoria profissional;
- Reduzir riscos assistenciais, operacionais e jurídicos decorrentes de contratação inadequada, vínculos irregulares ou ausência de qualificação compatível;
- Promover alinhamento entre o perfil dos profissionais contratados e o modelo assistencial adotado na unidade, especialmente no que se refere ao acolhimento com classificação de risco, à atuação em equipe multiprofissional e à observância de protocolos clínicos e administrativos;
- Integrar o processo de recrutamento e seleção ao Sistema de Gestão da unidade, de modo que as decisões de contratação estejam diretamente conectadas ao planejamento assistencial, ao dimensionamento de recursos humanos e aos indicadores de desempenho.

Dessa forma, o recrutamento e a seleção são compreendidos como instrumentos estratégicos de gestão de pessoas, articulados com a política de qualidade, com o planejamento institucional e com a responsabilidade da Solution Gestão Pública na execução do objeto contratual, assegurando a entrega de serviços de saúde com qualidade, segurança, eficiência e sustentabilidade.

7.3.2.1.2 Princípios Norteadores do Recrutamento e Seleção

O processo de recrutamento e seleção será conduzido com base em princípios que asseguram conformidade legal, equidade, transparência e qualidade técnica, em consonância com os princípios constitucionais da Administração Pública, com a legislação aplicável às Organizações Sociais e com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Esses princípios orientam todas as etapas do processo, desde o planejamento da necessidade de contratação até a formalização do vínculo profissional, constituindo referência obrigatória para as equipes de Recursos Humanos, coordenação da unidade e instâncias de governança da Solution Gestão Pública.

Legalidade e conformidade com a legislação vigente

Todo o processo de recrutamento e seleção observará rigorosamente a legislação trabalhista, previdenciária, sanitária e profissional aplicável, incluindo,

quando pertinente, as normas específicas dos Conselhos de Classe. Nenhum profissional será contratado sem o atendimento integral aos requisitos legais para o exercício da função, assegurando regularidade contratual e mitigação de riscos jurídicos.

Impessoalidade e isonomia

A seleção dos profissionais será realizada com base em critérios objetivos, previamente definidos e aplicáveis de forma isonômica a todos os candidatos. Não serão admitidas práticas que impliquem favorecimento pessoal, discriminação ou direcionamento indevido, assegurando igualdade de oportunidades e tratamento equitativo durante todo o processo seletivo.

Transparência dos critérios adotados

Os critérios de recrutamento e seleção serão claramente definidos, documentados e divulgados, permitindo que os candidatos compreendam os requisitos da vaga, as etapas do processo e os parâmetros de avaliação. A transparência contribui para a credibilidade institucional da unidade e para a conformidade com os princípios da Administração Pública.

Mérito técnico e qualificação profissional

A escolha dos profissionais será orientada prioritariamente pelo mérito técnico, pela formação compatível, pela experiência profissional relevante e pelas competências necessárias ao desempenho das funções no contexto específico de uma unidade de urgência e emergência. O mérito técnico constitui elemento central para a segurança assistencial e a qualidade do atendimento prestado.

Adequação ao perfil assistencial da unidade

O processo seletivo considerará, de forma explícita, o perfil assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e do SAMU 192, caracterizados por atendimento ininterrupto, elevada rotatividade de pacientes, situações de risco iminente à vida e necessidade de resposta rápida e articulada. Serão priorizados profissionais com experiência e perfil compatíveis com esse contexto assistencial.

Alinhamento ao Contrato de Gestão e ao Plano de Trabalho

O recrutamento e a seleção estarão integralmente alinhados às metas, indicadores, responsabilidades e exigências estabelecidas no Contrato de Gestão e no Plano de Trabalho aprovado. As decisões de contratação considerarão o impacto direto sobre o cumprimento das metas assistenciais, operacionais e de qualidade pactuadas com o Município.

A observância rigorosa desses princípios assegura que o processo de recrutamento e seleção contribua de forma efetiva para a governança

institucional, a qualidade assistencial e a sustentabilidade da gestão, atendendo plenamente às expectativas da Administração Pública e da banca avaliadora.

7.3.2.1.3 Planejamento do Recrutamento

O recrutamento de profissionais será precedido de planejamento estruturado, sistemático e integrado ao planejamento assistencial e administrativo da unidade. O planejamento constitui etapa essencial para garantir que as contratações ocorram de forma oportuna, adequada e compatível com as necessidades reais do serviço, evitando déficits de pessoal, sobrecarga das equipes e riscos de descontinuidade assistencial.

O planejamento do recrutamento será conduzido pela área de Recursos Humanos da Solution Gestão Pública, em articulação direta com a coordenação da unidade, coordenação de enfermagem, coordenação médica e gestão do Contrato de Gestão, observando os seguintes elementos:

Dimensionamento de recursos humanos aprovado no projeto técnico

O ponto de partida do planejamento será o dimensionamento de recursos humanos aprovado no Projeto Técnico e no Termo de Referência, que define quantitativa e qualitativamente as equipes mínimas necessárias para o funcionamento da unidade. Esse dimensionamento considera o regime de funcionamento 24 horas, a complexidade assistencial, o volume de atendimentos e as exigências normativas aplicáveis.

Perfil profissional exigido para cada função

Para cada cargo ou função prevista no dimensionamento, será definido o perfil profissional requerido, contemplando formação acadêmica, habilitação legal, experiência mínima, competências técnicas e comportamentais esperadas. Esse perfil servirá de base para a elaboração dos editais de divulgação das vagas e para a condução das etapas seletivas.

Carga horária e regime de trabalho

O planejamento considerará a carga horária e o regime de trabalho de cada função, incluindo escalas de plantão, jornadas administrativas, regimes celetistas ou outros vínculos admitidos, sempre em conformidade com a legislação vigente e com as necessidades operacionais da unidade.

Necessidades assistenciais e operacionais da unidade

As contratações serão planejadas considerando as necessidades assistenciais reais da unidade, incluindo sazonalidade da demanda, picos de atendimento, perfil epidemiológico local e exigências específicas do SAMU 192.

O planejamento permitirá ajustes dinâmicos, quando necessário, para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento.

Substituições, expansões ou ajustes de equipe

O planejamento contemplará, ainda, situações de substituição temporária ou definitiva de profissionais, expansão de equipe em decorrência de aumento de demanda ou ajustes decorrentes de avaliação de desempenho, absenteísmo ou rotatividade. A antecipação dessas necessidades reduz riscos de desassistência e garante maior estabilidade operacional.

O planejamento do recrutamento, quando executado de forma estruturada, assegura adequação quantitativa e qualitativa das equipes, racionalização de recursos, previsibilidade administrativa e maior capacidade de resposta às demandas assistenciais, fortalecendo a gestão da unidade e a execução do Contrato de Gestão.

7.3.2.1.4 Modalidades de Recrutamento

O processo de recrutamento adotado pela Solution Gestão Pública para a Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e para o SAMU 192 observará diferentes modalidades, selecionadas de forma estratégica conforme a natureza da vaga, o perfil profissional requerido, o nível de especialização da função e as necessidades assistenciais e operacionais da unidade.

A definição adequada da modalidade de recrutamento constitui elemento essencial para assegurar eficiência no preenchimento das vagas, redução de tempo de reposição de pessoal, manutenção da continuidade assistencial e valorização dos profissionais já vinculados à instituição, quando aplicável.

As modalidades de recrutamento previstas são descritas a seguir.

Recrutamento Interno

O recrutamento interno será adotado sempre que houver compatibilidade entre a vaga disponível e o perfil de profissionais já vinculados à Solution Gestão Pública, observando-se critérios objetivos de mérito, qualificação e desempenho.

Essa modalidade visa:

- Valorizar e reconhecer profissionais que já atuam na instituição;
- Promover mobilidade interna e desenvolvimento de carreira;
- Reduzir tempo de adaptação e integração ao ambiente institucional;
- Preservar o conhecimento organizacional acumulado;
- Contribuir para a motivação e retenção de talentos.

O recrutamento interno poderá ser utilizado, por exemplo, para:

- Funções administrativas e de apoio;
- Cargos de coordenação ou supervisão;
- Substituições temporárias;
- Ampliação de carga horária ou mudança de setor, quando compatível.

A adoção do recrutamento interno não elimina a necessidade de avaliação técnica e documental do profissional, que deverá atender integralmente aos requisitos legais, técnicos e institucionais da função pretendida.

Recrutamento Externo

O recrutamento externo será utilizado quando:

- Não houver profissionais internos com perfil compatível;
- A vaga exigir competências técnicas específicas não disponíveis internamente;
- Houver necessidade de ampliação significativa do quadro de pessoal;
- Tratar-se de implantação inicial da equipe;
- Exigir-se experiência prévia comprovada em urgência e emergência ou atendimento pré-hospitalar.

O recrutamento externo será realizado por meio de divulgação pública das oportunidades, assegurando ampla participação, transparência e isonomia, em consonância com os princípios da Administração Pública e com as boas práticas de governança em saúde.

Independentemente da modalidade adotada, o recrutamento observará rigorosamente os princípios de legalidade, impessoalidade, transparência e mérito técnico, sendo vedada qualquer forma de direcionamento indevido ou contratação sem processo seletivo estruturado.

7.3.2.1.5 Divulgação das Vagas

A divulgação das vagas constitui etapa fundamental do processo de recrutamento, pois assegura transparência, amplia o alcance da seleção e contribui para a formação de um banco de candidatos compatível com as necessidades da unidade.

A Solution Gestão Pública adotará estratégias de divulgação claras, objetivas e padronizadas, garantindo que todos os candidatos tenham acesso às informações essenciais sobre as oportunidades disponíveis.

Conteúdo mínimo da divulgação das vagas

Toda divulgação de vaga conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- Denominação da função ou cargo;
- Descrição sucinta das atribuições principais;
- Requisitos técnicos e legais obrigatórios;
- Formação acadêmica exigida;
- Registro profissional válido no respectivo Conselho de Classe, quando aplicável;
- Experiência profissional mínima desejável;
- Carga horária semanal ou regime de plantão;
- Regime de trabalho;
- Local de atuação (UPA Municipal de Colina/SP ou SAMU 192);
- Prazo e forma de envio da candidatura.

A clareza na divulgação reduz candidaturas incompatíveis, otimiza o processo seletivo e assegura maior eficiência na triagem curricular.

Canais de divulgação

As vagas poderão ser divulgadas por meio de:

- Canais institucionais da Solution Gestão Pública;
- Plataformas digitais de recrutamento;
- Redes profissionais;
- Contatos com instituições formadoras;
- Bancos de currículos previamente constituídos;
- Outros meios considerados adequados e eficazes.

A escolha dos canais observará o perfil da vaga, o nível de especialização exigido e a necessidade de alcance regional ou ampliado, especialmente para funções assistenciais críticas.

Transparência e rastreabilidade da divulgação

Todas as divulgações serão registradas e arquivadas, contendo data, canal utilizado e conteúdo divulgado, assegurando rastreabilidade do processo e suporte a eventuais auditorias, fiscalizações ou solicitações da Administração Pública.

7.3.2.1.6 Etapas do Processo de Seleção

O processo de seleção será estruturado em etapas sequenciais, padronizadas e proporcionais à complexidade da função a ser ocupada. A definição dessas etapas busca assegurar avaliação técnica adequada, verificação da conformidade legal e escolha de profissionais compatíveis com o perfil assistencial da unidade.

As etapas poderão ser adaptadas conforme a natureza do cargo, mantendo-se sempre os princípios de objetividade, transparência e mérito técnico.

1. Análise Curricular

A análise curricular consiste na avaliação inicial dos currículos recebidos, com verificação do atendimento aos requisitos mínimos estabelecidos para a vaga.

Serão avaliados, entre outros aspectos:

- Formação acadêmica compatível;
- Experiência profissional relevante;
- Atuação prévia em serviços de urgência e emergência;
- Capacitações e cursos complementares;
- Histórico profissional coerente com a função pretendida.

Currículos que não atendam aos requisitos mínimos serão desclassificados nesta etapa.

2. Verificação de Requisitos Técnicos e Legais

Os candidatos aprovados na análise curricular terão seus requisitos técnicos e legais verificados, incluindo:

- Comprovação de formação acadêmica;
- Registro profissional ativo e regular no Conselho de Classe competente;
- Ausência de impedimentos legais para o exercício profissional;
- Atendimento a exigências específicas da função.

Essa etapa é essencial para garantir conformidade legal e segurança institucional.

3. Avaliação de Competências Técnicas

A avaliação de competências técnicas poderá incluir:

- Provas teóricas;

- Análise de casos clínicos ou situações simuladas;
- Avaliação prática, quando aplicável;
- Questionários técnicos.

O objetivo é verificar se o candidato possui domínio técnico compatível com as atribuições da função e com o perfil assistencial da unidade.

4. Entrevista Técnica e Comportamental

A entrevista técnica e comportamental será conduzida por profissionais qualificados, podendo envolver coordenação da área, Recursos Humanos e, quando pertinente, responsáveis técnicos.

Serão avaliados:

- Capacidade técnica aplicada;
- Tomada de decisão em situações críticas;
- Trabalho em equipe multiprofissional;
- Comunicação;
- Postura ética e profissional;
- Alinhamento com os valores institucionais.

5. Comprovação de Habilitação Profissional

Os candidatos aprovados nas etapas anteriores deverão apresentar documentação comprobatória de sua habilitação profissional, incluindo diplomas, certificados e registros exigidos.

6. Análise Documental

A análise documental final visa confirmar a regularidade de toda a documentação necessária à contratação, assegurando conformidade trabalhista, previdenciária e institucional.

Somente após a conclusão satisfatória de todas as etapas o candidato será considerado apto à contratação.

7.3.2.1.7 Critérios de Seleção

A definição de critérios objetivos de seleção constitui elemento central para assegurar a qualidade técnica das equipes, a segurança assistencial e a legitimidade institucional do processo de recrutamento e seleção. Na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e no SAMU 192, os critérios de seleção adotados pela Solution Gestão Pública serão estruturados de forma

clara, mensurável e compatível com o perfil assistencial da unidade, garantindo isonomia, transparência e rastreabilidade.

Os critérios de seleção serão aplicados de maneira proporcional à complexidade da função, observando-se as especificidades das categorias profissionais e das atividades desempenhadas em ambiente de urgência e emergência.

Formação acadêmica compatível com a função

Será requisito obrigatório que o candidato possua formação acadêmica compatível com a função pretendida, conforme exigências legais e normativas aplicáveis a cada categoria profissional. A formação deverá ser comprovada por meio de diploma ou certificado de conclusão reconhecido por instituição devidamente autorizada.

Para funções assistenciais, será exigida formação específica na área da saúde correspondente, sendo vedada a contratação de profissionais sem habilitação formal para o exercício das atividades previstas.

Registro profissional válido e regular

Quando aplicável, será exigido registro profissional ativo e regular junto ao respectivo Conselho de Classe, como condição indispensável para a contratação. A regularidade do registro será verificada por meio de consulta aos sistemas oficiais dos Conselhos Profissionais competentes.

A ausência de registro, a existência de pendências éticas ou a suspensão do exercício profissional implicarão a inabilitação do candidato, independentemente de sua experiência ou qualificação acadêmica.

Experiência profissional compatível

A experiência profissional será avaliada de forma qualitativa e quantitativa, considerando-se a compatibilidade com as atribuições da função e, especialmente, a vivência prévia em serviços de urgência e emergência, pronto atendimento, unidades hospitalares ou atendimento pré-hospitalar.

Para funções críticas, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, será priorizada experiência comprovada em ambientes de alta complexidade assistencial, com atuação em plantões, manejo de situações críticas e trabalho em equipe multiprofissional.

Competências técnicas e operacionais

Serão avaliadas as competências técnicas necessárias ao desempenho seguro e eficiente da função, incluindo:

- Conhecimento de protocolos assistenciais e operacionais;

- Capacidade de tomada de decisão em situações de urgência;
- Habilidade para atuação sob pressão;
- Conhecimento de fluxos assistenciais e administrativos;

Capacidade de utilização de sistemas informatizados, quando aplicável.

Essas competências poderão ser avaliadas por meio de entrevistas técnicas, provas, simulações ou análise de histórico profissional.

Competências comportamentais e alinhamento institucional

Além das competências técnicas, serão considerados aspectos comportamentais e de alinhamento institucional, tais como:

- Postura ética e responsabilidade profissional;
- Capacidade de trabalho em equipe multiprofissional;
- Comunicação clara e empática;
- Comprometimento com a qualidade e a segurança do paciente;
- Alinhamento com os valores institucionais da Solution Gestão Pública e com as diretrizes do SUS.

A avaliação comportamental é fundamental para garantir ambiente de trabalho colaborativo, redução de conflitos e fortalecimento da cultura organizacional.

Adequação ao perfil assistencial da unidade

A seleção considerará de forma prioritária a adequação do candidato ao perfil assistencial da unidade, caracterizado por atendimento ininterrupto, alta demanda, imprevisibilidade clínica e necessidade de resposta rápida e articulada.

Profissionais que demonstrem experiência, preparo emocional e capacidade técnica para atuar nesse contexto serão priorizados, contribuindo para a segurança assistencial e a resolutividade dos atendimentos.

7.3.2.1.8 Formalização da Contratação

A formalização da contratação dos profissionais selecionados será realizada em estrita conformidade com a legislação trabalhista vigente, com as normas institucionais da Solution Gestão Pública e com as exigências estabelecidas no Contrato de Gestão firmado com o Município de Colina.

Essa etapa é fundamental para assegurar regularidade jurídica, clareza de responsabilidades e segurança institucional, prevenindo riscos trabalhistas, previdenciários e administrativos.

Regularidade contratual e vínculo formal

Todos os profissionais contratados terão vínculo formal estabelecido conforme a legislação aplicável, com registro adequado, observância dos direitos e deveres trabalhistas e atendimento às exigências previdenciárias.

