

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA TÉCNICA

PROPOSTA TÉCNICA PARA O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2022 SES/GO

DECLARAÇÃO

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei no **HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ** localizado na cidade de São Luís de Montes Belos – GO, todos os serviços descritos na presente PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 02/2022.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Declaro ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a pretendida parceria e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS.

GOIÂNIA, 22 de fevereiro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 02/2022

OBJETO: Seleção de Organização Social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das Ações e Serviços de Saúde no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos.

O Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC é uma entidade que preza pela execução dos serviços assistenciais de saúde de qualidade, com menor custo possível para o Erário e máxima eficiência, aplicando as diretrizes do gerenciamento por resultados, com foco na satisfação do cliente, no caso, o usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

O IBGC atua com o compromisso de desenvolver projetos inclusivos, de relevância e que privilegiem o ser humano, sua coparticipação, sua ética e dignidade, por meio de ações sociais, educacionais, tecnológicas, científicas e práticas de gestão em saúde, contribuindo com construção de uma sociedade justa, fraterna, participativa e solidária.

Neste momento, essa proponente apresentará a metodologia de gerenciamento por resultados proposta para o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos.

Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó

MODELO GERENCIAL

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído na Constituição de 1988, nos arts. 196 a 200, e é resultado de um longo debate entre diversos segmentos da sociedade civil que foi exteriorizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e que foi precedida de uma ampla mobilização social.

O relatório final da Conferência indicou que deveria haver a reorganização do sistema, com a separação entre saúde e previdência social, devendo haver uma reorganização dos serviços de saúde com a descentralização na gestão dos serviços e regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços.

O SUS nasceu num ambiente em que a saúde era centralizada, concentrada e não hierarquizada, e foi precedido pelas Ações Integradas de Saúde – AIS e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, sendo necessário a positivação das normas e diretrizes do SUS na Constituição, instituindo “tarefas para o Estado”, com objetivo de descentralizar, regionalizar e hierarquizar a prestação do serviço.

Apesar de instituído em 1988, a implantação do SUS efetivamente se iniciou em 1990, após a sanção da Lei nº 8.080, denominada de Lei Orgânica do SUS, na qual foi regulamentada parte dos dispositivos constitucionais, e Lei nº 8.142, que obrigou a instituição dos Conselhos de Saúde e Fundos de Saúde como pré-requisito para que os entes federados recebessem recursos financeiros para a saúde.

A primeira tentativa de introduzir, no Brasil, a administração pública gerencial, deu-se em 1967 - por intermédio do Decreto-Lei nº 200, que promovia uma radical descentralização da administração pública brasileira. O DL 200 promoveu a transferência das atividades de produção de bens e serviço para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, bem como a instituição da racionalidade administrativa, planejamento, orçamento, descentralização e controle de resultados como princípios.

A Administração Gerencial também teve seus lineamentos básicos no "Plano Diretor da Reforma do Estado" e na obra do ex-Ministro Bresser Pereira, para quem ela se apresenta como uma "nova forma de gestão da coisa pública mais compatível com os avanços tecnológicos, mais ágil, descentralizada, mais voltada para o controle de resultados do que o controle de procedimentos, e mais compatível com o avanço da democracia em todo o mundo, que exige uma participação cada vez mais direta da sociedade na gestão pública.

A Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, à Constituição de 1988, que, entre outros assuntos, “modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas”, deixou bastante claro marco da transformação da administração pública burocrática para a gerencial, no contexto mais amplo da reforma do Estado brasileiro.

Os aspectos da administração gerencial assemelham-se às técnicas utilizadas pelas empresas privadas, **em especial, o caráter competitivo e a contenção de gastos priorizando a eficiência e a qualidade dos serviços.**

Cabe ressaltar que a administração gerencial teve seu notório avanço dentro da administração pública, contudo não rompeu em todos os sentidos com a administração burocrática, sendo impossível negar todos os métodos e princípios apresentados por tal instituto, pois o gerencialismo se apoia como por exemplo, na burocracia.

ÉTICA NA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL

Ética (ethikos e ethos) é uma expressão de etimologia grega, cujo significado original designava "o lugar próprio do homem", ou seja, o que é específico do homem, e "uso ou costume". Segundo Aristóteles, o termo inclui a ideia de caráter e disposição. Assim, a ética reflete o caráter do indivíduo e, numa outra dimensão, o caráter da organização do grupo humano.

Eis porque ética pode também ser conceituada como ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Assim, a expressão 'ética pessoal' é normalmente aplicada em referência aos princípios de conduta das pessoas em geral. No mesmo sentido, a expressão 'ética profissional' serve como indicativo do conjunto de normas que baliza a conduta dos integrantes de determinada profissão ou grupo de profissionais.

Administrar em parceria com o Estado é gerir os serviços públicos; significa não só prestar serviço, executá-lo, como também, dirigir, governar, exercer a vontade com o objetivo de obter um resultado útil. Administração Pública é todo o aparelhamento do Estado, preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas.

Para que isso se proceda de forma coerente e legal há que se fazer a moral presente, que se apresenta como sinônimo da ética e vem como forma de manter normas de comportamento e de condutas nessas relações.

Em um momento onde as demandas dos usuários são cada vez mais crescentes e os recursos do SUS, finitos, e sobretudo, onde nos deparamos corriqueiramente com escândalos envolvendo má gestão de recursos públicos, abordar a ética na presente proposta, é muito mais que um aspecto de incorporá-la à esse texto. Na verdade, é dizer, o IBGC se pautará em todas as ações de sua gestão no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr.

Geraldo Landó, pautado na estrita legalidade, moralidade, impessoalidade, moralidade, ética e todos os demais princípios e deveres que lhe são exigidos como parceiro da SES/GO.

MISSÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Ser referência em procedimentos de alta complexidade, voltado principalmente para cirurgia geral, ortopédica e oncológica e de urgência e emergência, **da Macrorregião Centro – Oeste de Goiás ou outras regiões**, conforme designação pelo Complexo Regulador do Estado de Goiás, tratando o usuário com qualidade assistencial, dignidade e humanidade.

VISÃO DE FUTURO

Ser referência regional em alta e média complexidade e na relação custo/paciente, tornando-se um padrão de excelência em atenção à saúde a custos racionais e um modelo passível de ser replicado no Estado de Goiás.

VALORES

- Atendimento humanizado conforme os preceitos do PNH do SUS;
- Transparência e ética na gestão do bem público;
- Gestão criteriosa dos impactos da atividade ambulatorial no ambiente;
- Contribuir para a evolução do ensino e pesquisa na área médica por meio da disponibilização de uma estrutura eficiente e moderna para docentes e discentes ;
- Priorizar a qualidade assistencial aos usuários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Estimular e aferir permanentemente a resolubilidade no atendimento em saúde;
- Cooperar tecnicamente, mediante solicitação e/ou orientação da SES , com a rede de assistência à saúde no Estado de Goiás.
- Estimular permanentemente a evolução técnica e acadêmica de seus colaboradores, por meio de estímulos individuais ou coletivos, através de programas de intercâmbio com instituições de saúde de excelência, programas e através da educação permanente proposta neste projeto;

QUALIDADE ASSISTENCIAL AO USUÁRIO

PILAR 1: DO MODELO DE GESTÃO : RESOLUBILIDADE ASSISTENCIAL

Definição: “A resolubilidade assistencial na saúde traduz-se pelo uso mais racional e eficaz possível dos recursos diagnósticos e terapêuticos à disposição do profissional de saúde visando atender às necessidades decorrentes da patologia do usuário.”

É possível ser eficiente neste quesito, em observância aos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionam as ferramentas adequadas para alcançar a resolubilidade assistencial na unidade:

- Protocolos Clínicos definidos
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos
- Medição frequente dos Resultados (quantitativos, qualitativos e financeiros) alcançados propiciando o feed back para a eventual correção de rumos
- Previsibilidade e medidas saneadoras/mitigadoras quanto à ocorrência de eventos adversos
- Treinamento constante dos colaboradores visando o adequado atendimento humanizado e técnico dos usuários (como já explicitado) e a permanente atualização e divulgação das normas e procedimentos fundamentais para o perfeito funcionamento administrativo da Unidade.

