Instituto de Ciências Médicas Canaã

Planejamento do atendimento hospitalar

40 condições prioritárias para internação adulta de urgência

Pesquisa epidemiológica e matriz inicial de protocolos

4 de novembro de 2026 | Versão 02

O Hospital Canaã pode organizar sua retaguarda em 28 linhas predominantemente clínicas e 12 linhas de avaliação cirúrgica. O atendimento deve começar no pronto-socorro, com investigação dirigida, tratamento precoce e definição do recurso necessário, integrando enfermaria, centro cirúrgico e UTI.

A carteira reúne frequência sugerida pelas evidências, risco de atraso e compatibilidade com o projeto. A numeração identifica protocolos por sistema e não representa uma ordem estatística de incidência das unidades de origem.

A meta Ouro é concluir a avaliação inicial e documentar uma conduta segura em até 24 horas. Prata corresponde a mais de 24 até 48 horas, e Bronze a mais de 48 até 72 horas. Emergências têm prazos próprios em minutos ou poucas horas, anteriores a essas metas.

Planejamento para validação assistencial e institucional.

Exames, esquemas terapêuticos, critérios de aceite e capacidade de execução precisam ser formalizados antes da implantação. O prazo de 72 horas organiza reavaliações e escalonamento; não garante etiologia definitiva nem impõe alta.

Recurso do projeto	Capacidade planejada
Enfermaria clínica	57 leitos
Enfermaria cirúrgica	35 leitos
UTI adulto	30 leitos em três unidades de 10
Centro cirúrgico	5 salas no site examinado
Pronto-socorro	2 consultórios, 6 posições de observação e 2 de ressuscitação

Fonte do projeto R01. Capacidade planejada não equivale a capacidade operacional habilitada.

Sumário e leitura do caderno

Território e unidades de origem

Evidência e seleção das condições

Protocolos cardiovasculares

Protocolos respiratórios

Protocolos neurológicos

Protocolos de infecção

Protocolos renais e metabólicos

Protocolos digestivos e hematológicos

Protocolos cirúrgicos de 29 a 32

Protocolos cirúrgicos de 33 a 36

Protocolos cirúrgicos de 37 a 40

Marcos das primeiras 72 horas

Indicadores e critérios de classificação

Dados para o ranking local e implantação

Referências

Como usar a matriz

Cada ficha apresenta a condição, a razão para internação, exemplos de exames dirigidos, a equipe de referência e a decisão que não pode atrasar. As listas de exames dependem da hipótese clínica, gravidade, contraindicações e resultados já realizados na origem.

A UTI é um nível de cuidado. Pneumonia com sepse e ventilação mecânica pode ativar vários protocolos no mesmo episódio, mas corresponde a uma internação. Para dimensionar demanda, registrar um diagnóstico principal e manter síndromes e procedimentos associados em campos separados.

Clínica Médica conduz a internação clínica com interconsultas. Nos casos cirúrgicos, o cirurgião nominal mantém a titularidade e a responsabilidade pela alta; o hospitalista participa da avaliação diária e prescrição integrada conforme atribuições formalizadas no projeto R01.

O escopo é adulto, definido para a futura análise como idade igual ou superior a 18 anos. Dados agregados de todas as idades, leitos pediátricos, obstetrícia e atendimento eletivo não devem ser apresentados como demanda adulta de urgência.

Território e unidades de origem

A seção Área de Saúde do site apresenta seis serviços de origem e o próprio hospital: quatro UPAs, uma AMA 24h e um pronto-socorro. A inclusão no mapa é uma proposta territorial, sujeita à regulação e pactuação; não estabelece encaminhamento automático. R01.

Unidade	Perfil	Volume mensal divulgado e data
Vergueiro	UPA III	15.000 atendimentos; capacidade na caracterização de fevereiro de 2026. R03
Sé	AMA 24h	Até 10.000 atendimentos; caracterização de fevereiro de 2026. R03
Barra Funda Dr Álvaro Dino de Almeida	Pronto-socorro	9.000 atendimentos médicos; capacidade de fevereiro de 2026. R03
Vila Mariana	UPA	18.000 atendimentos; capacidade anunciada em agosto de 2021. R04
Mooca Dom Paulo Evaristo Arns	UPA III	Cerca de 11.000 atendimentos; capacidade na notícia da SMS de setembro de 2021. R05
Lapa Professor João Catarin Mezomo	UPA III	14.000 atendimentos; capacidade anunciada em janeiro de 2025. R06

Esses volumes não medem produção atual de transferências, nem permitem calcular a demanda contratável do Canaã. Misturam capacidades publicadas em anos distintos e atendimento adulto e pediátrico. Não se aplica um percentual genérico de conversão sobre sua soma.

Para a Mooca, esta edição adota a notícia da SMS R05, cujo título e corpo informam aproximadamente 11 mil. Esse registro histórico não valida a produção atual; a conferência de relatórios mensais continua necessária.

Recorte assistencial

O site propõe retaguarda central e conexões com Vila Mariana, Mooca e Lapa. A população territorial não é a soma dos usuários exclusivos das unidades. Para o contrato, a unidade de análise deve ser cada solicitação de internação adulta, identificada pela origem e pelo recurso necessário.