A formalização do vínculo ocorrerá somente após a conclusão satisfatória de todas as etapas do processo seletivo e a validação da documentação exigida.

Registro e documentação obrigatória

No ato da contratação, serão exigidos, conforme a função, documentos como:

- Documento de identificação pessoal;
- Cadastro de pessoa física;
- Comprovante de formação acadêmica;
- Registro profissional ativo, quando aplicável;
- Comprovantes exigidos pela legislação trabalhista;
- Demais documentos definidos nas normas internas da instituição.

Toda a documentação será conferida, registrada e arquivada, assegurando rastreabilidade e conformidade.

Clareza quanto às atribuições e responsabilidades

No momento da contratação, o profissional será formalmente informado sobre:

- Suas atribuições e responsabilidades;
- Jornada de trabalho e regime de plantão;
- Hierarquia funcional;
- Normas internas da unidade;
- Protocolos assistenciais e administrativos aplicáveis;
- Deveres éticos e institucionais.

Essa clareza contribui para a adequada integração do profissional à equipe e para a redução de conflitos e não conformidades.

Integração inicial e início das atividades

Após a formalização contratual, o profissional será encaminhado para processo de integração institucional, no qual receberá orientações iniciais sobre o funcionamento da unidade, fluxos assistenciais, normas internas e diretrizes de qualidade e segurança do paciente.

Somente após a conclusão dessa etapa o profissional iniciará efetivamente suas atividades assistenciais ou administrativas.

7.3.2.1.9 Integração com o Sistema de Gestão e Qualidade

O processo de recrutamento e seleção da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e do SAMU 192 será integralmente integrado ao Sistema de Gestão da unidade, constituindo elemento estruturante da política de recursos humanos e da governança assistencial adotada pela Solution Gestão Pública.

Essa integração assegura que as decisões de contratação não ocorram de forma isolada, mas sim alinhadas ao planejamento institucional, aos objetivos estratégicos do Contrato de Gestão, aos indicadores de desempenho e às diretrizes de qualidade e segurança do paciente.

Integração com o dimensionamento de recursos humanos

O recrutamento e a seleção estarão diretamente vinculados ao dimensionamento de recursos humanos aprovado no Plano de Trabalho e no Termo de Referência. Qualquer contratação, substituição ou ajuste de equipe será precedida de análise técnica que considere:

- Necessidade assistencial real da unidade;
- Impacto sobre escalas e cobertura de plantões;
- Manutenção das equipes mínimas exigidas;
- Sustentabilidade operacional e financeira.

Essa integração garante coerência entre planejamento, contratação e execução, evitando contratações excessivas ou insuficientes que possam comprometer a eficiência do serviço.

Integração com indicadores operacionais e assistenciais

Os resultados do processo de recrutamento e seleção serão monitorados por meio de indicadores de desempenho, tais como:

- Taxa de rotatividade de profissionais;
- Tempo médio de reposição de vagas críticas;
- Absenteísmo;

- Ocorrência de não conformidades relacionadas à atuação profissional;
- Impacto da equipe nos indicadores assistenciais e de qualidade.

Esses indicadores permitirão avaliar a efetividade do processo seletivo, subsidiando ajustes contínuos e ações corretivas, quando necessário.

Integração com a política de qualidade e segurança do paciente

A contratação de profissionais qualificados e alinhados às diretrizes institucionais constitui fator determinante para a segurança do paciente. Dessa forma, o processo de recrutamento e seleção estará articulado com:

- Protocolos assistenciais padronizados;
- Programas de educação permanente;
- Ações de humanização do atendimento;
- Comissões internas de qualidade e segurança.

Profissionais selecionados deverão demonstrar compromisso com a prática segura, com o cumprimento de protocolos e com a cultura de qualidade adotada na unidade.

Articulação com a gestão do Contrato de Gestão

O processo seletivo também estará alinhado às exigências contratuais pactuadas com o Município, assegurando que o quadro de pessoal contratado seja compatível com as metas, indicadores e responsabilidades estabelecidas no Contrato de Gestão.

Essa articulação fortalece a governança, a transparência e a capacidade de resposta da Solution Gestão Pública perante a fiscalização e a avaliação da Administração Pública.

7.3.2.1.10 Registro, Documentação e Rastreabilidade

A rastreabilidade do processo de recrutamento e seleção constitui requisito essencial para a transparência, a conformidade legal e a segurança institucional. Todas as etapas do processo serão devidamente registradas, documentadas e arquivadas, assegurando suporte técnico para auditorias, fiscalizações e avaliações por órgãos de controle.

Registros de divulgação das vagas

Serão mantidos registros formais de todas as divulgações realizadas, contendo:

- Data da divulgação;

- Canal utilizado;
- Conteúdo divulgado;
- Prazo de candidatura.

Esses registros permitem comprovar a transparência e a isonomia do processo seletivo.

Documentação dos candidatos

Para cada candidato participante do processo seletivo, serão mantidos registros contendo:

- Currículo recebido;
- Documentos comprobatórios apresentados;
- Resultados das avaliações realizadas;
- Pareceres técnicos, quando aplicável.

Os documentos serão organizados de forma segura, respeitando a confidencialidade das informações pessoais e profissionais.

Registros das etapas de seleção

Cada etapa do processo seletivo contará com registros específicos, incluindo:

- Listas de candidatos avaliados;
- Critérios aplicados;
- Resultados obtidos;
- Justificativas técnicas para aprovação ou reprovação.

Esses registros asseguram rastreabilidade das decisões e respaldo técnico-administrativo.

Formalização da contratação

A formalização da contratação será registrada por meio de documentos oficiais, incluindo contrato de trabalho, registros funcionais e demais documentos exigidos pela legislação e pelas normas institucionais.

Todos os registros de contratação serão integrados aos sistemas administrativos da unidade, garantindo controle, organização e fácil acesso às informações.

Suporte à fiscalização e auditoria

A organização sistemática dos registros permitirá pronta resposta a demandas de fiscalização da Administração Pública, Tribunais de Contas, órgãos de controle interno e externo, bem como às avaliações realizadas no âmbito do Contrato de Gestão.

A rastreabilidade do processo seletivo reforça a credibilidade institucional e demonstra conformidade com as boas práticas de governança pública.

A implantação de um processo estruturado, transparente e tecnicamente fundamentado de recrutamento e seleção representa elemento estratégico para o sucesso da gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e do SAMU 192.

Ao adotar critérios objetivos, planejamento prévio, modalidades adequadas de recrutamento, etapas seletivas padronizadas e integração com o Sistema de Gestão e Qualidade, a Solution Gestão Pública assegura a formação de equipes multiprofissionais qualificadas, comprometidas e alinhadas às necessidades assistenciais e operacionais da unidade.

Esse modelo de recrutamento e seleção contribui diretamente para:

- Continuidade e regularidade da assistência;
- Segurança do paciente;
- Qualidade dos serviços prestados;
- Cumprimento das metas e indicadores do Contrato de Gestão;
- Redução de riscos assistenciais, operacionais e jurídicos;
- Fortalecimento da governança institucional.

Dessa forma, o presente capítulo atende integralmente às exigências do edital, apresenta aderência plena às diretrizes do Sistema Único de Saúde e às boas práticas de gestão pública e encontra-se plenamente apto à implantação na unidade, constituindo instrumento efetivo de apoio à gestão de pessoas e à sustentabilidade da prestação dos serviços de saúde.

7.3.2.2 Modelo de Contrato de trabalho

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO

REGIME CLT – ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Pelo presente instrumento particular, de um lado:

SOLUTION GESTÃO PÚBLICA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social, inscrita no CNPJ nº

_____, com sede à _____,
neste ato representada por seu representante legal, doravante denominada
simplesmente **EMPREGADORA**;

E, de outro lado:

_____, nacionalidade
_____, estado civil _____, profissão
_____, portador(a) do RG nº _____,
CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à
_____,
doravante
denominado(a) simplesmente **EMPREGADO(A)**;

Têm entre si justo e contratado o presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO**, que se regerá pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, pela legislação trabalhista e previdenciária vigente, pelo Contrato de Gestão firmado entre a EMPREGADORA e o Município, bem como pelas cláusulas e condições a seguir descritas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a prestação de serviços profissionais pelo(a) EMPREGADO(A) à EMPREGADORA, para o exercício da função de _____, no âmbito da **Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP e/ou SAMU 192**, conforme necessidade operacional, assistencial e administrativa da unidade.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES

O(a) EMPREGADO(A) exercerá as atribuições inerentes à função contratada, conforme descrição funcional definida pela EMPREGADORA, observando:

- I. As normas técnicas, éticas e legais aplicáveis à sua categoria profissional;
- II. Os protocolos assistenciais e administrativos da unidade;
- III. As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV. As normas internas, regimentos e fluxos institucionais;
- V. As determinações da coordenação imediata e da gestão da unidade.

Parágrafo único. O(a) EMPREGADO(A) compromete-se a desempenhar suas atividades com zelo, diligência, responsabilidade técnica, ética profissional e observância dos princípios da legalidade, eficiência, humanização e segurança do paciente.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DE TRABALHO



O local de trabalho será a **Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP** e/ou o **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**, podendo haver deslocamento entre setores ou unidades sob gestão da EMPREGADORA, conforme necessidade do serviço, sem caracterizar alteração contratual lesiva.

CLÁUSULA QUARTA – DA JORNADA DE TRABALHO

A jornada de trabalho será de _____ **horas semanais**, cumprida em regime de:

- ☐ Escala de plantão
- ☐ Jornada fixa
- ☐ Jornada administrativa
- ☐ Outro regime compatível com a função

Parágrafo primeiro. As escalas de trabalho serão definidas pela coordenação da unidade, respeitando a legislação vigente, os limites legais de jornada e os acordos aplicáveis.

Parágrafo segundo. Poderá haver necessidade de realização de horas extras, plantões adicionais ou readequação de escala, conforme demanda assistencial, observada a legislação trabalhista.

CLÁUSULA QUINTA – DA REMUNERAÇÃO

Pelos serviços prestados, o(a) EMPREGADO(A) perceberá a remuneração mensal de **R\$** _____ (_____), paga até o quinto dia útil do mês subsequente ao vencido.

Parágrafo único. A remuneração ajustada engloba apenas as parcelas fixas previstas neste contrato, sendo eventuais adicionais pagos conforme legislação vigente, normas internas ou acordos específicos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS BENEFÍCIOS

O(a) EMPREGADO(A) fará jus aos benefícios legalmente previstos e àqueles eventualmente concedidos pela EMPREGADORA, conforme normas internas e disponibilidade contratual, não se incorporando tais benefícios ao salário, salvo previsão legal expressa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REGISTRO E DAS OBRIGAÇÕES LEGAIS

A EMPREGADORA providenciará o registro do presente contrato na Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, bem como o recolhimento dos encargos trabalhistas, previdenciários e fundiários, nos termos da legislação vigente.

O(a) EMPREGADO(A) compromete-se a manter atualizados seus dados cadastrais e profissionais, inclusive registros em Conselhos de Classe, quando aplicável.

CLÁUSULA OITAVA – DAS NORMAS INTERNAS E CONDUTA PROFISSIONAL

O(a) EMPREGADO(A) declara ter ciência e compromete-se a cumprir:

- I. O Regimento Interno da unidade;
- II. O Código de Conduta e Ética da EMPREGADORA;
- III. As normas de segurança do trabalho;
- IV. Os protocolos assistenciais e administrativos;
- V. As diretrizes de confidencialidade, sigilo profissional e proteção de dados.

O descumprimento dessas normas poderá ensejar a aplicação de medidas disciplinares, nos termos da legislação trabalhista.

CLÁUSULA NONA – DO SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

O(a) EMPREGADO(A) obriga-se a manter absoluto sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso em razão de suas atividades, especialmente dados de pacientes, usuários, prontuários, informações institucionais, administrativas e estratégicas.

A obrigação de sigilo subsistirá mesmo após o término do presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

O(a) EMPREGADO(A) estará sujeito(a) a processos periódicos de avaliação de desempenho, conforme política institucional da EMPREGADORA, podendo os resultados subsidiar ações de desenvolvimento, capacitação, readequação funcional ou desligamento, observada a legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

O presente contrato tem início em //_____, sendo firmado por prazo:

- () Indeterminado
- () Determinado, com término em //_____

Parágrafo único. A rescisão do contrato poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes, observadas as disposições da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO VÍNCULO JURÍDICO

O presente contrato não gera estabilidade ou garantia de permanência, sendo o vínculo regido exclusivamente pela legislação trabalhista, pelo Contrato de Gestão e pelas normas internas da EMPREGADORA.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Justiça do Trabalho da Comarca de _____, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justas e contratadas, firmam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma.

Colina/SP, ____ de _____ de _____.

EMPREGADORA:

SOLUTION GESTÃO PÚBLICA

EMPREGADO(A):

7.3.2.3 Avaliação de desempenho e sugestão de condutas

7.3.2.3.1 Finalidade da Avaliação de Desempenho

A Avaliação de Desempenho tem por finalidade acompanhar, analisar e aprimorar, de forma contínua e sistematizada, o desempenho dos profissionais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, assegurando o alinhamento das práticas individuais e coletivas às diretrizes institucionais, aos protocolos assistenciais e operacionais, às metas pactuadas no Contrato de Gestão e aos princípios do Sistema Único de Saúde.

No contexto dos serviços de urgência e emergência, a avaliação de desempenho assume papel estratégico na mitigação de riscos assistenciais, na

qualificação da tomada de decisão clínica e administrativa e na garantia da segurança do paciente. A natureza dinâmica e crítica do atendimento exige profissionais tecnicamente capacitados, comprometidos com protocolos padronizados, capazes de atuar de forma integrada em equipe multiprofissional e alinhados a uma cultura organizacional orientada à qualidade, à resolutividade e à humanização.

A avaliação não se restringe à mensuração de resultados isolados, mas constitui instrumento estruturante da gestão de pessoas, com caráter educativo, orientativo e preventivo. Por meio dela, torna-se possível identificar fragilidades técnicas, comportamentais ou organizacionais, reconhecer boas práticas, orientar processos de capacitação, prevenir recorrência de não conformidades e subsidiar decisões gerenciais baseadas em evidências.

Dessa forma, a Avaliação de Desempenho contribui diretamente para a melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos, para o fortalecimento da governança institucional, para o cumprimento das metas contratuais e para a entrega de serviços de saúde seguros, eficientes e de qualidade à população usuária.

7.3.2.3.2 Princípios Norteadores da Avaliação de Desempenho

O processo de Avaliação de Desempenho será conduzido com base em princípios que asseguram legitimidade técnica, segurança jurídica, equidade e confiabilidade, sendo eles elementos estruturantes de todo o modelo avaliativo.

A legalidade e a conformidade trabalhista garantem que o processo observe integralmente a legislação vigente, os instrumentos normativos internos, os direitos dos trabalhadores e os princípios do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa. Nenhuma conduta decorrente da avaliação poderá resultar em violação de direitos ou em práticas arbitrárias.

A impessoalidade e a isonomia asseguram que todos os profissionais sejam avaliados com base em critérios objetivos, previamente definidos e compatíveis com suas atribuições, vedando qualquer forma de discriminação, favorecimento pessoal ou julgamento subjetivo desvinculado do desempenho funcional.

A objetividade e a transparência do processo são garantidas pela definição clara dos critérios, instrumentos e metodologias de avaliação, os quais serão de conhecimento das equipes, promovendo compreensão, previsibilidade e adesão institucional ao modelo adotado.

O foco no desenvolvimento profissional orienta a avaliação como ferramenta de crescimento técnico e comportamental, priorizando ações

educativas, corretivas e preventivas, em consonância com a política de educação permanente e com as necessidades assistenciais da unidade.

O alinhamento à qualidade assistencial assegura que os critérios avaliativos estejam diretamente relacionados à segurança do paciente, à efetividade clínica, à humanização do atendimento e à eficiência dos processos de trabalho.

A integração com a gestão por indicadores permite que o desempenho individual e coletivo seja analisado de forma articulada aos resultados institucionais, fortalecendo a cultura de gestão orientada por evidências e resultados.

7.3.2.3.3 Abrangência da Avaliação

A Avaliação de Desempenho abrangerá todos os profissionais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, independentemente do vínculo contratual, desde que integrem de forma regular as equipes da unidade. A abrangência integral do processo assegura visão sistêmica do desempenho organizacional e evita lacunas no acompanhamento da força de trabalho.

A equipe assistencial será avaliada considerando aspectos técnicos, clínicos e comportamentais, com ênfase na aderência a protocolos, na segurança do paciente, na atuação multiprofissional e na resolutividade do atendimento.

A equipe administrativa será avaliada com base na organização dos processos de trabalho, na qualidade e fidedignidade dos registros, no cumprimento de prazos, no suporte às atividades assistenciais e no atendimento aos usuários e às equipes internas.

A equipe operacional e de apoio será avaliada considerando assiduidade, cumprimento de rotinas, qualidade da execução das atividades, impacto indireto na segurança assistencial e contribuição para o funcionamento adequado dos fluxos da unidade.

Os critérios e instrumentos serão adaptados às especificidades de cada função, garantindo pertinência técnica, equidade e justiça avaliativa.

7.3.2.3.4 Critérios de Avaliação de Desempenho

A Avaliação de Desempenho será fundamentada em critérios objetivos, mensuráveis e verificáveis, definidos de forma a refletir as responsabilidades do cargo, o impacto da atuação profissional na qualidade assistencial e administrativa e o alinhamento às diretrizes institucionais.

A assiduidade e a pontualidade serão avaliadas considerando a frequência regular ao trabalho, o cumprimento integral das escalas estabelecidas, a observância dos horários definidos e a responsabilidade com a continuidade do atendimento, especialmente em serviços de funcionamento ininterrupto.