PILAR 2 DO MODELO DE GESTÃO: A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Definição: O usuário, via de regra, em relação ao ambiente de saúde, padece da assimetria de informação. Ou seja, não tem mecanismos adequados, de per si, para avaliar, qualitativamente, a real extensão e profundidade do atendimento em saúde que está recebendo.

É comum, tanto no ambiente público quanto privado, os usuários (e seus acompanhantes) reportarem queixas predominantemente voltadas aos aspectos acessórios do atendimento em saúde, tais como demora no atendimento, burocracia excessiva, falta de simpatia/empatia com médicos, enfermeiros e colaboradores em geral da unidade, críticas às instalações físicas não conservadas adequadamente, dentre outras.

É possível ser eficiente neste pilar, utilizando os 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um excelente nível de satisfação dos usuários da unidade:

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos

- Medição frequente da Satisfação dos Usuários por meio de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidoria etc.), e o imediato feed back para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento na unidade (Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC disponível durante o horário comercial)
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

PILAR 3 DO MODELO DE GESTÃO: GESTÃO EM SAÚDE EFICAZ

Definição: A gestão em saúde eficaz requer uma ampla variedade de ações, controles, medições, obtenção e divulgação de informações específicas para diversos interlocutores: colaboradores, usuários, fornecedores, entes públicos e privados, bancos etc.

Portanto são necessárias diversas ferramentas de gestão para que a gestão em saúde possa ser eficaz em todos os seus aspectos fundamentais:

- Satisfação do usuário
- Eficácia operacional
- Custos racionais e controlados
- Divulgação da informação adequada e oportuna para cada interlocutor
- Liderança no papel de promover a evolução e qualificação permanente de colaboradores
- Controle dos riscos tanto operacionais quanto ambientais.

É possível ser eficiente neste pilar, utilizando-se dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um nível de excelência em gestão na unidade:

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos

- Medição frequente da Satisfação dos Usuários por meio de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidoria etc.), e o imediato feed back para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento na unidade (ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU)
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO GERENCIAL

- Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade
- Oficialização das Políticas Institucionais
- Segurança do Paciente
- Registros Seguros
- Gestão de Suprimentos
- Gestão da Informação
- Gestão de Pessoas
- Gestão de Equipamentos
- Qualificação de Fornecedores
- Consentimento Informado e Esclarecido
- Definição das lideranças
- Realização de Planejamento Estratégico Participativo

Internalização do Planejamento Estratégico:

- Governança Corporativa
- Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos
- Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho
- Compliance
- Definição de Fóruns periódicos de acompanhamento de resultados (conforme diretrizes e metas do Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos

Diante de todo o exposto o IBGC se compromete, por meio desta Proposta de Trabalho à:

- Cumprir os compromissos com as ações das agendas de prioridades estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde
- Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor
- Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos
- Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos ou recomendados pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás;
- Criar mecanismos técnicos, administrativos e de incentivos para garantir as ações de referência e contra referência para dessa forma garantir a continuidade e eficácia do cuidado;
- Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais para marcação de exames, cirurgias, referências etc.
- Participar da articulação e interlocução com os equipamentos sociais na área, como educação, assistência social, conselhos de saúde, movimentos comunitários e setor privado, buscando integrar a unidade na vida da população da área e ajudar a rede básica para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços de saúde do Estado de Goiás para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- Adquirir, gerir e proceder eficazmente com a logística de suprimentos de serviços de saúde;
- Gerir, guardar, conservar e realizar a manutenção do prédio, do terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;
- Contratar e gerir profissionais de todas as áreas de acordo com a carteira de serviços da unidade;

- Executar diretamente ou subcontratar e gerir, quando for o caso, os serviços acessórios necessários ao funcionamento do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr. Geraldo Landó conforme estabelecido no termo de referência, no contrato de gestão e nos respectivos anexos do Chamamento Público Nº 002/2022;
- Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- Garantir o sigilo das informações dos usuários;
- Utilizar os recursos públicos com responsabilidade, buscando, sempre que possível, conciliar o menor preço e alta qualidade.

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr. Geraldo Landó terá como pilares operacionais os seguintes princípios:

- Universalidade
- Acessibilidade
- Coordenação do cuidado
- Continuidade do cuidado
- Integralidade
- Responsabilização
- Humanização
- Equidade
- Participação social
- Direito à Informação sobre diagnóstico ao usuário
- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS.

Além disto, estimulará a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O Plano Gerencial proposto é orientado para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde à população, no âmbito da assistência à saúde, tendo por diretrizes os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS, e mantendo um canal de comunicação permanente entre os demais serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde do Estado de Goiás.

Os componentes da atenção à saúde em Itumbiara iniciam-se com uma rede de atenção pré-hospitalar de entes fixos que constituem o primeiro nível de atenção em saúde, prestados por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e equipes de Agentes Comunitários de Saúde.

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde: “essas unidades deverão possuir uma adequada retaguarda para referência dos usuários, que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade, mediados pela central de regulação”.

A unidade deverá preencher uma importante lacuna no atendimento de saúde à rede básica de atenção à saúde em Itumbiara e região, considerando as três linhas de serviço: consulta de atendimento médico especializado, serviço de suporte diagnóstico e cirúrgico e pontos de atenção das linhas de cuidado definidas de acordo com a necessidade regional.

A unidade também terá papel relevante na Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, nos estágios de Graduação e Pós-Graduação, Especialização e Residência Médica.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr. Geraldo Landó tem as suas estruturas físicas e lógicas, bem como os processos, interligados de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço na Unidade.

É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo IBGC contribuirão de maneira marcante para que se obtenha um bom acompanhamento do projeto e, conseqüentemente, bons resultados, cumprindo todas as metas contidas no Termo de Referência.

Panorama Demográfico



Macrorregião Centro Oeste de Goiás: 2.350.769 habitantes.

Possui 26 municípios: Abadia de Goiás, Anicuns, Araçu, Avelinópolis, Brazabrantés, Campestre de Goiás, Caturai, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapo, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Jesúpolis, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás, Petrolina de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antonio de Goiás, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás e Trindade.

Região de Saúde Central: 1.912.047 habitantes.

Macrorregião Centro-Oeste: 2.350.769 habitantes.

Composta por 72 municípios (Abadia de Goiás, Anicuns, Araçu, Avelinópolis, Brazabrantés, Campestre de Goiás, Caturai, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapó, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Jesúpolis, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás, Petrolina de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antônio de Goiás, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás, Trindade, Amarinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Iporá, Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá, Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás, Piranhas, Adelândia, Aurilândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Firminópolis, Palmeiras de Goiás, Palminópolis, Paraúna, São João da Paraúna, São Luis de Montes Belos, Sanclerlândia, Turvânia, Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Goiás, Guaraíta, Heitorai, Itaberaí, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossâmedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás). Fonte: site da SES/GO

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó pertence a Macrorregião Centro Oeste..

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2020), o município de São Luís de Montes Belos possui uma população de 34.488 habitantes.

É com base nesses dados que o IBGC apresentará sua proposta de gerenciamento do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

OBJETIVOS DA PROPOSTA

OBJETIVO GERAL Gerenciar, por meio parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, assegurando a busca permanente pela excelência na assistência prestada aos usuários do SUS, com a aplicação de forma eficiente dos recursos financeiros repassados ao IBGC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na unidade, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com a gravidade do caso.

2-Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pela Central de Regulação Estadual.

3-Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes de natureza clínica realizando a investigação diagnóstica inicial, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou para nível ambulatorial ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso.

4- Integração dos Especialistas com a Atenção Básica.

