INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

HOSPITAL CANAÃ

PROGRAMA ACELERAR SUS PAULISTA

MANUAL DIRETOR INTEGRADO DE GOVERNANÇA, RETAGUARDA HOSPITALAR, ALTA RESOLUTIVIDADE, REGULAÇÃO E SAÚDE DIGITAL

Versão técnica 0.2 | 04 de novembro de 2026 | São Paulo - SP

Minuta institucional para revisão, aprovação técnica e pactuação com o gestor público. Não representa programa governamental, serviço já habilitado, contrato vigente ou integração tecnológica já implantada.

Documento-base para a futura página institucional “Acelerar SUS Paulista” no site do Hospital Canaã, derivado do Manual Diretor do Hospital Canaã (v0.1) e de referências públicas do ICM Canaã e do Ministério da Saúde.

Nota editorial, escopo e hierarquia de fontes

O presente manual revisa e amplia os 12 capítulos operacionais originais, criando uma camada estratégica própria para o programa Acelerar SUS Paulista. Mantém os 10 anexos anteriores e acrescenta instrumentos específicos de integração UPA–hospital–APS, métricas, governança digital, matriz de condições prioritárias e conteúdo destinado à publicação no site.

A designação “Acelerar SUS Paulista” é uma proposta de identidade do projeto Canaã. O nome não deve ser apresentado como iniciativa oficial do Governo do Estado de São Paulo, da Prefeitura de São Paulo ou do Ministério da Saúde sem autorização formal e respectiva pactuação.

Critério de evidência: (i) elementos do projeto fornecidos pela direção são premissas em planejamento; (ii) informações do portal do ICM Canaã descrevem posicionamento institucional; (iii) atos do Ministério da Saúde e da Anvisa oferecem referências normativas; (iv) quantidades operacionais, oferta real, dados de demanda e resultados exigem comprovação específica.

Limitação de leitura dos sites: os links de prévia do Lovable foram abertos em 04/11/2026, mas só disponibilizaram a tela “Loading…”. Assim, nenhuma afirmação neste documento é apresentada como conferência do conteúdo dessas prévias. O site público institutocanaa.org.br foi consultado diretamente.

Premissas que devem ser preservadas

Item	Parâmetro de planejamento	Condição de uso público
Leitos adultos	122 no total: 57 clínicos, 35 cirúrgicos, 30 UTI	Capacidade projetada; validar licenças, recursos humanos e leitos operacionais
UTI	3 unidades de 10: 1 Tipo III pretendido, 2 Tipo II pretendido	Classificação e habilitação dependem de conformidade e ato competente
Centro cirúrgico	5 salas: 4 eletivas + 1 urgência; RPA 6 posições	Dimensionamento sujeito a agenda, equipe, complexidade e validação
Pronto-socorro	2 consultórios, 6 observação, 2 ressuscitação	Perfil de acesso e atendimento depende de contrato e pactuação
Diagnóstico	Tomografia de 128 canais 24h prevista; RX digital, USG e demais SADT	Não anunciar exame/escala como operacional sem evidência
Day Clinic	10 salas no projeto; 4 consultórios simultâneos como hipótese	Não equivaler salas físicas a postos simultâneos validados
Jornada	12h; 24h; 48–60h como modelo operacional	Nunca impor alta ou transferência insegura por prazo
Produção cirúrgica	Referência propositiva: 500 eletivas + 100 urgências/mês	Meta hipotética, dependente de estudo de capacidade e rede pactuada

Governança, validação e uso do material

A matriz de assinaturas e a cláusula de vigência constam ao final do documento. Esta edição permanece como minuta até as aprovações necessárias.

SUMÁRIO EXECUTIVO E NAVEGÁVEL

Os títulos estão vinculados às seções do arquivo. Este sumário não antecipa a paginação, que varia conforme o editor.

PARTE I — ARQUITETURA DO PROGRAMA ACELERAR SUS PAULISTA
E1 — Identidade, finalidade pública e proposta de valor
E2 — Teoria de mudança e três componentes integrados
E3 — Articulação territorial e compromisso com a regulação pública
E4 — Fluxo único de atendimento: UPA, hospital e continuidade
E5 — Linhas de cuidado e carteira assistencial do Hospital Canaã
E6 — Marcos assistenciais 12h, 24h, 48–60h e 72h
E7 — Camada digital: dados, prontuário, interoperabilidade e IA
E8 — Governança, pessoal, qualidade e valor para o SUS
E9 — Metas, indicadores e monitoramento de descompressão
E10 — Implantação por etapas e condicionantes de início
PARTE II — MANUAL DIRETOR OPERACIONAL DO HOSPITAL CANAÃ
CAPÍTULO 1 — Propósito, escopo e capacidade instalada
CAPÍTULO 2 — UTI de alta performance e pronto-socorro de alta resolutividade
CAPÍTULO 3 — Matriz dinâmica da jornada: política assistencial de 48 a 60 horas
CAPÍTULO 4 — Ecocardiografia e endoscopia de urgência: escalas híbridas
CAPÍTULO 5 — Governança de decisão, teleinterconsulta e agendamento digital
CAPÍTULO 6 — Gestão de leitos, plantão administrativo e médico hospitalista
CAPÍTULO 7 — Cogestão do paciente cirúrgico: cirurgião e hospitalista
CAPÍTULO 8 — Experiência do paciente, hotelaria e resolução de conflitos
CAPÍTULO 9 — Economia assistencial, redução de desperdício e valor em saúde
CAPÍTULO 10 — Nutrição terapêutica ativa e vínculo familiar na porta de entrada
CAPÍTULO 11 — Centro cirúrgico de cinco salas e os quatro relógios
CAPÍTULO 12 — Marcos temporais e gestão por processos no pronto-socorro
PARTE III — ANEXOS OPERACIONAIS E INSTRUMENTOS DO PROGRAMA
ANEXOS OPERACIONAIS
ANEXO A — Fluxo-mestre de admissão, internação e alta
ANEXO B — Matriz RACI de decisões críticas
ANEXO C — Dicionário inicial de indicadores
ANEXO D — Formulário de interconsulta e escalonamento
ANEXO E — Checklist de segurança e prontidão cirúrgica
ANEXO F — Checklist de alta segura e Passaporte Digital
ANEXO G — Cronograma de implantação: 180 dias
ANEXO H — Matriz inicial de riscos institucionais
ANEXO I — Pendências, evidências e testes de aceite
ANEXO J — Referências técnicas e normativas
ANEXO K — Matriz de fluxo UPA–Regulação–Hospital–APS
ANEXO L — Matriz preliminar de 40 grupos de condições para protocolos 72h
ANEXO M — Indicadores do programa e regras de publicação
ANEXO N — Governança de dados, interoperabilidade e IA
ANEXO O — Checklist de pactuação e início do programa
ANEXO P — Texto editorial para a página “Acelerar SUS Paulista”
ANEXO Q — Matriz de rastreabilidade das fontes consultadas

PARTE I — ARQUITETURA DO PROGRAMA ACELERAR SUS PAULISTA

E1 — Identidade, finalidade pública e proposta de valor

E1.1. O que é o programa

Acelerar SUS Paulista é a proposta institucional de organizar uma linha de resposta hospitalar às necessidades de urgência e emergência da rede pública, com recepção regulada, diagnóstico oportuno, decisão clínica tempestiva, tratamento resolutivo, uso racional de leitos e alta com continuidade do cuidado. O Hospital Canaã é a unidade hospitalar projetada como retaguarda operacional inicial, sujeita a implantação e pactuação.

E1.2. Qual problema se pretende enfrentar

Atrasos entre estabilização na unidade de origem, decisão de necessidade hospitalar, acesso regulado a leito, investigação diagnóstica, procedimento e retorno à APS podem prolongar permanência em pronto atendimento. O programa visa reduzir etapas improdutivas sem reduzir critérios clínicos nem deslocar riscos para outro ponto da rede.

E1.3. Limites institucionais

Não é proposta de substituir a Regulação pública, a Atenção Primária, o SAMU ou as unidades de origem. A elegibilidade depende de pactuação, perfil assistencial autorizado, condições clínicas, disponibilidade efetiva e capacidade de resposta segura. Divulgação externa deve usar verbos “propõe”, “planeja”, “pretende” até a comprovação da implantação.

E1.4. Resultado esperado

Maior acesso oportuno a tratamento hospitalar apropriado, menor retenção evitável na origem, redução de duplicidade de exames, melhor previsibilidade do cuidado, comunicação entre níveis de atenção e transparência na avaliação de desfechos.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado
- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

E2 — Teoria de mudança e três componentes integrados

E2.1. Componente estratégico — Inteligência da Rede

Conectar, por cooperação formal, informações de demanda, solicitações reguladas, capacidade instalada e recursos disponíveis. A gestão pública determina prioridades e autoriza encaminhamentos; o Hospital Canaã fornece dados fidedignos de oferta, critérios clínicos de aceitação e resposta operacional.

E2.2. Componente assistencial — Modelo Ação SUS Emergência

Na porta do hospital, instituir atendimento com classificação de risco, protocolos padronizados, exames essenciais em tempo clinicamente apropriado, interconsulta resolutiva e decisão explícita sobre enfermaria, UTI, cirurgia, transferência ou alta segura. A expressão Ação SUS Emergência designa o método executório da instituição, não um serviço governamental existente.

E2.3. Componente longitudinal — Passaporte Digital de Saúde Canaã

Na saída, estruturar resumo de alta, diagnósticos, tratamentos, exames, receitas, alertas, resultados pendentes, plano de seguimento, destino de referência, contato e confirmação de orientação. O compartilhamento com a rede depende das integrações autorizadas e de regras de privacidade; deve haver alternativa impressa ou acessível sem internet.

E2.4. Ciclo de realimentação

Avaliar resultados de urgência, internação, alta e reinternação com análise por gravidade, especialidade e causa de encaminhamento. Transformar gargalos detectados em planos de melhoria com responsável, prazo, resultado e supervisão.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado
- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

E3 — Articulação territorial e compromisso com a regulação pública

E3.1. Rede de origem

As UPAs e demais portas de urgência que eventualmente venham a ser referências para o Hospital Canaã precisam ser designadas por instrumento de pactuação e regras explícitas de transporte, estabilização e troca de informação. A lista preliminar de sete unidades mencionada nos estudos do projeto não equivale a rede formalmente habilitada.

E3.2. Regras de acesso

Toda vaga e transferência integrada ao SUS deverá respeitar a autoridade reguladora competente e o mecanismo local definido (municipal, estadual ou outro fluxo pactuado). A central interna de leitos informa capacidade e recebe/gerencia a admissão, mas não substitui a regulação externa e não prioriza casos por relacionamento ou conveniência financeira.

E3.3. Admissão segura

Antes da aceitação, conferir indicação hospitalar, estabilidade para transporte, perfil da especialidade, isolamento, suporte necessário, disponibilidade real do leito e recursos críticos. Se a demanda exceder a capacidade, acionar a regulação e o plano de contingência, sem registrar como vaga disponível leito interditado ou sem equipe.

E3.4. Integração com APS e SAD

A alta deve indicar ponto de continuidade, prazo de seguimento segundo a condição clínica, monitoramento de pendências e comunicação de riscos. APS, especialidades, reabilitação e atenção domiciliar participam quando acionadas pela linha de cuidado e pelos instrumentos da rede.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado
- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades

- Treinamento e auditoria antes de implantação

E4 — Fluxo único de atendimento: UPA, hospital e continuidade

E4.1. Etapa de solicitação

Unidade de origem identifica necessidade hospitalar, executa estabilização compatível com sua competência e registra hipótese diagnóstica, sinais vitais, classificação de risco, exames disponíveis, medicações, dispositivos e riscos de transporte.

E4.2. Etapa de regulação

Gestor público ou central competente qualifica e prioriza a solicitação, verifica disponibilidade e formaliza destino conforme protocolos. Respostas de aceite, recusa justificada e necessidade de adequação ficam auditáveis.

E4.3. Etapa de recepção e reavaliação

O hospital recebe a transferência com handoff padronizado, reclassifica a gravidade quando cabível, reconcilia prescrições e inicia os cuidados previstos. O relógio assistencial passa a refletir horários reais, evitando reinício artificial de contagens.