O cumprimento das atribuições e rotinas será avaliado a partir da execução adequada das atividades previstas para a função, do respeito aos fluxos estabelecidos, da observância das normas internas e da capacidade de manter padrão consistente de desempenho no cotidiano da unidade.

A aderência aos protocolos assistenciais e operacionais constitui critério central, sobretudo em ambiente de urgência e emergência, onde a padronização das condutas é elemento essencial para a redução de variabilidade, prevenção de eventos adversos e garantia da segurança do paciente. Serão considerados o conhecimento, a aplicação prática e o respeito aos protocolos vigentes.

A qualidade técnica da atuação profissional será avaliada considerando precisão, resolutividade, capacidade de tomada de decisão, adequação das intervenções, organização do trabalho e atualização técnica compatível com as exigências da função.

A postura ética e o comportamento profissional serão avaliados com base no respeito às normas institucionais, à confidencialidade das informações, à conduta ética no relacionamento com usuários, acompanhantes e colegas de trabalho, bem como na observância dos princípios do serviço público.

O relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe serão avaliados considerando comunicação eficaz, cooperação, respeito à hierarquia funcional, capacidade de atuação integrada e contribuição para um ambiente de trabalho colaborativo e seguro.

O comprometimento com a humanização do atendimento será avaliado a partir da postura acolhedora, da empatia, da comunicação clara e respeitosa com usuários e acompanhantes e do alinhamento às diretrizes de humanização adotadas pela unidade.

A contribuição para a segurança do paciente será avaliada considerando a identificação e comunicação de riscos, a prevenção de eventos adversos, o cumprimento de boas práticas assistenciais e a participação em ações de melhoria da segurança.

Os critérios poderão ser complementados por indicadores específicos conforme a natureza da função, mantendo coerência com o perfil assistencial e operacional da unidade.

7.3.2.3.5 Periodicidade e Metodologia da Avaliação

A Avaliação de Desempenho será realizada de forma periódica, preferencialmente em ciclos semestrais ou anuais, permitindo o acompanhamento longitudinal do desempenho profissional e a análise da evolução ao longo do tempo.

Avaliações poderão ser realizadas de forma extraordinária em situações que demandem acompanhamento específico, tais como alterações significativas de função, retorno de afastamentos prolongados, identificação de não conformidades relevantes, reincidência de falhas ou necessidade de monitoramento intensivo do desempenho.

A metodologia adotada permitirá análise comparativa entre períodos avaliativos, identificação de tendências, avaliação do impacto das ações corretivas e educativas implementadas e subsídio à tomada de decisões gerenciais fundamentadas.

7.3.2.3.6 Instrumentos de Avaliação

Serão utilizados instrumentos padronizados e formalizados de avaliação, elaborados de acordo com a categoria profissional e as atribuições do cargo, assegurando uniformidade, rastreabilidade e confiabilidade do processo.

Os instrumentos poderão incluir formulários estruturados de avaliação, registros de desempenho funcional, análise de indicadores assistenciais e administrativos relacionados à atuação profissional, bem como registros de ocorrências, não conformidades, incidentes e elogios, quando aplicável.

Os instrumentos de avaliação permitirão consolidar informações quantitativas e qualitativas, favorecendo análise abrangente e consistente do desempenho profissional e institucional.

7.3.2.3.7 Devolutiva e Acompanhamento do Desempenho

Os resultados da Avaliação de Desempenho serão apresentados ao profissional avaliado por meio de devolutiva estruturada, individualizada e formalizada, conduzida de forma ética, respeitosa e orientativa.

A devolutiva contemplará a apresentação dos pontos fortes identificados, o reconhecimento de boas práticas, a identificação de oportunidades de melhoria, orientações técnicas e comportamentais e o estabelecimento de metas de desenvolvimento compatíveis com a função e com as necessidades da unidade.

O acompanhamento do desempenho permitirá monitorar a evolução profissional, avaliar a efetividade das orientações e ações propostas e reforçar o engajamento do trabalhador com a melhoria contínua.

7.3.2.3.8 Sugestão de Condutas no Âmbito de Recursos Humanos

Com base nos resultados da Avaliação de Desempenho, poderão ser adotadas condutas administrativas e de desenvolvimento, de forma proporcional, fundamentada e compatível com a legislação vigente.

As condutas poderão incluir orientação técnica e comportamental, acompanhamento funcional sistemático, inclusão em programas de capacitação e treinamento específico, realocação funcional quando tecnicamente pertinente, reconhecimento de desempenho satisfatório e, quando necessário, adoção de medidas administrativas cabíveis.

As condutas terão caráter prioritariamente educativo e preventivo, visando à correção de desvios, ao fortalecimento das competências profissionais e à preservação da qualidade assistencial e do ambiente de trabalho.

7.3.2.3.9 Integração com Capacitação e Educação Permanente

A Avaliação de Desempenho estará integrada aos processos de capacitação e educação permanente da unidade, constituindo uma das principais fontes de diagnóstico das necessidades de treinamento e desenvolvimento das equipes.

Os resultados das avaliações subsidiarão o planejamento das ações de educação permanente, a atualização de protocolos e rotinas, a definição de conteúdos prioritários de capacitação e a avaliação da efetividade das ações educativas implementadas.

Essa integração assegura coerência entre desempenho profissional, qualificação técnica e melhoria contínua da qualidade assistencial.

7.3.2.3.10 Registro, Documentação e Sigilo

Todo o processo de Avaliação de Desempenho será devidamente registrado, contemplando os instrumentos utilizados, os resultados obtidos, as devolutivas realizadas, as condutas adotadas e o acompanhamento das ações propostas.

Os registros observarão rigorosamente o sigilo das informações, com acesso restrito às instâncias de gestão autorizadas, e permanecerão disponíveis

para fins de auditoria, controle institucional e acompanhamento contratual, quando aplicável.

7.3.2.3.11 Monitoramento e Melhoria do Processo Avaliativo

O processo de Avaliação de Desempenho será periodicamente monitorado e revisado, visando ao aperfeiçoamento contínuo dos critérios, instrumentos e metodologias adotadas.

As revisões considerarão a dinâmica assistencial da unidade, as exigências contratuais, os resultados obtidos, as boas práticas de gestão de pessoas em saúde e as diretrizes institucionais, fortalecendo a cultura de melhoria contínua.

A implantação de um processo estruturado de Avaliação de Desempenho e Sugestão de Condutas consolida-se como instrumento essencial de governança, desenvolvimento profissional e qualificação da assistência, contribuindo para a segurança do paciente, a eficiência operacional, a valorização das equipes e a sustentabilidade da gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, em consonância com o Contrato de Gestão, os princípios da Administração Pública e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

7.3.2.3.1 Modelo de Avaliação de Desempenho

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL AVALIADO

Unidade de Saúde: Unidade de Pronto Atendimento Municipal

Nome do Colaborador: _____

Cargo/Função: _____

Setor: ☐ Assistencial ☐ Administrativo ☐ Operacional/Apoio

Vínculo: ☐ CLT ☐ Contrato ☐ Outro: _____

Data de Admissão: //____

Período Avaliado: ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Avaliação Extraordinária

Avaliador Responsável (cargo): _____

2. ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A AVALIAÇÃO

A Avaliação de Desempenho constitui instrumento estruturante da Política de Recursos Humanos da Unidade de Pronto Atendimento Municipal, estando diretamente vinculada ao Sistema de Gestão, ao Programa de Qualidade, à Segurança do Paciente, à Educação Permanente e ao cumprimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão.

O presente instrumento tem caráter técnico, educativo, orientativo e preventivo, não se limitando à mensuração de resultados pontuais, mas permitindo análise longitudinal do desempenho profissional, identificação de fragilidades, reconhecimento de boas práticas e definição de condutas administrativas e de desenvolvimento.

A avaliação deverá ser realizada com base em evidências objetivas, registros institucionais, observação sistemática do desempenho funcional e indicadores assistenciais e administrativos pertinentes à função exercida.

3. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

Cada critério será avaliado conforme escala padronizada abaixo, considerando o desempenho observado no período avaliado.

Escala de Pontuação

- 1 – Insatisfatório
- 2 – Parcialmente Satisfatório
- 3 – Satisfatório
- 4 – Muito Satisfatório
- 5 – Excelente

A atribuição da pontuação deverá ser fundamentada em fatos observáveis, registros, indicadores, ocorrências, resultados e comportamentos apresentados pelo profissional.

4. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

4.1 Assiduidade e Pontualidade

Avalia a frequência regular ao trabalho, cumprimento integral das escalas, respeito aos horários estabelecidos e responsabilidade com a continuidade do atendimento, especialmente considerando o funcionamento ininterrupto da unidade.

Pontuação atribuída: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Observações técnicas:

4.2 Cumprimento das Atribuições e Rotinas

Avalia a execução adequada das atividades inerentes ao cargo, o cumprimento dos fluxos estabelecidos, a observância das normas internas e a manutenção de padrão consistente de desempenho no cotidiano da unidade.

Pontuação atribuída: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Observações técnicas:

4.3 Aderência aos Protocolos Assistenciais e Operacionais

Avalia o conhecimento, a aplicação prática e o respeito aos protocolos assistenciais, operacionais e administrativos vigentes, considerando sua importância para a segurança do paciente, a padronização das condutas e a mitigação de riscos assistenciais.

Pontuação atribuída: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Observações técnicas:

4.4 Qualidade Técnica da Atuação Profissional

Avalia precisão técnica, resolutividade, capacidade de tomada de decisão, adequação das intervenções, organização do trabalho, domínio técnico e atualização compatível com as exigências da função exercida.

Pontuação atribuída: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Observações técnicas:

4.5 Postura Ética e Conduta Profissional

Avalia o cumprimento das normas institucionais, a ética profissional, a confidencialidade das informações, o respeito aos usuários, acompanhantes e colegas, bem como a observância dos princípios do serviço público e do SUS.

Pontuação atribuída: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Observações técnicas:

4.6 Relacionamento Interpessoal e Trabalho em Equipe

Avalia a comunicação eficaz, a cooperação, o respeito à hierarquia funcional, a capacidade de atuação integrada em equipe multiprofissional e a contribuição para ambiente de trabalho colaborativo e seguro.

Pontuação atribuída: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Observações técnicas:

4.7 Comprometimento com a Humanização do Atendimento

Avalia postura acolhedora, empatia, comunicação clara e respeitosa com usuários e acompanhantes, alinhamento às diretrizes da Política Nacional de Humanização e às práticas institucionais da unidade.

Pontuação atribuída: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Observações técnicas:

4.8 Contribuição para a Segurança do Paciente

Avalia a identificação e comunicação de riscos, prevenção de eventos adversos, cumprimento de boas práticas assistenciais, participação em ações de melhoria da segurança e adesão às diretrizes institucionais de segurança do paciente.

Pontuação atribuída: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Observações técnicas:

5. CONSOLIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO**5.1 Pontuação Total**

Somatório dos critérios avaliados: _____ / 40 pontos

5.2 Classificação do Desempenho

- ☐ Desempenho Insatisfatório
- ☐ Desempenho Parcialmente Satisfatório
- ☐ Desempenho Satisfatório

- ☐ Desempenho Muito Satisfatório
- ☐ Desempenho Excelente

6. DEVOLUTIVA AO PROFISSIONAL

6.1 Pontos Fortes Identificados

6.2 Oportunidades de Melhoria

6.3 Orientações Técnicas e Comportamentais

7. PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL (quando aplicável)

Ações propostas:

- ☐ Capacitação técnica
- ☐ Treinamento operacional
- ☐ Educação permanente
- ☐ Acompanhamento funcional
- ☐ Orientação comportamental

Descrição das ações:

Prazo para acompanhamento: ____/____/____

8. SUGESTÃO DE CONDUTAS NO ÂMBITO DE RECURSOS HUMANOS

Com base na avaliação realizada, sugere-se:

- ☐ Manutenção da função
- ☐ Reconhecimento de desempenho satisfatório
- ☐ Inclusão em ações de capacitação
- ☐ Acompanhamento sistemático
- ☐ Realocação funcional (quando tecnicamente indicada)
- ☐ Outras condutas administrativas cabíveis, conforme legislação vigente

Justificativa técnica:

9. REGISTRO, CIÊNCIA E ASSINATURAS

Declaro que fui devidamente avaliado, recebi devolutiva formal e compreendi as orientações apresentadas.

Assinatura do Colaborador: _____ Data: __/__/__

Assinatura do Avaliador: _____ Data: __/__/__

Assinatura da Coordenação/Gestão: _____ Data: __/__/__

7.3.2.4 Educação permanente

7.3.2.4.1 Fundamentação Conceitual e Estratégica da Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui eixo estruturante da política de gestão do trabalho e da qualidade assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo compreendida como um processo contínuo, integrado ao cotidiano do trabalho, orientado pela problematização das práticas reais, pela reflexão crítica sobre os processos assistenciais e pela construção coletiva de soluções voltadas à melhoria da atenção à saúde.

No contexto da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, cuja natureza assistencial é marcada pela alta rotatividade de usuários, diversidade de quadros clínicos, imprevisibilidade da demanda e necessidade de tomada de decisão rápida e qualificada, a Educação Permanente assume papel estratégico não apenas como instrumento de capacitação técnica, mas como ferramenta de gestão, segurança do paciente e governança clínica.

A Solution Gestão Pública, enquanto Organização Social responsável pelo gerenciamento da unidade, adota a Educação Permanente como política institucional permanente, transversal e integrada, alinhada às diretrizes do SUS, às normativas do Ministério da Saúde, às exigências do Termo de Referência e aos critérios de qualidade previstos no Chamamento Público. Tal política não se restringe à realização de treinamentos pontuais ou capacitações isoladas, mas se estrutura como sistema organizado, planejado, monitorado e avaliado, com impacto direto sobre os indicadores assistenciais, operacionais e de satisfação dos usuários.

Diferentemente dos modelos tradicionais de educação continuada, centrados na transmissão vertical de conteúdos e dissociados da realidade do serviço, a Educação Permanente adotada pela Solution Gestão Pública parte da

análise crítica do processo de trabalho, dos eventos adversos, das não conformidades, dos indicadores assistenciais e das demandas emergentes da prática cotidiana, transformando o próprio trabalho em espaço de aprendizagem.

Esse modelo se mostra especialmente adequado ao ambiente de urgência e emergência, onde falhas de comunicação, desatualização de protocolos, rotatividade de profissionais e sobrecarga assistencial podem impactar diretamente a segurança do paciente. Assim, a Educação Permanente passa a ser compreendida como **instrumento de mitigação de riscos assistenciais**, fortalecimento da cultura de segurança e qualificação contínua das equipes multiprofissionais.

7.3.2.4.2 Objetivos da Educação Permanente na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP

A política de Educação Permanente da UPA Municipal de Colina/SP, sob gestão da Solution Gestão Pública, possui objetivos claramente definidos, mensuráveis e alinhados às necessidades assistenciais e gerenciais da unidade.

Objetivo Geral

Promover a qualificação contínua, crítica e contextualizada dos profissionais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, visando à melhoria da qualidade assistencial, à segurança do paciente, à eficiência dos processos de trabalho e ao alinhamento permanente das práticas profissionais às diretrizes do SUS e aos protocolos institucionais.

Objetivos Específicos

- Atualizar continuamente os profissionais quanto aos protocolos clínicos e assistenciais adotados na unidade, com foco em urgência e emergência;
- Fortalecer a padronização das condutas assistenciais, reduzindo variabilidade clínica e riscos assistenciais;
- Desenvolver competências técnicas, éticas, comunicacionais e organizacionais das equipes multiprofissionais;
- Promover a integração entre as equipes assistenciais, administrativas e de apoio;
- Reduzir a ocorrência de eventos adversos, erros assistenciais e retrabalho;
- Apoiar a implantação, revisão e consolidação de protocolos, fluxos e POPs institucionais;

- Qualificar a resposta da unidade às demandas epidemiológicas, sazonais e emergenciais;
- Estimular a cultura de avaliação crítica, aprendizagem organizacional e melhoria contínua;
- Alinhar o desempenho das equipes aos indicadores pactuados no Contrato de Gestão.

7.3.2.4.3 Princípios Norteadores da Educação Permanente

A Educação Permanente implementada pela Solution Gestão Pública na UPA Municipal de Colina/SP é orientada por princípios que asseguram coerência técnica, aplicabilidade prática e aderência às diretrizes do SUS.

a) Aprendizagem Significativa

Os processos educativos partem de situações reais do cotidiano da unidade, como casos clínicos atendidos, eventos adversos, falhas de fluxo, dificuldades operacionais e resultados de indicadores, garantindo maior engajamento e efetividade da aprendizagem.

b) Integração Ensino–Serviço

A educação ocorre no próprio ambiente de trabalho, durante ou a partir das atividades assistenciais e administrativas, integrando teoria e prática de forma indissociável.

c) Interdisciplinaridade

As ações educativas envolvem diferentes categorias profissionais, respeitando suas especificidades, mas promovendo visão sistêmica e trabalho em equipe.

d) Continuidade e Sistemática

A Educação Permanente não se limita a ações esporádicas, sendo estruturada em cronograma anual, com revisões periódicas e ações contínuas ao longo do contrato de gestão.

e) Alinhamento à Gestão e à Qualidade

Os conteúdos e estratégias educativas são definidos com base nas necessidades identificadas pela gestão, pelas comissões internas, pelos indicadores assistenciais e pelos relatórios de monitoramento.

7.3.2.4.4 Estrutura Organizacional da Educação Permanente

A Educação Permanente na UPA Municipal de Colina/SP é organizada de forma estruturada, com definição clara de responsabilidades, fluxos decisórios e mecanismos de acompanhamento.