Evidência e seleção das condições

A evidência consultada permite selecionar linhas prioritárias, mas não estabelece um ranking atual das 40 causas de transferência das seis origens. A ordem real requer dados de regulação vinculados à origem, gravidade e desfecho.

Em estudo do Rio de Janeiro com dados de setembro de 2016 a agosto de 2017, UPAs e CERs registraram 20.317 solicitações de clínica geral e 5.969 de UTI adulto. Entre os diagnósticos destacados estavam AVC, infecção urinária, infarto, pneumonia e edema pulmonar. É evidência histórica de outra cidade, útil à seleção, sem estimar frequências paulistanas. R09.

No município de São Paulo, o PMS 2026 a 2029 informa 727.416 AIH em 2024 e participação de 10,5% para doenças circulatórias. A tabela abrange todas as idades e diferentes caracteres de atendimento; não corresponde a adultos transferidos de UPA. R07. A documentação do SIH descreve diagnóstico principal e caráter da internação, mas essa tabulação, isoladamente, não identifica toda a demanda reprimida por origem. R08.

Grupo de protocolos	IDs	Quantidade
Cardiovasculares	01 a 05	5
Respiratórios	06 a 09	4
Neurológicos	10 a 13	4
Infecções e sepse	14 a 17	4
Renais e metabólicos	18 a 22	5
Digestivos e hematológicos	23 a 28	6
Avaliação cirúrgica	29 a 40	12
Total	01 a 40	40

Critério de priorização: combinação de evidência epidemiológica, necessidade de retaguarda, risco do atraso e compatibilidade com especialidades e recursos. Condições como meningite, isquemia aguda e infecção bucomaxilofacial profunda também entram pela gravidade, sem frequência local demonstrada.

A carteira não esgota as urgências. Protocolos transversais de choque, insuficiência respiratória, dor torácica, déficit neurológico, abdome agudo e deterioração clínica acolhem apresentações ainda sem diagnóstico etiológico.

Protocolos cardiovasculares

01 Insuficiência cardíaca aguda e edema pulmonar

Quando internar Congestão, hipoxemia ou hipoperfusão relevantes, necessidade de tratamento intravenoso ou suporte ventilatório.

Avaliação dirigida ECG, função renal, eletrólitos e imagem torácica ou ultrassom pulmonar; ecocardiograma e biomarcadores conforme hipótese.

Equipe Clínica Médica e Cardiologia.

Decisão e tempo Suporte e tratamento na apresentação; UTI se choque ou falência respiratória. Identificar precipitante e resposta nas primeiras horas. (R13)

02 Síndrome coronariana aguda

Quando internar Suspeita de infarto ou angina instável de risco que exija investigação seriada e monitorização.

Avaliação dirigida ECG imediato e seriado quando indicado; troponina de alta sensibilidade seriada, hemograma, função renal e eletrólitos.

Equipe Emergência e Cardiologia, com referência de hemodinâmica.

Decisão e tempo ECG adquirido e interpretado em até 10 minutos do primeiro contato médico. Reperfusão segue relógio próprio; pactuar acesso direto ao recurso necessário. (R11)

03 Arritmias e distúrbios de condução sintomáticos

Quando internar Taquiarritmia ou bradiarritmia com instabilidade, síncope de risco, recorrência ou necessidade de intervenção hospitalar.

Avaliação dirigida ECG, monitorização, eletrólitos, glicemia e função renal; investigar isquemia e outros gatilhos conforme quadro.

Equipe Emergência, Clínica Médica e Cardiologia.

Decisão e tempo Intervenção imediata na instabilidade atribuída à arritmia. Confirmar capacidade de cardioversão e estimulação; referência para recurso invasivo ausente. (R39)

04 Emergência hipertensiva

Quando internar Pressão elevada associada a lesão aguda de órgão alvo; elevação isolada não define necessidade de internação.

Avaliação dirigida ECG, função renal e urina; imagem cerebral, cardíaca ou da aorta e troponina conforme órgão suspeito.

Equipe Clínica Médica e especialista do órgão acometido.

Decisão e tempo Tratamento pronto e individualizado à síndrome. Monitorização intensiva quando necessária; não aplicar a mesma meta pressórica a AVC, edema pulmonar e dissecção. (R14)

05 Tromboembolismo venoso com indicação de internação

Quando internar Embolia pulmonar de risco ou trombose venosa com complicação ou impossibilidade de tratamento ambulatorial seguro.

Avaliação dirigida Probabilidade clínica; dímero D na estratégia apropriada; angiotomografia pulmonar ou Doppler conforme apresentação.

Equipe Clínica Médica, Cardiologia e Vascular conforme necessidade.

Decisão e tempo Estratificar risco e iniciar tratamento indicado precocemente. Choque demanda decisão imediata sobre reperfusão e acesso à referência. (R15)

Protocolos respiratórios

06 Pneumonia com necessidade de hospitalização

Quando internar Hipoxemia, gravidade clínica, complicação ou impossibilidade de tratamento fora do hospital; inclui aspiração conforme contexto.

Avaliação dirigida Oximetria, imagem de tórax, hemograma e função renal conforme gravidade; culturas e testes virais selecionados.