E4.4. Etapa de decisão e saída

Até os marcos internos de 12/24/48–60 horas, registrar decisão e plano em revisão; manter o paciente pelo tempo clinicamente necessário. Ao final, garantir alta, continuidade, transferência regulada ou cuidado prolongado conforme a indicação.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado
- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

E5 — Linhas de cuidado e carteira assistencial do Hospital Canaã

E5.1. Internação clínica

Destinação projetada de 57 leitos adultos para condições clínicas selecionadas, incluindo infecções, insuficiência respiratória, condições cardiometabólicas e neurológicas não cirúrgicas, desde que correspondam aos critérios de estrutura, equipe e retaguarda aprovados.

E5.2. Internação cirúrgica

Destinação projetada de 35 leitos adultos para cirurgias gerais e especialidades efetivamente habilitadas e equipadas; titularidade do cirurgião, cogestão hospitalista e rastreio dos quatro relógios cirúrgicos, com prioridade a urgências segundo risco clínico.

E5.3. Terapia intensiva

Três UTIs adultas planejadas, de 10 leitos cada. Entrada e saída por indicação clínica, equipe multiprofissional, critérios transparentes e validação de requisitos sanitários/habilitação. Categoria Tipo II/III somente após processo e evidência de conformidade.

E5.4. Serviços não iniciados ou não previstos

Obstetrícia, neonatologia e pediatria não integram a carteira inicial informada. Hemodinâmica e procedimentos complexos indisponíveis exigirão protocolo de transferência de referência; novos serviços só poderão ser anunciados após aprovação e instalação.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado
- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

E6 — Marcos assistenciais 12h, 24h, 48–60h e 72h

E6.1. Marcos, não prazo compulsório

As primeiras 12 e 24 horas são janelas gerenciais para diagnóstico, terapia, interconsultas e definição de rota. A janela 48–60 horas pretende diminuir retardos evitáveis nos casos elegíveis; os protocolos específicos podem prever 72 horas para reavaliação, estabilidade e seguimento.

E6.2. Fase 0–12 horas

Priorizar estabilização, reconhecimento de sepse/choque ou deterioração, analgesia, suporte respiratório e exames/terapias tempo-dependentes conforme protocolos clínicos. Alertas de gravidade demandam resposta imediata; não se aguarda fechamento de SLA administrativo.

E6.3. Fase 12–24 horas

Reavaliar hipótese diagnóstica, necessidades de especialistas, antibioticoterapia/terapia específica, reconciliação medicamentosa, risco nutricional, possibilidade de procedimento, necessidades sociais e previsão assistencial de saída.

E6.4. Fase 24–72 horas

Documentar resposta terapêutica, critérios de UTI ou enfermaria, tratamento definitivo, prevenção de complicações, educação do paciente, necessidade de transferência/retaguarda e programação segura de alta. A meta temporal não tem precedência sobre o melhor interesse clínico.

E6.5. Exceções e rastreio

Registrar motivo de permanência prolongada (gravidade, isolamento, cuidados paliativos, complexidade cirúrgica, espera por transferência ou barreira social), com plano ativo e sem penalização automática por tempo de internação clinicamente justificado.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado

- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

E7 — Camada digital: dados, prontuário, interoperabilidade e IA

E7.1. Origem institucional

O portal Canaã Saúde Digital e o Protocolo Institucional de Saúde Digital e IA para o SUS indicam prioridades: jornada única, atenção primária–urgência–hospital, regulação, telessaúde, HL7 FHIR/RNDS quando aplicável, BI, sala de situação e governança algorítmica.

E7.2. Sistemas e titularidade

Projetar identificadores seguros, prontuário eletrônico do paciente (PEP), ordens, resultados, DICOM, leitos, transferência, suprimentos e indicadores integrados. Toda troca externa depende de base legal, controle de acesso, arquitetura e autorização do gestor; não afirmar RNDS integrada apenas porque existe intenção.

E7.3. IA subordinada ao cuidado

Usar IA somente após testes técnicos e clínicos, avaliação de risco/viés, logs, monitoramento de desempenho, gestão de mudanças e mecanismos de contestação. Alertas preditivos, resumos e apoio a agenda nunca tomam decisão diagnóstica, prescritiva, regulatória ou de alta autonomamente.

E7.4. Segurança e acessibilidade

Autenticação, menor privilégio, trilhas de auditoria, política de retenção, plano de resposta a incidentes, criptografia e contingência. Disponibilizar comunicação acessível para idosos, pessoas com deficiência e usuários sem internet, celular ou familiar disponível.

E7.5. WhatsApp e comunicação

Mensageria ao cidadão pode ser usada de modo autorizado e minimizado para lembretes e confirmações, mas comunicação clínica sensível entre profissionais deve ficar em canais oficiais auditáveis definidos pela instituição, preservada a confidencialidade.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado
- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

E8 — Governança, pessoal, qualidade e valor para o SUS

E8.1. Núcleo de comando

Propor comitê assistencial do programa ligado às direções técnica, clínica, enfermagem, regulação interna, qualidade, segurança, financeiro, TI/LGPD e experiência do usuário. Reunião operacional diária, semanal de desempenho e mensal de governança com gestor público quando pactuado.

E8.2. Matriz de papéis

A direção técnica responde pelos recursos e segurança do hospital; as chefias definem operação; regulador público decide acesso conforme competência; cirurgião acompanha paciente titular e define alta cirúrgica; hospitalista realiza cogestão clínica conforme responsabilidades formalizadas.

E8.3. Segurança e transparência

Núcleo de Segurança do Paciente, notificação e análise de eventos, CCIH/SCIH, protocolos e checagem de vigilância. Indicadores públicos somente agregados, com metodologia, período de referência, auditoria e respeito à LGPD.

E8.4. Economia assistencial

Medir custo por episódio e por linha de cuidado com indicadores clínicos ajustados por gravidade. A redução de desperdício deve vir de exames apropriados, organização de agenda, prevenção de complicações e boa transição; não de recusa indevida de casos, altas prematuras ou subutilização de recursos necessários.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado
- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

E9 — Metas, indicadores e monitoramento de descompressão

E9.1. Resultados primários

Medir tempo solicitação–aceite, aceite–chegada, chegada–avaliação, avaliação–exame, exame–decisão, decisão–leito, tempo de permanência por gravidade e % de transferência recebida conforme critérios. Comparar com a linha de base da rede antes de afirmar redução de permanência em UPA.

E9.2. Desfechos e medidas de equilíbrio

Acompanhar mortalidade e deterioração com ajuste por perfil, infecções, eventos adversos, reingresso em urgência, reinternação 7/30 dias, transferência não planejada para UTI, retorno por falha de alta, satisfação e reclamações.

E9.3. Produtividade responsável

Produção de internações, cirurgias, TC, endoscopias, consultas e UTI deve ter denominador de dias operacionais, leitos efetivamente ativos, equipe, case-mix e disponibilidade de recursos. A meta de 600 cirurgias/mês é objeto de estudo operacional, não compromisso já demonstrado.

E9.4. Dados verificáveis

Especificar fonte, responsável, periodicidade, exclusões, timestamp, política de auditoria e qualidade de dados. Quando a série inicial não existir, o indicador será classificado “sem linha de base”, e nenhuma melhoria percentual será publicada como resultado.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado

- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

E10 — Implantação por etapas e condicionantes de início

E10.1. Etapa 0 — Conformidade e diagnóstico

Validar licenciamento, obras, ANVISA, CNES, habilitação, equipe, farmácia, SADT, fluxo de resíduos, incêndio, segurança, infraestrutura de TI e competências do gestor. Não abrir leitos ou captar casos externos antes de aprovações necessárias.

E10.2. Etapa 1 — Pactuação territorial

Selecionar formalmente as unidades de origem e linhas de cuidado, validar transporte, regulação, critérios de acesso, capacidade pactuada, contingências e indicadores de resultado. Coletar linha de base nas unidades selecionadas.

E10.3. Etapa 2 — Simulação e piloto

Fazer testes ponta a ponta com cenários de emergência, paciente crítico, cirurgia, internação e alta digital; testar indisponibilidade de TC, insuficiência de equipe, internet, sistemas e leitos. Iniciar piloto restrito conforme aval do gestor e do responsável técnico.

E10.4. Etapa 3 — Expansão controlada

Abrir serviços e linhas de cuidado em ondas, com auditoria de 30/60/90 dias, indicadores, feedback dos profissionais e adequação de contratos. Divulgar metas e status de modo distinto: proposto, validado, implantado e aferido.

E10.5. Trava de segurança

Suspender ou restringir admissão quando faltar recurso mínimo, equipe, suporte diagnóstico, material crítico, isolamento indicado ou condição de segurança. Uma meta de giro nunca autoriza manter operação inadequada.

Entregáveis e registros mínimos

- Fluxo aprovado e responsável formal designado
- Indicador com definição e fonte documentada
- Plano de contingência e registro de não conformidades
- Treinamento e auditoria antes de implantação

PARTE II — MANUAL DIRETOR OPERACIONAL DO HOSPITAL CANAÃ

Os 12 capítulos seguintes preservam o conteúdo técnico da edição anterior, com ajustes editoriais para sua inserção no programa Acelerar SUS Paulista e reforços de integração descritos ao final de cada capítulo.

CAPÍTULO 1 — Propósito, escopo e capacidade instalada

FINALIDADE Definir a proposta assistencial, os limites do escopo e as condições mínimas para transformar estrutura física em capacidade efetivamente segura.

1.1. Modelo assistencial e função na rede

O Hospital Canaã é concebido como retaguarda hospitalar de urgência, internação clínica e cirúrgica e terapia intensiva de adultos, integrado à regulação do SUS. O propósito operacional é reduzir permanências desnecessárias em unidades de pronto atendimento por meio de avaliação rápida, leito compatível, terapêutica oportuna e contrarreferência segura. Essa função depende de pactuação formal com o gestor público; não se presume autorização para receber transferências nem acesso automático a vagas reguladas.

A estratégia combina resolução clínica, trabalho multiprofissional, digitalização e acompanhamento econômico. A expressão “relógio suíço” deve ser interpretada como confiabilidade de processos, previsibilidade de responsabilidades e resposta ao risco — não como industrialização do cuidado nem compressão indiscriminada do tempo de internação.

1.2. Escopo de oferta e barreiras de entrada

O portfólio inicial a detalhar em contratos e regulação inclui clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, neurologia, neurocirurgia conforme retaguarda pactuada, urologia, cirurgia vascular sem hemodinâmica, nefrologia, infectologia e especialidades complementares. Procedimentos que dependam de recursos não instalados, retaguarda indisponível ou níveis de complexidade não habilitados devem ser excluídos do rol operacional até comprovação da capacidade.

Não se planeja, na fase inicial, obstetrícia, neonatologia ou pediatria. A aceitação de casos deve estar alinhada a idade, gravidade, competências presenciais, equipamentos e capacidade de resgate. É obrigatório estabelecer critérios positivos e negativos de regulação, com exceções clínicas formalmente justificadas.

1.3. Capacidade física versus capacidade operacional

Os 122 leitos constituem capacidade física de referência. Leitos operacionalmente disponíveis serão apenas aqueles com licença, equipe, equipamentos, suprimentos, limpeza, suporte diagnóstico, isolamento quando indicado, prontuário e cobertura médica integralmente assegurados. A ativação será progressiva, documentada por checklist de abertura e autorização interna.

A taxa de ocupação não deve ser analisada isoladamente: combiná-la com permanência, reinternações, adequação de perfil, infecções, desfechos, tempo de espera e cancelamentos. A distribuição de 57 leitos clínicos e 35 cirúrgicos pode ser ajustada de forma controlada conforme demanda e segurança.

1.4. Governança de implantação e contratos

Antes da admissão do primeiro paciente, a direção deve aprovar matriz de serviços habilitados, responsabilidades formais, contratos de apoio, plano de transporte, plano de contingência para falta de exames/energia/sistemas, farmácia e laboratório, CME, SCIH, Núcleo de Segurança do Paciente e processos de regulação.

Cada unidade terá responsável técnico e supervisor operacional com substitutos designados; a matriz de escalonamento diferenciará emergência clínica, decisão de fluxo e incidente de infraestrutura. O quadro de capacidade será reconciliado com plantas, memorial descritivo, CNES e instrumentos pactuados.