7.3.2.4.4.1 Responsabilidade Institucional

A responsabilidade pela coordenação da Educação Permanente é da Solution Gestão Pública, por meio da sua estrutura de gestão local e corporativa, garantindo alinhamento entre diretrizes institucionais e realidade operacional da unidade.

7.3.2.4.4.2 Coordenação Local de Educação Permanente

Na unidade, a Educação Permanente será coordenada por profissional designado pela gestão, preferencialmente com formação em saúde e experiência em gestão ou educação em serviços de saúde, com as seguintes atribuições:

- Planejar e executar o Plano Anual de Educação Permanente;
- Identificar necessidades educativas a partir dos indicadores, auditorias e demandas assistenciais;
- Articular ações educativas com coordenações assistenciais e administrativas;
- Registrar, monitorar e avaliar as atividades desenvolvidas;
- Elaborar relatórios periódicos para a gestão e para a Secretaria Municipal de Saúde.

7.3.2.4.4.3 Participação das Coordenações e Comissões

As coordenações médica, de enfermagem, administrativa e as comissões internas (CCIH, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética, entre outras) participam ativamente do processo de Educação Permanente, contribuindo com:

- Identificação de temas prioritários;
- Análise de eventos e não conformidades;
- Proposição de ações educativas específicas;
- Avaliação dos impactos das capacitações.

7.3.2.4.5 Diagnóstico das Necessidades Educativas

O diagnóstico das necessidades educativas constitui etapa fundamental da Educação Permanente, garantindo que as ações sejam direcionadas às reais demandas da unidade.

Na UPA Municipal de Colina/SP, esse diagnóstico será realizado de forma contínua e sistemática, utilizando múltiplas fontes de informação, tais como:

- Análise de indicadores assistenciais e operacionais;
- Resultados de auditorias internas e externas;
- Relatórios de eventos adversos e incidentes;
- Avaliação de prontuários;
- Demandas das coordenações e das equipes;
- Resultados de pesquisas de satisfação dos usuários;
- Mudanças nos protocolos clínicos ou normativas sanitárias;
- Demandas epidemiológicas e sazonais.

A partir desse diagnóstico, a Solution Gestão Pública elabora e atualiza o **Plano Anual de Educação Permanente**, documento que orienta todas as ações educativas da unidade.

7.3.2.4.6 Metodologias Pedagógicas Aplicadas à Educação Permanente em Unidades de Urgência e Emergência

A definição das metodologias pedagógicas adotadas no âmbito da Educação Permanente da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP considera, de forma prioritária, as especificidades do ambiente de urgência e emergência, caracterizado por alta demanda assistencial, limitação de tempo disponível para capacitações formais, diversidade de perfis profissionais e necessidade de rápida aplicabilidade dos conteúdos abordados.

A Solution Gestão Pública adota metodologias ativas, problematizadoras e orientadas à prática, que privilegiam a aprendizagem significativa e a transformação do processo de trabalho, evitando modelos exclusivamente expositivos ou dissociados da realidade operacional da unidade.

As metodologias pedagógicas adotadas são selecionadas de acordo com o tema, o público-alvo, o grau de complexidade do conteúdo e os objetivos educacionais definidos, podendo ser utilizadas de forma isolada ou combinada.

7.3.2.4.6.1 Metodologia da Problematização

A metodologia da problematização constitui eixo central da Educação Permanente na UPA Municipal de Colina/SP. Parte-se da análise crítica de

situações reais vivenciadas pelas equipes, como atendimentos complexos, falhas de fluxo, eventos adversos, dificuldades de comunicação ou não conformidades identificadas em auditorias e avaliações internas.

Essa abordagem permite que os profissionais reflitam sobre suas próprias práticas, identifiquem causas dos problemas, discutam alternativas e construam coletivamente soluções aplicáveis ao contexto da unidade. O processo pedagógico deixa de ser centrado na transmissão de conteúdos e passa a ser orientado pela realidade concreta do trabalho.

7.3.2.4.6.2 Discussão de Casos Clínicos e Situações Assistenciais

A discussão estruturada de casos clínicos é amplamente utilizada como estratégia de Educação Permanente, especialmente para equipes médicas e de enfermagem. Os casos são selecionados com base em critérios técnicos, como gravidade, complexidade, ocorrência de eventos adversos, desfechos inesperados ou relevância epidemiológica.

As discussões são conduzidas de forma técnica e ética, preservando o sigilo das informações e com foco na análise das condutas, na aderência aos protocolos institucionais e na identificação de oportunidades de melhoria. Essa metodologia contribui para o aprimoramento da tomada de decisão clínica, a padronização das condutas e a segurança do paciente.

7.3.2.4.6.3 Simulações Realísticas e Treinamentos Práticos

Sempre que aplicável, a Solution Gestão Pública promove treinamentos práticos e simulações realísticas, especialmente para temas críticos da urgência e emergência, como suporte básico e avançado de vida, manejo de vias aéreas, atendimento a pacientes politraumatizados, parada cardiorrespiratória, uso de equipamentos e fluxos de emergência.

As simulações permitem que os profissionais treinem habilidades técnicas e não técnicas, como comunicação, trabalho em equipe e liderança, em ambiente controlado, reduzindo riscos assistenciais e aumentando a confiança das equipes para atuação em situações reais.

7.3.2.4.6.4 Educação em Serviço e Treinamento no Local de Trabalho

Considerando as limitações de tempo e a dinâmica assistencial da UPA, a Educação Permanente privilegia ações educativas realizadas no próprio local de trabalho, integradas à rotina da unidade. Essas ações incluem orientações rápidas, treinamentos setoriais, reforço de protocolos, demonstrações práticas e alinhamentos operacionais realizados durante os plantões, sem prejuízo do atendimento.

Essa estratégia permite maior adesão das equipes e facilita a aplicação imediata dos conteúdos abordados.

7.3.2.4.6.5 Utilização de Recursos Educacionais Diversificados

As ações de Educação Permanente utilizam diferentes recursos educacionais, tais como:

- Protocolos institucionais atualizados;
- Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);
- Fluxogramas assistenciais;
- Materiais audiovisuais;
- Manuais internos;
- Estudos de caso;
- Indicadores e relatórios de desempenho.

Esses recursos são disponibilizados de forma acessível às equipes, garantindo consulta rápida e atualização contínua.

7.3.2.4.7 Tipologia das Ações de Educação Permanente

As ações de Educação Permanente na UPA Municipal de Colina/SP são organizadas de acordo com sua finalidade, público-alvo e momento de aplicação, garantindo cobertura adequada das necessidades da unidade.

7.3.2.4.7.1 Educação Permanente na Integração de Novos Profissionais

Todos os profissionais admitidos na unidade, independentemente do vínculo ou categoria profissional, participam de processo estruturado de integração institucional, que contempla:

- Apresentação da organização gestora Solution Gestão Pública;
- Apresentação do perfil assistencial da UPA Municipal de Colina/SP;
- Orientações sobre fluxos assistenciais e administrativos;
- Normas internas, ética profissional e condutas esperadas;
- Protocolos assistenciais prioritários;
- Diretrizes de segurança do paciente;
- Uso de sistemas informatizados e prontuário eletrônico.

Essa etapa é fundamental para garantir alinhamento inicial, reduzir falhas operacionais e assegurar padrão mínimo de qualidade desde o início das atividades profissionais.

7.3.2.4.7.2 Capacitações Periódicas de Atualização Técnica

As capacitações periódicas visam à atualização técnica e científica das equipes, considerando:

- Revisões e atualizações de protocolos clínicos;
- Novas diretrizes do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde;
- Mudanças nos fluxos assistenciais;
- Introdução de novos equipamentos ou tecnologias;
- Demandas epidemiológicas específicas.

Essas capacitações são planejadas de forma contínua e distribuídas ao longo do ano, conforme o Plano Anual de Educação Permanente.

7.3.2.4.7.3 Educação Permanente Voltada à Segurança do Paciente

A segurança do paciente é eixo transversal da Educação Permanente, sendo abordada de forma sistemática por meio de ações educativas que contemplam:

- Identificação correta do paciente;
- Comunicação efetiva entre profissionais;
- Prevenção de quedas e lesões;
- Uso seguro de medicamentos;
- Prevenção de infecções relacionadas à assistência;
- Notificação e análise de eventos adversos.

Essas ações são articuladas com as comissões internas e com o núcleo de qualidade da unidade, fortalecendo a cultura de segurança.

7.3.2.4.7.4 Educação Permanente em Processos Administrativos e Operacionais

Além das ações assistenciais, a Educação Permanente contempla capacitações voltadas aos processos administrativos e operacionais da unidade, como:

- Fluxos de recepção e acolhimento;
- Registros administrativos e assistenciais;
- Faturamento de procedimentos;
- Gestão de materiais e medicamentos;
- Organização de escalas e rotinas internas.

Essa abordagem integrada contribui para o funcionamento eficiente da unidade como um todo.

7.3.2.4.8 Educação Permanente por Categoria Profissional

A Educação Permanente na UPA Municipal de Colina/SP é planejada de forma multiprofissional, respeitando as especificidades de cada categoria, sem perder a visão integrada do cuidado.

7.3.2.4.8.1 Equipe Médica

As ações voltadas à equipe médica priorizam atualização clínica, padronização de condutas, discussão de casos, revisão de protocolos de urgência e emergência e alinhamento com diretrizes institucionais e regulatórias.

7.3.2.4.8.2 Equipe de Enfermagem

Para a equipe de enfermagem, a Educação Permanente aborda temas como protocolos assistenciais, cuidados diretos ao paciente, segurança do paciente, registros de enfermagem, uso de equipamentos, fluxos internos e atuação em situações críticas.

7.3.2.4.8.3 Equipes Administrativas e de Apoio

As equipes administrativas e de apoio participam de ações educativas relacionadas ao acolhimento, comunicação com usuários, organização de processos, normas internas, segurança institucional e integração com as equipes assistenciais.

7.3.2.4.9 Planejamento da Educação Permanente em Saúde

O planejamento da Educação Permanente na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP constitui etapa essencial para garantir coerência entre as ações educativas, as necessidades assistenciais da unidade e os objetivos estratégicos do Contrato de Gestão. A Solution Gestão Pública adota modelo de planejamento estruturado, sistemático e alinhado aos princípios da gestão por resultados, evitando ações fragmentadas ou desvinculadas da realidade operacional.

A Educação Permanente é concebida como processo contínuo, com planejamento anual e revisões periódicas, assegurando flexibilidade para incorporação de demandas emergenciais e ajustes decorrentes da dinâmica assistencial da unidade.

7.3.2.4.9.1 Plano Anual de Educação Permanente

A Solution Gestão Pública elabora e executa, no âmbito da UPA Municipal de Colina/SP, um Plano Anual de Educação Permanente, documento norteador que organiza, sistematiza e formaliza todas as ações educativas previstas para o período.

O Plano Anual contempla, no mínimo:

- Diagnóstico situacional das necessidades educativas da unidade;
- Objetivos gerais e específicos da Educação Permanente;
- Definição dos eixos temáticos prioritários;
- Público-alvo por categoria profissional;
- Metodologias pedagógicas a serem utilizadas;
- Cronograma de execução das atividades;
- Responsáveis pela condução das ações;
- Indicadores de monitoramento e avaliação;
- Estratégias de registro e documentação.

O Plano Anual é elaborado com base na análise integrada de indicadores assistenciais e operacionais, relatórios das comissões internas, resultados de auditorias, notificações de eventos adversos, demandas das coordenações e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

7.3.2.4.9.2 Flexibilidade e Atualização do Planejamento

Considerando a natureza dinâmica dos serviços de urgência e emergência, o planejamento da Educação Permanente não é estático. O Plano Anual pode ser revisado e ajustado ao longo do período de vigência, sempre que identificadas novas necessidades, tais como:

- Alterações no perfil epidemiológico da população atendida;
- Implantação ou revisão de protocolos assistenciais;
- Introdução de novos equipamentos, tecnologias ou sistemas;
- Ocorrência de eventos adversos relevantes;
- Demandas específicas da gestão municipal.

Essa flexibilidade assegura que a Educação Permanente permaneça alinhada às necessidades reais da unidade e aos objetivos do Contrato de Gestão.

7.3.2.4.10 Cronograma de Execução das Ações Educativas

A Educação Permanente na UPA Municipal de Colina/SP é executada conforme cronograma previamente definido no Plano Anual, garantindo previsibilidade, organização e rastreabilidade das ações.

7.3.2.4.10.1 Periodicidade das Ações

As ações educativas podem ocorrer com diferentes periodicidades, de acordo com sua finalidade e complexidade, incluindo:

- Ações contínuas e permanentes, integradas à rotina assistencial;
- Capacitações mensais, bimestrais ou trimestrais;
- Treinamentos pontuais, conforme necessidade identificada;
- Atividades específicas para integração de novos profissionais;
- Reforços educativos decorrentes de não conformidades ou eventos adversos.

Essa distribuição permite cobertura adequada das necessidades da unidade sem comprometer a continuidade do atendimento.

7.3.2.4.10.2 Adequação à Rotina Assistencial

O cronograma das ações educativas é planejado de forma a minimizar impactos sobre a assistência, considerando escalas de trabalho, turnos e picos de atendimento. Sempre que possível, as capacitações são realizadas de forma setorial, em horários alternados ou integradas ao próprio ambiente de trabalho.

7.3.2.4.11 Integração da Educação Permanente com Indicadores e Metas Assistenciais

A Educação Permanente na UPA Municipal de Colina/SP não se configura como ação isolada, mas como instrumento estratégico de melhoria do desempenho assistencial e operacional da unidade.

A Solution Gestão Pública integra diretamente a Educação Permanente aos indicadores pactuados no Contrato de Gestão, utilizando os resultados obtidos para direcionar, ajustar e priorizar as ações educativas.

7.3.2.4.11.1 Utilização de Indicadores Assistenciais

Indicadores assistenciais são utilizados como base para identificação de necessidades educativas, tais como:

- Tempo de espera para atendimento;
- Tempo porta-médico;
- Taxa de reavaliação clínica;

- Ocorrência de eventos adversos;
- Adequação dos registros em prontuário;
- Taxa de retorno não programado;
- Indicadores de segurança do paciente.

A análise desses indicadores permite direcionar ações educativas específicas, focadas em pontos críticos do processo assistencial.

7.3.2.4.11.2 Alinhamento com Metas do Contrato de Gestão

As ações de Educação Permanente são planejadas de forma a contribuir diretamente para o alcance das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Contrato de Gestão, fortalecendo o vínculo entre capacitação profissional e desempenho institucional.

7.3.2.4.12 Monitoramento e Avaliação da Educação Permanente

O monitoramento e a avaliação das ações de Educação Permanente constituem etapas essenciais para garantir efetividade, transparência e melhoria contínua do processo educativo.

7.3.2.4.12.1 Monitoramento das Ações Educativas

O monitoramento é realizado de forma sistemática, contemplando:

- Registro das ações realizadas;
- Controle de participação dos profissionais;
- Verificação do cumprimento do cronograma;
- Análise da adequação dos conteúdos e metodologias;
- Avaliação da aplicabilidade prática das ações.

Essas informações subsidiam ajustes no planejamento e permitem avaliação contínua do processo.

7.3.2.4.12.2 Avaliação de Resultados

A avaliação da Educação Permanente vai além da verificação da realização das atividades, buscando identificar impactos reais sobre o processo de trabalho, por meio de:

- Comparação de indicadores antes e após as ações educativas;
- Análise de redução de não conformidades;
- Avaliação da adesão a protocolos assistenciais;

- Percepção das equipes quanto à aplicabilidade dos conteúdos.

Essa abordagem reforça o caráter estratégico da Educação Permanente como instrumento de gestão e qualidade.

7.3.2.4.13 Registros Formais, Evidências e Rastreabilidade das Ações de Educação Permanente

A adequada formalização, registro e rastreabilidade das ações de Educação Permanente constituem requisito essencial para garantir transparência, controle gerencial, avaliação de resultados e atendimento às exigências normativas e contratuais estabelecidas no âmbito da gestão pública da saúde.

A Solution Gestão Pública adota, na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, um sistema estruturado de registro das ações educativas, assegurando que todas as atividades realizadas no âmbito da Educação Permanente sejam devidamente documentadas, passíveis de auditoria e acessíveis à gestão e à Secretaria Municipal de Saúde.

7.3.2.4.13.1 Tipos de Registros Institucionais

As ações de Educação Permanente geram, no mínimo, os seguintes registros formais:

- Plano Anual de Educação Permanente;
- Cronograma das ações educativas;
- Listas de presença dos participantes;
- Registros fotográficos ou documentais das atividades, quando aplicável;
- Materiais utilizados nas capacitações (apresentações, fluxos, protocolos, POPs);
- Relatórios técnicos das ações realizadas;
- Avaliações de participação e aplicabilidade;
- Relatórios consolidados de monitoramento e avaliação.

Esses registros são organizados de forma sistemática, física e/ou digital, garantindo integridade, rastreabilidade e facilidade de acesso para fins de acompanhamento, fiscalização e prestação de contas.

7.3.2.4.13.2 Rastreabilidade e Integração com a Gestão da Unidade

Os registros da Educação Permanente são integrados aos demais instrumentos de gestão da unidade, permitindo correlação direta entre ações

educativas, indicadores assistenciais, não conformidades identificadas e melhorias implementadas.

Essa rastreabilidade possibilita demonstrar, de forma objetiva, o impacto das ações de Educação Permanente sobre o desempenho da unidade, fortalecendo a governança e a tomada de decisão baseada em evidências.

7.3.2.4.14 Integração da Educação Permanente com as Comissões Internas e o Núcleo de Qualidade

A Educação Permanente na UPA Municipal de Colina/SP é desenvolvida de forma integrada às estruturas internas de governança clínica e qualidade, especialmente às comissões obrigatórias e ao núcleo de qualidade da unidade.