Equipe Clínica Médica; Infectologia e intensivista conforme gravidade.

Decisão e tempo Antimicrobiano e suporte sem atraso indevido. Procurar sepse e necessidade de ventilação; reavaliar diagnóstico e resposta em 24 a 48 horas. (R16 R48)

07 Exacerbação de DPOC

Quando internar Dispneia importante, hipoxemia, hipercapnia, acidose ou resposta insuficiente ao manejo inicial.

Avaliação dirigida Oximetria; gasometria se gravidade ou retenção de CO2; imagem torácica, ECG e laboratório dirigido.

Equipe Clínica Médica; intensivista quando necessário.

Decisão e tempo Avaliar precocemente suporte ventilatório e causas alternativas, como pneumonia, insuficiência cardíaca e embolia pulmonar. (R17)

08 Exacerbação grave de asma

Quando internar Resposta insuficiente ao tratamento inicial, hipoxemia, exaustão ou risco de falência ventilatória.

Avaliação dirigida Avaliação clínica seriada e oximetria; fluxo expiratório quando factível; gasometria e imagem apenas se indicadas.

Equipe Emergência, Clínica Médica e intensivista.

Decisão e tempo Terapia imediata; deterioração da consciência ou esforço respiratório exige escalonamento rápido. Não aguardar a conclusão da investigação. (R18)

09 Síndrome respiratória aguda grave por vírus

Quando internar Influenza, covid 19 ou outro vírus com comprometimento respiratório que demande internação.

Avaliação dirigida Oximetria, avaliação de gravidade e imagem dirigida; teste etiológico conforme indicação e vigilância vigente.

Equipe Clínica Médica e Infectologia; UTI nos casos graves.

Decisão e tempo Definir suporte respiratório, precauções e terapia específica quando indicada. Evitar dupla contagem com pneumonia e sepse na análise de demanda. (R47)

Protocolos neurológicos

10 AVC isquêmico e AIT de alto risco

Quando internar Déficit focal agudo ou evento transitório de risco com necessidade de investigação e vigilância hospitalares.

Avaliação dirigida Glicemia imediata, avaliação neurológica estruturada e TC de crânio; estudo vascular conforme elegibilidade.

Equipe Neurologia, Emergência e referência de AVC.

Decisão e tempo Registrar início ou último momento bem. Avaliar reperfusão imediatamente; exames adicionais não devem atrasar terapia elegível. (R12)

11 AVC hemorrágico

Quando internar Hemorragia intracerebral com necessidade de controle clínico, monitorização e avaliação especializada.

Avaliação dirigida TC de crânio, glicemia, hemograma, plaquetas e coagulação; estudo vascular conforme suspeita.

Equipe Neurologia e intensivista; Neurocirurgia craniana conforme caso.

Decisão e tempo Resposta imediata na deterioração. A cirurgia de coluna prevista no site não comprova disponibilidade de neurocirurgia craniana. (R38)

12 Crises convulsivas prolongadas ou recorrentes

Quando internar Estado de mal, recorrência sem recuperação ou alteração persistente de consciência por causa aguda.

Avaliação dirigida Glicemia e eletrólitos; investigar causas infecciosas, tóxicas e estruturais; TC e EEG conforme necessidade.

Equipe Emergência, Neurologia e intensivista.

Decisão e tempo Crise convulsiva com 5 minutos ou mais exige tratamento emergencial. Acesso ao EEG deve estar definido para suspeita de estado não convulsivo. (R35)

13 Delirium e encefalopatia aguda

Quando internar Alteração aguda de cognição ou consciência com risco e impossibilidade de cuidado seguro fora do hospital.

Avaliação dirigida Glicemia, oximetria, rastreio validado, revisão de medicamentos e exames dirigidos à causa; neuroimagem se indicada.

Equipe Clínica Médica; Neurologia e outras interconsultas conforme hipótese.

Decisão e tempo Tratar causas reversíveis e proteger via aérea quando necessário. Não atribuir automaticamente à idade, demência ou bacteriúria. (R36)

Protocolos de infecção

14 Sepse e choque séptico

Quando internar Infecção suspeita ou provável com disfunção orgânica, com ou sem choque; protocolo transversal aos focos.

Avaliação dirigida Avaliar disfunções, lactato e culturas pertinentes; imagem e procedimentos orientados pelo foco.

Equipe Emergência, Clínica Médica, Infectologia e UTI; cirurgião se indicado.

Decisão e tempo Antimicrobiano imediato, idealmente em 1 hora no choque ou sepse provável ou definida. Sepse apenas possível sem choque permite investigação rápida limitada, com terapia em até 3 horas se persistir suspeita. (R10)

15 Pielonefrite e infecção urinária complicada

Quando internar Quadro sistêmico, intolerância oral, falha terapêutica, sepse ou necessidade de recurso hospitalar.

Avaliação dirigida Urina, urocultura, função renal e laboratório de gravidade; imagem se houver suspeita de obstrução ou complicação.

Equipe Clínica Médica e Infectologia; Urologia se obstrução.