Regras de operação e segurança

- Nenhum leito deve ser declarado ativo sem condições de funcionamento e equipe compatível.
- A admissão de pacientes externos depende de acesso regulado/contratual e avaliação clínica de aceite.
- Desvios de escopo ou capacidade exigem decisão documentada da direção técnica.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Leitos operacionais/planejados	Leitos disponíveis e validados ÷ 122	Diário	Gerência de leitos
Taxa de ocupação por perfil	Paciente-dia ÷ leito-dia operacional	Diário	BI/Enfermagem
Solicitações recusadas por incapacidade	Nº e motivo documentado	Semanal	Regulação

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- Acrescentar à pactuação a linha de base de demanda das unidades de origem, capacidade de resposta efetiva e compromissos de integração com regulação pública.
- Na comunicação externa, diferenciar cada elemento: previsto, contratado, licenciado, disponível ou implantado.

CAPÍTULO 2 — UTI de alta performance e pronto-socorro de alta resolutividade

FINALIDADE Estruturar resposta integrada a pacientes críticos, evitando que tecnologia substitua julgamento clínico ou requisitos de pessoal.

2.1. Três UTIs de adultos e critérios de admissão

O desenho contempla três UTIs independentes de 10 leitos: uma unidade com qualificação Tipo III pretendida e duas unidades Tipo II pretendidas. Classificação, habilitação e dimensionamento deverão observar os atos vigentes da Anvisa e do Ministério da Saúde e a carteira de serviços realmente disponível. A designação “Tipo III” não deve constar como condição já comprovada antes das verificações.

Os critérios de internação, transferência e alta da UTI devem contemplar necessidade de suporte orgânico, intensidade de monitorização, prognóstico e recursos de resgate. Pacientes de risco elevado não podem ser deslocados para enfermaria apenas para liberar vaga; toda transição exige avaliação médica, passagem estruturada e leito receptor preparado.

2.2. Pacote assistencial crítico 24 horas

A resposta intensiva depende de médico intensivista em escala compatível, enfermagem especializada, fisioterapia respiratória, nutrição, farmácia clínica e acesso tempestivo a exames, hemoterapia e especialistas. Planejar POCUS à beira-leito, broncoscopia, ecocardiografia, diálise e suporte ventilatório conforme recursos efetivamente instalados e equipe credenciada para execução.

Diálise lenta/contínua e broncoscopia só integram o rol assistencial quando houver equipamentos, consumíveis, profissionais treinados, contingência e interface formal com nefrologia ou endoscopia respiratória. A capacidade 24/7 exige escala comprovada, não apenas previsão em manual.

2.3. Triagem de risco e resposta de porta

O pronto-socorro planejado terá fluxo predominantemente regulado/fechado e classificação de risco documentada segundo protocolo institucional aprovado. A chegada será marcada com hora única no prontuário; pacientes com ameaça imediata à vida irão diretamente à equipe de ressuscitação sem esperar etapas administrativas ou metas de produtividade.

Nas primeiras horas, a equipe deverá formular hipótese sindrômica, solicitar exames pertinentes, iniciar terapias indicadas e decidir o local de cuidado. A tomografia, o laboratório e a ultrassonografia têm maior valor quando integrados ao raciocínio clínico, com laudos e achados críticos comunicados por circuito fechado.

2.4. Alertas de deterioração e inteligência artificial

O painel de risco poderá consolidar sinais vitais, balanço hídrico, tendências laboratoriais, medicamentos de alto risco e tempos de resposta. Nenhum alerta deve prescrever automaticamente conduta, alterar dose ou transferir o paciente sem validação profissional. O projeto de IA terá validação local, monitoramento de falso-positivo/falso-negativo e trilha de auditoria.

Acionamentos em 30/45/60 minutos, se empregados, devem representar faixas de priorização administrativa e clínica previamente avaliadas, não substituindo acionamento imediato em situações críticas. É indispensável regra de contingência quando dispositivos deixam de integrar sinais em tempo real.

Regras de operação e segurança

- Protocolo de deterioração deve priorizar avaliação imediata do paciente crítico, independentemente da automação.
- Passagem PS → UTI requer responsável médico, enfermagem, transporte monitorizado e comunicação verbal estruturada.
- UTI e PS devem auditar eventos de atraso com revisão de caso e plano corretivo.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Tempo identificação–avaliação em deterioração	Mediana/P90 por gravidade	Semanal	UTI/NSP
Admissão UTI com passagem completa	Nº com checklist ÷ total admissões	Mensal	Enfermagem
Eventos de extubação não planejada	Eventos ÷ 1.000 dias ventilação	Mensal	UTI/Qualidade

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- A solicitação UPA–hospital deve informar gravidade, suporte ventilatório/hemodinâmico e condição de transporte. Critérios UTI devem ser formalizados e auditáveis.
- Protocolos de sepse, insuficiência respiratória e deterioração exigem adesão e monitoramento de desfechos, não apenas redução de tempo.

CAPÍTULO 3 — Matriz dinâmica da jornada: política assistencial de 48 a 60 horas

FINALIDADE Oferecer marcos de revisão para pacientes elegíveis sem criar limite artificial de tempo para terapêutica ou permanência hospitalar.

3.1. Elegibilidade e começo do relógio

A jornada de 48–60 horas é um modelo de gestão de fluxo aplicável a episódios selecionados de curta permanência, depois de triagem de risco. O marco inicial T0 deverá corresponder ao registro de admissão no hospital; tempos em UPAs de origem podem ser monitorados separadamente para análise de rede. Casos cirúrgicos complexos, infecção grave, instabilidade, vulnerabilidade social ou necessidade de reabilitação podem exigir permanência maior e não devem ser categorizados como falha clínica.

O gestor de leitos manterá previsão de destino revisável: alta, internação clínica, centro cirúrgico, UTI ou transferência regulada. A previsão é administrativa e nunca se sobrepõe à decisão assistencial.

3.2. Fase vermelha — 0 a 12 horas

Prioridade: identificação de gravidade, estabilização inicial, monitorização, investigação sindrômica orientada por risco, prescrição de medidas urgentes, reavaliação e definição preliminar do local de cuidado. O tempo de 12 horas é uma janela de revisão gerencial; intervenções emergenciais são iniciadas imediatamente, conforme o quadro clínico.

A equipe deverá registrar hipóteses, sinais de alarme, exames solicitados/pendentes, terapêuticas realizadas, quem deve reavaliar e critérios de escalonamento. A ausência de resultado crítico até o marco programado exige busca ativa e medida de contingência.

3.3. Fase laranja — 12 a 24 horas

Priorizam-se confirmação de diagnóstico, monitoramento da resposta, segunda avaliação de risco, interconsulta quando indicada e elaboração do plano de continuidade. Noite, feriado e troca de plantão não devem interromper responsabilidades: haverá passagem de casos com pendências, prazos e nomes.

O paciente que aguarda cirurgia, vaga ou transferência recebe plano de tratamento contínuo e medidas de prevenção de eventos adversos, além de informação sobre a situação. A retenção não pode equivaler a ausência de cuidados.

3.4. Fase verde — 24 até 48–60 horas, conforme indicação

O objetivo é encerrar pendências resolúveis e confirmar o destino seguro: alta com acompanhamento, transferência autorizada, continuidade na unidade apropriada ou procedimento cirúrgico. A decisão final exige estabilidade, reconciliação de medicamentos, orientação compreensível e definição de retorno/contrarreferência.

Ultrapassar 60 horas gera revisão de causa-raiz de permanência e comunicação gerencial, nunca alta forçada. Deve haver classificação: necessidade clínica legítima, problema regulatório, exame pendente, recurso social ou falha operacional. Cada categoria produz solução distinta.

3.5. Passaporte Digital como produto da alta

O sumário de alta estruturado será priorizado no pacote de saída, seguido de exames, receitas, cuidados em casa e informações de retorno. O documento deve ser legível, acessível em meios digitais e alternativos, incorporando diagnósticos, terapias realizadas, medicações, alergias, resultados pendentes e sinais de alerta.

A integração com RNDS exige adesão, padrões, ambiente e homologação pertinentes; o projeto não deve comunicar interoperabilidade concluída sem teste e autorização. Para pacientes sem acesso digital, emitir conteúdo impresso e assegurar orientação verbal.

Regras de operação e segurança

- A jornada de 48–60h não é meta de alta compulsória.
- Toda pendência tem responsável nominal, prazo de reavaliação e solução de contingência.
- Pacientes que permanecem além da meta continuam recebendo cuidado e reavaliação.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Permanência em classes de tempo	0–12;12–24;24–60;>60h por perfil	Diário	Gestão de leitos
Alta com sumário completo	Altas com campos obrigatórios ÷ altas	Semanal	Comissão de Prontuários
Retorno não planejado 72h/7d	Reatendimentos ÷ altas elegíveis	Mensal	Qualidade

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- O cronômetro do projeto é instrumento gerencial: atraso exige ação corretiva; necessidade clínica de permanência exige cuidado continuado.
- Definir a pessoa responsável por cada marco e checklist de comunicação com unidade de origem, regulador e APS.

CAPÍTULO 4 — Ecocardiografia e endoscopia de urgência: escalas híbridas

FINALIDADE Garantir acesso a diagnóstico e terapêutica dependentes de especialistas com responsabilidade de acionamento e retaguarda segura.

4.1. Modelo de ecocardiografia e POCUS

A proposta combina ecocardiografista em escala programada durante o dia, profissional de sobreaviso em horários definidos e POCUS realizado por médico treinado em situações de urgência. O ultrassom à beira-leito é instrumento de avaliação focada e não substitui automaticamente o ecocardiograma formal com documentação e laudo quando este é necessário.

O PEP deverá registrar indicação, operador, achados, limites do exame e decisões subsequentes. Quando uma imagem não é conclusiva ou o quadro é incompatível com os achados, acionar especialista e método complementar em tempo clinicamente adequado.

4.2. Hemorragia digestiva alta e endoscopia

A porta deverá dispor de abordagem inicial padronizada para hemorragia digestiva, incluindo avaliação de gravidade, ressuscitação quando indicada, acesso a hemoterapia e consulta ao endoscopista. O momento do procedimento depende do risco e de diretrizes clínicas vigentes; não se deve impor endoscopia sem estabilização adequada ou equipe habilitada.

A ideia de 45 minutos pode ser adotada, após validação, como meta interna de mobilização da retaguarda para casos críticos selecionados; não representa prazo normativo universal nem promessa de conclusão do procedimento. Tempo de resposta e disponibilidade de anestesia, materiais hemostáticos, CME, transporte e sala devem ser medidos em separado.

4.3. Escalas, gatilhos e plano B

O contrato de retaguarda detalhará primeiro contato, confirmação de aceite, deslocamento, presença, realização, laudo e alternativas em indisponibilidade. Deve haver cobertura para férias, faltas, falhas de equipamento e simultaneidade de casos. Serviços sem disponibilidade adequada deverão ter rota pré-pactuada de transferência assistida.

A coordenação de plantão não poderá registrar “equipe disponível 24h” com base apenas em telefone de sobreaviso; a efetividade será demonstrada por teste de acionamento, termo contratual, rota de contingência e auditoria mensal.

Regras de operação e segurança

- Indicação e momento de exame/procedimento são decisões clínicas individuais.
- Gatilho crítico sem retaguarda comprovada aciona transferência ou outro plano assistencial seguro.
- POCUS é documentado como exame focado e sujeito à competência do operador.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Tempo chamado–resposta do especialista	Mediana/P90 por urgência	Mensal	Coordenação médica
Tempo chamado–presença, quando aplicável	Mediana/P90	Mensal	Núcleo de regulação interna
Transferências por indisponibilidade	N° com análise de causa	Mensal	Direção técnica

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- Retaguarda de eco e endoscopia precisa constar de escalas pactuadas com indisponibilidades e plano B de transferência.
- POCUS ao leito é complementar e não deve substituir exames formais quando estes forem indicados.

CAPÍTULO 5 — Governança de decisão, teleinterconsulta e agendamento digital

FINALIDADE Reduzir perda de informações e atrasos por meio de um canal institucional rastreável, seguro e auditável.

5.1. Comunicação clínica dentro do PEP

O Smart-Interconsult será uma função do prontuário eletrônico para pedidos, aceite, prioridade, mensagens e conclusão. Todo pedido deverá conter identificação segura do paciente, pergunta clínica específica, risco imediato, exames relevantes e nome da equipe solicitante. Canais pessoais não homologados não devem ser usados para circular dados sensíveis e decisões formais.

O especialista deverá registrar resposta no prontuário, distinguindo orientação remota, necessidade de presença e pendências. Confirmação de recebimento não equivale a parecer concluído; cada etapa terá carimbo de data/hora.