5- Realizar consulta médica especializada em regime ambulatorial.

6-Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade.

7 - Prestar apoio diagnóstico, urgência e emergência 24 (vinte e quatro horas) horas por dia;

8- Realizar cirurgias de acordo com o perfil da unidade.

9-Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Assistência, a partir da complexidade clínica do usuário.

10-Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade da unidade.

11-Promover a formação continuada dos colaboradores da unidade para a melhoria dos processos de acolhimento e assistência, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.

12- Avaliar os processos de trabalho implantados e executados na unidade de forma periódica e constante, objetivando aperfeiçoar as ações e objetivos propostos neste Plano de Trabalho.

13- -Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede, quando necessário.

METODOLOGIA DE TRABALHO

O IBGC utilizará a expertise adquirida no gerenciamento de outras unidades para implantar e desenvolver os processos de trabalho que terão por objetivo promover a Qualidade Técnica do atendimento prestado ao usuário, dispondo de colaboradores treinados e capacitados.

A Gestão de Serviços será feita dentro da filosofia do IBGC em que serão aplicadas as técnicas do gerenciamento com foco no resultado primando pela qualidade da assistência com aplicação eficiente dos recursos financeiros repassados ao Instituto.

A Gestão de Recursos Humanos será iniciada com a realização de processo seletivo para composição do quadro de colaboradores, com capacitação prévia na área de atendimento da unidade e será desenvolvida por meio da implantação de um sistema de remuneração adequado, composto por uma parcela fixa e outra variável, atrelada ao cumprimento de metas fixadas pelo IBGC e aperfeiçoada por processo de formação continuada considerando as necessidades da população atendida na unidade.

A Articulação com a Rede de Serviços será feita em dois níveis, o tático e o operacional. Esse se dará por meio do Núcleo Interno de Regulação, canal de comunicação com a Central de Regulação do Município, para encaminhamento e recebimento de pacientes.

No nível tático, a articulação será feita com a participação de representantes da unidade nos foros de discussão e pactuação dentro do Município e das Regiões de Saúde, oportunidade em que poderá solicitar pautas e discutir propostas para uma melhor integração dos serviços ofertados na Rede.

ÍNDICE	
VOLUME 1	PÁG.
I - ÁREA DE ATIVIDADE	01
Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas externas e internas	27
Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	58
Fluxo unidirecional de resíduos de saúde	87
Implantação de Logística de Suprimentos	117
Proposta para Regimento Interno da Unidade	145
Proposta para Regimento de Serviço de Enfermagem	190
Proposta para Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	199
Proposta para Regimento do Corpo Clínico	247
Proposta de manual de protocolos assistenciais	258
Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	Anexo I
Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos	Anexo II
Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais	Anexo III
VOLUME 2	
II – ÁREA DE QUALIDADE	
Comissão de Ética Médica e de Enfermagem	01
Comissão de Ética em Enfermagem	13
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	26
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	40
Comissão de Documentação Médica e Estatística	51
Comissão de Farmácia e Terapêutica	62
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	78

Comitê Transfusional	88
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	98
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	109
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	121
Comissão Interna de Qualidade	143
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	152
Comissão de Verificação de Óbitos	164
Comissão de Residência Médica (COREME)	172
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	195
Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	205
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	219
Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	235
Comissão de Proteção Radiológica	242
Comissão de Biossegurança	250
Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	258
Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	278
Núcleo Interno de Regulação (NIR)	289
Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	302
Comitê de investigação do óbito materno e infantil	309
Comissão IntraHospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOIT	320
Comitê de Compliance	353
Outras Comissões	366
Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.	382
Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	392
Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças,	400

adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.	
Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.	412
VOLUME 3	
Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	Anexo Documentos da Proponente
Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos	Anexo Documentos da Proponente
Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos	Anexo Documentos da Proponente
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular	--
Certificado de Acreditação – ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas obtidos na gestão da OSS	--
Apresentação de organograma da Unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	03
Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	Anexo Documentos da Proponente
Experiência mínima de 1 ano da Diretoria que atuará na Unidade licitada (cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto)	Anexo Documentos da Proponente
Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	19
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência	30
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto, oncologia e de pediatria	Anexo IV
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos	44 e Anexo VI
Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades)	73

observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.	
Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.	81
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME, bloco cirúrgico, oncologia e de pediatria.	Anexo V
Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	84
Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	91
Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	107
Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Unidade	119
Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares	125
Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.	181
Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	207
Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção	217
Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho	234
Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	244
Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação.	255
Proposta Financeira	Anexo VII

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ANEXO I

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O setor de Almojarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó terá como finalidade precípua o recebimento e a conferência de todo o material e bens de pequena monta da unidade, bem como o armazenamento e distribuição interna, em quantidade necessária e qualidade adequada para o melhor atendimento e eficiência nas atividades do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Esse Manual tem como finalidade a orientação da realização de atividades pelos colaboradores da unidade, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento das mesmas, garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e, principalmente, para os pacientes.

FUNÇÕES:

O Setor de Almojarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, tem entre suas principais atribuições:

- O planejamento e o controle do estoque de materiais;
- A patrimonialização e controle dos bens do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Acompanhar e supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais e bens de pequeno valor adquiridos junto aos fornecedores;
- Receber os materiais e bens adquiridos, certificando a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/ razão social do fornecedor, através da Autorização de Fornecimento/ empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar em conformidade as especificações técnicas descritas na AF/empenho;
- Armazenar os materiais em estoque;
- Registrar, patrimonializar e controlar os bens do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Registrar em sistema próprio as notas fiscais dos itens recebidos;
- Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados, bem como dos bens existentes no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

- Viabilizar o inventário anual dos materiais e bens da unidade;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos itens visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material, bem como dos bens existentes na unidade;
- Manter estoque mínimo de materiais médico-hospitalares;
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisições dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

ATIVIDADES DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O almoxarifado, na confirmação de Klipel (2014), trata-se do setor responsável pela gestão física dos estoques, com exceção dos produtos em processo, e tem a função de guardar, preservar, receber e expedir materiais, de acordo com determinadas regras e métodos de armazenagem, para atender a produção e os materiais entregues pelos fornecedores.

Para Paoleschi:

Almoxarifado é o local destinado a fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços em que permanecerá cada item aguardando a necessidade de uso (PAOLESCHI, 2009, p. 18).

O almoxarifado guarda os materiais de consumo interno necessário ao cotidiano da organização.

Nele existem espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização e disposição interna condicionada a política de estoque da empresa.

O almoxarifado apresenta uma fundamental relevância em uma unidade hospitalar como o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, uma vez que existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, e exigem certo grau de emergência e disponibilidade, mesmo que não exista movimentação frequência do material.

Devido a essas particularidades, surgem diversos desafios para gerenciamento do estoque que envolvem alocação dos produtos ou serviços certos no lugar certo, no momento certo, e nas condições

desejadas, proporcionando melhores contribuições para a organização (SILVA, 2016).

Em razão disso, é necessário que haja sempre uma previsibilidade do consumo local. Obviamente que essa previsibilidade visa gerar uma disponibilidade do item para quando for necessário, ocorre que gerar disponibilidade é sinônimo de gerar um custo, uma vez que muitas vezes essa disponibilidade ocorre, mas o consumo não é constante.

Especificidades como essa demonstram a dificuldade que por vezes surge para o bom gerenciamento do estoque em relação aos custos.

Em suma, materiais não podem ser comprados em excesso, nem de maneira escassa, sob o risco de que estas falhas no processo geram muitos problemas para a unidade. Desse modo o planejamento e previsibilidade corretos se mostram fundamentais, para se garantir eficiência no atendimento, custo coerente e sustentabilidade.

Resumidamente, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais, para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, dietas, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõe a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente, etc).