Decisão e tempo Tratar pela gravidade, culturas prévias e resistência local. Obstrução infectada aciona também a linha 35 para descompressão urgente. (R19 R31)

16 Celulite e erisipela complicadas

Quando internar Infecção extensa, sinais sistêmicos, falha de tratamento ou suspeita de coleção profunda.

Avaliação dirigida Avaliação local e sistêmica; laboratório conforme gravidade e imagem se coleção ou foco profundo.

Equipe Clínica Médica e Infectologia; Cirurgia quando necessário.

Decisão e tempo Suspeita de infecção necrosante exige avaliação cirúrgica imediata. Imagem não deve atrasar controle de foco indicado. (R37)

17 Meningite e encefalite suspeitas

Quando internar Síndrome infecciosa do sistema nervoso central com risco de deterioração e necessidade de tratamento hospitalar.

Avaliação dirigida Hemoculturas e exames dirigidos; líquor quando seguro; neuroimagem antes da punção nas indicações pertinentes.

Equipe Infectologia, Neurologia e intensivista.

Decisão e tempo Na suspeita de meningite bacteriana, iniciar antibiótico em até 1 hora da chegada hospitalar. Punção e imagem não podem causar atraso clinicamente relevante. (R20)

Protocolos renais e metabólicos

18 Lesão renal aguda

Quando internar Disfunção renal com repercussão, oligúria, complicação ou necessidade de investigação hospitalar.

Avaliação dirigida Creatinina e tendência prévia, diurese, eletrólitos e urina; gasometria e ultrassom conforme hipótese.

Equipe Clínica Médica e Nefrologia.

Decisão e tempo Tratar a causa e distúrbios ameaçadores de vida prontamente. Avaliar diálise pela situação clínica, sem usar creatinina isolada como indicação. (R21)

19 Doença renal crônica descompensada

Quando internar Congestão, hipercalemia, acidose, uremia ou complicação dialítica que impeça manejo ambulatorial.

Avaliação dirigida ECG, eletrólitos, função renal e balanço hídrico; exames do foco ou acesso conforme quadro.

Equipe Nefrologia, Clínica Médica e UTI quando indicada.

Decisão e tempo Confirmar acesso imediato à terapia renal substitutiva antes de pactuar recebimentos. Diferenciar retaguarda aguda do programa ambulatorial de diálise. (R21)

20 Cetoacidose diabética e estado hiperosmolar

Quando internar Crise metabólica que demande reposição, insulinoterapia e monitorização compatíveis com sua gravidade.

Avaliação dirigida Glicemia, cetonas, gasometria, eletrólitos, função renal e osmolaridade; pesquisa do precipitante.

Equipe Clínica Médica; intensivista conforme gravidade.

Decisão e tempo Tratamento imediato com monitorização de potássio, glicemia e osmolaridade. A definição etiológica completa não precede a correção da emergência. (R22)

21 Hipoglicemia grave ou recorrente

Quando internar Recorrência, neuroglicopenia persistente, fármaco de ação prolongada ou doença subjacente relevante.

Avaliação dirigida Glicemia imediata e seriada; revisão de medicamentos e ingestão; função renal e hepática quando pertinente.

Equipe Emergência e Clínica Médica.

Decisão e tempo Correção imediata e prevenção de recorrência. Internar conforme risco e causa; episódio isolado resolvido não exige automaticamente leito hospitalar. (R46)

22 Distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos graves

Quando internar Alterações de sódio, potássio ou equilíbrio acidobásico com sintomas, risco de arritmia ou necessidade de correção monitorizada.

Avaliação dirigida Eletrólitos, ECG, função renal, glicemia e gasometria; osmolaridade e exames urinários selecionados.

Equipe Clínica Médica, Nefrologia e UTI quando necessária.

Decisão e tempo Intervir prontamente no risco vital. Protocolar monitorização e limites de correção, sobretudo para sódio e potássio. (R21)

Protocolos digestivos e hematológicos

23 Hemorragia digestiva alta

Quando internar Sangramento com repercussão, risco de recorrência ou necessidade de endoscopia hospitalar.

Avaliação dirigida Hemograma, coagulação, função renal e preparo hemoterápico; endoscopia após avaliação e ressuscitação.

Equipe Gastroenterologia e Endoscopia, Clínica Médica; Cirurgia e UTI conforme caso.

Decisão e tempo Estabilizar e estratificar. Separar sangramento varicoso do não varicoso. Não impor endoscopia em 6 ou 12 horas a toda úlcera sangrante. (R23)

24 Hemorragia digestiva baixa

Quando internar Sangramento com repercussão, recorrência ou risco que exija investigação ou intervenção hospitalares.

Avaliação dirigida Hemograma, coagulação e preparo hemoterápico; angiotomografia no sangramento grave ativo; colonoscopia conforme situação e preparo.

Equipe Gastroenterologia e Endoscopia, Clínica Médica e Cirurgia.

Decisão e tempo Estabilização precede investigação. Colonoscopia em até 24 horas não é exigência universal; embolização requer referência se ausente. (R24)

25 Pancreatite aguda

Quando internar Necessidade de analgesia, hidratação, nutrição e vigilância hospitalares, especialmente se houver gravidade.