5.2. SLAs e escalonamento clínico

Como referência de projeto, uma solicitação padrão poderá ter meta de primeira manifestação em até 20 minutos. A prioridade crítica, entretanto, exige ligação imediata e presença/conduta em prazo definido por risco, não espera pelo SLA administrativo. As especialidades terão matriz individual de cobertura e capacidade de atendimento.

Pedidos sem resposta serão escalados ao médico coordenador e à direção técnica conforme severidade, com registro de nova tentativa e solução de contingência. A leitura do tempo deverá separar confirmação, parecer e decisão efetiva, evitando indicadores que recompensem respostas superficiais.

5.3. Uso de IA, áudio e imagens

A transcrição automática, o resumo de caso e a indexação de documentos podem apoiar o profissional, mas exigem conferência e assinatura humana para integração ao prontuário. Não se deve utilizar saída de IA como ordem médica autônoma; erros, vieses, indisponibilidade e alterações de conteúdo serão monitorados.

A distribuição de DICOM e PDFs será feita por autorização baseada em função, links expiráveis quando possível, registro de acesso e menor privilégio. Dados destinados a testes devem ser fictícios ou anonimizados conforme avaliação jurídica. A diretriz de proteção de dados deve estar ligada ao plano institucional LGPD e ao gerenciamento de incidentes.

5.4. Teleinterconsulta e responsabilidade

Interconsulta remota entre médicos não desobriga avaliação presencial quando o estado clínico a exige. As modalidades de telemedicina devem respeitar as regras éticas e profissionais aplicáveis, a Resolução CFM nº 2.314/2022 e a governança de dados. Em cada caso, o prontuário deve evidenciar a identidade, a decisão e a responsabilidade clínica de quem executa a conduta.

O sistema deve poder operar em contingência: telefone institucional, formulário assistencial de downtime e posterior reconciliação do registro, sem perda de prioridade clínica.

5.5. Checagem digital pré-cirúrgica

O check-in de cirurgia cruza confirmação do procedimento, consentimento, avaliação anestésica, disponibilidade de sala, equipe, material, sangue quando previsto e OPME com rastreabilidade. Um item crítico não conforme impede a transferência eletiva até solução; urgências requerem decisão formal, medidas compensatórias e justificativa médica.

Regras de operação e segurança

- O botão crítico aciona comunicação síncrona imediata; não é substituto de reanimação presencial.
- Nenhum texto produzido por IA entra como fato clínico definitivo sem revisão humana.
- Toda comunicação decisória relevante integra o prontuário.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Interconsultas com 1ª resposta no SLA	Pedidos respondidos no alvo ÷ elegíveis	Mensal	Corpo clínico/TI
Pareceres efetivamente concluídos	Nº concluídos ÷ solicitações	Mensal	Direção clínica

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Acessos indevidos/ocorrências digitais	Nº e gravidade	Mensal	Encarregado/TI

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- Protocolos de troca de informação entre UPA, regulação e hospital devem ser interoperáveis quando permitido, com mínimo de dados e rastreabilidade.
- O SLA de 20 minutos é parâmetro de gestão local para interconsulta não crítica; emergência clínica impõe resposta conforme gravidade, imediata quando indicada.

CAPÍTULO 6 — Gestão de leitos, plantão administrativo e médico hospitalista

FINALIDADE Evitar retenção administrativa desnecessária sem desrespeitar critérios de transferência e dimensionamento da equipe assistencial.

6.1. Censo dinâmico e central de leitos

A central de leitos deverá manter quadro atualizado de leitos livres, ocupados, em limpeza, em isolamento, bloqueados, em manutenção e reservados por necessidade clínica. Paciente com decisão médica de internação terá status de destino proposto; somente após leito apto e aceite clínico a transferência será considerada liberada.

O status “Pronto para Transferência” só poderá ser usado quando houver condições clínicas, prescrição e vigilância compatíveis, equipe recebedora, transporte seguro e registro de passagem. Trocas de plantão não justificam retenção puramente administrativa; porém é legítimo adiar transferência diante de risco clínico ou indisponibilidade comprovada da unidade receptora.

6.2. Médico hospitalista e longitudinalidade

O médico hospitalista coordenará o cuidado clínico diário dos pacientes internados, revisando diagnósticos, pendências, drogas de risco, prevenção de eventos e critérios de alta, em articulação com titulares de especialidade. Em pacientes cirúrgicos, atua em cogestão, sem assumir automaticamente a titularidade médico-cirúrgica.

A premissa de “um médico por período para 92 leitos” não constitui dimensionamento validado. A quantidade de hospitalistas será determinada por carga assistencial, complexidade, admissões, interconsultas, jornada legal, plantões e necessidade de cobertura noturna, com simulação operacional antes da abertura.

6.3. Plantão administrativo resolutivo

A administração deve manter responsável escalável para obstáculos não médicos: transporte, higiene terminal, pessoal, manutenção, farmácia, equipamentos, refeições, imagem, convenções de acesso, contato com familiares e incidentes logísticos. O plantão administrativo não prescreve, não classifica risco e não altera decisão médica.

Cada barreira será registrada com categoria, hora, setor responsável e tempo de resolução. Problemas recorrentes alimentarão agenda de melhoria, aquisição e redimensionamento, em vez de serem tratados apenas como falhas individuais.

6.4. Handoff de segurança

A transferência PS–enfermaria, PS–UTI ou UTI–enfermaria ocorrerá por comunicação estruturada contendo diagnóstico, estado atual, suportes, alergias, pendências, exames críticos, medicações com horários, dispositivos invasivos, precauções e plano de contingência. A unidade de origem mantém responsabilidade até a recepção formal pela unidade de destino.

Recusas devem ter justificativa clínica ou operacional identificável, com resolução por hierarquia assistencial e atualização do quadro de leitos. Uma regra administrativa de “não recusa” não pode converter paciente em risco.

Regras de operação e segurança

- Leito “livre” não significa leito “operacional”.
- Sem passagem formal e leito apto não há transporte.
- O dimensionamento de hospitalistas deverá ser aprovado por carga e perfil assistencial.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Decisão de internação–ocupação de leito	Mediana/P90 estratificada	Diário	Gestão de leitos
Leitos bloqueados por causa	N° e tempo de bloqueio	Diário	Administração
Passagens de cuidado completas	Checklists completos ÷ transferências	Semanal	Enfermagem/NSP

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- “Pronto para transferência” depende de aceite do setor de destino, leito real, equipe e transporte internos disponíveis; não significa transporte automático inseguro.
- Publicar capacidade contratada e disponível de maneira reconciliada com CNES, censo físico e recursos operacionais.

CAPÍTULO 7 — Cogestão do paciente cirúrgico: cirurgião e hospitalista

FINALIDADE Integrar cirurgia e medicina clínica com responsabilidades transparentes e prevenção ativa de complicações.

7.1. Titularidade e deveres assistenciais

O paciente internado por condição cirúrgica permanece sob titularidade nominal do cirurgião responsável, que realiza avaliação e evolução diária, define condutas cirúrgicas, revisa a prescrição em sua área e decide alta cirúrgica. Substituição por outro cirurgião será formalizada em cobertura ou passagem de plantão.

A cogestão é complementar, não substitutiva: o médico hospitalista avalia diariamente estabilidade clínica, comorbidades, função renal, glicemia, risco tromboembólico, controle de dor e causas de deterioração, coordena demandas clínicas e registra sua avaliação. A assinatura de prescrições deve respeitar atribuições e acordos institucionais documentados.

7.2. Plano conjunto desde a admissão

Nas primeiras 24 horas de internação cirúrgica, os dois profissionais deverão manter plano integrado contendo diagnóstico, procedimento provável, necessidade de exames, preparo pré-operatório, antibiótico quando

indicado, prevenção de tromboembolismo, estratégia nutricional e estimativa revisável de alta. Caso não haja previsão de cirurgia, a justificativa precisa estar explícita.

Riscos elevados demandam anestesiologia, cardiologia ou outras especialidades conforme necessidade. O hospitalista não deve criar barreiras administrativas arbitrárias; tampouco a urgência cirúrgica elimina avaliação de risco e medidas preventivas clinicamente viáveis.

7.3. Complicações e transferência de titularidade

Ocorrências agudas são tratadas por quem primeiro as reconhece, com acionamento do cirurgião e equipe de resposta rápida. Se a condição clínica passar a ser o principal problema assistencial, a eventual transferência formal da titularidade da cirurgia para a clínica médica será excepcional, motivada e aceita por ambos os serviços, com ciência documentada e responsabilidades de seguimento bem estabelecidas.

Pacientes em cuidados paliativos ou com decisão compartilhada de limitação de tratamentos merecem plano de objetivos terapêuticos, comunicação à família e continuidade responsável de acompanhamento, com observância das normas éticas.

7.4. Alta coordenada

O cirurgião titular responde pela alta cirúrgica e pela definição de recomendações pós-operatórias, enquanto o hospitalista contribui para conciliação de medicamentos, manejo de comorbidades e plano de continuidade. O sumário final deve ser único, compreensível e sem divergências de orientações.

Readmissões, infecções de sítio cirúrgico, reoperações e eventos clínicos deverão ser discutidos em reunião interdisciplinar de qualidade para identificar oportunidades sistêmicas.

Regras de operação e segurança

- Visita cirúrgica diária com cirurgião titular ou substituto formal.
- Visita hospitalista diária nas enfermarias cirúrgicas com registro de integração.
- Transferência de titularidade é excepcional e assinada, não presumida.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Evolução diária dos dois serviços	Pacientes elegíveis com registros ÷ total	Semanal	Direção clínica
Cancelamento por preparo inadequado	N° e causas	Mensal	Centro cirúrgico
Reinternação cirúrgica não planejada	Até 30 dias por causa	Mensal	Qualidade

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- Manter cirurgião titular nominal, visita/evolução diária e decisão de alta, com hospitalista como cogestor, sem transferência tácita de responsabilidade.
- Usar plano de cuidado conjunto para reduzir complicações, atrasos de exames e prolongamento injustificado.

CAPÍTULO 8 — Experiência do paciente, hotelaria e resolução de conflitos

FINALIDADE Transformar acolhimento, comunicação, acessibilidade e escuta em dimensões mensuráveis da

segurança assistencial.

8.1. Experiência como processo clínico e humano

O acolhimento começa na admissão: apresentação da equipe, identificação de pessoa de referência, explicação de direitos, regras de visitas, previsão de exames e canal de ajuda. Sempre que possível, o paciente receberá linguagem simples, comunicação adaptada a limitações auditivas, visuais, cognitivas e de letramento, e opção de material impresso.

A equipe de experiência visitará diariamente unidades selecionadas com roteiro padronizado: compreensão das informações, controle de sintomas, alimentação, sono, limpeza, privacidade, segurança, acompanhante e necessidades sociais. O contato não substitui avaliação clínica e qualquer queixa de deterioração será encaminhada imediatamente.

8.2. Sistema de manifestações e ciclo de retorno

Queixas e sugestões devem ser classificadas por natureza, gravidade, urgência e risco. Cada ocorrência terá responsável, data-limite, ação e retorno documentado ao usuário. Demandas referentes a segurança do paciente serão encaminhadas ao NSP, preservando privacidade e uma cultura justa de aprendizado.

A tipologia de resolução proposta — totalmente resolvida, parcialmente resolvida e não resolvida — deve ser acompanhada de causa. Uma situação de fim de vida, recusa informada de intervenção ou limitação terapêutica não poderá ser artificialmente descrita como falha de experiência quando houver cuidado digno, escuta e decisão compartilhada.

8.3. Hotelaria, higiene e sinalização

Limpeza, leito, roupa, controle de ruído, iluminação, manutenção e orientação de circulação compõem condições para recuperação e prevenção de incidentes. Cada setor terá rotinas de verificação, tempos pactuados de atendimento e plano de contingência para panes e interrupções.

A comunicação institucional deve evitar propagandas enganosas de disponibilidade, resultados ou classificação de excelência que não tenham sido medidos. Informações sobre serviço ativo, horário e acessibilidade serão revisadas periodicamente.

8.4. Cuidado paliativo, luto e vulnerabilidade

O cuidado paliativo deve ocorrer conforme necessidade e prognóstico, incluindo alívio de sofrimento, comunicação, dimensão espiritual se desejada, apoio social e respeito às preferências. A equipe será treinada para lidar com conflitos familiares, decisões complexas e proteção de grupos vulneráveis sem discriminação.