Usando ferramentas e sistemas informatizados que permitiam um controle eficiente de estoque, o gestor, garantirá adequadamente e ininterruptamente que ocorra o suprimento de materiais para todos os setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Almoxarifado e Patrimônio é um departamento contido na estrutura de uma unidade de saúde, e tem como finalidade precípua fornecer meios para armazenagem correta de itens de consumo geral e bens.

Esse setor acaba por aglutinar duas funções, quais sejam: função operacional referente ao fornecimento de insumos para o funcionamento geral da unidade e função de apoio à atividade médica.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Este Manual de Procedimentos de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle - Almojarifado e Patrimônio tem por objetivo orientar, através da regulamentação e padronização das rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e materiais permanentes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos.

Em razão da complexidade dos assuntos tratados, o Manual está estruturado de acordo com itens elencados:

I – Apresenta as principais definições relacionadas à gestão de materiais e patrimônio.

II e III – Refere-se ao objetivo deste manual, à importância do Almojarifado, do Patrimônio e suas principais atribuições.

IV – Aborda os benefícios da localização estratégica do Almojarifado e da elaboração de uma estrutura para organização do espaço.

V – Trata das atividades do Almojarifado, que compreende os fluxos, as rotinas de recebimento e aceitação de materiais, os cuidados de armazenagem, bem como os requisitos a serem observados na distribuição, os procedimentos para os materiais permanentes e os procedimentos pertinentes aos balanços mensais.

VI - Compreende todo o processo de controle de estoque no sistema, observando os métodos adequados para um efetivo controle e padronização.

VII - Trata dos procedimentos do inventário físico de estoque anual.

VIII – Refere-se às responsabilidades pertinentes a guarda e uso, bem como aos danos causados aos materiais sob a guarda do almojarifado e do setor de patrimônio.

IX, X e XI – Compreendem as considerações finais, o referencial bibliográfico e anexos.

DEFINIÇÕES

Para fins deste manual, considera-se:

Aceitação: operação segundo a qual se declara, na documentação fiscal, que o material recebido satisfaz as especificações contratadas.

Almoxarifado: consiste no lugar destinado a armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno de materiais de consumo e materiais permanentes utilizados pelo Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, antes de serem distribuídos aos setores.

Almoxarife: pessoa designada, responsável por receber, identificar e conferir materiais registrando as movimentações de entrada e saída de materiais ou produtos.

Armazenagem: parte logística responsável pela conservação e guarda temporários de produtos em geral, adquiridos com a finalidade de suprir as necessidades operacionais das unidade.

Conferência qualitativa: análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica, por meio da confrontação das condições contratadas na autorização de fornecimento com as consignadas na nota fiscal pelo fornecedor.

Conferência quantitativa: É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Distribuição: processo pelo qual se faz chegar o material em perfeitas condições ao usuário quando for necessário ou requisitado.

Guia de remessa/devolução: documento que acompanhará a distribuição dos materiais, como também poderá ser utilizado quando ocorrer transferências de material entre setores.

Inventário: processo de contagem física dos materiais existentes para posterior conciliação entre os saldos físicos do estoque e os registros contábeis.

Materiais de Consumo: são aqueles que em razão de seu uso corrente e da definição da Lei 4.320/64, perde normalmente a sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a 2 (dois)

anos, tais como, gêneros de alimentação, materiais de limpeza; materiais de higiene; materiais gráficos; material para instalação elétrica e eletrônica; material para manutenção e reposição; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; material químico; material para telecomunicações; entre outros materiais não duradouros.

Materiais de Consumo de uso imediato: material cuja demanda é imprescindível, para o qual não são definidos parâmetros para ressuprimento e que não deve ser mantido no Almoxarifado.

Materiais em desuso ou itens inativos: material estocado há mais de 5 (cinco) anos, sem qualquer movimentação e todo aquele que, em estoque ou em serviço, independente da sua natureza, não tenha mais utilidade para o órgão gestor.

Material Permanente: são aqueles que em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem durabilidade superior a 2 (dois) anos.

Número do lote: designação impressa no rótulo e na embalagem que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidades, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção.

Patrimoniamento de bens: ato de reconhecimento de um bem, que o transforma em patrimônio oficial, realizado através de plaquetas (placas) de sinalização contendo número de série.

Recebimento: ato pelo qual o material encomendado é entregue a unidade no local previamente designado e esteja em conformidade com as especificações constantes no empenho e nota fiscal.

Requisição: fase da etapa da gestão de materiais em que o setor requisitante formaliza o pedido de material ao Almoxarifado.

Termo de Responsabilidade: documento de controle necessário para efetivar a transferência de responsabilidade pela guarda de um bem de um setor para outro.

Tombamento: é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de controle patrimonial na unidade gestora.

1. OBJETIVO

Normalizar as rotinas e procedimentos de controle a serem realizados nos setores de Almoarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, orientando os colaboradores quanto ao fluxo desde o recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e de bens patrimoniais, até sua destinação final, junto aos setores da unidade.

2. O ALMOXARIFADO

Um dos pontos mais importantes em um almoxarifado é seu espaço que deve ser planejado e estabelecido para obter o máximo de proveito de sua área total, pois é ele que determina, na verdade, toda a estratégia de compra, de estocagem e de distribuição.

O almoxarifado deverá ser em local limpo, seguro, de fácil acesso e arejado que garanta a conservação dos materiais, bem como, deverá ser organizado de tal forma que haja maximização do espaço, a garantia de segurança para os materiais estocados e a fácil circulação interna.

Os materiais serão controlados por servidores responsáveis por sua guarda e administração, através de fichas de sistema informatizado.

A coordenação e administração das atividades e responsabilidade pela execução das rotinas e dos procedimentos competem à Gerência Administrativa, vinculada à Diretoria Administrativa.

A aquisição dos produtos obedecerá ao orçamento vigente conforme orientações da Diretoria Administrativa.

É de responsabilidade do Almoxarifado submeter o estoque a constantes revisões e análises com o objetivo de identificar os itens ociosos, acompanhar os níveis de estoques e simplificar variedade quando for o caso para que não se torne um local de guarda de produtos sem finalidade e superlotado de produtos inúteis.

3. ESTRUTURA

3.1. Estrutura do Almoxarifado

A elaboração da estrutura organizacional de um almoxarifado visa o aproveitamento de espaço da melhor forma e racionalizando seu espaço horizontal e principalmente vertical, tendo por consequência uma melhor armazenagem dos materiais.

A organização do espaço, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;
- A natureza dos produtos: inflamáveis, alimentícios, farmacêuticos, etc.;
- Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras, estrados, etc.;
- Altura máxima das pilhas e estantes;
- Os meios de transporte interno e espaços necessários ao seu trânsito;
- As áreas destinadas ao recebimento e expedição;
- As variações de temperatura e ambiente;
- A iluminação artificial e natural da área;
- A efetivação dos processos de prevenção a incêndio;
- Sinalização e outras medidas de segurança do pessoal e patrimonial.

4. ATIVIDADES DO ALMOXARIFADO

O almoxarifado possui atividades básicas de recebimento, armazenagem, controle e distribuição.

4.2 Rotina para Recebimento de Materiais

4.2.1 Agendamento de Entrega pelo Fornecedor

Para um ideal recebimento, será necessário um agendamento de entrega por parte do fornecedor.

O controle do agendamento deverá ocorrer através de sistema informatizado.

4.2.2 Benefícios do Agendamento:

- a) Nos casos de entrega de produtos fora do setor do Almoxarifado um colaborador possa programar o acompanhamento no recebimento;
- b) Uma programação dos colaboradores do Almoxarifado, tanto para organização das mercadorias evitando acúmulo aguardando armazenamento;
- c) O recebimento não irá interferir na separação das mercadorias para distribuição, não gerando atrasos na programação.

4.2.3 Processo de Recebimento

4.2.3.1 O recebimento abrange desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, comprase transporte. Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

São considerados documentos hábeis para recebimento:

- Nota fiscal ou fatura acrescida da ordem de compra e nota de empenho ou ordem de fornecimento, se for o caso;
- Termo de cessão;
- Termo de doação;
- Declaração de permuta;
- Guia de remessa de material.