Avaliação dirigida Lipase, função renal, eletrólitos e perfil hepático; ultrassom para etiologia biliar e investigação adicional selecionada.

Equipe Clínica Médica, Gastroenterologia e Cirurgia; UTI se falência orgânica.

Decisão e tempo Tratar e reavaliar cedo. Reservar TC para dúvida diagnóstica ou evolução que a indique; evitar TC precoce apenas para cumprir a meta administrativa. (R25)

Protocolos digestivos e hematológicos continuação

26 Cirrose hepática descompensada

Quando internar Ascite sintomática, encefalopatia, infecção, disfunção renal ou sangramento com necessidade de internação.

Avaliação dirigida Hemograma, eletrólitos, função hepática e renal, coagulação e paracentese diagnóstica quando indicada.

Equipe Clínica Médica e Gastroenterologia; Infectologia e Nefrologia conforme caso.

Decisão e tempo Procurar e tratar precipitantes prontamente. Recurso hepatológico avançado depende de referência pactuada. (R26)

27 Diarreia aguda com desidratação ou complicação

Quando internar Desidratação importante, intolerância oral, instabilidade, distúrbio metabólico ou comorbidade de alto risco.

Avaliação dirigida Avaliar perfusão, função renal e eletrólitos; exames de fezes conforme gravidade, epidemiologia e imunossupressão.

Equipe Clínica Médica; Infectologia conforme hipótese.

Decisão e tempo Reidratação e suporte precoces. Direcionar exames e antimicrobianos à indicação; não usar painel universal de fezes. (R44)

28 Anemia grave sintomática e descompensação hematológica

Quando internar Anemia com repercussão, hemólise ou sangramento que demande investigação ou terapia hospitalar.

Avaliação dirigida Hemograma e tendência, reticulócitos e avaliação etiológica; tipagem e compatibilidade se transfusão indicada.

Equipe Clínica Médica e Hematologia não oncológica; especialista do foco.

Decisão e tempo Individualizar transfusão pela clínica e contexto, com controle do sangramento quando presente; evitar gatilho único para todos. (R27)

Protocolos cirúrgicos de 29 a 32

29 Apendicite aguda

Quando internar Suspeita ou diagnóstico com necessidade de avaliação cirúrgica e tratamento hospitalar.

Avaliação dirigida Avaliação clínica e laboratório dirigido; ultrassom ou TC conforme risco e dúvida; preparo anestésico proporcional.

Equipe Cirurgia Geral, Anestesiologia e hospitalista.

Decisão e tempo Definir estratégia cedo. Perfuração ou sepse alteram urgência; em apendicite não complicada selecionada, operação pode ocorrer em até 24 horas. (R28)

30 Colecistite aguda

Quando internar Inflamação aguda da vesícula com necessidade de tratamento hospitalar e avaliação de intervenção.

Avaliação dirigida Ultrassom, hemograma e avaliação hepática e renal; exames adicionais se dúvida ou suspeita de obstrução da via biliar.

Equipe Cirurgia Geral, Anestesiologia e hospitalista.

Decisão e tempo Planejar abordagem precoce durante a internação, conforme gravidade e condições clínicas; drenagem em situações selecionadas. (R29)

31 Colangite e obstrução biliar infectada

Quando internar Infecção biliar associada à obstrução, com ou sem sepse.

Avaliação dirigida Perfil hepático, hemograma, função renal e culturas conforme gravidade; ultrassom e imagem adicional selecionada.

Equipe Cirurgia Geral, Gastroenterologia e equipe de drenagem biliar.

Decisão e tempo Antimicrobiano e avaliação precoce de drenagem. A CPRE exige recurso próprio; choque e deterioração não aguardam 48 ou 72 horas. (R30 R10)

32 Obstrução intestinal

Quando internar Obstrução que demande suporte, vigilância e decisão entre tratamento conservador e intervenção.

Avaliação dirigida TC conforme avaliação, hemograma, eletrólitos e função renal; lactato se suspeita de hipoperfusão ou isquemia.

Equipe Cirurgia Geral e hospitalista.

Decisão e tempo Peritonite, estrangulamento ou isquemia exigem decisão urgente. Observação conservadora em casos selecionados requer reavaliação seriada. (R45)

Protocolos cirúrgicos de 33 a 36

33 Perfuração visceral e diverticulite complicada

Quando internar Abdome agudo com perfuração, abscesso ou peritonite e necessidade de intervenção ou vigilância hospitalar.

Avaliação dirigida TC se clinicamente viável e útil; laboratório de gravidade, lactato e culturas conforme quadro.

Equipe Cirurgia Geral, Anestesiologia e UTI conforme necessidade.

Decisão e tempo Controlar foco na urgência determinada pela condição clínica. Drenagem percutânea depende de capacidade específica. (R32 R10)

34 Hérnia encarcerada ou estrangulada

Quando internar Hérnia dolorosa e irredutível com obstrução, suspeita de isquemia ou necessidade de intervenção.

Avaliação dirigida Avaliação cirúrgica; exames e imagem apenas quando contribuírem sem atrasar tratamento necessário.

Equipe Cirurgia Geral e Anestesiologia, com hospitalista.