A instituição instituirá via de mediação de conflitos que preserva o direito do paciente de participar das decisões e de acessar canais de ouvidoria, sem prejudicar segurança e sigilo.

Regras de operação e segurança

- Toda manifestação clínica grave deve migrar imediatamente do canal de experiência para assistência.
- Nunca considerar uma reclamação “resolvida” sem ação e devolutiva verificáveis.
- Acessibilidade e alternativa não digital devem existir desde a abertura.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Manifestações com devolutiva	Nº com retorno no prazo ÷ total	Mensal	Experiência

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Desfecho das manifestações	% total/parcial/não resolvidas	Mensal	Ouvidoria
Pesquisa pós-alta	Escala institucional e adesão	Trimestral	Qualidade

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- Acolhimento e comunicação ao familiar começam na origem, sempre que possível, e seguem na admissão.
- Desdobrar reclamações de transferência, demora e descontinuidade em planos de melhoria compartilhados, respeitada a competência do gestor da rede.

CAPÍTULO 9 — Economia assistencial, redução de desperdício e valor em saúde

FINALIDADE Integrar segurança clínica, desfechos e consumo de recursos para eliminar desperdícios sem restringir assistência indicada.

9.1. Valor assistencial e orçamento por linha de cuidado

O custo deve ser calculado por episódio e complexidade, e não apenas por diária ou ocupação. O modelo considerará RH, material, OPME, medicações, diagnóstico, exames repetidos, tempo de sala, UTI, infecções, transferências e eventos adversos. O princípio é direcionar recursos a intervenções apropriadas que produzam melhor desfecho para o paciente.

Permanência prolongada pode trazer custos e riscos adicionais, mas a relação não é universal ou “exponencial” em todo caso; o projeto deve testar hipóteses com dados reais e ajustar por gravidade e perfil. Alta precoce insegura, por sua vez, também gera custo e dano.

9.2. Gestão Lean com salvaguardas

Mapeamentos de processo identificarão espera por limpeza, falta de material, autorização, transporte, imagem, parecer, esterilização e compra emergencial. O redesenho priorizará eliminação de etapas sem valor, redução de movimentações e previsibilidade de agendas, sem suprimir conferências críticas ou aumentar risco de erro.

Economias decorrentes de redução de consumo devem ser analisadas junto com reinternações, eventos adversos, mortalidade ajustada por gravidade, satisfação e acesso. Uma redução de despesa que piore esses resultados não deve ser classificada como ganho de eficiência.

9.3. Custos individualizados e BI

O painel econômico por paciente pode estratificar baixo, médio e alto custo para planejamento, nunca para restringir tratamento clinicamente indicado. A base de custos incluirá centros de custos validados, competência, rastreabilidade de insumos e comparação entre casos clinicamente semelhantes.

Relatórios de custo devem usar dados mínimos necessários e perfis de acesso. A integração entre PEP, suprimentos e financeiro requer governança de cadastros, conciliação contábil e auditoria de erros de classificação.

9.4. Compras e integridade

A aquisição de insumos críticos e OPME será pautada por padrão técnico, rastreabilidade, análise de desempenho e conflito de interesses. Indicadores de ruptura de estoque, produtos vencidos, requisições excepcionais e manutenção corretiva suportarão decisões de compra.

A governança deve documentar compras, contratação, auditoria e prestação de contas conforme o regime jurídico do vínculo firmado com o SUS e os instrumentos estatutários aplicáveis ao Instituto.

Regras de operação e segurança

- Nenhuma classificação econômica autoriza negar cuidado clinicamente indicado.
- Indicadores financeiros são sempre interpretados junto de qualidade e desfecho.
- Compras de risco crítico exigem critérios transparentes e rastreabilidade.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Custo por episódio e casuística	Custo integral ajustado por perfil	Mensal	Controladoria
Exames repetidos potencialmente evitáveis	Nº após revisão clínica	Mensal	Qualidade/Diagnóstico
Ruptura de estoque crítico	Nº e horas	Semanal	Suprimentos

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- Analisar custo por episódio com qualidade e complexidade assistencial, incluindo desfecho e reinternação; não ranquear equipes por custo bruto.
- Economia e giro são medidas de eficiência condicionadas à segurança, equidade e resolução clínica.

CAPÍTULO 10 — Nutrição terapêutica ativa e vínculo familiar na porta de entrada

FINALIDADE Prevenir danos ligados à desnutrição, jejum desnecessário e falha de comunicação com a rede de apoio.

10.1. Triagem nutricional e prescrição integrada

A triagem nutricional deve ser realizada na admissão conforme método institucional validado, priorizando pacientes críticos, idosos, disfágicos e de maior risco. O nutricionista e a equipe assistencial definirão via, consistência, necessidade proteico-calórica, restrições e revisões em função do estado clínico.

A oferta de nutrição enteral ou parenteral, quando indicada, depende de avaliação e monitoramento especializados; risco de aspiração, instabilidade hemodinâmica, procedimentos e contraindicações prevalecem sobre a intenção de ofertar precocemente.

10.2. Jejum: indicar, registrar e suspender corretamente

O jejum deverá ter motivo, procedimento relacionado, hora de início e reavaliação programada. O sistema pode gerar alerta para jejum prolongado, mas a suspensão da restrição depende de validação assistencial, especialmente em anestesia, endoscopia, risco de broncoaspiração ou cirurgia de urgência.

A enfermagem, nutrição e médicos devem revisar pacientes cujos procedimentos foram cancelados ou adiados para evitar que o jejum permaneça indefinidamente por falha de comunicação.

10.3. Comunicação familiar e pessoa de referência

Na admissão, registrar preferências do paciente, contatos autorizados e representante quando pertinente, observando sigilo e capacidade decisória. Em até 24–48 horas, oferecer informação estruturada sobre equipe, plano de cuidado, regras de comunicação e sinais de alerta, respeitando autorização do paciente.

Pacientes sem familiar ou em vulnerabilidade receberão avaliação de serviço social, com plano individual de continuidade e proteção de dados. A presença de familiar não poderá funcionar como pré-requisito para atendimento.

10.4. Preparação da alta

Orientações nutricionais e de medicação após alta devem ser coerentes entre equipes, entregues verbalmente e por escrito, testadas por método de retorno da informação quando apropriado e vinculadas ao Passaporte Digital. Para pacientes com disfagia, dieta especial ou sondas, agendamento e insumos de continuidade merecem verificação individual.

Regras de operação e segurança

- Jejum requer indicação e reavaliação, nunca suspensão automática por IA.
- Comunicação com família respeita sigilo e preferências do paciente.
- Nutrição é parte do plano clínico, não mero serviço de hotelaria.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Triagem nutricional no prazo	Admissões triadas ÷ elegíveis	Mensal	Nutrição
Jejum > prazo de revisão pactuado	Casos com análise de causa	Semanal	Enfermagem/Nutrição
Alta com plano nutricional, quando necessário	Planos ÷ pacientes indicados	Mensal	Nutrição

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- Integrar risco nutricional, reconciliação medicamentosa e cadastro da rede de apoio no plano das primeiras 24 horas.
- O Passaporte Digital deve registrar plano de alimentação, medicações e sinais de alerta em linguagem acessível.

CAPÍTULO 11 — Centro cirúrgico de cinco salas e os quatro relógios

FINALIDADE Organizar a produção com previsibilidade, barreiras de segurança e capacidade comprovada, sem converter metas quantitativas em pressão insegura.

11.1. Base de capacidade e carteira cirúrgica

O cenário de implantação adota cinco salas cirúrgicas — quatro predominantemente eletivas e uma prioritariamente destinada a urgências — e seis posições de recuperação pós-anestésica. A programação dependerá da autorização física, CME, manutenção, anestesia, enfermagem, instrumentação, OPME, hemoterapia e retaguarda intensiva.

A aspiração de alcançar ao menos 500 procedimentos eletivos e cerca de 100 de urgência por mês é meta de planejamento a ser simulada com tempos reais por especialidade, dias úteis, proporção de casos complexos,

horas disponíveis, cancelamentos e reservas para eventos não programados. Não equivale a capacidade validada nem a compromisso contratual até ensaios e aprovação.

11.2. Preparação D-1 e confirmação de material

No dia anterior, a central de programação conciliará cirurgia, lateralidade, paciente, anestesia, exames, sangue, antibioticoprofilaxia quando indicada, esterilização, instrumentais, OPME, equipamentos e disponibilidade pós-operatória. Divergências críticas serão resolvidas antes de deslocar o paciente.

A proposta de posicionar paciente 30 minutos antes do horário nominal é orientação logística a ser parametrizada por complexidade e preparação anestésica; não deve ser aplicada quando reduzir intervalo de limpeza, segurança, consentimento ou disponibilidade de pessoal. O horário de 06h30 para início às 07h00 é exemplo, não regra universal.

11.3. Quatro relógios e definição inequívoca de eventos

Relógio 1 — preparação/entrada: liberação da sala, chegada do paciente, entrada e início da preparação. Relógio 2 — ato cirúrgico: início e fim do procedimento, com registro separado do tempo anestésico. Relógio 3 — reversão/saída: saída do procedimento, recuperação e transferência à RPA ou destino indicado. Relógio 4 — giro: saída do paciente, limpeza, montagem, checagem e sala liberada para o próximo caso.

Cada hora é registrada por responsável e relógio único institucional. Comparações entre especialidades devem ajustar complexidade e natureza eletiva/urgência. Reprocessamento de materiais e higienização não podem ser abreviados para cumprir metas.

11.4. Cirurgia segura e pós-operatório

A lista de verificação de cirurgia segura será adaptada ao serviço com pausas essenciais antes da indução, antes da incisão e antes da saída da sala, incluindo identidade, procedimento, sítio/lateralidade, anestesia, esterilidade, contagem e destino. O checklist não é formalidade de assinatura retrospectiva.

A RPA terá critérios de admissão, monitorização, alta e escalonamento, com profissional habilitado, retaguarda e registro do estado clínico. Cirurgias que exijam leito de UTI não confirmado devem ser reavaliadas antes do início, exceto situações emergenciais com contingência formal.

11.5. Revisão da agenda e produtividade responsável

A reunião diária de agenda avaliará atrasos evitáveis, ocupação, cancelamentos, tempo de troca e pontualidade. A produção será publicada acompanhada de morbidade, reoperações, eventos, ocupação da RPA e consumo de OPME, para evitar incentivo à realização inadequada de procedimentos.

A meta de 600/mês deve passar por teste de capacidade: produção de salas eletivas, carga de anestesia, leitos pós-operatórios, giro de instrumental, equipes e demanda efetivamente regulada. Somente após curva de aprendizagem haverá metas contratuais defensáveis.

Regras de operação e segurança

- Nenhum relógio justifica pular limpeza, esterilização ou checklist de segurança.
- Metas mensais não substituem simulação com mix de casos, recursos humanos e retaguarda.
- Decisão sobre iniciar cirurgia depende de segurança e disponibilidade de destino pós-operatório.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Primeira cirurgia iniciada no horário	N° pontuais ÷ primeiras da agenda	Semanal	Centro cirúrgico
Turnaround time	Mediana/P90 saída→sala	Semanal	Enfermagem CC

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
	liberada		
Cancelamentos evitáveis	N°, taxa e motivo	Mensal	Comissão CC

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- A programação cirúrgica do programa deve priorizar segurança e adequação clínica, conciliando urgência e eletiva em cinco salas projetadas.
- A meta produtiva de 600 cirurgias por mês permanece hipótese de planejamento até prova de viabilidade por tempo de sala, equipes, anestesia, RPA, CME, leitos e mix cirúrgico.

CAPÍTULO 12 — Marcos temporais e gestão por processos no pronto-socorro

FINALIDADE Medir a jornada assistencial por gravidade e corrigir atrasos onde efetivamente alteram desfechos e acesso.

12.1. Jornada em marcos mensuráveis

O fluxo registrará chegada (T0), classificação de risco, primeiro atendimento clínico, decisão de exames, coleta e resultado crítico, primeira intervenção relevante, parecer, decisão de destino e saída física. Cada marco deve ter responsável e definição operacional única, inclusive situações de reclassificação de risco e atendimento direto à ressuscitação.

Os dados devem ser analisados por prioridade, turno, procedência, desfecho e especialidade. Não comparar casos de baixa e alta gravidade como se compartilhassem a mesma trajetória, nem usar média simples como única visão de espera.