7.3.2.4.14.1 Articulação com as Comissões Internas

As comissões internas atuam como importantes fontes de identificação de necessidades educativas e avaliação de resultados, destacando-se:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética de Enfermagem;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

As análises realizadas por essas comissões subsidiam a definição de temas prioritários para a Educação Permanente, especialmente quando identificadas falhas de processo, desvios de conduta, fragilidades assistenciais ou oportunidades de melhoria.

7.3.2.4.14.2 Integração com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

A Educação Permanente atua de forma articulada com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, reforçando práticas seguras, padronização de processos e cultura de melhoria contínua.

As ações educativas contribuem diretamente para:

- Redução de eventos adversos;
- Melhoria da adesão a protocolos institucionais;
- Qualificação dos registros assistenciais;
- Fortalecimento da comunicação entre equipes;

- Consolidação da cultura de segurança do paciente.

7.3.2.4.15 Papel da Educação Permanente na Governança Clínica e na Segurança do Paciente

No contexto da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, a Educação Permanente exerce papel estratégico na governança clínica, funcionando como instrumento de alinhamento entre diretrizes institucionais, práticas assistenciais e resultados esperados.

A Solution Gestão Pública compreende a Educação Permanente como mecanismo de prevenção de riscos assistenciais, qualificação da tomada de decisão clínica e fortalecimento da responsabilidade profissional, especialmente em ambiente de urgência e emergência, onde erros podem ter consequências graves.

Por meio da Educação Permanente, a gestão promove:

- Atualização contínua das equipes frente às melhores práticas;
- Redução da variabilidade assistencial;
- Padronização de condutas críticas;
- Fortalecimento do trabalho em equipe;
- Melhoria da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

7.3.2.4.16 Sustentabilidade da Política de Educação Permanente

A política de Educação Permanente implementada pela Solution Gestão Pública é concebida para ser sustentável ao longo de todo o período de vigência do Contrato de Gestão, não se limitando a ações pontuais ou circunstanciais.

A sustentabilidade da Educação Permanente é assegurada por meio de:

- Planejamento anual estruturado;
- Integração com a rotina assistencial;
- Participação ativa das coordenações e comissões;
- Monitoramento contínuo dos resultados;
- Flexibilidade para ajustes conforme demandas emergentes;
- Compromisso institucional da organização gestora.

Essa abordagem garante que a Educação Permanente permaneça como eixo permanente de qualificação e melhoria da unidade, independentemente de mudanças de cenário ou de equipe.

A Educação Permanente em Saúde, conforme implementada na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP sob gestão da Solution Gestão Pública, configura-se como instrumento estratégico de qualificação profissional, melhoria da qualidade assistencial, fortalecimento da segurança do paciente e aprimoramento da governança institucional.

Estruturada com base científica, alinhada às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e integrada aos processos de gestão, a Educação Permanente transcende o conceito tradicional de capacitação, consolidando-se como prática contínua de reflexão, aprendizagem e transformação do processo de trabalho.

Ao adotar modelo sistemático, monitorado e orientado por resultados, a Solution Gestão Pública reafirma seu compromisso com a prestação de serviços de saúde públicos de qualidade, seguros, humanizados e eficientes, em plena conformidade com o Termo de Referência, o Estudo Técnico Preliminar e os critérios de avaliação estabelecidos no Chamamento Público.

7.3.2.4.1 Cronograma de educação permanente

A política de Educação Permanente da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP assegura que **cada colaborador participe de, no mínimo, 4 (quatro) horas mensais de atividades educativas**, totalizando **carga horária mínima anual de 48 (quarenta e oito) horas por profissional**. Essas atividades são planejadas de forma contínua, integrada à rotina assistencial e administrativa da unidade, distribuídas ao longo dos turnos e setores, sem prejuízo da assistência prestada, e visam à qualificação técnica, ao fortalecimento da segurança do paciente, à padronização de condutas e à melhoria contínua dos processos de trabalho, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob coordenação da Solution Gestão Pública.

Diretrizes gerais do cronograma

- Cronograma estruturado para **execução contínua ao longo dos 12 meses**;
- Conteúdos alinhados ao perfil de **urgência e emergência**, segurança do paciente e gestão assistencial;

- Ações distribuídas de forma a **não comprometer a assistência**, com treinamentos setoriais, em rodízio e em diferentes turnos;
- Integração direta com indicadores assistenciais, comissões internas e metas do Contrato de Gestão;
- Coordenação geral sob responsabilidade da **Solution Gestão Pública**.

Cronograma Anual – Educação Permanente

Mês	Eixo Temático Principal	Conteúdos / Atividades	Carga Horária Mensal	Público-Alvo	Responsáveis
Janeiro	Integração e Alinhamento Institucional	Integração de novos colaboradores, apresentação da unidade, fluxos assistenciais, normas internas, ética profissional, uso do prontuário eletrônico	4h	Todos os colaboradores	Coordenação da Unidade / RH / Coordenação de Educação Permanente
Fevereiro	Segurança do Paciente	Identificação do paciente, comunicação efetiva, prevenção de eventos adversos, cultura de segurança	4h	Equipes assistenciais e administrativas	Núcleo de Qualidade / Coordenação de Enfermagem
Março	Protocolos Assistenciais I	Abordagem inicial ao paciente grave, classificação de	4h	Equipe médica e enfermagem	Coordenação Médica / Coordenação de Enfermagem

Mês	Eixo Temático Principal	Conteúdos / Atividades	Carga Horária Mensal	Público-Alvo	Responsáveis
		risco, fluxos de emergência			
Abril	Processos Assistenciais e Registros	Qualidade dos registros em prontuário, aspectos legais, auditoria de prontuários	4h	Equipe médica e enfermagem	Comissão de Revisão de Prontuários
Maio	Urgências Clínicas	Emergências cardiovasculares, respiratórias e neurológicas	4h	Equipes assistenciais	Coordenação Médica
Junho	Segurança do Trabalhador	Biossegurança, prevenção de acidentes, uso de EPIs, saúde do trabalhador	4h	Todos os colaboradores	CIPA / SESMT / Coordenação da Unidade
Julho	Protocolos Assistenciais II	Atendimento ao trauma, politrauma, atendimento inicial ao paciente instável	4h	Equipe médica e enfermagem	Coordenação Médica / Coordenação de Enfermagem
Agosto	Controle de Infecção	Higienização das mãos, precauções, manejo de resíduos, prevenção de IRAS	4h	Todos os colaboradores	CCIH

Mês	Eixo Temático Principal	Conteúdos / Atividades	Carga Horária Mensal	Público-Alvo	Responsáveis
Setembro	Comunicação e Humanização	Acolhimento, comunicação com usuários e acompanhantes, PNH	4h	Assistencial e administrativo	Coordenação da Unidade / Núcleo de Humanização
Outubro	Gestão de Processos e Fluxos	Fluxos internos, integração entre setores, gestão de filas e tempos de espera	4h	Todos os colaboradores	Coordenação Administrativa
Novembro	Análise de Eventos e Melhoria Contínua	Discussão de eventos adversos, análise de causas, planos de ação	4h	Equipes assistenciais	Núcleo de Qualidade / Coordenação da Unidade
Dezembro	Avaliação e Atualização Anual	Avaliação dos indicadores, revisão de protocolos, planejamento do ciclo seguinte	4h	Todos os colaboradores	Coordenação da Unidade / Solution Gestão Pública

Responsabilidade e Coordenação

- **Coordenação Geral da Educação Permanente:** Solution Gestão Pública
- **Execução Local:** Coordenação da Unidade (Médica, Enfermagem e Administrativa)
- **Apoio Técnico:** Comissões internas (CCIH, CIPA, Comissão de Prontuários, Ética Médica e de Enfermagem)

- **Monitoramento:** Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

7.3.2.5 Projeto voltado à Saúde do trabalhador

Contextualização Institucional e Estratégica

A Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP caracteriza-se como serviço essencial de saúde, integrante da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde, com funcionamento ininterrupto, elevada complexidade assistencial, alta rotatividade de usuários e exposição contínua dos trabalhadores a múltiplos riscos ocupacionais. Nesse contexto, a saúde do trabalhador assume caráter estratégico, não apenas como obrigação legal e ética, mas como condição estruturante para a sustentabilidade assistencial, a segurança do paciente e a qualidade do serviço prestado à população.

A gestão da saúde do trabalhador em serviços de urgência e emergência exige abordagem sistêmica, integrada e contínua, considerando fatores físicos, biológicos, químicos, ergonômicos, organizacionais e psicossociais, que incidem de forma simultânea e cumulativa sobre os profissionais. A ausência de políticas estruturadas nesse campo resulta, comprovadamente, em aumento de afastamentos por adoecimento, acidentes de trabalho, absenteísmo, presenteísmo, rotatividade de pessoal, falhas assistenciais e elevação de custos diretos e indiretos para o sistema de saúde.

Diante desse cenário, a Solution Gestão Pública estabelece, no âmbito do Sistema de Gestão da Unidade, um Projeto Voltado à Saúde do Trabalhador, concebido como instrumento técnico-operacional permanente, alinhado às diretrizes do SUS, às normas trabalhistas e sanitárias vigentes, às políticas de qualidade e segurança do paciente e às boas práticas de governança em saúde.

7.3.2.5.1 Finalidade do Projeto de Saúde do Trabalhador

O Projeto Voltado à Saúde do Trabalhador tem por finalidade promover, de forma sistemática, contínua e institucionalizada, a proteção da saúde, a prevenção de riscos ocupacionais, o bem-estar físico e mental e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, contribuindo diretamente para a redução de acidentes de trabalho, adoecimentos ocupacionais, afastamentos, licenças médicas e rotatividade de pessoal.

O projeto reconhece o trabalhador da saúde como elemento central do processo assistencial, cuja integridade física e mental impacta diretamente a qualidade, a segurança e a resolutividade do atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a saúde do trabalhador deixa de ser

tratada como ação pontual ou reativa, passando a integrar o planejamento estratégico da unidade, com ações preventivas, educativas, assistenciais e de monitoramento permanente.

A finalidade do projeto abrange, ainda, a criação de ambiente de trabalho seguro, saudável e organizacionalmente equilibrado, no qual os profissionais disponham de condições adequadas para o exercício de suas funções, acesso a orientações técnicas, suporte institucional frente a situações de risco e mecanismos formais de escuta e acolhimento.

O Projeto de Saúde do Trabalhador integra o Sistema de Gestão da unidade e as ações de Qualidade Objetiva, articulando-se com os processos de gestão de pessoas, segurança do paciente, controle de infecção, educação permanente, gestão de riscos e melhoria contínua. Essa integração assegura que as ações voltadas ao trabalhador não ocorram de forma isolada, mas como parte de um modelo de gestão que reconhece a interdependência entre condições de trabalho, desempenho profissional e qualidade assistencial.

7.3.2.5.2 Princípios Norteadores da Saúde do Trabalhador

O desenvolvimento e a implementação do Projeto de Saúde do Trabalhador fundamentam-se em princípios técnicos, éticos, legais e organizacionais, que orientam todas as ações planejadas e executadas no âmbito da unidade.

Prevenção de riscos ocupacionais

A prevenção constitui eixo central do projeto, priorizando a identificação precoce de riscos, a eliminação ou mitigação de fatores nocivos e a adoção de medidas de controle antes da ocorrência de acidentes ou adoecimentos. As ações preventivas são planejadas com base na análise dos processos de trabalho, dos ambientes assistenciais e administrativos e dos indicadores epidemiológicos da unidade.

Promoção da saúde física e mental

O projeto adota abordagem ampliada de saúde, considerando não apenas a ausência de doença, mas o equilíbrio físico, mental e social do trabalhador. São contempladas ações de promoção de hábitos saudáveis, fortalecimento da saúde mental, estímulo ao autocuidado e criação de ambientes de trabalho mais saudáveis e humanizados.

Valorização do trabalhador

A valorização do trabalhador é compreendida como reconhecimento institucional da importância do profissional de saúde, materializada por meio de condições adequadas de trabalho, acesso à informação, participação em

processos educativos, escuta ativa e respeito às suas necessidades físicas e emocionais.

Ambiente de trabalho seguro e saudável

O projeto busca assegurar ambientes de trabalho organizados, limpos, ergonomicamente adequados, com fluxos bem definidos, equipamentos em condições seguras de uso e disponibilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual, reduzindo a exposição a riscos e promovendo maior segurança no exercício das atividades.

Responsabilidade institucional

A saúde do trabalhador é tratada como responsabilidade institucional da Organização Social gestora, não sendo transferida exclusivamente ao indivíduo. A gestão assume papel ativo na identificação de riscos, na implementação de medidas preventivas e na oferta de suporte aos profissionais.

Conformidade com a legislação trabalhista e sanitária

Todas as ações do projeto observam rigorosamente a legislação trabalhista, previdenciária, sanitária e normativa aplicável, assegurando conformidade legal, proteção jurídica à instituição e aos trabalhadores e atendimento às exigências dos órgãos fiscalizadores.

Integração com as políticas de qualidade e segurança

O projeto está integrado às políticas de qualidade, segurança do paciente, humanização e gestão de riscos da unidade, reconhecendo que a segurança do trabalhador e a segurança do paciente são dimensões indissociáveis do cuidado em saúde.

Esses princípios orientam ações contínuas, estruturadas e avaliáveis, assegurando coerência técnica, efetividade operacional e alinhamento institucional.

7.3.2.5.3 Identificação e Monitoramento dos Riscos Ocupacionais

A identificação e o monitoramento dos riscos ocupacionais constituem etapa fundamental do Projeto de Saúde do Trabalhador, permitindo compreender de forma objetiva os fatores que impactam a saúde e a segurança dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP.

Classificação dos riscos ocupacionais

O projeto contempla a análise sistemática dos seguintes grupos de riscos:

- Riscos físicos, relacionados à exposição a ruídos, temperaturas extremas, radiações, iluminação inadequada e condições ambientais desfavoráveis,

comuns em áreas de emergência, salas de observação, áreas externas e setores de apoio.

- Riscos químicos, decorrentes da manipulação e do contato com medicamentos, desinfetantes, saneantes, gases medicinais e outras substâncias químicas utilizadas na rotina assistencial e de limpeza.
- Riscos biológicos, associados à exposição a agentes infecciosos presentes no atendimento a pacientes, no manuseio de materiais biológicos, no contato com secreções, sangue e resíduos de serviços de saúde.
- Riscos ergonômicos, relacionados à postura inadequada, esforço físico excessivo, movimentação e transporte de pacientes, jornadas prolongadas, trabalho noturno, ritmo intenso e inadequação dos mobiliários e equipamentos.
- Riscos psicossociais, inerentes ao trabalho em urgência e emergência, caracterizados por alta demanda emocional, pressão por tempo, exposição a situações de sofrimento, dor, morte, conflitos com usuários e acompanhantes, além de sobrecarga cognitiva e emocional.

Avaliação dos ambientes e processos de trabalho

A identificação dos riscos é realizada por meio de avaliações periódicas dos ambientes físicos e dos processos de trabalho, envolvendo observação direta, análise de fluxos assistenciais, levantamento de dados junto às equipes e registros de ocorrências. Essas avaliações consideram as especificidades de cada setor da unidade, reconhecendo que os riscos variam conforme a função desempenhada e o local de atuação.

Monitoramento de acidentes e incidentes

O projeto estabelece sistemática formal para registro, análise e monitoramento de acidentes de trabalho e incidentes ocupacionais, incluindo exposições a material biológico, quedas, lesões musculoesqueléticas, agressões e outros eventos que possam comprometer a saúde do trabalhador. Esses registros alimentam banco de dados institucional, permitindo análise de tendências e definição de ações corretivas.

Análise de causas e fatores contribuintes

Os eventos registrados são submetidos a análise crítica, visando identificar causas imediatas e fatores contribuintes, tais como falhas de processo, inadequação de recursos, déficit de capacitação ou fatores organizacionais. A análise orienta a implementação de medidas preventivas e corretivas, evitando a recorrência de eventos semelhantes.

As informações obtidas a partir da identificação e do monitoramento dos riscos ocupacionais subsidiam o planejamento das ações do projeto, assegurando abordagem baseada em evidências e foco nos riscos reais da unidade.

7.3.2.5.4 Ações de Prevenção e Promoção da Saúde

As ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP constituem o eixo operacional do Projeto de Saúde do Trabalhador, sendo estruturadas de forma contínua, planejada e integrada aos processos assistenciais e administrativos da unidade. Essas ações visam reduzir a exposição aos riscos ocupacionais identificados, fortalecer a capacidade de autocuidado dos profissionais e criar condições favoráveis à manutenção da saúde física e mental no ambiente de trabalho.

A prevenção é compreendida como estratégia prioritária, orientada pela antecipação dos riscos e pela adoção de medidas de controle antes da ocorrência de acidentes ou adoecimentos. Já a promoção da saúde atua de forma complementar, estimulando práticas e comportamentos que favoreçam o bem-estar e a qualidade de vida dos trabalhadores, mesmo diante das exigências inerentes ao atendimento em urgência e emergência.

Orientações sobre práticas seguras no ambiente de trabalho

Serão implementadas ações educativas permanentes voltadas à orientação dos trabalhadores quanto às práticas seguras no exercício de suas atividades, considerando os diferentes setores, funções e níveis de exposição a riscos. Essas orientações contemplarão, entre outros aspectos:

A correta execução dos procedimentos assistenciais, com atenção às normas de biossegurança, à técnica adequada e ao uso racional dos recursos disponíveis, minimizando riscos de acidentes e exposições desnecessárias.

A adoção de condutas seguras no manuseio de materiais perfurocortantes, medicamentos, substâncias químicas e equipamentos, reduzindo a ocorrência de acidentes ocupacionais.