Decisão e tempo Suspeita de estrangulamento demanda intervenção imediata. A meta Ouro não autoriza esperar até o final de 24 horas. (R33)

35 Obstrução urinária complicada por cálculo

Quando internar Obstrução com infecção, anúria, disfunção renal ou dor e vômitos refratários.

Avaliação dirigida Função renal, eletrólitos, urina e culturas; ultrassom ou TC conforme quadro; avaliar sepse.

Equipe Urologia, Anestesiologia e Clínica Médica.

Decisão e tempo Sistema urinário infectado e obstruído requer descompressão urgente e antibiótico imediato. Tratamento definitivo do cálculo pode ocorrer após controle da infecção. (R31)

36 Retenção urinária e hematúria complicadas

Quando internar Repercussão renal, coágulos, necessidade de irrigação, intervenção ou falha de manejo inicial.

Avaliação dirigida Avaliar retenção e função renal; urina; hemograma e coagulação na hematúria; imagem e cistoscopia conforme indicação.

Equipe Urologia e Clínica Médica.

Decisão e tempo Desobstrução pronta quando indicada. Retenção simples resolvida não implica internação automática; confirmar capacidade urológica antes do aceite. (R41)

Protocolos cirúrgicos de 37 a 40

37 Pé diabético infectado e lesão trófica com isquemia

Quando internar Infecção moderada ou grave, necrose, foco profundo ou comprometimento vascular com necessidade hospitalar.

Avaliação dirigida Avaliar perfusão, laboratório e imagem de osso ou foco profundo; cultura de tecido quando indicada.

Equipe Vascular, Cirurgia ou Ortopedia e Infectologia, com hospitalista.

Decisão e tempo Abscesso profundo, necrose e isquemia importante exigem avaliação urgente para drenagem, desbridamento e eventual revascularização. (R42)

38 Isquemia aguda de membro

Quando internar Redução aguda da perfusão com ameaça à viabilidade do membro.

Avaliação dirigida Exame vascular e viabilidade imediatos; Doppler ou angiotomografia se úteis sem atraso de reperfusão necessária.

Equipe Cirurgia Vascular, Anestesiologia e UTI conforme caso.

Decisão e tempo Decisão urgente no membro ameaçado. Confirmar técnicas disponíveis e referência para intervenção não ofertada. (R40)

39 Fraturas de membros com indicação de internação

Quando internar Fratura de fêmur proximal ou outras fraturas que exijam cirurgia ou cuidado hospitalar.

Avaliação dirigida Radiografias, exame neurovascular e exames pré-operatórios proporcionais; TC em indicações específicas.

Equipe Ortopedia, Anestesiologia e hospitalista.

Decisão e tempo Fêmur proximal: cirurgia no dia da admissão ou seguinte, quando clinicamente possível. Fratura exposta ou lesão vascular tem urgência própria. (R34)

40 Infecção odontogênica e bucomaxilofacial profunda

Quando internar Infecção disseminada, coleção profunda, disfagia, trismo, sepse ou risco de via aérea.

Avaliação dirigida Avaliação imediata da via aérea e exame especializado; laboratório de gravidade e imagem quando segura.

Equipe Bucomaxilofacial, Anestesiologia, Infectologia e UTI conforme quadro.

Decisão e tempo Proteger via aérea imediatamente se ameaçada. Confirmar equipe para via aérea difícil e drenagem; não aguardar imagem para medida salvadora. (R43)

Marcos das primeiras 72 horas

O objetivo operacional é estabelecer o diagnóstico de trabalho e a conduta mais cedo possível, preferencialmente até 24 horas. A terapia indicada começa quando reconhecida sua necessidade. Culturas, anatomopatologia, exames seriados e a evolução de algumas doenças podem ultrapassar 72 horas sem caracterizar falha.

Marco proposto	Entrega assistencial
Admissão e primeiras horas	Reclassificar risco; reconhecer emergência; recuperar exames e tratamentos da origem; iniciar suporte, investigação e terapia indicados.
6 horas	Rever estabilidade, hipóteses, resultados críticos, resposta inicial e recurso necessário. Pendência urgente deve ter responsável e escalonamento.
12 horas	Reavaliar plano e interconsultas decisivas. Nos cirúrgicos, registrar indicação, prioridade e viabilidade de intervenção ou referência.
18 horas	Localizar barreiras ainda capazes de comprometer a conclusão até 24 horas e acionar a liderança responsável.
Até 24 horas Ouro	Diagnóstico de trabalho suficiente, exames essenciais já interpretados, avaliação especializada quando necessária e conduta documentada e iniciada.
Mais de 24 até 48 horas Prata	Resolver complexidade adicional; revisar hipóteses, tratamentos e necessidade de novos exames; justificar pendências.
Mais de 48 até 72 horas Bronze	Revisão ampliada com médico responsável e especialistas pertinentes; conduta definida ou plano explícito de investigação, referência e seguimento.
Mais de 72 horas	Caso fora da meta inicial; analisar causa e manter tratamento e investigação seguros. Não forçar diagnóstico nem alta.