12.2. Quatro segmentos de tempo

Porta–médico avalia acesso ao profissional indicado; propedêutica inclui solicitação até resultado utilizável; decisão clínica considera momento de definição do destino; retenção mede o intervalo entre decisão e saída. Para emergências, a medida mais relevante pode ser início de intervenção, e não apenas primeira anotação médica.

O painel combinará mediana, percentil 90, dispersão e número de pacientes fora de padrões clínicos específicos. Não será adotada meta única para todas as situações; prazos de protocolos agudos devem prevalecer quando clinicamente definidos.

12.3. Sala de situação e resposta a gargalos

A equipe de turno revisará fila, ocupação de observação, exames críticos, regulação e pacientes com demora atípica. O painel sinaliza barreiras e aponta responsável, mas o plano de ação precisa ocorrer na unidade: reforço de equipe, manutenção, redistribuição, escalonamento ou transporte.

Quando houver seis posições de observação ocupadas, a resposta exige gerenciamento de risco e pactuação de capacidade. Superlotação não será resolvida por permanência informal em corredores sem condições de monitorização e cuidado.

12.4. Aprendizado de processos e auditoria

Serão realizados ciclos semanais de melhoria, com amostras de casos com desfecho adverso, atraso relevante, retorno não previsto e elogios/reclamações. As decisões devem identificar fatores sistêmicos, testar mudança em pequena escala e verificar impacto antes de consolidar a rotina.

A comparação temporal deverá ajustar aumento de demanda, perfil clínico, disponibilidade de recursos e mudanças na rede. Indicadores de velocidade precisam ser acompanhados por segurança, comunicação, reinternação e satisfação.

Regras de operação e segurança

- Emergência recebe atendimento imediato, mesmo sem passagem pela fila cronológica.
- Nenhuma meta de tempo dispensa reavaliações clínicas enquanto o paciente espera.
- Painéis de tempo devem sempre mostrar desfechos e gravidade para interpretação.

Indicadores prioritários do capítulo

Indicador	Definição sintética	Cadência	Responsável
Porta–1ª avaliação clínica	Mediana/P90 por risco	Diário	PS
Decisão–saída do PS	Mediana/P90 por destino	Diário	Regulação interna
Tempo de comunicação de achado crítico	Mediana/P90 até ciência confirmada	Mensal	Diagnóstico/NSP

Integração específica com Acelerar SUS Paulista

- A sala de situação deve expor não só porta-médico, mas origem, regulação, aceite, chegada, decisão, desfecho e gargalos entre unidades.
- Usar medidas de equilíbrio para prevenir metas temporais que provoquem subtriagem, alta indevida ou piora de desfechos.

PARTE III — ANEXOS OPERACIONAIS E INSTRUMENTOS DO PROGRAMA

ANEXOS OPERACIONAIS

Os anexos são modelos iniciais a adaptar, testar e aprovar em processos institucionais. Devem receber identificação de documento, revisão, responsáveis, data de treinamento e critérios de arquivo após homologação.

ANEXO A — Fluxo-mestre de admissão, internação e alta

Etapa	Critério para avançar	Responsável	Registro mínimo
1. Solicitação de origem	Rede reguladora e perfil compatível	Regulação / médico de aceite	Origem, motivo, gravidade e recursos necessários
2. Aceite condicionado	Capacidade real de leito/equipe e resgate	Médico recebedor / gestão de leitos	Aceite nominal e contingências
3. Chegada e triagem	Identificação e avaliação imediata de risco	Enfermagem e equipe médica	T0, prioridade e estado inicial
4. Primeira decisão	Estabilização, exames e condutas iniciais	Médico PS	Hipótese, risco, plano e reavaliação
5. Destino provisório	Leito/sala/UTI compatível	Médico titular + regulação interna	Status de destino proposto
6. Passagem estruturada	Leito apto e aceitação formal	Origem/destino, enfermagem	Handoff assinado e horário
7. Revisão diária	Pendências, evolução e mudança de risco	Titular + hospitalista quando aplicável	Plano diário e metas clínicas
8. Preparação de alta	Condições clínicas e cuidado futuro garantidos	Equipe assistencial	Conciliação, orientações e retorno
9. Passaporte e contrarreferência	Sumário final, exames e contatos	Titular/secretaria/gestão digital	Pacote digital/impresso e recibo
10. Monitoramento pós-alta	Critérios de acompanhamento por risco	Coordenação de continuidade	Pendências e contato de retorno

BARREIRA MANDATÓRIA Não existe transferência “automática” após 12 horas. Cada avanço exige adequação clínica e logística, e sua postergação deve estar documentada quando houver risco.

ANEXO B — Matriz RACI de decisões críticas

Legenda: R = executa; A = responde pela decisão final; C = consulta obrigatória; I = informado. Os arranjos são propostas e exigem aprovação por cargos efetivamente existentes.

Processo	Direção técnica	Titular clínico/cirúrgico	Hospitalista	Enfermagem	Leitos/ regulação	NSP/TI
Aceite clínico de transferência externa	C	A/R	C	C	R	I
Transferência interna por condição clínica	C	A	R/C	R	R	I
Alta hospitalar de paciente clínico	I	A/R	R se titular	C	I	I
Alta paciente cirúrgico	I	A/R (cirurgião)	C/R clínico	C	I	I
Avaliação de deterioração grave	I	A/R	R/C	R	I	I
Ativação de leito operacional	A	C	C	R	R	C
Incidente segurança de paciente	C	R	C	R	I	A (NSP)
Incidente de dados pessoais	C	I	I	C	I	A/R (TI/privacidade)
Lista de cirurgia D-1	I	A (cirurgião/anestesia)	C	R (CC)	C	I
Auditoria dos indicadores	A	C	C	C	R	R

Para processos com mais de um papel “A” aparente, a versão definitiva deve designar um único responsável final por etapa. Em situações emergenciais, o dever de atendimento imediato independe da conclusão administrativa da matriz.

ANEXO C — Dicionário inicial de indicadores

O quadro abaixo fixa definições de primeira versão. Metas numéricas não foram arbitradas sem linha de base e validação; recomenda-se coleta piloto, estratificação de risco e revisão da qualidade dos dados.

Indicador	Cálculo/medida	Rotina	Estratificação
Ocupação clínica	Pacientes-dia clínicos/leitos-dia clínicos operacionais	Diário	Perfil e isolamento
Ocupação cirúrgica	Pacientes-dia cirúrgicos/leitos-dia cirúrgicos operacionais	Diário	Perfil/casuística
Ocupação UTI	Pacientes-dia UTI/leitos-dia UTI operacionais	Diário	Por UTI e gravidade
Permanência mediana	Mediana dos dias de internação	Semanal	Perfil e desfecho
Tempo decisão→leito	Hora de ingresso em leito menos decisão	Diário	Destino
P90 porta→médico	Percentil 90 de espera	Diário	Classificação de risco
Tempo de resultado crítico	Ciência confirmada menos disponibilização de achado	Mensal	Modalidade diagnóstica
Interconsulta no SLA	Respostas dentro do prazo ÷ pedidos elegíveis	Semanal	Urgência/especialidade
Retornos em 72h	Retornos não previstos ÷ altas elegíveis	Mensal	Motivo e diagnóstico
Reinternação em 30 dias	Reinternações não programadas/altas elegíveis	Mensal	Risco e serviço
Mortalidade hospitalar	Óbitos/saídas hospitalares	Mensal	Ajuste por gravidade
IRAS por exposição	Eventos/1.000 dias de exposição	Mensal	Dispositivo e unidade
Quedas com dano	Quedas com dano/1.000 pacientes-dia	Mensal	Unidade
Lesão por pressão adquirida	Casos/1.000 pacientes-dia conforme critério	Mensal	Risco basal
Primeira cirurgia pontual	Primeiras cirurgias iniciadas no horário ÷ previstas	Semanal	Por sala
Giro de sala	Mediana/P90 saída→sala pronta	Semanal	Urgência/eletiva
Cancelamentos evitáveis	Cancelamentos evitáveis/procedimentos agendados	Mensal	Categoria de causa
Sumário alta completo	Sumários com campos obrigatórios/altas elegíveis	Semanal	Serviço
Rupturas de estoque	Episódios sem item crítico disponível	Semanal	Categoria de item
Queixas respondidas	Manifestações com retorno no prazo/total	Mensal	Canal e gravidade

Regras de qualidade de dados

- Registrar origem do dado (PEP, sistema de regulação, financeiro ou coleta manual), data de extração e versão da fórmula.
- Excluir do denominador somente casos explicitamente definidos no dicionário; documentar exclusões.
- Revisar amostras de prontuários e divergências com censo ao menos mensalmente.
- Apresentar tendência, volume de observações e percentil 90 quando distribuição de tempos for assimétrica.
- Não atribuir causalidade a uma intervenção sem estudo adequado, controle de perfil e avaliação crítica.

ANEXO D — Formulário de interconsulta e escalonamento

Campo obrigatório	Padrão de registro
Identificação	Prontuário, unidade/leito, paciente e identificadores institucionais seguros
Solicitante	Nome, registro, telefone/ramal e equipe
Especialidade	Equipe demandada e profissional de sobreaviso
Urgência	Crítica / prioritária / rotina; gatilho clínico documentado
Pergunta clínica	Decisão específica requerida do consultor
Resumo objetivo	Hipótese, gravidade, sinais vitais e terapias em curso
Exames relevantes	Resultados com data/hora e link institucional seguro
Prazos e confirmação	Solicitação, ciência, contato telefônico se crítico, resposta
Parecer	Orientação registrada, necessidade presencial e responsabilidade
Escalonamento	Quem foi acionado e como o risco foi resolvido
Fechamento	Resposta comunicada ao médico assistente e plano atualizado

Rota padrão de escalonamento — proposta

- Emergência com risco imediato: acionar equipe presencial e recursos de ressuscitação sem aguardar plataforma.
- Solicitação prioritária: contato digital + confirmação; na ausência de resposta, telefone institucional e coordenação médica.
- Pedido rotineiro: seguir janela pactuada, documentar atraso e pendências; revisão por médico responsável no turno.
- Indisponibilidade de TI: registrar telefone institucional e formulário de contingência; posterior reconciliação no PEP.

ANEXO E — Checklist de segurança e prontidão cirúrgica

D-1 — Programação e viabilidade

- ☐ Identidade, procedimento, sítio e lateralidade conferidos com agenda e prontuário.
- ☐ Indicação, consentimento e avaliação anestésica documentados conforme urgência.
- ☐ Exames necessários, reserva de sangue e cuidados de comorbidades verificados.
- ☐ Equipe, sala, materiais, OPME, equipamentos e CME disponíveis e rastreáveis.
- ☐ Destino pós-operatório previsto; RPA/UTI conforme necessidade e disponibilidade.

Entrada e indução — Segurança

- ☐ Identificação ativa com duas fontes; alergias e risco de via aérea revisados.
- ☐ Monitorização, documentação, profilaxias e equipamentos de emergência conferidos.
- ☐ Checklist institucional antes da indução realizado de forma participativa.

Antes da incisão — Pausa de equipe

- ☐ Confirmação verbal de paciente, procedimento, local, equipe e riscos relevantes.
- ☐ Antibioticoprofilaxia, imagens, material e esterilização revisados conforme indicação.

Saída da sala — Transferência

- ☐ Contagem de instrumentos/agulhas/compressas, amostras e equipamentos revisados.
- ☐ Diagnóstico, intercorrências, medicações, drenagens e destino compartilhados.
- ☐ Passagem formal para RPA/UTI com plano de vigilância e critérios de alerta.

CONTROLE DE SEGURANÇA Este instrumento complementa, mas não substitui, a Lista de Verificação de Cirurgia Segura adaptada à instituição e aprovada pelo NSP e pela equipe cirúrgico-anestésica.

ANEXO F — Checklist de alta segura e Passaporte Digital

1. Condição e decisão assistencial

- ☐ Reavaliação clínica e sinais de estabilidade documentados; pendências críticas encaminhadas.
- ☐ Diagnóstico principal e diagnósticos associados registrados, incluindo procedimentos e intercorrências.
- ☐ Titular competente assina a alta; no cirúrgico, cirurgião titular ou substituto formal.

2. Continuidade do cuidado

- ☐ Conciliação medicamentosa, alergias, receitas e horários conferidos.
- ☐ Orientações de alerta e de quando procurar urgência explicadas ao paciente.
- ☐ Retorno ambulatorial, UBS, reabilitação e encaminhamentos definidos conforme necessidade.
- ☐ Resultados pendentes atribuídos a responsável e plano de comunicação de achados críticos.