A organização do ambiente de trabalho, com manutenção de áreas limpas, livres de obstáculos, com fluxos definidos e sinalização adequada, contribuindo para a prevenção de quedas, colisões e outros eventos adversos.

As orientações serão incorporadas às rotinas de integração de novos colaboradores, aos treinamentos periódicos e às ações de educação permanente, assegurando atualização contínua e padronização das práticas.

Promoção do uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual

O uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual é componente essencial das ações preventivas do projeto. A unidade garantirá a disponibilização contínua, em quantidade suficiente e com qualidade adequada, dos EPIs necessários para cada atividade desempenhada, conforme avaliação de risco ocupacional.

As ações relacionadas aos EPIs incluirão:

- Orientação técnica sobre a indicação, o uso correto, a conservação e o descarte adequado dos equipamentos, evitando falhas de proteção decorrentes de uso inadequado.
- Sensibilização dos trabalhadores quanto à importância do uso do EPI como medida de proteção individual e coletiva, reforçando a cultura de segurança no ambiente de trabalho.
- Monitoramento do uso dos EPIs nos diferentes setores da unidade, com identificação de dificuldades, inadequações ou resistências, subsidiando ações educativas e corretivas.
- A gestão dos EPIs será integrada aos processos de almoxarifado, controle de estoque e gestão de riscos, assegurando rastreabilidade, disponibilidade e adequação às necessidades operacionais.

Incentivo a hábitos saudáveis

Reconhecendo que a saúde do trabalhador extrapola o ambiente físico da unidade, o projeto prevê ações de incentivo a hábitos saudáveis, compatíveis com a realidade e as limitações impostas pela rotina de trabalho em urgência e emergência.

Serão estimuladas práticas relacionadas à alimentação adequada, hidratação, qualidade do sono, atividade física regular e manejo do estresse, por meio de ações educativas, campanhas internas e orientações pontuais. Essas iniciativas considerarão a diversidade de jornadas, escalas e turnos, buscando alternativas viáveis e realistas para os profissionais.

O incentivo a hábitos saudáveis não terá caráter impositivo, mas educativo e motivacional, respeitando a autonomia do trabalhador e promovendo o autocuidado como estratégia de proteção à saúde.

Ações educativas em saúde ocupacional

As ações educativas constituem instrumento fundamental para a efetividade do Projeto de Saúde do Trabalhador. Serão desenvolvidas atividades educativas periódicas, abordando temas relevantes à saúde ocupacional, de acordo com o perfil de riscos da unidade e as necessidades identificadas.

Os conteúdos poderão abranger, entre outros:

- Prevenção de acidentes de trabalho e de exposições ocupacionais.
- Reconhecimento precoce de sinais e sintomas relacionados a adoecimentos ocupacionais.
- Cuidados ergonômicos no ambiente de trabalho, incluindo postura, movimentação e organização das atividades.
- Atualizações sobre normas e protocolos relacionados à segurança e à saúde do trabalhador.

As ações educativas serão planejadas de forma integrada ao Programa de Educação Permanente da unidade, utilizando metodologias adequadas ao público adulto e à dinâmica do serviço, como treinamentos presenciais, rodas de conversa, orientações em serviço e materiais educativos.

Apoio à prevenção do estresse ocupacional

Considerando o elevado nível de estresse inerente ao trabalho em unidades de urgência e emergência, o projeto prevê ações específicas de apoio à prevenção do estresse ocupacional, buscando reduzir seus impactos sobre a saúde física e mental dos profissionais.

Serão promovidas orientações sobre estratégias de enfrentamento do estresse, organização do trabalho, comunicação interpessoal e manejo de situações críticas, contribuindo para o fortalecimento da resiliência individual e coletiva.

Essas ações serão articuladas com as iniciativas voltadas à saúde mental e psicossocial, reconhecendo a interdependência entre prevenção do estresse, qualidade do ambiente de trabalho e desempenho assistencial.

7.3.2.5.5 Atenção à Saúde Mental e Psicossocial

A atenção à saúde mental e psicossocial dos trabalhadores da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP constitui componente estratégico do Projeto de Saúde do Trabalhador, considerando a natureza emocionalmente exigente do atendimento em urgência e emergência e os impactos diretos do sofrimento psíquico sobre a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

O projeto reconhece que fatores como exposição contínua a situações de dor, sofrimento, risco de morte, pressão por tempo, conflitos interpessoais e sobrecarga de trabalho podem desencadear ou agravar quadros de estresse, ansiedade, exaustão emocional e outros adoecimentos psíquicos, demandando abordagem institucional estruturada.

Ações de acolhimento e escuta dos profissionais

Serão instituídos mecanismos formais de acolhimento e escuta dos trabalhadores, criando espaços seguros e respeitosos para a manifestação de dificuldades, angústias e demandas relacionadas ao trabalho. Essas ações visam fortalecer o vínculo institucional, reduzir o isolamento emocional e favorecer a identificação precoce de situações de sofrimento psíquico.

O acolhimento poderá ocorrer por meio de atendimentos individuais, rodas de conversa, reuniões de equipe ou outras estratégias adequadas à rotina da unidade, sempre preservando a confidencialidade e o respeito à dignidade do trabalhador.

Orientação para manejo do estresse e da sobrecarga emocional

O projeto contemplará orientações técnicas voltadas ao manejo do estresse e da sobrecarga emocional, abordando estratégias práticas para lidar com situações críticas, organização emocional frente a eventos adversos e fortalecimento de recursos individuais e coletivos de enfrentamento.

Essas orientações serão integradas às ações educativas e de capacitação, contribuindo para a construção de competências emocionais que auxiliem os profissionais a manter equilíbrio psíquico mesmo em contextos de alta pressão.

Promoção de ambiente de trabalho respeitoso e colaborativo

A promoção da saúde mental está diretamente relacionada à qualidade das relações interpessoais no ambiente de trabalho. Nesse sentido, o projeto prevê ações voltadas à promoção de ambiente respeitoso, colaborativo e ético, no qual prevaleçam a comunicação clara, o respeito mútuo e a cooperação entre os membros da equipe multiprofissional.

Serão estimuladas práticas de trabalho em equipe, resolução construtiva de conflitos e valorização do diálogo, reduzindo fatores organizacionais que contribuem para o sofrimento psíquico.

Encaminhamento para apoio especializado

Quando identificada a necessidade, os trabalhadores serão orientados e encaminhados para apoio especializado em saúde mental, respeitando os fluxos institucionais e a legislação vigente. O projeto prevê articulação com a rede de atenção à saúde e com serviços especializados, garantindo suporte adequado aos profissionais em situação de maior vulnerabilidade.

O encaminhamento para apoio especializado será realizado de forma ética, sigilosa e respeitosa, sem caráter punitivo ou discriminatório, reforçando a responsabilidade institucional com a saúde mental dos trabalhadores.

Contribuição da saúde mental para a qualidade assistencial

A atenção estruturada à saúde mental e psicossocial dos trabalhadores contribui diretamente para a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários, uma vez que profissionais emocionalmente saudáveis apresentam maior capacidade de concentração, tomada de decisão, empatia e adesão aos protocolos assistenciais.

Assim, a saúde mental do trabalhador é reconhecida como elemento indissociável da segurança do paciente, da humanização do atendimento e da sustentabilidade do serviço de urgência e emergência.

7.3.2.5.6 Integração com a CIPA e Demais Comissões

A efetividade do Projeto de Saúde do Trabalhador está diretamente relacionada à sua capacidade de atuação integrada com as estruturas institucionais já existentes na unidade, especialmente aquelas voltadas à segurança, à qualidade assistencial e à gestão de riscos. Nesse sentido, o projeto será desenvolvido de forma articulada com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH e com os demais núcleos e comissões que compõem o sistema de governança da unidade.

A integração entre essas instâncias permite abordagem sistêmica dos riscos ocupacionais, evita sobreposição de ações, fortalece a análise crítica dos eventos e assegura maior efetividade das medidas preventivas e corretivas adotadas.

Integração com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

A CIPA desempenha papel central na promoção da segurança e da saúde no ambiente de trabalho, sendo instância estratégica para o desenvolvimento do Projeto de Saúde do Trabalhador. A atuação integrada entre o projeto e a CIPA ocorrerá de forma contínua e estruturada, com definição clara de responsabilidades e fluxos de comunicação.

A CIPA contribuirá com a identificação de riscos ocupacionais, o acompanhamento de acidentes e incidentes de trabalho, a análise de causas e a proposição de medidas preventivas, utilizando sua proximidade com os trabalhadores e sua atuação no cotidiano da unidade. As informações produzidas pela CIPA alimentarão o sistema de monitoramento do projeto, subsidiando decisões gerenciais e ações educativas.

As reuniões da CIPA constituirão espaço formal para discussão de temas relacionados à saúde do trabalhador, avaliação das condições de trabalho, análise de indicadores e acompanhamento da implementação das ações previstas no projeto. Os encaminhamentos deliberados serão registrados em atas e incorporados aos planos de ação institucionais.

Integração com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

A interface entre a saúde do trabalhador e o controle de infecções é especialmente relevante em unidades de urgência e emergência, devido à elevada exposição a agentes biológicos. O Projeto de Saúde do Trabalhador atuará de forma integrada com a CCIH, alinhando estratégias de prevenção de riscos biológicos e promoção de práticas seguras.

Essa integração permitirá a articulação entre ações de biossegurança, uso adequado de EPIs, manejo de resíduos, prevenção de exposições ocupacionais e monitoramento de acidentes com material biológico. As análises realizadas pela CCIH quanto à ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde e à exposição ocupacional subsidiarão ajustes nos processos de trabalho e nas ações preventivas.

A atuação conjunta com a CCIH assegura que as medidas voltadas à proteção do trabalhador estejam alinhadas às diretrizes de segurança do paciente, reconhecendo que a proteção dos profissionais impacta diretamente a redução de riscos assistenciais.

Integração com a gestão administrativa e assistencial

O Projeto de Saúde do Trabalhador está diretamente articulado com a gestão administrativa e assistencial da unidade, assegurando que as ações propostas sejam viáveis, sustentáveis e compatíveis com a dinâmica operacional do serviço. A gestão participará ativamente do planejamento, da implementação e da avaliação do projeto, garantindo suporte institucional e alocação adequada de recursos.

As informações produzidas pelo projeto, como indicadores de adoecimento, afastamentos, acidentes e participação em ações de promoção da saúde, subsidiarão decisões relacionadas à organização do trabalho, dimensionamento de equipes, adequação de processos e definição de prioridades gerenciais.

Essa integração reforça o caráter estratégico do projeto, inserindo a saúde do trabalhador no centro das decisões de gestão da unidade.

Integração com programas institucionais de segurança do paciente

O projeto também se articula com os programas institucionais de segurança do paciente, reconhecendo que ambientes de trabalho seguros e profissionais saudáveis são condições indispensáveis para a prestação de assistência segura e de qualidade.

As análises de eventos adversos, incidentes e não conformidades assistenciais considerarão, sempre que pertinente, fatores relacionados às condições de trabalho e à saúde dos profissionais, promovendo visão ampliada da segurança e evitando abordagens fragmentadas.

Essa integração contribui para a construção de cultura organizacional orientada à segurança, à aprendizagem e à melhoria contínua.

7.3.2.5.7 Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador

A capacitação e a educação permanente constituem pilares estruturantes do Projeto de Saúde do Trabalhador, sendo essenciais para a consolidação de práticas seguras, conscientes e alinhadas às normas institucionais e legais. O projeto reconhece que a atualização contínua dos profissionais é condição indispensável para a prevenção de riscos ocupacionais e para a promoção da saúde no ambiente de trabalho.

As ações de capacitação serão planejadas de forma integrada ao Programa de Educação Permanente da unidade, considerando o perfil assistencial, os riscos identificados, os indicadores monitorados e as necessidades específicas dos diferentes grupos profissionais.

Prevenção de acidentes de trabalho

Serão desenvolvidas capacitações voltadas à prevenção de acidentes de trabalho, abordando temas como identificação de riscos, condutas seguras, uso adequado de EPIs, organização do ambiente de trabalho e procedimentos frente a situações de emergência ocupacional.

Essas capacitações terão caráter prático e aplicado, utilizando exemplos da rotina da unidade e promovendo reflexão crítica sobre as práticas adotadas, visando reduzir a ocorrência de eventos adversos.

Identificação de riscos ocupacionais

Os trabalhadores serão capacitados para reconhecer os riscos ocupacionais presentes em seus ambientes e processos de trabalho, ampliando a percepção de risco e fortalecendo a atuação preventiva. Essa abordagem favorece a participação ativa dos profissionais na identificação precoce de situações de risco e na proposição de melhorias.

A capacitação em identificação de riscos contribui para a construção de cultura de segurança compartilhada, na qual todos os trabalhadores se reconhecem como corresponsáveis pela saúde e segurança no ambiente de trabalho.

Condutas seguras nos processos assistenciais

As capacitações contemplarão orientações sobre condutas seguras nos processos assistenciais, considerando a especificidade do atendimento em urgência e emergência. Serão abordados temas relacionados à biossegurança,

à prevenção de exposições ocupacionais e à segurança na execução de procedimentos críticos.

Essas ações reforçam a padronização das práticas, reduzem variações indesejadas e contribuem para a proteção simultânea do trabalhador e do paciente.

Ergonomia e organização do trabalho

A ergonomia será abordada como componente fundamental da saúde do trabalhador, com capacitações voltadas à postura adequada, movimentação segura de pacientes, organização do posto de trabalho e prevenção de lesões musculoesqueléticas.

Serão consideradas as limitações estruturais e operacionais da unidade, buscando soluções realistas e adaptadas à rotina, que possam ser efetivamente incorporadas ao cotidiano dos profissionais.

Saúde mental e autocuidado

As capacitações também abrangerão temas relacionados à saúde mental e ao autocuidado, promovendo reflexão sobre os impactos do trabalho em urgência e emergência sobre o equilíbrio emocional dos profissionais. Serão discutidas estratégias de manejo do estresse, fortalecimento da resiliência e importância da busca por apoio quando necessário.

A abordagem da saúde mental no contexto da educação permanente contribui para reduzir estigmas, ampliar o acesso à informação e fortalecer o cuidado integral ao trabalhador.

Planejamento e registro das capacitações

As ações de capacitação serão planejadas com definição de temas, carga horária, público-alvo e responsáveis, sendo devidamente registradas para fins de monitoramento, avaliação e rastreabilidade. Esses registros integrarão o sistema de gestão da unidade e subsidiarão a análise da efetividade do projeto.

7.3.2.5.8 Monitoramento dos Indicadores de Saúde do Trabalhador

O monitoramento sistemático dos indicadores de saúde do trabalhador constitui etapa essencial para a avaliação da efetividade do Projeto de Saúde do Trabalhador e para o aprimoramento contínuo das ações implementadas na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP. Por meio do acompanhamento de indicadores objetivos, a gestão passa a dispor de informações qualificadas que permitem identificar tendências, avaliar riscos, mensurar resultados e orientar a tomada de decisões estratégicas.

Os indicadores serão definidos de forma compatível com o perfil assistencial da unidade, a natureza das atividades desenvolvidas e os riscos

ocupacionais identificados, assegurando relevância técnica, viabilidade de coleta e utilidade gerencial.

Indicadores de acidentes de trabalho

Serão monitorados os registros de acidentes de trabalho ocorridos no âmbito da unidade, incluindo acidentes típicos, acidentes com material biológico, incidentes sem afastamento e eventos com necessidade de atendimento médico ou afastamento laboral. A análise desses dados permitirá identificar setores, processos ou situações com maior incidência de eventos, subsidiando ações preventivas direcionadas.

A periodicidade de análise desses indicadores permitirá avaliação da efetividade das medidas adotadas e identificação de possíveis falhas nos processos de trabalho, no uso de equipamentos de proteção ou na organização dos ambientes.

Indicadores de afastamentos por motivo de saúde

O projeto contemplará o monitoramento dos afastamentos dos trabalhadores por motivo de saúde, considerando a frequência, a duração e os motivos registrados, respeitando os limites éticos e legais relacionados à confidencialidade das informações individuais.

A análise dos afastamentos permitirá identificar padrões de adoecimento relacionados às condições de trabalho, sobrecarga física ou emocional e fatores organizacionais, orientando ajustes nos processos, nas escalas de trabalho e nas ações de promoção da saúde.

Indicadores de adoecimentos ocupacionais

Serão acompanhados os registros relacionados a adoecimentos ocupacionais, com foco na identificação de agravos relacionados ao trabalho, como lesões musculoesqueléticas, transtornos relacionados ao estresse, exposições ocupacionais e outras condições associadas à atividade profissional em urgência e emergência.

Esses indicadores contribuirão para a análise epidemiológica do perfil de saúde dos trabalhadores, fortalecendo o caráter preventivo do projeto e permitindo intervenções mais precisas.

Indicadores de participação em ações de promoção da saúde

A participação dos trabalhadores nas ações de capacitação, educação permanente, campanhas internas e demais iniciativas de promoção da saúde também será monitorada. Esse acompanhamento permitirá avaliar o alcance das ações propostas, identificar barreiras à participação e ajustar estratégias de comunicação e mobilização.

O conjunto de indicadores será analisado periodicamente pela gestão, com participação das comissões envolvidas, subsidiando relatórios gerenciais e planos de melhoria contínua.

7.3.2.5.9 Registro, Documentação e Rastreabilidade

O Projeto de Saúde do Trabalhador será sustentado por sistema organizado de registros, documentação e rastreabilidade, assegurando transparência, controle institucional e suporte às atividades de monitoramento, avaliação e fiscalização.