No momento do recebimento o colaborador do Almoxarifado deverá:

- Observar, mediante nota de empenho e ordem de compra, se a nota fiscal foi emitida dentro do prazo estipulado no contrato.
- Conferir os itens faturados, os valores unitários e valor total com as informações constantes na nota de empenho.
- Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da nota de empenho.
- Atentar-se com relação ao tipo de empenho ou ordem de fornecimento: Ordinário (quando a entrega é realizada em sua totalidade) ou global (quando a entrega é realizada parcialmente).
- No caso de produtos com data de validade conferir as datas e não receber produtos cuja data esteja próxima do seu vencimento.

Para os medicamentos serão necessários:

Verificação do nome Genérico e Comercial;

Forma farmacêutica, concentração;

Número do lote;

Prazo de validade: estar dentro de 80% do período de validade;

Registro no Ministério da Saúde;

Qualidade da rotulagem;

Presença de umidade;

Condições de fechamento da embalagem;

Condições das caixas;

Temperatura.

Para os alimentos serão necessários:

- Verificar as condições de embalagens dos produtos, sendo que elas não devem estar danificadas, amassadas, rasgadas ou furadas;
- Conferir as datas de validade, atentando para a proximidade do vencimento;
- Observar as características sensoriais dos alimentos: odor, cor, textura, temperatura e aspecto geral;
- Nos casos de produtos perecíveis, verificar as condições de temperatura dos alimentos, que deverá estar contida na embalagem.

Caso seja identificada alguma irregularidade no momento do recebimento, deverá ser preenchido a **Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria**.

Estas conferências são de suma importância, haja visto que qualquer divergência verificada posteriormente poderá dificultar a liquidação e o pagamento ao fornecedor.

No caso de Entrega feita por Transportadora, o responsável pelo recebimento deverá acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo de frete. Lembrando sempre que o frete NÃO É A PAGAR.

Os materiais que apenas dependem de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega, serão recebidos e aceitos pelo colaborador designado para esse fim, como também sendo registrado no sistema de informática com situação de "Recebimento Definitivo".

Este processo será denominado como **recebimento definitivo**.

- **Recebimento provisório** será caracterizado no caso do material depender de aceitação, ou seja, de exames qualitativos. No momento da entrega do material, o responsável pelo recebimento deverá carimbar canhoto na Nota Fiscal: **Recebido... Volume sujeito a conferência**, como também deverá dar entrada no sistema de informática, na situação "Sujeito a Conferência".
- No retorno da aceitação deverá alterar a situação para "Recebimento Definitivo";
- Finalizar o recebimento assinando e carimbando a Nota Fiscal, com os dados do Almoxarife.

Realizado o recebimento e inclusão dos itens no sistema emitir relatório de recebimento dos materiais, anexar a nota fiscal devidamente atestada e encaminhar para a liquidação.

5.1.1.1. Rotina para Aceitação de Materiais

A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade do produto que por sua vez, deverá estar em conformidade com a autorização de compra ou contrato.

O encarregado do almoxarifado indicará esta condição no documento de entrega do fornecedor quando se tratar de bem **permanente** e solicitará ao Setor de Patrimônio esse exame para a respectiva aceitação.

Nos casos de exame qualitativo, após a conferencia técnica, deverá ser preenchido o formulário denominado “**Conferência Técnica**”, assinado pelo técnico especializado e devolvido ao almoxarifado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de solicitação.

Após a devida conferencia do material, o almoxarifado deverá encaminhar a nota fiscal:

- a) **No caso de material de consumo:** Encaminhar para o setor de financeiro para a devida liquidação.
- b) **No caso de material permanente:** Encaminhar 1 (uma) via para a unidade de patrimônio e posteriormente para o setor financeiro.

Quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado do Almoxarifado notificará o setor de compras que providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega para efeito de aceitação.

5.1.2.2 Materiais de Consumo Imediato

Alguns materiais apresentam consumo imediato, ou seja, não ficam armazenados no Almoxarifado, tais como: pão, água, etc.

Para estes materiais, a etapa de recebimento é diferenciada, o produto é entregue diretamente no local de consumo, onde deverá ser dado o aceite da mercadoria no momento da entrega, devendo constar nome, CPF, data e horário do recebimento.

Ao receber a nota fiscal o departamento de compras deverá colocar o carimbo de “**MATERIAL DE CONSUMO IMEDIATO**” na frente da nota e o recebimento atestando o aceite e conferência das mercadorias.

Após este processo, a mesma deverá ser encaminhada para o Almoxarifado para devido registro. Como o material já foi consumido, no momento da entrada, o Almoxarifado já registrará a saída do

material, ficando o item com o saldo zero no estoque e o seu consumo registrado.

Após este processo a nota fiscal segue os mesmos trâmites de recebimento dos demais materiais.

5.1.3 Patrimoniamento do Bem

Quando um material permanente for recebido definitivamente, o Almojarifado deverá encaminhar uma via da nota fiscal à unidade de patrimônio no prazo máximo de 1 dia (útil) para o devido patrimonialamento.

5.1.3.1. Tombamento

Os bens móveis patrimoniais que tenham ingressado no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó terão obrigatoriamente o número de registro (tombamento) antes de serem utilizados/distribuídos.

Os números de registro patrimonial terão ordem crescente rigorosa precedidos do nome do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (**HESLMB Nº XXXXXX**).

Quando não for possível a utilização de plaquetas próprias para a fixação do número de registro patrimonial (tombamento), deverá recorrer a outros processos (pincel permanente, carimbo ou outro meio idôneo), desde que os números sejam gravados de forma indelével.

Caso não seja possível a fixação da plaqueta, a mesma deverá ser anexada junto ao relatório na pasta de “**Responsáveis pela Guarda de Bens Patrimoniais**” da unidade.

Todos os materiais permanentes adquiridos deverão ser tombados ainda no almoxarifado sob a responsabilidade dos responsáveis pelo setor de patrimônio antes de serem deslocados para o destino final, em cumprimento a Lei nº 4.320/64.

No caso de recebimento de material permanente por “doação”, o “termo de doação” substituirá a nota fiscal e o mesmo deverá ser arquivado no patrimônio.

Armazenagem

A armazenagem compreende a guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, a fim de suprir adequadamente as necessidades operacionais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

No armazenamento deve-se ter os seguintes cuidados:

- ✓ Possibilitar fácil inspeção e rápido inventário;
- ✓ Estocar próximos às áreas de expedição, materiais com maior rotatividade;
- ✓ Jamais estocar em contato direto com o piso, utilizando corretamente os acessórios de estocagem para protegê-los;
- ✓ Deixar livre acesso às áreas de emergência, aos extintores de incêndio;
- ✓ Concentrar os materiais da mesma classe, sempre que possível, em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;
- ✓ Estocar nas partes inferiores das estantes materiais mais pesados e/ou volumosos, eliminando os riscos de acidentes;
- ✓ Conservar materiais nas embalagens originais, somente sendo abertas, quando do fornecimento parcelado;
- ✓ Manter a face da embalagem ou etiqueta, que contém a marcação do item, voltada para o lado de acesso ao local de armazenagem permitindo fácil e rápida leitura de identificação e das demais informações registradas;
- ✓ Quando houver necessidade de empilhar deve-se atentar para altura máxima de empilhamento, de modo a garantir a segurança e não afetar sua qualidade pelo efeito de pressão decorrente e o arejamento do ambiente;
- ✓ No caso dos medicamentos, estocá-los (no pequeno intervalo até que sejam destinados à farmácia) de forma que permita a circulação interna de ar entre eles. Caso possua número de lote armazenar pela ordem crescente dos números de lotes, sempre respeitando se o posicionamento das caixas está correto conforme as setas das embalagens e obedecendo as recomendações quanto a fragilidade de empilhamento máximo.