3. Passaporte e acessibilidade

- ☐ Resumo de alta em primeira posição; exames, receitas e cuidados em casa organizados.
- ☐ Paciente ou representante recebeu orientação e conseguiu localizar informações essenciais.
- ☐ Disponibilizado impresso ou outra alternativa em caso de limitação digital.
- ☐ Acesso ao conteúdo controlado, com registros e proteção de dados.

4. Encerramento e conferência

- ☐ Horário de alta, destino e transporte apropriado documentados.
- ☐ Contato pós-alta e sinais de alerta entregues conforme necessidade.
- ☐ Registro de contrarreferência / comunicação à rede pactuada realizado.

Os campos do sumário e sua interoperabilidade deverão considerar o modelo nacional de informação vigente da RNDS (Portaria GM/MS nº 8.026/2025), além de regras de acesso e disponibilidade técnica, sem afirmar integração antes de homologação.

ANEXO G — Cronograma de implantação: 180 dias

Período	Entregas previstas	Portão de aprovação
Dias 0–30	Inventário físico, responsável técnico, matriz de serviços, avaliação sanitária e risco predial; contratos críticos	Direção valida escopo, planta e orçamento
Dias 31–60	POPs prioritários, gestão de leitos, projeto PEP, arquitetura de dados e aquisições assistenciais	NSP e direção aprovam protocolos e riscos
Dias 61–90	Escalas de RH e retaguarda, fluxos com regulação, CME/lab/imagem, controle de estoques	Simulação de prontidão por setor
Dias 91–120	Treinamento, simulação de PCR, transferência, cirurgia segura, pane elétrica/TI e incidente LGPD	Ata de simulações e correções
Dias 121–150	Operação piloto com volume limitado, indicadores e testes de integração de sistemas	Go/no-go assistencial com barreiras de segurança
Dias 151–180	Expansão faseada se autorizada, revisões de desempenho, auditoria interna e contrato de metas	Relatório consolidado e aprovação formal

Critérios de não abertura / suspensão

- Ausência de licença ou autorização exigida para atividade pretendida.
- Equipe e escala incompatíveis com complexidade ou cobertura de urgência.
- Falta de oxigênio, energia, água, medicação crítica, esterilização ou transporte seguro.
- Ausência de protocolo de deterioração, resposta rápida ou plano de regulação/transferência.
- Falha grave de segurança da informação sem contingência assistencial aceitável.

ANEXO H — Matriz inicial de riscos institucionais

Risco	Prioridade inicial	Barreira preventiva	Dono do risco
Admitir perfil fora do escopo	Alto	Critérios de aceite; checagem de retaguarda	Direção técnica
Leito sem pessoal/equipamento	Crítico	Bloqueio operacional e checklist de abertura	Enfermagem/leitos
Atraso em exame crítico	Alto	Circuito fechado e escalonamento	Diagnóstico
UTI sem suporte especializado	Crítico	Plano de contingência e transferência	UTI/direção
Resposta inadequada a deterioração	Crítico	Equipe de resposta rápida e treinamento	Direção clínica/NSP
Falha na passagem de plantão	Alto	Handoff padronizado e auditoria	Enfermagem/medicina
Interconsulta sem resposta	Alto	Rota telefônica e escalonamento	Direção clínica
IA com alerta incorreto	Alto	Validação humana e avaliação de desempenho	TI/NSP
Vazamento de prontuário	Crítico	Controle de acesso, logging e resposta a incidentes	TI/privacidade
Cirurgia com material faltante	Alto	Check-in D-1 e plano de backup	Centro cirúrgico
RPA/UTI pós-operatória sem vaga	Crítico	Checagem prévia e decisão de iniciar	Anestesia/CC/leitos
CME indisponível	Crítico	Rastreabilidade e interdição de material	CME
Jejum sem reavaliação	Moderado	Alertas e revisão multiprofissional	Nutrição/medicina
Desabastecimento crítico	Alto	Estoque mínimo e fornecedor alternativo	Suprimentos
Alta sem exames pendentes	Alto	Responsável por resultados e alerta	Médico titular
Objetivo de giro como alta forçada	Crítico	Barreira formal de decisão médica	Direção técnica
Retaguarda sobreaviso não comparece	Alto	SLA aferido e transferência segura	Coordenação médica
Incidente de acesso/regulação	Alto	Registros pactuados e contingência	Regulação

A avaliação de probabilidade, impacto residual, tolerância, controles existentes e plano de ação deve ser realizada em oficina de risco. As prioridades acima são editoriais e não representam análise institucional concluída.

ANEXO I — Pendências, evidências e testes de aceite

ID	Pendência	Responsável proposto	Evidência de conclusão
I-01	Confirmar planta: cinco salas operacionais, dimensões, acessos e RPA	Engenharia / direção	Planta aprovada e laudo de compatibilidade
I-02	Conferir posicionamento físico das três UTIs (divergências históricas de pavimentos)	Engenharia / enfermagem	Memorial e layout assinado
I-03	Validar licenciamento, CNES, habilitações e perfil de regulação	Jurídico / gestor SUS	Atos e contrato/pactuação
I-04	Comprovar equipe por turno de PS, UTIs, enfermarias e CC	Direção técnica/RH	Escalas e testes de cobertura
I-05	Contratar e testar laboratório, TC 24h, US, eco, endoscopia, hemoterapia	Diagnóstico / contratos	Contrato, SLA e simulação
I-06	Validar prontuário, chat, DICOM, downtime e proteção de dados	TI/privacidade	Teste integrado e relatório de risco
I-07	Definir modelo final de sumário de alta e requisitos RNDS	Saúde digital	Plano de integração e homologação
I-08	Aprovar Política de 48–60h com casos elegíveis e exceções	Direção clínica/NSP	Protocolo assinado
I-09	Dimensionar hospitalistas, intensivistas e resposta rápida	Direção clínica/RH	Planilha de dimensionamento e cobertura
I-10	Validar meta de 500 eletivas +100 urgências/mês	CC/controladoria	Simulação por mix e gargalos
I-11	Criar protocolos por agravo mais frequente vindo de UPA	Comissões clínicas	POPs e trilhas diagnósticas revisados
I-12	Aprovar governança de indicadores e prestação de contas	Executiva/qualidade	Dicionário final + ata

Critério de aceite documental

Cada pendência será encerrada somente com evidência verificável, data, responsável aprovador e ligação com a versão correspondente do procedimento. Comprovação de conformidade sanitária e clínica requer análise profissional e, quando aplicável, inspeção/ato formal da autoridade competente.

ANEXO J — Referências técnicas e normativas

Fontes oficiais de referência consultadas em 04/11/2026. A referência não dispensa consulta ao texto consolidado, alterações posteriores ou regras estaduais/municipais aplicáveis ao projeto.

[1] ANVISA — RDC nº 7/2010 (UTI)

[2] ANVISA — RDC nº 36/2013 (Segurança do Paciente)

[3] ANVISA — RDC nº 63/2011 (Boas Práticas)

[4] ANVISA — RDC nº 15/2012 (Processamento de produtos para saúde)

[5] ANVISA — RDC nº 50/2002 (Projetos físicos)

[6] MS — Política Nacional de Atenção Hospitalar

[7] MS — Habilitação dos leitos de UTI/UCI no SUS

[8] MS — RNDS e interoperabilidade

[9] MS — Legislação RNDS e modelo Sumário de Alta (Portaria 8.026/2025)

[10] Decreto Federal nº 12.560/2025 (RNDS/SUS Digital)

[11] MS — Legislação da proteção de dados e SUS Digital

[12] CFM — Resolução nº 2.314/2022, telemedicina

[13] OMS — Checklist e manual de cirurgia segura

[14] ANVISA — Série Segurança do Paciente e Qualidade 2025–2026

[15] Guia de Implementação RNDS/FHIR

Cláusula de atualização regulatória

A instituição deverá conferir o estado vigente e eventuais alterações de cada norma na data da adoção operacional. A presente minuta não certifica licenciamento, adequação física, estruturação de equipes, habilitação dos leitos, autorização para telemedicina ou integração efetiva com a RNDS.

Termo de validação interna (para preenchimento)

Área aprovadora	Responsável / registro	Data	Assinatura
Direção técnica			
Direção clínica			
Gerência de enfermagem			
NSP / Qualidade			
SCIH / CCIH			
Centro cirúrgico / Anestesia			
Jurídico / LGPD			
Direção executiva			

FIM DA MINUTA — HC-MD-GOV-001 | Versão 0.1 | 04/11/2026

ANEXO K — Matriz de fluxo UPA–Regulação–Hospital–APS

Etapa	Responsável primário	Evidência mínima	Gatilho para escalonamento
Estabilização e solicitação	Unidade de origem	Classificação, vitais, hipótese, tratamentos, exames, necessidade de suporte	Instabilidade/tempo-dependência

Avaliação regulatória	Regulação competente	Protocolo, prioridade, indicação e destino	Ausência de vaga compatível
Aceite hospitalar	Central de leitos + equipe assistencial	Leito operacional, equipe, isolamento, apoio e aceite formal	Recurso indisponível
Transporte e handoff	Origem + transporte/recepção	Dados clínicos, transporte seguro, horário e recepção	Deterioração no trajeto
Tratamento e monitoramento	Equipe hospitalar titular	Plano 12/24/72h, exames, reavaliações, alertas	Sem resposta/complicações
Alta/transferência	Médico titular + regulação se cabível	Resumo, receita, retorno, resultados pendentes, contato	Necessidade de cuidado adicional
Continuidade	APS / serviço de destino	Contrarreferência, plano e confirmação quando possível	Perda de seguimento

ANEXO L — Matriz preliminar de 40 grupos de condições para protocolos 72h

A lista abaixo é uma carteira temática preliminar construída para planejamento técnico. NÃO representa levantamento epidemiológico nem ranking das 40 causas mais frequentes de transferência das UPAs; essa validação dependerá de dados oficiais, CID, AIH, regulação, SINAN e produção local. Cada protocolo específico exigirá evidência clínica, elegibilidade, critérios de exclusão, equipe e recursos.

Nº	Grupo	Condição candidata	Foco de avaliação e conduta (sem substituir protocolo clínico)
1	Clínica	Pneumonia comunitária / insuficiência respiratória infecciosa	Estratificar gravidade, oxigenação, antibiótico quando indicado, reavaliar resposta
2	Clínica	Exacerbação de DPOC	Oxigenoterapia, ventilação quando indicada, causa e resposta clínica
3	Clínica	Asma grave em adulto	Tratamento imediato, resposta e identificação de falha terapêutica
4	Clínica	Insuficiência cardíaca aguda / edema pulmonar	Suporte, diurese quando indicada, eco e causas
5	Clínica	Síndrome coronariana aguda	Estratificar, ECG/biomarcadores, terapia e transferência quando hemodinâmica indicada
6	Clínica	Arritmias sintomáticas	Monitorização, estabilidade, tratamento e necessidade de eletrofisiologia
7	Clínica	Crise hipertensiva com lesão aguda de órgão-alvo	Avaliar dano orgânico e tratar conforme emergência
8	Clínica	Tromboembolismo pulmonar	Probabilidade, imagem, anticoagulação/reperfusão se indicada
9	Clínica	AVC isquêmico ou hemorrágico	Janela terapêutica, imagem urgente, via regulada especializada
10	Clínica	Crises epilépticas repetidas / estado epiléptico	Controle, causas, EEG/UTI quando indicado
11	Clínica	Meningite / encefalite suspeita	Isolamento, coleta oportuna, antimicrobianos e vigilância
12	Clínica	Delirium agudo / alteração do	Causa metabólica, tóxica ou