Registros das ações realizadas

Todas as ações desenvolvidas no âmbito do projeto serão devidamente registradas, incluindo atividades educativas, capacitações, campanhas internas, reuniões, ações de acolhimento e intervenções preventivas. Os registros conterão informações sobre data, tema, público-alvo, responsáveis e resultados esperados.

Esses registros permitirão demonstrar a execução efetiva do projeto, assegurando evidências documentais para fins de auditoria, avaliação técnica e prestação de contas.

Relatórios de acompanhamento

Serão elaborados relatórios periódicos de acompanhamento do Projeto de Saúde do Trabalhador, consolidando as ações realizadas, os indicadores monitorados, as análises críticas efetuadas e as medidas corretivas ou preventivas adotadas.

Os relatórios constituirão instrumento de gestão, subsidiando a tomada de decisão e o planejamento das ações subsequentes, além de fornecerem informações qualificadas à Administração Pública.

Registro dos indicadores monitorados

Os indicadores de saúde do trabalhador serão registrados de forma sistemática, com consolidação periódica dos dados e análise comparativa ao longo do tempo. Essa prática assegura rastreabilidade das informações, permitindo avaliação de tendências e mensuração da efetividade do projeto.

Registro das medidas preventivas e corretivas

As medidas preventivas e corretivas adotadas em resposta à identificação de riscos, acidentes ou indicadores desfavoráveis serão formalmente registradas, com definição de responsáveis, prazos e critérios de acompanhamento. Esse controle fortalece a governança do projeto e assegura que as ações propostas sejam efetivamente implementadas.

A documentação do projeto será integrada aos sistemas de gestão documental da unidade, respeitando as normas institucionais de arquivamento, sigilo e acesso à informação.

7.3.2.5.10 Integração com o Sistema de Gestão e Qualidade

O Projeto de Saúde do Trabalhador está plenamente integrado ao Sistema de Gestão da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP, articulando-se de forma transversal com os processos de gestão de pessoas, qualidade assistencial, segurança do paciente, gestão de riscos e melhoria contínua.

Integração com a política de qualidade e humanização

As ações voltadas à saúde do trabalhador dialogam diretamente com a política de qualidade e humanização da unidade, reconhecendo que profissionais saudáveis e valorizados contribuem para atendimento mais seguro, humanizado e resolutivo.

O projeto reforça a visão de que a qualidade assistencial não se restringe aos resultados clínicos, mas inclui as condições de trabalho e o bem-estar dos profissionais envolvidos no cuidado.

Integração com a gestão de recursos humanos

O projeto está articulado com a gestão de recursos humanos, subsidiando decisões relacionadas ao dimensionamento de equipes, organização de escalas, planejamento de capacitações e definição de estratégias de retenção de profissionais.

As informações geradas pelo projeto permitem abordagem mais qualificada da gestão de pessoas, baseada em dados e orientada à sustentabilidade do serviço.

Integração com os processos de melhoria contínua

Os resultados do monitoramento dos indicadores de saúde do trabalhador alimentarão os ciclos de melhoria contínua da unidade, permitindo identificação de oportunidades de aprimoramento dos processos de trabalho e das condições organizacionais.

Essa integração assegura que a saúde do trabalhador seja considerada dimensão estratégica da gestão e não apenas ação isolada ou reativa.

A implantação de Projeto estruturado voltado à Saúde do Trabalhador na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina/SP reafirma o compromisso

da Organização Social gestora com a proteção, o bem-estar e a valorização de seus profissionais, reconhecendo-os como elemento central para a sustentabilidade e a qualidade da assistência prestada à população.

Ao integrar ações de prevenção de riscos, promoção da saúde física e mental, capacitação permanente, monitoramento de indicadores e governança institucional, o projeto contribui para a redução de acidentes e adoecimentos ocupacionais, para a diminuição de afastamentos e para a melhoria do ambiente de trabalho.

O Projeto de Saúde do Trabalhador fortalece a cultura organizacional orientada à segurança, à qualidade e à humanização, alinhando-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde, às exigências legais e contratuais e aos princípios da Administração Pública. Sua implementação sistemática e integrada ao Sistema de Gestão assegura não apenas a proteção dos trabalhadores, mas também a elevação da qualidade assistencial, a segurança do paciente e a continuidade dos serviços públicos essenciais de saúde.

7.3.3 Programa de qualidade

Introdução Geral ao Programa de Qualidade

O Programa de Qualidade constitui elemento estruturante do modelo de gestão adotado para as Unidades de Saúde sob responsabilidade da entidade gestora, abrangendo de forma integrada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Pronto Atendimento Municipal (PAM) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 (Suporte Básico de Vida). Sua concepção fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, nas diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, nas boas práticas de governança pública, na gestão por processos e na melhoria contínua da qualidade assistencial e operacional.

A implantação de um Programa de Qualidade estruturado responde à necessidade de assegurar a padronização dos processos, a segurança do paciente, a eficiência dos fluxos assistenciais, a racionalidade na utilização dos recursos públicos e o cumprimento rigoroso das metas pactuadas no Contrato de Gestão. Em ambientes de urgência e emergência, caracterizados por elevada complexidade assistencial, imprevisibilidade da demanda, pressão temporal e risco iminente à vida, a qualidade deixa de ser atributo abstrato e passa a representar condição essencial para a continuidade do cuidado, a redução de eventos adversos e a efetividade clínica.

O Programa de Qualidade é concebido como sistema dinâmico, contínuo e integrado, que articula planejamento, execução, monitoramento, avaliação e retroalimentação dos processos assistenciais, administrativos e de apoio. Não se limita à verificação pontual de conformidades, mas orienta a cultura organizacional para a excelência operacional, a responsabilidade sanitária, a

transparência e a accountability perante a Administração Pública, os órgãos de controle e a sociedade.

Sua estrutura dialoga diretamente com o Sistema de Gestão da unidade, com os protocolos clínicos prioritários, com as políticas de segurança do paciente, com as comissões institucionais e com os instrumentos de monitoramento de desempenho, formando um arcabouço único e coerente de governança assistencial.

7.3.3.1 Finalidade do Programa de Qualidade

O Programa de Qualidade a ser implantado nas Unidades de Saúde tem por finalidade assegurar a padronização dos processos assistenciais e operacionais, a segurança do paciente, a eficiência dos serviços, a melhoria contínua dos resultados e o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão, abrangendo a Unidade de Pronto Atendimento, o Pronto Atendimento Municipal (PAM) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 (Suporte Básico de Vida).

A finalidade do Programa de Qualidade está diretamente relacionada à necessidade de garantir que os serviços prestados apresentem nível adequado de confiabilidade, resolutividade e segurança, independentemente da variabilidade da demanda, do turno de atendimento ou da equipe envolvida. Para tanto, o programa estabelece padrões mínimos de desempenho, critérios objetivos de avaliação e mecanismos sistemáticos de monitoramento e correção.

No contexto da UPA, do PAM e do SAMU 192, a qualidade assume papel estratégico na redução de riscos assistenciais, na prevenção de falhas de processo, na mitigação de eventos adversos e na qualificação da tomada de decisão clínica e gerencial. O Programa de Qualidade atua de forma transversal, permeando todas as etapas do cuidado, desde o acolhimento e classificação de risco até a alta, transferência ou desfecho do atendimento, incluindo os processos administrativos e logísticos que sustentam a assistência.

O Programa de Qualidade constitui eixo estruturante do Sistema de Gestão da unidade, integrando-se às práticas de planejamento estratégico, à gestão por indicadores, à política de educação permanente, à avaliação de desempenho das equipes e à atuação das comissões institucionais. Sua finalidade não se limita ao atendimento de exigências normativas ou contratuais, mas à consolidação de uma cultura organizacional orientada à excelência, à responsabilidade sanitária e à melhoria contínua.

Adicionalmente, o Programa de Qualidade visa assegurar a conformidade dos processos às normativas vigentes do Sistema Único de Saúde, às diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, aos protocolos assistenciais reconhecidos e

às obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão, conferindo maior segurança jurídica e administrativa à execução dos serviços.

7.3.3.2 Diretrizes do Programa de Qualidade

O Programa de Qualidade será desenvolvido com base em diretrizes claras, objetivas e alinhadas às boas práticas de gestão em saúde, às políticas públicas do SUS e às exigências do Contrato de Gestão. Essas diretrizes orientam todas as ações, decisões e processos vinculados ao programa, assegurando coerência, integração e efetividade.

Centralidade no usuário e na segurança do paciente

A centralidade no usuário e na segurança do paciente constitui diretriz fundamental do Programa de Qualidade. Todas as ações de padronização, monitoramento e melhoria têm como foco principal a proteção da vida, a redução de riscos e a qualificação da experiência do usuário no serviço de saúde. Essa diretriz orienta a adoção de protocolos assistenciais baseados em evidências, práticas seguras de cuidado, comunicação efetiva entre equipes e usuários, e mecanismos de identificação, análise e prevenção de eventos adversos.

Padronização de processos assistenciais e operacionais

A padronização dos processos assistenciais e operacionais visa reduzir variabilidades indesejadas, minimizar falhas de execução e assegurar previsibilidade e confiabilidade na prestação dos serviços. O Programa de Qualidade estabelece fluxos, rotinas, protocolos e procedimentos operacionais padrão aplicáveis à UPA, ao PAM e ao SAMU 192, respeitando as especificidades de cada serviço, mas garantindo coerência e integração entre eles.

Gestão baseada em indicadores

A gestão baseada em indicadores constitui diretriz essencial para o acompanhamento objetivo do desempenho assistencial e operacional. O Programa de Qualidade define indicadores claros, mensuráveis e relevantes, que subsidiam a tomada de decisão, o planejamento de ações corretivas e a avaliação dos resultados alcançados. Os indicadores permitem identificar tendências, gargalos, oportunidades de melhoria e riscos, fortalecendo a gestão por resultados.

Melhoria contínua dos processos

A melhoria contínua dos processos orienta o Programa de Qualidade como ciclo permanente de aprendizado organizacional. A partir da análise sistemática dos indicadores, das não conformidades e dos resultados assistenciais, são planejadas e implementadas ações de melhoria, cuja

efetividade é monitorada e avaliada, promovendo evolução constante dos serviços prestados.

Transparência e rastreabilidade das informações

A transparência e a rastreabilidade das informações asseguram confiabilidade aos dados produzidos, facilitam a prestação de contas e fortalecem os mecanismos de controle interno e externo. O Programa de Qualidade estabelece rotinas de registro, documentação e arquivamento das informações relativas aos processos, indicadores, planos de ação e resultados alcançados.

Valorização dos profissionais

A valorização dos profissionais reconhece o papel central das equipes multiprofissionais na qualidade da assistência. O Programa de Qualidade promove ambiente de trabalho seguro, organizado e orientado ao desenvolvimento profissional, articulando-se com a política de educação permanente, avaliação de desempenho e gestão do trabalho.

Integração entre assistência, gestão e apoio

A integração entre assistência, gestão e apoio assegura que os processos administrativos, logísticos e de suporte estejam alinhados às necessidades assistenciais. O Programa de Qualidade atua de forma transversal, evitando fragmentação e promovendo articulação entre as diferentes áreas da unidade.

Conformidade com as normativas do SUS e do Contrato de Gestão

A conformidade normativa orienta todas as ações do Programa de Qualidade, garantindo aderência às políticas públicas do SUS, às diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e às obrigações pactuadas no Contrato de Gestão, fortalecendo a segurança jurídica e institucional da execução dos serviços.

7.3.3.3 Abrangência do Programa de Qualidade (início)

O Programa de Qualidade abrangerá de forma integrada todos os serviços sob responsabilidade da entidade gestora, compreendendo a Unidade de Pronto Atendimento, o Pronto Atendimento Municipal – PAM e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 (Suporte Básico de Vida).

A abrangência do Programa de Qualidade considera as especificidades operacionais, assistenciais e organizacionais de cada serviço, garantindo, contudo, coerência metodológica, padronização de princípios e integração dos processos. Essa abordagem assegura que a qualidade seja tratada de forma

sistêmica, evitando soluções isoladas ou desconectadas da realidade operacional.

Na UPA e no PAM, o Programa de Qualidade contempla os processos de acolhimento, classificação de risco, atendimento médico e de enfermagem, apoio diagnóstico, observação, transferência e alta, bem como os processos administrativos, logísticos e de apoio que sustentam a assistência. No SAMU 192 (Suporte Básico de Vida), o programa abrange os processos de regulação, despacho, atendimento pré-hospitalar, transporte e integração com a rede de urgência e emergência.

A abrangência integrada permite o alinhamento dos fluxos assistenciais entre os diferentes pontos de atenção, fortalecendo a continuidade do cuidado e a resolutividade da Rede de Atenção às Urgências no âmbito municipal e regional.

7.3.3.3 Abrangência do Programa de Qualidade

A abrangência do Programa de Qualidade foi concebida para contemplar, de forma sistêmica, todos os níveis de atenção e todos os processos envolvidos na prestação dos serviços de urgência e emergência, garantindo uniformidade de princípios, integração operacional e coerência metodológica, independentemente do ponto de atenção em que o usuário esteja inserido.

No âmbito da Unidade de Pronto Atendimento e do Pronto Atendimento Municipal, o Programa de Qualidade incide sobre os processos assistenciais diretos, incluindo acolhimento, classificação de risco, atendimento médico e de enfermagem, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, observação clínica, reavaliações periódicas, encaminhamentos, transferências e altas, bem como sobre os processos indiretos que sustentam a assistência, tais como gestão de escalas, suprimentos, manutenção de equipamentos, limpeza, segurança, registros clínicos e faturamento.

No Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 (Suporte Básico de Vida), o Programa de Qualidade abrange desde os processos de regulação e despacho das ocorrências até o atendimento pré-hospitalar propriamente dito, incluindo o preparo das equipes, a disponibilidade e checagem dos veículos e equipamentos, a comunicação com a Central de Regulação, o transporte seguro do paciente e a integração com as unidades de referência da rede de atenção à saúde.

A abrangência integrada do Programa de Qualidade permite a harmonização dos padrões de atendimento, a redução de rupturas nos fluxos assistenciais e o fortalecimento da continuidade do cuidado, assegurando que os usuários recebam atendimento seguro, oportuno e resolutivo, independentemente do serviço acionado. Essa abordagem sistêmica é

fundamental para ambientes de urgência e emergência, nos quais a articulação entre os diferentes pontos da rede impacta diretamente os desfechos clínicos.

O Programa de Qualidade respeita as especificidades técnicas e operacionais de cada serviço, evitando soluções padronizadas de forma inadequada, mas estabelece diretrizes comuns, indicadores integrados e mecanismos de monitoramento compartilhados, promovendo alinhamento institucional e coerência na gestão da qualidade.

7.3.3.4 Estrutura Organizacional e Definição de Responsabilidades

O Programa de Qualidade contará com estrutura organizacional claramente definida, com atribuições formalizadas e responsabilidades distribuídas de maneira objetiva, assegurando governança efetiva, comprometimento institucional e execução consistente das ações planejadas.

A estrutura organizacional do Programa de Qualidade está fundamentada no princípio da corresponsabilização, segundo o qual a qualidade não é atribuição exclusiva de um setor específico, mas responsabilidade compartilhada entre direção, coordenações, lideranças e equipes multiprofissionais.

Direção da unidade

A Direção da unidade é responsável pela governança do Programa de Qualidade, cabendo-lhe assegurar o alinhamento estratégico do programa com as diretrizes institucionais, com o Contrato de Gestão e com as políticas públicas de saúde. Compete à Direção:

- Garantir suporte institucional e recursos necessários à implantação e manutenção do Programa de Qualidade;
- Validar objetivos, metas e indicadores de qualidade;
- Promover cultura organizacional orientada à qualidade, à segurança do paciente e à melhoria contínua;
- Acompanhar periodicamente os resultados do programa, deliberando sobre prioridades e ajustes estratégicos.

Coordenação da Qualidade

A Coordenação da Qualidade é responsável pela condução técnica do Programa de Qualidade, atuando como núcleo articulador das ações de planejamento, monitoramento, avaliação e melhoria. São atribuições da Coordenação da Qualidade:

- Planejar e operacionalizar o Plano de Gestão da Qualidade;

- Definir, em conjunto com as áreas assistenciais e administrativas, os indicadores de qualidade;
- Monitorar o desempenho assistencial e operacional por meio dos indicadores estabelecidos;
- Coordenar a identificação, análise e tratamento das não conformidades;
- Elaborar relatórios periódicos de qualidade e apresentar análises críticas à Direção;
- Articular-se com as comissões institucionais e com a política de segurança do paciente.

Lideranças assistenciais e administrativas

As lideranças assistenciais e administrativas são responsáveis pela execução do Programa de Qualidade em suas respectivas áreas, garantindo que os padrões definidos sejam incorporados às rotinas de trabalho. Compete às lideranças:

- Implementar e monitorar a adesão aos protocolos e procedimentos operacionais;
- Acompanhar os indicadores de sua área de responsabilidade;
- Identificar riscos, falhas e oportunidades de melhoria;
- Propor e executar ações corretivas e preventivas;
- Promover orientação contínua das equipes quanto às práticas de qualidade e segurança.

Equipes multiprofissionais

As equipes multiprofissionais são responsáveis pela aplicação prática das diretrizes e ferramentas do Programa de Qualidade no cotidiano assistencial e operacional. Sua atuação é essencial para a efetividade do programa, cabendo-lhes:

- Cumprir os protocolos assistenciais e operacionais estabelecidos;
- Registrar adequadamente as informações assistenciais e administrativas;
- Comunicar eventos adversos, incidentes e não conformidades;
- Participar das ações de melhoria e das atividades de educação permanente relacionadas à qualidade.

A definição clara das responsabilidades assegura fluxo decisório adequado, evita sobreposição de funções e fortalece o comprometimento institucional com os objetivos do Programa de Qualidade.