5.2.1. Armazenamento de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial (Portaria 344/98 – Ministério da Saúde)

Os medicamentos sujeitos a controle especial, por exigência da portaria nº 344/98, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, devem ser adquiridos, armazenados e dispensados segundo critério definidos na portaria.

Dispõe a Portaria nº 344/98, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde:

- Deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança em

local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico ou químico, quando se tratar de indústria farmacoquímica”.

Deste modo é necessário que haja armário reservado para o armazenamento destes medicamentos, devendo atender às exigências sobre a ventilação, temperatura, condições de luminosidade e umidade que também são necessárias para a área de armazenamento geral.

As entradas e saídas de medicamentos devem ser registradas em livro próprio e sistema informatizado de acordo com a legislação específica (Portaria 344/98 – Ministério da Saúde) sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

5.2.2. Armazenamento de Produtos Alimentícios e Perecíveis.

Os produtos alimentícios requerem alguns cuidados especiais com relação ao seu armazenamento. Os locais de estocagem devem ser secos, frescos, arejados, iluminados, limpos e desinfetados regularmente. Os produtos devem ter as embalagens sempre fechadas, evitando a presença de insetos.

Os materiais de limpeza e outros produtos químicos devem ser guardados em local separado dos alimentos.

O armazenamento deve ser compatível com o tipo de alimento, haja visto que os produtos alimentícios se dividem em: perecíveis, semi-perecíveis e não perecíveis.

Perecíveis:

São os produtos que estragam com maior facilidade e precisam ser armazenados em freezer ou geladeira. Exemplos: carnes, verduras, legumes, laticínios.

Ao serem recebidos, deverão ser imediatamente colocados em freezer, devidamente embalados, e, uma vez descongelados, não devem ser novamente congelados, por perderem suas qualidades nutricionais.

Semi-perecíveis:

Estes produtos não estragam com tanta facilidade, não precisando de refrigeração, mas precisam ser consumidos em pouco tempo. Exemplos: ovos, alguns tipos de frutas e legumes.

Não perecíveis:

Estes produtos têm maior durabilidade e só precisam ser armazenados em lugares secos e ventilados, protegidos contra o calor excessivo e a umidade.

Os produtos devem ser examinados frequentemente, identificando e controlando sua utilização através da data de validade, através de etiquetas. Os alimentos com data de validade/vencimento mais próximo devem ser colocados à frente, para serem utilizados primeiro, evitando-se assim a perda da validade.

Organizar, zelar e realizar o controle de estoque de gêneros alimentícios, separando os alimentos por grupos e utilizando o método “primeiro que entra, primeiro que sai”, salvo em casos de alimentos com a data de validade mais próxima e/ou com risco de perda do produto, não permitindo portando a perda e/ou deterioração de alimentos em suas unidades.

5.2.3. Segurança e Preservação dos Materiais

O material estocado deve ser cercado de todos os cuidados com vistas a conservação, a fim de evitar danificações, para permitir boas condições de uso, inclusive com adoção de medidas preventivas periódicas, tais como:

- ✓ Resguardar contra o furto ou roubo,
- ✓ Extintores de incêndio: colocados em lugares estratégicos, devidamente sinalizados e de uso conhecido dos servidores, bem como o seu controle de validade;
- ✓ Corredores e portas de acesso não poderão estar obstruídos;
- ✓ As instalações elétricas devem ser mantidas em bom estado;
- ✓ Colocar placas que indique a proibição de fumar no interior do almoxarifado;
- ✓ Controle Integrado de Pragas: Consiste em um conjunto de ações que visam o aumento na qualidade de controle de pragas, sem risco de contaminação. Deverá ser realizado por empresa especializada, a qual emitirá um Certificado de Garantia contendo:

- Dados da empresa;
- Nome da unidade;
- Tipo de serviço executado;
- Validade do serviço;
- Assinatura do técnico responsável, com seu respectivo número de registro.

O acesso as dependências do almoxarifado devem ser restritas aos colaboradores lotados no setor e, nos casos especiais, pessoas devidamente autorizadas pelo responsável do almoxarifado acompanhadas pelo mesmo.

5.2.3.1. Particularidades do Almoxarifado Farmacêutico:

Além do que já foi citado, o almoxarifado de medicamentos possui algumas particularidades relacionadas a segurança e preservação para que não afetem a estabilidade dos medicamentos, tais como:

Temperatura – é uma condição ambiental diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações nos medicamentos. Elevadas temperaturas são contraindicadas para os medicamentos porque podem acelerar a indução de reações químicas, ocasionando a decomposição dos medicamentos e alterando sua eficácia.

Umidade – Dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a alta umidade pode afetar a estabilidade do mesmo, favorecendo o desenvolvimento de fungos e bactérias, podendo desencadear reações químicas.

Para o controle de temperatura e umidade é necessário a utilização de termômetro e termo higrômetro nas áreas de estocagem, com registros, para correção de eventuais anormalidades.

Luminosidade – A incidência direta de raios solares sobre os medicamentos acelera a velocidade das reações químicas, alterando a estabilidade dos mesmos. O local onde os medicamentos são armazenados deve possuir, de preferência, iluminação natural adequada. No caso de iluminação artificial recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria).

Ventilação – A circulação interna de ar deve ser mantida para conservação dos produtos.

Manuseio – O manuseio inadequado dos medicamentos pode afetar a sua integridade e estabilidade. Toda a equipe, incluindo motoristas, deve ser sensibilizada e treinada quanto ao manuseio e transporte adequado dos medicamentos.

5.2.3.2. Particularidades do Almoxarifado de Produtos Alimentares e Perecíveis:

O almoxarifado de alimentos possui algumas particularidades relacionadas à segurança e preservação dos alimentos.

Luminosidade: Os alimentos devem ser acondicionados protegidos do sol e da luz direta, devendo as janelas serem teladas para propiciar ventilação adequada.

Manuseio: Para uma melhor conservação dos produtos, após serem retirados das caixas e fardos, deverão ser guardados e agrupados por tipo e gênero nas prateleiras de modo a facilitar o controle do estoque;

Os alimentos armazenados em geladeira e freezer deverão ser acondicionados em recipientes plásticos com tampa e/ou saco plástico atóxicos, identificados com nome do produto, data de produção e/ou validade.

Ao perceber qualquer alteração nas características sensoriais do produto, devido a infestação por insetos que venham provocar deterioração ou perda da qualidade dos gênerosalimentícios, deve-se providenciar a retirada imediata dos alimentos do almoxarifado e contratar uma empresa especializada para efetuar a dedetização do local.

5.3 Metodologia de Controle

O critério para a saída das mercadorias físicas deverá obedecer ao mesmo critério utilizado para a baixa no estoque no sistema, ou seja, o **método PEPS (Primeiro que entra,Primeiro que sai)** evitando assim perda de produtos, como exemplo por motivo de validade.

O método PEPS obedece a uma ordem cronológica à medida que as mercadorias entram e saem do estoque. Assim, no momento do atendimento das requisições, dá-se baixas primeiras unidades que entraram, ou seja, as mercadorias que chegaram primeiro são as primeiras a serem despachadas.

Neste método de gestão de estoque, usam-se os custos dos lotes mais antigos quando as mercadorias deixam o estoque, partindo para o segundo lote mais antigo e, assim, sucessivamente. A circulação dos produtos ocorre de forma ordenada e contínua, refletindo com precisão o seu custo real.

No entanto, no controle de estoque de gêneros alimentícios e farmacêuticos, deverá observar as datas de validade mais próxima e/ou risco de perda do produto não permitindo a perda.

5.4 Distribuição

Todos os setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó serão supridos pelo seu Almoxarifado.

O processo de distribuição ocorrerá por intermédio de requisição, que será o documento que permitirá a baixa do material em estoque devendo conter, no mínimo:

- ✓ Descrição padronizada do material;
- ✓ Assinatura da pessoa que autorizou;

- ✓Quantidade dentro da necessidade do requisitante e dos padrões previamente estabelecidos pelo almoxarifado.