		nível de consciência	infecciosa; segurança
13	Clínica	Cetoacidose diabética / estado hiperosmolar	Fluidos, eletrólitos, insulina e vigilância
14	Clínica	Hipoglicemia grave ou distúrbio glicêmico	Correção e investigação de causa e recidiva
15	Clínica	Insuficiência renal aguda / distúrbio eletrolítico	Monitoramento, nefrologia, diálise quando indicada
16	Clínica	Infecção urinária complicada / pielonefrite	Risco de sepse, imagem seletiva, antimicrobiano
17	Clínica	Sepse de foco definido / indefinido	Reconhecimento, coleta, antibiótico, fluidos/vasoativos indicados
18	Clínica	Hemorragia digestiva alta	Estabilizar, estratificar risco, endoscopia e hemoterapia
19	Clínica	Hemorragia digestiva baixa	Ressuscitação, investigação e tratamento conforme risco
20	Clínica	Descompensação hepática / ascite / encefalopatia	Complicações, infecção, sangramento e avaliação de referência
21	Clínica	Anemia sintomática / sangramento clinicamente significativo	Etiologia, hemoterapia quando indicada, seguimento
22	Cirúrgica	Apendicite aguda	Imagem conforme caso, avaliação cirúrgica e timing
23	Cirúrgica	Colecistite / colangite	Antibiótico, controle de foco e suporte apropriado
24	Cirúrgica	Obstrução intestinal	Imagem, reposição, sinais de isquemia e cirurgia
25	Cirúrgica	Perfuração de víscera / peritonite	Controle de foco urgente e antibiótico
26	Cirúrgica	Hérnia encarcerada / estrangulada	Avaliação urgente, isquemia e intervenção
27	Cirúrgica	Pancreatite aguda com complicações	Suporte, gravidade, indicação intervencionista
28	Cirúrgica	Abdome agudo vascular / isquemia mesentérica	Reconhecimento rápido e referência especializada
29	Cirúrgica	Infecção de partes moles com foco cirúrgico	Antibiótico e desbridamento conforme indicação
30	Cirúrgica	Obstrução urinária / pielonefrite obstrutiva	Urologia e drenagem desobstrutiva quando indicada
31	Cirúrgica	Fraturas / traumas adultos elegíveis	Estabilização, analgesia, avaliação ortopédica conforme carteira
32	Cirúrgica	Emergências neurocirúrgicas selecionadas	Imagem, indicação e referenciamento conforme recurso instalado
33	Crítica/UTI	Choque séptico	Controle de foco, ressuscitação, vasopressor e UTI
34	Crítica/UTI	Choque cardiogênico	Suporte e eventual transferência a hemodinâmica/referência
35	Crítica/UTI	Insuficiência respiratória com suporte avançado	VNI/intubação e proteção respiratória conforme indicação
36	Crítica/UTI	Pós-operatório de grande risco	Monitorização e prevenção de complicações

37	Crítica/UTI	Hemorragia grave / choque hemorrágico	Hemostasia, ressuscitação e transfusão conforme indicação
38	Crítica/UTI	Síndrome neurológica aguda com coma	Via aérea, imagem e neuroavaliação/transferência
39	Crítica/UTI	Insuficiência renal com necessidade de TRS	Diálise e controle da doença de base
40	Crítica/UTI	Disfunção multiorgânica aguda	Suporte intensivo e reavaliação multidisciplinar

ANEXO M — Indicadores do programa e regras de publicação

Indicador	Definição inicial	Fonte / observação
Solicitação → aceite	Mediana dos minutos entre registro da solicitação e aceite formal	Logs regulação + hospital; excluir casos inválidos com justificativa
Aceite → chegada	Mediana em minutos por origem e transporte	Regulação/ambulância; ajustar por distância e prioridade
Chegada → decisão de destino	Tempo até decisão clínica registrada	PEP; estratificar gravidade
Decisão → acomodação em leito	Minutos até chegada e aceite do setor de destino	Censo hospitalar; separar UTI/enfermaria
Permanência na origem	Tempo total de observação/espera por destinação	Somente com dados autorizados de UPA; obter linha de base
Tempo de internação	Mediana e distribuição por linha e gravidade	Não usar para impor alta
Reinternação em 30 dias	Retorno à internação em 30 dias, com metodologia explícita	Vinculação confiável, fatores clínicos
Transferência não planejada à UTI	Eventos por 100 internações elegíveis	PEP e NSP; indicador de equilíbrio
Cancelamento cirúrgico	Cancelamentos / cirurgias programadas e motivos	Agenda do CC; distinguir urgência
Passaporte de alta completo	Altas com conjunto mínimo / altas elegíveis	Auditoria de campos e entregabilidade
Incidentes de privacidade	Ocorrências registradas e analisadas	Canal de segurança e LGPD
Satisfação e resolução	Respostas válidas, reclamações resolvidas / totais	Ouvidoria e experiência; base amostral informada

ANEXO N — Governança de dados, interoperabilidade e IA

N.1. Mínimo de segurança

Inventário de sistemas; classificação de dados; bases legais e papéis; acesso por perfil; log de auditoria; autenticação; armazenamento, backup e plano de contingência; gestão de terceiros; procedimento de incidentes; privacidade desde a concepção.

N.2. Requisitos de RNDS

Projeto de interoperabilidade deve ser compatível com normas do Ministério da Saúde e requisitos técnicos vigentes, com validação de terminologias, identificadores e testes de homologação. “Previsto para integrar” é distinto de “integrado e homologado”.

N.3. IA para suporte e não automação de decisões

Cada algoritmo exige finalidade definida, validação local, avaliação de segurança e viés, registro de versões, supervisão humana e plano de monitoramento pós-implantação. Ferramentas generativas devem passar por revisão profissional antes de inserção em prontuário.

N.4. Comunicação com o usuário

Consentimento ou outra base legal aplicável e processo de comunicação adequados; conteúdo mínimo necessário; verificação do destinatário; possibilidade de recusa de mensagens não essenciais; alternativa presencial ou impressa.

N.5. Avaliação periódica

Trimestralmente ou após incidente importante, revisar acessos, integração, falhas, perda de dados, qualidade das sugestões de IA, controles de terceiros e experiência dos usuários.

ANEXO O — Checklist de pactuação e início do programa

- ☐ Nome e uso institucional da marca aprovados; sem aparência de chancela governamental não concedida.
- ☐ Escopo contratual e instrumento de referência/contrarreferência com o gestor competente formalizados.
- ☐ Licenças, CNES, equipe, leitos ativos, UTI e condições sanitárias verificados.
- ☐ Carteira de especialidades, exames e horários publicada conforme disponibilidade real.
- ☐ Unidades de origem e critérios de elegibilidade aprovados e comunicados.
- ☐ Processo regulatório e dados mínimos do handoff definidos e testados.
- ☐ Linhas de cuidado e contingências críticas validadas pelas equipes clínicas.
- ☐ Interconsultas, escala, endoscopia, eco e TC com plano de contingência.
- ☐ Teste realista de regulação, internação, cirurgia, UTI, transferência e alta segura.
- ☐ Políticas de LGPD, interoperabilidade, IA e indisponibilidade digital aprovadas.
- ☐ Indicadores com denominadores, linha de base, fonte, dono e periodicidade.
- ☐ Página pública revisada por Jurídico, Responsável Técnico e Comunicação.

ANEXO P — Texto editorial para a página “Acelerar SUS Paulista”

PROPOSTA DE PUBLICAÇÃO — Necessita conferência com a implantação real antes de ir ao ar.

Acelerar SUS Paulista — do atendimento à resolução, com segurança

O Acelerar SUS Paulista é uma proposta do Instituto de Ciências Médicas Canaã para fortalecer a integração entre as portas de urgência, a regulação pública, o atendimento hospitalar e a continuidade do cuidado. O modelo articula diagnóstico oportuno, equipes especializadas, gestão de leitos, saúde digital e protocolos assistenciais centrados na pessoa.

O desafio que queremos enfrentar

Quando o paciente permanece aguardando exames, decisão terapêutica, leito ou transferência, toda a rede sofre: a UPA fica sobrecarregada, o acesso de novos pacientes fica mais difícil e o cuidado pode se fragmentar. O programa propõe fluxos coordenados e transparentes para agir sobre atrasos evitáveis, sem abrir mão da segurança clínica.

Como o modelo funciona

- 1. A unidade de origem estabiliza e solicita acesso de acordo com a regulação competente.
- 2. O Hospital Canaã confere recursos e capacidade operacional, realiza recepção assistencial e reavaliação.
- 3. Diagnóstico, terapêutica e interconsultas são coordenados por protocolos e por marcos de 12, 24 e 48–60 horas, quando clinicamente aplicáveis.

- 4. A saída envolve alta segura, transferência apropriada ou continuidade da internação, sem alta por meta de tempo.
- 5. O Passaporte Digital de Saúde Canaã organiza o resumo de alta, as orientações e o seguimento, conforme integrações disponíveis.

Três compromissos que orientam o programa

Segurança assistencial

Decisões tomadas por profissionais habilitados, de acordo com a gravidade, a disponibilidade real de recursos e os protocolos aprovados.

Gestão por resultados

Tempos, acesso, qualidade, experiência, custos e desfechos medidos com transparência metodológica, sem números de desempenho não comprovados.

Saúde digital com responsabilidade

Prontuário, regulação e dados conectados sempre que houver autorização e viabilidade técnica, com respeito à LGPD e acessibilidade.

O Hospital Canaã é apresentado como retaguarda assistencial planejada em São Paulo, com projeto de 122 leitos adultos, sendo 30 destinados à terapia intensiva e 92 às enfermarias, além de centro cirúrgico e serviços diagnósticos em estruturação. A oferta efetiva dependerá das etapas de implantação, licenciamento, pactuação e ativação operacional.

Aviso de transparência recomendado para o site

Programa institucional em desenvolvimento. Informações referentes a capacidade, especialidades, serviços e recursos descrevem o planejamento e podem mudar conforme licenciamento, contratação, integração à rede e início efetivo das operações. O Acelerar SUS Paulista não é apresentado como iniciativa governamental oficial.

ANEXO Q — Matriz de rastreabilidade das fontes consultadas

Tema agregado	Origem efetivamente consultada	Condição de uso
Missão, valores, governança e compliance	ICM Canaã — /instituto, /home e /governanca	Declaração institucional; execução depende de evidência
Rede integrada APS–UPA–hospital–APS	ICM Canaã — /atuacao/gestao-integrada-redes	Modelo propositivo
SUS digital, telessaúde e fila viva	ICM Canaã — /saude-digital	Modelo institucional; integrações não presumidas
94 capítulos e 19 anexos digitais	ICM Canaã — /protocolo-saude-digital (versão 1.0, 2026)	Página de sumário público, não valida implantação
BI e Centro Integrado de Inteligência	ICM Canaã — /atuacao/centro-inteligencia	Proposta tecnológica
Gestão digital, FHIR e RNDS	ICM Canaã — /atuacao/gestao-digital-dados	Sujeito a homologação de sistemas
Regulação SUS	Portaria GM/MS nº 9.262/2025	Norma pública vigente, validar alterações antes de operar
Programa SUS Digital	Portaria GM/MS nº 3.232/2024	Norma federal e atualizações
RNDS, governança e privacidade	Decreto nº 12.560/2025; LGPD	Requisitos de proteção e governança
UTI adulto e leitos SUS	Portal Ministério da Saúde; Portaria SAES/MS 3.511/2025	Habilitação pelo gestor e requisitos sanitários
Segurança do paciente	RDC Anvisa 36/2013, RDC 7/2010 e PNSP	Verificar requisitos aplicáveis à unidade
Prévias do site Hospital Canaã (Lovable)	URLs de /preview fornecidas; renderização	Conteúdo não auditado; revisão visual

	apenas “Loading…”	pendente

Fontes institucionais e oficiais — links de consulta

https://institutocanaa.org.br/instituto

https://institutocanaa.org.br/home

https://institutocanaa.org.br/saude-digital

https://institutocanaa.org.br/protocolo-saude-digital

https://institutocanaa.org.br/atuacao

https://institutocanaa.org.br/atuacao/gestao-integrada-redes

https://institutocanaa.org.br/atuacao/gestao-digital-dados

https://institutocanaa.org.br/atuacao/centro-inteligencia

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt9262_31_12_2025.html

https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3232_04_03_2024.html

https://legis.senado.gov.br/norma/41155564/publicacao/41160178

https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-hospitalar/habilitacao-leitos-de-uti-e-uci-no-sus

https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2025/prt3511_05_12_2025.html

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/legislacao

Data da pesquisa documental: 04/11/2026. Esta minuta deverá ser revalidada na data de aprovação e antes de cada publicação institucional.

Controle de aprovação e vigência

Responsável	Validação exigida	Data / assinatura
Direção Executiva	Governança, orçamento e gestão de riscos	_____
Direção Técnica	Escopo, protocolos, referência e segurança clínica	_____
Direção Clínica	Corpo médico, cogestão e regulação interna	_____
Enfermagem / Qualidade	Processos, NSP, educação e monitoramento	_____
DPO / Jurídico / TI	LGPD, contratos, interoperabilidade e publicidade	_____