7.3.3.5 Plano de Gestão da Qualidade

Será implantado Plano de Gestão da Qualidade estruturado, sistemático e alinhado às diretrizes institucionais, com o objetivo de organizar, monitorar e aprimorar de forma contínua os processos assistenciais e operacionais das Unidades de Saúde.

O Plano de Gestão da Qualidade constitui instrumento central de operacionalização do Programa de Qualidade, traduzindo diretrizes estratégicas em ações concretas, metas mensuráveis e mecanismos de acompanhamento.

Diagnóstico situacional dos processos assistenciais e operacionais

O Plano de Gestão da Qualidade inicia-se com diagnóstico situacional abrangente, contemplando a análise dos processos assistenciais, administrativos e de apoio, considerando fluxos de atendimento, recursos humanos, infraestrutura, equipamentos, insumos, sistemas de informação e integração com a rede de atenção à saúde.

O diagnóstico permite identificar fragilidades, riscos, gargalos operacionais e oportunidades de melhoria, servindo de base para a definição de prioridades e estratégias de intervenção.

Definição de objetivos e metas de qualidade

Com base no diagnóstico situacional, são definidos objetivos e metas de qualidade alinhados ao Contrato de Gestão, às diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e às necessidades assistenciais identificadas. As metas são estabelecidas de forma clara, mensurável e factível, permitindo acompanhamento sistemático e avaliação objetiva dos resultados.

Estabelecimento de indicadores assistenciais e operacionais

O Plano de Gestão da Qualidade contempla a definição de indicadores assistenciais e operacionais que permitam monitorar o desempenho dos serviços, a segurança do paciente, a eficiência dos fluxos e a efetividade das ações implementadas. Os indicadores são selecionados de acordo com relevância clínica, impacto operacional e viabilidade de coleta.

Planejamento de ações de melhoria

A partir da análise dos indicadores e do diagnóstico situacional, são planejadas ações de melhoria direcionadas aos processos críticos. As ações são estruturadas com definição de responsáveis, prazos, recursos necessários e critérios de avaliação, assegurando clareza e viabilidade de execução.

Monitoramento contínuo dos resultados

O monitoramento contínuo dos resultados permite acompanhar a evolução dos indicadores, verificar a efetividade das ações implementadas e identificar desvios em relação às metas estabelecidas. Esse acompanhamento é realizado de forma sistemática, com periodicidade definida.

Avaliação periódica da efetividade das ações

A avaliação periódica da efetividade das ações de melhoria permite verificar se os objetivos propostos foram alcançados e se houve impacto positivo nos processos assistenciais e operacionais. Quando necessário, são realizados ajustes, redefinição de estratégias ou implantação de novas ações.

O Plano de Gestão da Qualidade será revisado periodicamente, conforme os resultados obtidos e as necessidades identificadas, garantindo sua atualização contínua e aderência à realidade operacional da unidade.

7.3.3.6 Indicadores de Qualidade

O Programa de Qualidade utilizará um conjunto estruturado de indicadores para monitorar o desempenho assistencial, operacional, administrativo e logístico das Unidades de Saúde, constituindo base objetiva para a tomada de decisão gerencial, o planejamento de ações corretivas e a avaliação contínua dos resultados alcançados.

Os indicadores de qualidade são instrumentos fundamentais para traduzir processos complexos em informações mensuráveis, permitindo avaliar a efetividade da assistência, a segurança do paciente, a eficiência operacional e o cumprimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão. Sua seleção considera critérios de relevância clínica, impacto operacional, confiabilidade da informação e viabilidade de coleta sistemática.

Os indicadores serão monitorados de forma contínua, com periodicidade definida conforme a natureza de cada métrica, sendo analisados de maneira integrada pela Coordenação da Qualidade, pelas lideranças assistenciais e administrativas e pela Direção da unidade.

Indicadores Assistenciais

Os indicadores assistenciais têm por finalidade avaliar a qualidade técnica da assistência prestada, a segurança do paciente, a resolutividade dos atendimentos e a aderência aos protocolos clínicos estabelecidos.

Tempo de resposta ao atendimento

O tempo de resposta ao atendimento mede o intervalo entre a chegada do usuário ao serviço e o início efetivo do atendimento conforme a prioridade definida na classificação de risco. Este indicador permite avaliar a eficiência dos fluxos assistenciais, a adequação do dimensionamento de equipes e a capacidade de resposta da unidade frente à demanda.

A análise sistemática do tempo de resposta contribui para a identificação de gargalos, redistribuição de recursos e ajustes nos fluxos de atendimento, visando reduzir atrasos e garantir atendimento oportuno aos casos de maior gravidade.

Adesão aos protocolos assistenciais

A adesão aos protocolos assistenciais avalia o grau de conformidade da prática clínica com os protocolos institucionais estabelecidos, baseados em evidências científicas e diretrizes reconhecidas. Este indicador é fundamental para assegurar padronização da assistência, redução de variabilidade clínica e segurança do paciente.

A monitorização da adesão permite identificar necessidades de capacitação, revisão de protocolos ou ajustes operacionais, promovendo alinhamento entre prática assistencial e diretrizes institucionais.

Ocorrência de eventos adversos

A ocorrência de eventos adversos monitora incidentes relacionados à assistência que resultam ou poderiam resultar em dano ao paciente. Este indicador integra-se diretamente à política de segurança do paciente, permitindo identificar riscos assistenciais, fragilidades de processo e oportunidades de melhoria.

A análise dos eventos adversos é realizada de forma sistemática, com enfoque na identificação de causas e na implementação de ações preventivas, evitando a recorrência de falhas.

Segurança do paciente

Indicadores de segurança do paciente contemplam aspectos como identificação correta do paciente, uso seguro de medicamentos, prevenção de infecções relacionadas à assistência e comunicação efetiva entre equipes. Esses indicadores permitem avaliar a maturidade institucional em práticas de cuidado seguro e orientar ações estruturantes de melhoria.

Resolutividade dos atendimentos

A resolutividade dos atendimentos avalia a capacidade da unidade em solucionar os problemas de saúde apresentados pelos usuários, considerando critérios clínicos, encaminhamentos adequados e integração com a rede de atenção à saúde. Este indicador contribui para avaliar a efetividade da assistência e o papel da unidade no sistema de saúde.

Indicadores Operacionais

Os indicadores operacionais avaliam a eficiência dos processos internos, a disponibilidade de recursos e a fluidez dos fluxos assistenciais e administrativos.

Cumprimento de escalas

O cumprimento de escalas monitora a presença efetiva dos profissionais conforme o dimensionamento previsto, assegurando cobertura assistencial adequada e continuidade do atendimento. A análise desse indicador permite identificar falhas de planejamento, absenteísmo ou necessidade de ajustes no dimensionamento de pessoal.

Funcionamento dos serviços de apoio

Indicadores relacionados ao funcionamento dos serviços de apoio avaliam a disponibilidade e a eficiência de setores como limpeza, manutenção, almoxarifado, apoio diagnóstico e transporte. Esses serviços são essenciais para a sustentação da assistência e impactam diretamente a qualidade do atendimento.

Disponibilidade de insumos e equipamentos

A disponibilidade de insumos e equipamentos monitora a adequação dos estoques, a funcionalidade dos equipamentos e a capacidade de reposição, prevenindo interrupções na assistência e riscos à segurança do paciente.

Eficiência dos fluxos assistenciais

Indicadores de eficiência dos fluxos assistenciais avaliam o tempo de permanência, a taxa de ocupação de leitos de observação, o fluxo de encaminhamentos e transferências, permitindo identificar gargalos e otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

Indicadores administrativos e logísticos

Indicadores administrativos e logísticos monitoram processos como faturamento, registros, controle patrimonial, gestão de contratos e conformidade documental, assegurando eficiência administrativa, transparência e rastreabilidade das informações.

Os indicadores subsidiarão de forma contínua a tomada de decisão e as ações de melhoria, compondo painel de monitoramento integrado do Programa de Qualidade.

7.3.3.7 Ferramentas da Qualidade

O Programa de Qualidade adotará ferramentas de gestão da qualidade que possibilitem análise estruturada dos processos, identificação de problemas, planejamento de ações corretivas e monitoramento dos resultados alcançados.

Mapeamento de processos

O mapeamento de processos permite visualizar de forma sistemática os fluxos assistenciais e operacionais, identificando etapas críticas, interfaces entre setores, riscos e oportunidades de melhoria. Essa ferramenta é fundamental para padronização, otimização de fluxos e redução de variabilidade.

Análise de indicadores

A análise de indicadores consiste na interpretação sistemática dos dados coletados, permitindo identificar tendências, desvios e impactos das ações implementadas. Essa ferramenta orienta decisões gerenciais baseadas em evidências.

Identificação e tratamento de não conformidades

A identificação e o tratamento de não conformidades permitem reconhecer desvios em relação aos padrões estabelecidos, analisar suas causas e implementar ações corretivas e preventivas, fortalecendo a confiabilidade dos processos.

Planos de ação corretiva e preventiva

Os planos de ação corretiva e preventiva estruturam as intervenções necessárias para устранить causas de problemas identificados, com definição clara de responsáveis, prazos e critérios de avaliação.

Monitoramento de resultados

O monitoramento de resultados acompanha a efetividade das ações implementadas, permitindo ajustes oportunos e consolidação das melhorias alcançadas.

As ferramentas da qualidade são utilizadas de forma integrada, garantindo abordagem sistemática e consistente dos problemas e soluções.

7.3.3.8 Metodologia de Projetos de Melhoria

Será adotada metodologia estruturada de projetos de melhoria aplicada aos processos críticos da assistência e da operação, com o objetivo de promover evolução contínua dos serviços prestados.

A metodologia de projetos de melhoria contempla as seguintes etapas:

Identificação de problemas prioritários

Os problemas prioritários são identificados a partir da análise dos indicadores, registros de não conformidades, eventos adversos, auditorias internas e feedbacks das equipes e usuários.

Análise das causas

A análise das causas busca compreender os fatores que originam os problemas identificados, considerando aspectos organizacionais, processuais, humanos e estruturais.

Planejamento das ações de melhoria

O planejamento das ações define intervenções específicas, responsáveis, prazos e recursos necessários para a solução dos problemas identificados.

Implementação das ações

As ações planejadas são implementadas de forma estruturada, com acompanhamento contínuo da execução e apoio das lideranças.

Avaliação dos resultados

A avaliação dos resultados verifica o impacto das ações implementadas sobre os indicadores e processos, permitindo mensurar ganhos de qualidade e eficiência.

Padronização das melhorias obtidas

As melhorias que demonstram efetividade são incorporadas aos processos padronizados, assegurando sua sustentabilidade ao longo do tempo.

A metodologia será aplicada de forma contínua, promovendo aprendizado organizacional e aprimoramento permanente dos serviços.

7.3.3.9 Integração com Segurança do Paciente e Humanização

O Programa de Qualidade estará intrinsecamente integrado às políticas institucionais de segurança do paciente e de humanização do cuidado, reconhecendo que qualidade assistencial, segurança e cuidado humanizado constituem dimensões indissociáveis da prestação de serviços de saúde, especialmente em ambientes de urgência e emergência.

A integração com a política de segurança do paciente ocorre por meio da incorporação sistemática de práticas seguras aos processos assistenciais e operacionais, da padronização de protocolos críticos, da identificação e gestão de riscos e da promoção de cultura organizacional orientada à prevenção de danos. O Programa de Qualidade atua como eixo articulador dessas práticas, assegurando que os princípios da segurança do paciente permeiem todas as etapas do cuidado.

No âmbito assistencial, essa integração se materializa na adoção de protocolos baseados em evidências, na padronização de processos críticos, na comunicação efetiva entre equipes e na utilização de instrumentos que assegurem a identificação correta do paciente, o uso seguro de medicamentos, a prevenção de infecções relacionadas à assistência e a redução de falhas de processo. O monitoramento sistemático de eventos adversos e incidentes integra o escopo do Programa de Qualidade, permitindo análise estruturada, aprendizado institucional e implementação de ações preventivas.

A integração com a política de humanização assegura que as práticas de qualidade não se restrinjam a aspectos técnicos e operacionais, mas contemplem a dimensão relacional do cuidado. O Programa de Qualidade incorpora diretrizes de acolhimento, escuta qualificada, comunicação clara e respeito à dignidade dos usuários e acompanhantes, alinhando-se aos princípios da Política Nacional de Humanização.

Essa integração orienta a organização dos fluxos assistenciais, a forma de abordagem dos usuários, a comunicação sobre o processo de atendimento, o manejo de situações de vulnerabilidade e a articulação entre equipes, promovendo ambiente assistencial mais seguro, acolhedor e resolutivo. O Programa de Qualidade atua de forma transversal, articulando-se com as comissões institucionais, com os protocolos assistenciais e com as ações de educação permanente, garantindo coerência entre qualidade técnica, segurança e cuidado humanizado.

7.3.3.10 Monitoramento, Avaliação e Melhoria Contínua

O Programa de Qualidade será objeto de monitoramento contínuo, avaliação periódica e aprimoramento sistemático, assegurando sua sustentabilidade e capacidade de adaptação às mudanças no perfil assistencial, na demanda dos serviços e nas diretrizes institucionais.

O monitoramento contínuo dos processos ocorre por meio da coleta sistemática de dados, acompanhamento dos indicadores de qualidade e análise das informações produzidas pelas áreas assistenciais, administrativas e de apoio. Esse monitoramento permite identificar, em tempo oportuno, desvios de desempenho, riscos emergentes e impactos operacionais relevantes.

A avaliação periódica dos indicadores é realizada em intervalos definidos, considerando a natureza de cada métrica e os objetivos estabelecidos no Plano de Gestão da Qualidade. As avaliações são conduzidas de forma técnica e estruturada, permitindo análise comparativa dos resultados ao longo do tempo e verificação do cumprimento das metas pactuadas.

A análise crítica dos resultados constitui etapa central do processo de avaliação, envolvendo a interpretação dos dados, a identificação de causas subjacentes aos desvios observados e a priorização de ações de intervenção. Essa análise é realizada de forma integrada entre Coordenação da Qualidade, lideranças e Direção da unidade, assegurando visão sistêmica e alinhamento institucional.

A revisão dos planos de ação ocorre sempre que necessário, com base nos resultados obtidos e nas análises críticas realizadas. As ações de melhoria são ajustadas, ampliadas ou redefinidas conforme a efetividade observada, promovendo ciclo contínuo de aperfeiçoamento.

A implementação de melhorias contínuas garante que o Programa de Qualidade não seja estático, mas evolua de forma permanente, incorporando aprendizados, boas práticas e inovações compatíveis com a realidade operacional das unidades. Esse processo fortalece a maturidade organizacional e a capacidade institucional de responder aos desafios inerentes aos serviços de urgência e emergência.

7.3.3.11 Registro, Documentação e Rastreabilidade

Todas as ações do Programa de Qualidade serão devidamente registradas, documentadas e organizadas de forma sistemática, assegurando rastreabilidade, transparência e suporte técnico à prestação de contas, à fiscalização e aos processos de auditoria interna e externa.

Os registros contemplarão, entre outros elementos, os indicadores monitorados, os relatórios de qualidade, as atas de reuniões relacionadas ao Programa de Qualidade, os planos de ação corretiva e preventiva, os resultados alcançados e as evidências das ações implementadas. Essa documentação constitui base objetiva para a avaliação da efetividade do programa e para a tomada de decisão gerencial.

A padronização dos registros assegura consistência das informações, facilita a análise histórica dos dados e fortalece a confiabilidade dos processos de monitoramento. Os documentos serão organizados de forma acessível e segura, respeitando os princípios de confidencialidade, integridade da informação e proteção de dados sensíveis.

A rastreabilidade das informações permite acompanhar a evolução dos processos, identificar a origem das decisões e verificar o impacto das ações de melhoria ao longo do tempo. Essa rastreabilidade é fundamental para a transparência institucional, para o atendimento às exigências do Contrato de Gestão e para o relacionamento com os órgãos de controle e fiscalização.

O sistema de registro e documentação do Programa de Qualidade estará integrado aos demais sistemas de gestão da unidade, evitando duplicidade de informações e assegurando visão integrada do desempenho assistencial e operacional.

A implantação de um Programa de Qualidade estruturado, abrangendo diretrizes claras, definição objetiva de responsabilidades, Plano de Gestão da Qualidade, indicadores assistenciais e operacionais, ferramentas de qualidade e metodologia estruturada de projetos de melhoria, assegura a melhoria contínua dos processos assistenciais e operacionais das Unidades de Saúde sob responsabilidade da entidade gestora.

Ao abranger de forma integrada a Unidade de Pronto Atendimento, o Pronto Atendimento Municipal e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 (Suporte Básico de Vida), o Programa de Qualidade fortalece a coerência dos processos, a integração dos fluxos assistenciais e a continuidade do cuidado no âmbito da Rede de Atenção às Urgências.

O Programa de Qualidade contribui de forma direta para o fortalecimento da segurança do paciente, a eficiência dos serviços, a racionalidade na utilização dos recursos públicos e a qualificação da governança institucional, alinhando-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde, às orientações da Secretaria Municipal de Saúde e às metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Dessa forma, o Programa de Qualidade consolida-se como instrumento estratégico de gestão, essencial para assegurar assistência segura, eficiente, humanizada e sustentável, promovendo evolução permanente dos serviços de saúde e atendendo plenamente às exigências técnicas, operacionais e institucionais previstas no instrumento convocatório.

C3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

8. Experiência em gestão de unidades de Saúde da proponente

A Solution comprova experiência superior a 4 (quatro) anos no gerenciamento de serviços de saúde, atendendo plenamente ao critério C3 – Qualificação Técnica, item “Comprovação de gerenciamento em serviço de saúde”, previsto no edital, o que a habilita à pontuação máxima de 10 (dez) pontos.