As quantidades de materiais solicitadas deverão corresponder ao consumo médio. Caso o pedido seja superior ao consumo mensal, o setor de almoxarifado poderá reduzir a quantidade solicitada, salvo em casos de excepcionalidades.

Nenhum equipamento ou material permanente poderá ser distribuído à unidade requisitante antes de ser patrimoniado e acompanhado pelo **Termo de Responsabilidade** que, no momento da entrega, deverá ser assinado pelo responsável pela guarda do bem.

O atendimento à requisição ficará sujeita às seguintes condições:

- a. Quantidade existente no estoque e disponibilidade do produto;
- b. Análise do consumo do departamento em períodos pré-determinados.

5.4.1 Calendário de Distribuição

Por possuir uma dinâmica de trabalho bastante específica, o almoxarifado poderá definir um calendário semanal de entrega que vise organizar a distribuição de material, dado o volume de atendimentos que possuir.

Este calendário englobará tanto os prazos para pedidos dos setores, quanto os prazos do almoxarifado para entrega.

Os pedidos que forem encaminhados após o prazo estipulado na programação, poderão ser agendados para a semana seguinte, de acordo com o calendário, salvo extrema necessidade do item informada pelo gestor.

No momento da entrega nos setores, deverá haver uma pessoa responsável para o recebimento dos produtos da solicitação, para que não haja atrasos nas entregas dos outros departamentos.

5.5. Balanço Mensal de Movimentação de Estoque

Com objetivo de controlar a movimentação de estoque no encerramento de cada mês, o almoxarifado deverá fazer um levantamento dos materiais disponíveis no estoque e o responsável emitir junto ao sistema o relatório denominado **Balancete por Item** em 2 (duas) vias que será encaminhado à Diretoria Administrativa até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente.

5.6. Aquisição de Materiais para o Estoque

O Almoxarife efetua o pedido ao setor de compras, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente as necessidades dos setores requisitantes até a compra de nova remessa.

6. CONTROLE DE ESTOQUE

6.1. Entrada

Após o processo de recebimento físico, será lançado no sistema de controle de almoxarifado a entrada das mercadorias recebidas gerando nesse ato a ficha de prateleira, momento este que se computará a entrada no estoque do almoxarifado.

Para a inserção do produto no sistema será imprescindível o lançamento dos dados do documento de recebimento, nota fiscal, descrição da mercadoria recebida, quantidade, valor unitário e total, bem como demais informações necessárias.

A entrada de material no estoque ocorrerá por:

a) Aquisição

Ocorre quando a unidade tem a posse do bem, passando a registrar a entrada do material através de nota fiscal, empenho etc.

b) Transferência

Ocorre quando o material for recebido através de transferência de outro local (almoxarifado da SES/GO por exemplo), utilizando para isso a **Guia de Remessa/Devolução**.

c) Doação

Ocorre quando o bem é doado por terceiro (pessoa física, jurídica) pública ou privada, sendo a mesma precedida de Termo de Doação de Bens e avaliação técnica dos bens quanto aos benefícios que gerarão para a unidade. (Qualquer doação à ser recebida, será formalmente tratada junto à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e só ocorrerá após a sua autorização).

6.2. Saída

6.2.1. Processo de Requisição de Material

O processo de requisição de Material se fará por intermédio do **Formulário de Requisição**, que será o documento necessário para que o almoxarifado atenda os pedidos dos setores.

O gestor do setor fará a solicitação, conforme relação de produtos padrão, para a Gerência Administrativa para a aprovação.

Os pedidos de materiais de consumo deverão ser compatíveis com as quantidades previstas e realmente necessárias ao consumo, a fim de evitar formação de estoques excessivos nas unidades.

É necessária a justificativa do setor requisitante nos casos em que a quantidade requisitada de

determinado material estiver acima da média de consumo.

Caso a requisição não seja aprovada, a mesma voltará para o responsável solicitante com a justificativa da reprovação do pedido.

6.2.2. Baixa dos Materiais em Estoque

A baixa de materiais no estoque poderá ocorrer:

a) Baixa por Consumo

Refere-se a baixa devido a utilização do material na unidade consumidora.

b) Baixa por Transferência

Ocorre quando o bem é encaminhado ao setor solicitante, utilizando para esse processo a **Guia de Remessa/Devolução** que deverá ser impressa em 2 (duas) vias.

A Guia de Remessa/Devolução será o documento que acompanhará o material até seu local de entrega, devendo ser assinada pelo responsável do recebimento, que conferirá se todos os itens estão de acordo com o elencado na guia de remessa/devolução, devendo 1 (uma) via retornar ao almoxarifado.

Neste processo é imprescindível que seja informado no sistema a qual setor o bem será destinado, no intuito de obter um controle de custos por setor.

c) Baixa por inservível

Para fins de tratamento administrativo, o material de consumo considerado genericamente inservível, ou seja, que não atende mais as necessidades da entidade que detém sua posse ou propriedade, conforme decreto n.º 99.658, de 30 de outubro de 1990 se classifica como:

- **Ociosos:** quando, embora em perfeitas condições de uso, não estiver sendo aproveitado;
- **Irrecuperáveis:** quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.
- **Vencidos:** quando se tornar impróprio para uso em razão da perda de sua validade.

Para este processo utiliza-se o **Termo de Baixa de Materiais**, com o tipo 01 - Inservibilidade.

d) Baixa por Avarias

Ocorre quando há uma danificação no material, sem má fé, utilizando para este processo o

Termo de Baixa de Materiais, com o código de motivo de baixa 06 - Avarias. .

e) Baixa por Extravio, Acidente ou Sinistro do Material.

Ocorre quando o material é baixado decorrente de furto, roubo, extravio, causas acidentais, e outros, sempre acompanhado de processo de sindicância ou inquérito que, obrigatoriamente, deve ser instaurado para averiguação das causas e apuração das responsabilidades, utilizando para esse processo o **Termo de Baixa de Materiais**, com o código de motivo de baixa: 02-Extravio 03-Acidente ou 04-Sinistro.

Para abertura do processo de sindicância, processo administrativo ou comunicação à autoridade policial para abertura de inquérito, o responsável pela guarda do bem (material) deverá comunicar a Diretoria Administrativa para que sejam tomadas as devidas providências.

Com exceção da baixa por consumo e transferência que será realizada mediante requisição, para o restante dos casos será necessária a formalização do processo e, somente após a autorização do Diretor Administrativo, poderá ser efetuada a baixa no sistema com os documentos hábeis comprobatórios e de acordo com os dispositivos legais vigentes.

6.3. Padronizações na Classificação/Especificação de Material

Padronizar é um meio de assegurar qualidade que resulta em redução de custos. Nesse sentido, a padronização das descrições dos materiais conduz à redução da variedade de materiais utilizados.

Por consequência resulta, também, em simplificação do controle dos estoques, em diminuição do espaço dos almoxarifados e em diminuição dos custos de estocagem tais como do armazenamento físico (área ocupada, instalações, etc.), do manuseio e da distribuição (equipamentos, utensílios etc.) e da obsolescência (perdas).

A padronização na especificação de material tem a finalidade de estruturar, consolidar e divulgar, de forma padronizada, as informações sobre os materiais no âmbito do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, facilitando assim o processo de requisição de materiais.

Para uma boa classificação, orienta-se estabelecer uma terminologia única e padronizada para os materiais, de forma que se evite duplicidade na sua interpretação.

Especificação do item

É o conjunto de dados descritivos de um item de material que obedece a alguns parâmetros ou padrões de descrição. Geralmente é composta por três conjuntos de dados:

- Descrição resumida (nome básico + nome modificador)
- Características físicas
- Identificação auxiliar

a) Nome Básico

Compreende o passo inicial para a identificação de um item de material. Deve-se individualizar o material e, para tanto, existem regras que definem a apresentação deste nome, como por exemplo: caneta, mesa.