Relógios que precedem Ouro Prata e Bronze

Exemplos: ECG em até 10 minutos na suspeita de síndrome coronariana R11; antimicrobiano idealmente em 1 hora no choque ou sepse provável ou definida R10; avaliação imediata de reperfusão no AVC elegível R12; drenagem urgente na obstrução urinária infectada R31; decisão imediata na ameaça à via aérea ou ao membro.

Registrar dois tempos: o tempo de rede começa no primeiro atendimento ou reconhecimento específico; o tempo interno começa na chegada ao Canaã. Uma transferência não reinicia a janela clínica nem elimina atrasos anteriores.

Indicadores e critérios de classificação

A classificação mede conclusão da avaliação inicial e execução da conduta, sem confundir rapidez com acerto diagnóstico ou alta. Registrar diagnósticos provisórios e alterações posteriores com transparência.

Indicador	Definição operacional proposta
Conclusão inicial	Data e hora em que os exames essenciais foram interpretados, as avaliações necessárias ocorreram e o médico registrou diagnóstico de trabalho e conduta iniciada ou decisão justificada de não tratar.
Ouro	Número de episódios com conclusão em até 24 h dividido pelo total de episódios elegíveis admitidos na coorte, multiplicado por 100.
Prata	Conclusão em mais de 24 até 48 h, com o mesmo denominador.
Bronze	Conclusão em mais de 48 até 72 h, com o mesmo denominador.
Fora da meta e sem dado	Apresentar separadamente conclusão após 72 h, ausência de conclusão e ausência de horários. Não retirar casos difíceis silenciosamente.
Tempo de rede	Intervalos entre primeiro atendimento, indicação de internação, solicitação regulatória, aceite, saída da origem e chegada hospitalar.
Exames e interconsulta	Mediana e percentil 90 para solicitação, coleta ou execução, laudo, leitura clínica e avaliação especializada, conforme prioridade.
Intervenção urgente	Adesão aos prazos específicos de cada condição, independentemente da categoria Ouro Prata ou Bronze.
Segurança e continuidade	Óbitos, deterioração, transferência não programada à UTI, eventos adversos, reconsulta em 72 h e reinternação em 7 e 30 dias; alta com plano e pendências atribuídas.

Ouro, Prata e Bronze são faixas exclusivas. Para a proporção resolvida em até 48 horas, somar Ouro e Prata; em até 72 horas, somar as três faixas. A coorte precisa de seguimento suficiente e regras prévias para óbitos, transferências, evasões e dados ausentes.

Pacientes transferidos para recurso externo devem ter decisão e tempo próprios; não podem melhorar artificialmente o desempenho diagnóstico. Estratificar indicadores por protocolo, gravidade, origem, turno e recurso utilizado. Comparar mortalidade e permanência com ajuste de perfil e gravidade antes de atribuir efeito ao programa.

Dados para o ranking local e implantação

Base a solicitar à gestão e às unidades

Solicitar uma série dos últimos 12 meses completos disponíveis por CNES, com período, data de extração e situação de fechamento. Considerar todas as solicitações adultas de internação, inclusive não transferidas; analisar transferências realizadas em tabela separada.

Domínio	Campos mínimos
Origem e episódio	Identificador pseudonimizado do episódio, CNES e nome da unidade, idade ou faixa etária adulta e datas de atendimento.
Motivo e diagnóstico	Queixa ou síndrome inicial, motivo da solicitação, CID inicial, diagnóstico principal final e condições associadas.
Recurso e gravidade	Leito clínico, cirúrgico ou UTI solicitado; especialidade; suporte ventilatório, vasopressor, diálise, procedimento ou cirurgia necessários.
Tempos	Indicação de internação, inserção regulatória, atualizações, aceite, saída da origem, chegada ao hospital e intervenção.
Desfecho	Transferência e destino, alta na origem, mudança de perfil, cancelamento, evasão ou óbito; motivo de recusa e recurso indisponível.
Qualidade e proteção	Completude, duplicidades, regra de vinculação e dicionário de agrupamento; acesso restrito à base individual e divulgação agregada.

Para ordenar frequência, contar episódios únicos pelo motivo principal da solicitação e, separadamente, pelo diagnóstico principal final. Consolidar atualizações do mesmo episódio, manter casos inespecíficos e medir dados ausentes. Sepse, foco infeccioso e necessidade de UTI podem coexistir sem multiplicar a internação.

Condições para pactuar o recebimento

O aceite depende de equipe e recurso efetivamente disponíveis. Priorizar linhas clínicas compatíveis e organizar referências para hemodinâmica, trombectomia, neurocirurgia craniana, CPRE, radiologia intervencionista e procedimentos vasculares não ofertados.

Antes da operação, definir cobertura de laboratório e imagem, exames críticos, telemetria, suporte ventilatório, terapia renal substitutiva, hemoterapia, endoscopia, anestesia, cirurgia, transporte e contato de referência. Transformar cada ficha em protocolo local com critérios, responsabilidades, medicamentos, doses, ajustes e contingência aprovados.

Na revisão territorial, testar a relevância de tuberculose e infecções associadas ao HIV, intoxicações e abstinência, dengue e urgências de coluna. Esses fluxos não podem ser excluídos apenas por não integrarem a carteira inicial de 40 linhas.

Referências

Fontes consultadas em 4 de novembro de 2026. Os links permitem consultar o documento original. As fichas são síntese de planejamento e não reproduzem integralmente os algoritmos das sociedades.

R01 Hospital Canaã. Prévia do projeto e seção Área de Saúde examinadas em 4 de novembro de 2026. Consultar fonte

R02 SMS São Paulo. Unidades de Pronto Atendimento e papel na rede. Consultar fonte

R03 SMS São Paulo. Consulta 001 de 2026 e caracterização da rede central em fevereiro de 2026. Consultar fonte

R04 SMS São Paulo. UPA Vila Mariana e capacidade anunciada em 2021. Consultar fonte

R05 SMS São Paulo. UPA Mooca e capacidade anunciada em 2021. Consultar fonte

R06 SMS São Paulo. UPA III Lapa e capacidade anunciada em janeiro de 2025. Consultar fonte

R07 SMS São Paulo. Plano Municipal de Saúde 2026 a 2029 atualizado em fevereiro de 2026 tabela 2 página 30. Consultar fonte

R08 SMS São Paulo. SIH SUS notas técnicas das internações a partir de 2008. Consultar fonte

R09 Konder e O Dwyer. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação Physis 2019 dados de 2016 a 2017. Consultar fonte

R10 SCCM e ESICM. Surviving Sepsis Campaign diretrizes do adulto 2026. Consultar fonte

R11 ACC e AHA. Síndromes coronarianas agudas diretriz 2025. Consultar fonte

R12 AHA e ASA. Manejo precoce do AVC isquêmico diretriz 2026. Consultar fonte

Referências continuação

R13 ESC. Insuficiência cardíaca aguda e crônica diretriz 2021. Consultar fonte

R14 ESC. Pressão arterial elevada e hipertensão diretriz 2024. Consultar fonte

R15 AHA e ACC. Embolia pulmonar aguda no adulto diretriz 2026. Consultar fonte

R16 ATS. Pneumonia comunitária diretriz publicada em 2025 na edição de janeiro de 2026. Consultar fonte

R17 GOLD. Relatório e guia de bolso DPOC 2026. Consultar fonte

R18 GINA. Estratégia global para asma 2026. Consultar fonte

R19 IDSA. Infecção urinária complicada diretriz 2025. Consultar fonte

R20 NICE. NG240 meningite bacteriana e doença meningocócica 2024. Consultar fonte

R21 NICE. NG148 lesão renal aguda recomendações. Consultar fonte

R22 ADA e sociedades participantes. Crises hiperglicêmicas no adulto consenso 2024. Consultar fonte

R23 ESGE. Hemorragia por úlcera péptica atualização 2026. Consultar fonte

R24 ACG. Hemorragia digestiva baixa diretriz atualizada 2023. Consultar fonte

Referências continuação

R25 ACG. Pancreatite aguda resumo da diretriz 2024. Consultar fonte

R26 AASLD. Ascite peritonite bacteriana e síndrome hepatorrenal orientação 2021. Consultar fonte

R27 AABB. Transfusão de hemácias diretrizes internacionais 2023. Consultar fonte

R28 WSES. Apendicite edição 2025 publicada em janeiro de 2026. Consultar fonte

R29 WSES. Colecistite calculosa aguda diretriz 2020. Consultar fonte

R30 ASGE. Colangite e drenagem biliar diretriz 2021. Consultar fonte

R31 EAU. Urolitíase diretriz 2026 e descompressão de obstrução infectada. Consultar fonte

R32 WSES. Diverticulite aguda em emergência atualização 2020. Consultar fonte

R33 WSES. Hérnias abdominais complicadas atualização 2017. Consultar fonte

R34 NICE. CG124 fratura de quadril e momento da cirurgia. Consultar fonte

R35 NICE. NG217 estado de mal crises recorrentes e prolongadas. Consultar fonte

R36 NICE. CG103 delirium prevenção diagnóstico e manejo. Consultar fonte

Referências continuação

R37 IDSA. Infecções de pele e partes moles diretriz 2014. Consultar fonte

R38 AHA e ASA. Hemorragia intracerebral espontânea diretriz 2022. Consultar fonte

R39 AHA. Suporte avançado de vida no adulto diretriz 2025. Consultar fonte

R40 ESVS. Isquemia aguda de membro diretriz 2020. Consultar fonte

R41 NICE. CG97 sintomas urinários e retenção no homem. Consultar fonte

R42 IWGDF e IDSA. Infecções do pé relacionado ao diabetes diretriz 2023. Consultar fonte

R43 SDCEP NHS Scotland. Abscesso dentário e encaminhamento hospitalar por gravidade. Consultar fonte

R44 IDSA. Diarreia infecciosa diretriz 2017. Consultar fonte

R45 WSES. Obstrução intestinal por aderências atualização Bologna de 2017 publicada em 2018. Consultar fonte

R46 ADA. Cuidados hospitalares e hipoglicemia Standards of Care 2026. Consultar fonte

R47 Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta 87 de 2026 sobre SRAG e resposta assistencial. Consultar fonte

R48 ATS e IDSA. Pneumonia comunitária no adulto diretriz abrangente 2019. Consultar fonte