A utilização de estrutura de Nome Básico permite a consolidação de informações de aquisições a partir da descrição mais elementar do item e importante na geração de relatórios gerenciais para a tomada de decisões.

Cuidados na formação de nome básico

1. Não utilizar palavras no plural, tais como:
cadernos
lâmpadas
tubos
barras
2. Não usar palavras genéricas: conexão (nome básico: cotovelo)
3. Não usar gírias ou regionalismos: jabá (nome básico: carne seca)
4. Não usar marcas de produtos:
bombril (nome básico: esponja de aço)
isopor (nome básico: poliestireno)
band-aid (nome básico: curativo adesivo)
5. Não usar palavras estrangeiras:
drive (nome básico: unidade de disco)
pallet (nome básico: estrado)
6. Não usar palavras referentes à embalagem ou forma de apresentação: pacote de arroz (nome básico: arroz)
tubo de cola (nome básico: cola)
caixa de grampo (nome básico: grampo)

b) Nome Modificador

Refere-se ao complemento destinado a estabelecer a diferenciação entre itens de mesmo nome básico. Para sua determinação não existe regra fixa, podendo ser estabelecido em função de:

- ✓ Aplicação do material CADERNO, brochura
- ✓ Composição do material TUBO, aço galvanizado
- ✓ Tipo de material BARRA, chata

c) Características Físicas

Trata-se das informações detalhadas referentes às propriedades físicas químicas ou de funcionamento dos materiais. Nelas são informadas:

Peso	Cor
Dimensão	Resistência
Voltagem	Composição
Volume	Capacidade
Densidade	Outros

Ex: TUBO, aço galvanizado, 4mm

Estas informações são de extrema importância no conjunto de informações para perfeita definição e características do material.

d) Descrição Complementar

São as informações destinadas a complementar e esclarecer a descrição de um material. Aparece como a função opcional, exceto a unidade de medida:

- Unidade de medida (kg, peça, etc.);
- Tipo de embalagem (fardo, lata, etc.);
- Forma de acondicionamento (caixa com 12 latas, etc).

e) Descrição Completa

Contempla a junção da Descrição Resumida (Nome Básico + Nome Modificador), Características Físicas e Descrição Complementar dos dados do material.

Será a nomenclatura padrão de cada item de material, ou seja, o nome do material. Para uma melhor visualização e facilidade na busca no sistema, define-se que o Nome Padronizado sempre apresente:

- Letras Maiúsculas: Para o Nome Básico
- Letras Minúsculas Nome Modificador, Características Físicas e Descrição Complementar.

7. INVENTÁRIO

Através do inventário pode-se avaliar o desempenho do almoxarifado, verificar seus controles, possíveis avarias e extravios, deficiência de acondicionamento e embalagem.

Os inventários físicos serão realizados nas seguintes situações:

- a. **Inicial:** será realizado no momento da criação de um almoxarifado, para a identificação e registro dos produtos no sistema sob responsabilidade.
- b. **De transferência de responsabilidade:** será realizado caso haja mudança do responsável pelo almoxarifado.
- c. **Eventual:** Poderá ser realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade, ou por iniciativa do controle interno.
- d. **Anual:** No encerramento de cada exercício, todos os responsáveis pelos Almoxarifados deverão efetuar o levantamento do estoque físico financeiro.

O relatório **Termo de Inventário** deverá ser encaminhado para o Controle Interno.

8. RESPONSABILIDADES

Todo colaborador poderá ser chamado a responsabilidade pelo desaparecimento de material que lhe for confiado para a guarda ou uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer material, que esteja ou não sob sua guarda.

Ocorrendo avaria ou extravio de material, o responsável do almoxarifado deverá imediatamente comunicar o fato a Diretoria Administrativa que adotará as medidas administrativas necessárias para apurar responsabilidades.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Manual de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle – Almoxarifado e Patrimônio, estabelece regras para a implantação e desempenho do sistema de recebimento e distribuição de bens e materiais no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

A implantação de procedimentos de um almoxarifado contribui para um aperfeiçoamento da prática de recebimento e armazenagem de bens de consumo e permanente, dando a elevada importância para o bom manuseio dos materiais, com o propósito de salvaguardar os bens e materiais depositados sobre a responsabilidade do almoxarifado e patrimônio.

Espera-se ainda com esse manual dar mais praticidade no recebimento e distribuição dos materiais, tendo em vista a facilidade de armazenamento, avaliação de validade dos produtos e análise

de custo benefício nos procedimentos de almoxarifado.

Mostra-se imprescindível a existência de um manual para que as práticas nos procedimentos de almoxarifado e patrimônio sejam mais eficientes e eficazes, a fim de realizar os cumprimentos legislações que tratam do tema.

Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria

São Luís de Montes Belos,de.....de.....

À

(nome da empresa)

NOTIFICAÇÃO - IRREGULARIDADE NA ENTREGA DE MERCADORIA

Fica essa empresa notificada, que no ato do recebimento das mercadorias decorrentes da Ordem de Fornecimento, e que foram acobertadas pela Nota Fiscal, foi constatado divergências conforme segue:

- () Falta de mercadoria;
- () Mercadoria em desacordo com o pedido;()

Mercadorias com avarias;

() Outros (especificar).....

() Dessa forma, firmamos o aceite parcial e estamos devolvendo as seguintes mercadorias:.....

.....

() Dessa forma, estamos fazendo a devolução total das mercadorias, não sendo dado o aceite.

Nome e Assinatura do Responsável

Nome e Assinatura da Empresa (representante/transportadora)

Instruções de preenchimento da Notificação de Irregularidade na entrega de mercadoria:

Número de Vias – 02 (duas) vias;

Nome da Empresa: Informar o nome da empresa que está entregando a mercadoria; **Empenho:**

Informar o número do empenho a que se refere a mercadoria com irregularidade; **Nota Fiscal:** Informar o

número da Nota fiscal referente a mercadoria com irregularidade; **Nome e Assinatura do Servidor:**

Informar o nome por extenso e assinatura do servidor responsável pelo recebimento;

Nome e Assinatura da Empresa: Informar o nome por extenso e assinatura da empresa que está realizando a entrega, bem como do preposto.

Carimbo de Recebimento e Aceitação

Certifico que foram recebidos os bens/serviços em favor do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, de acordo com o presente documento fiscal, em perfeitas condições e de acordo com as especificações estabelecidas.

Ordem de Fornecimento:/.....

Data:/...../.....

.....

Responsável pelo
Almoxarifado

Instruções de preenchimento:

Ordem de Fornecimento: Informar o número do empenho que se refere a nota fiscal recebida;

Data: Informar a data;

Nome: Informar o nome por extenso do responsável pelo recebimento.

CPF/Matrícula: Informar número do CPF/Matrícula do servidor.

Carimbo de Mercadoria Sujeita a Conferência

<p>Certifico que os produtos constantes deste documento foram recebidos e os VOLUMES ESTÃO SUJEITOS A CONFERÊNCIA.</p> <p>Data: ____ / ____ / ____</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>

Instruções de preenchimento:

Data – Informar a data da conferência;

Nome: Nome por extenso do responsável pelo recebimento;

CPF: Informar o CPF pelo responsável pelo recebimento;

Assinatura: Assinatura do responsável pelo recebimento.

Ficha de Conferência Técnica**CONFERÊNCIA TÉCNICA**

O aceite do material discriminado abaixo somente será efetuado após a entrega deste documento junto ao Almoxarifado (Devolver com Urgência).

Produto:	Quantidade:
----------	-------------

Data Emissão: _____ / _____ / _____

Foram conferidas as mercadorias constantes no Empenho Nº _____ de

De acordo com a Nota Fiscal Nº _____ Empresa _____

os quais se encontram:

() de acordo com as especificações técnicas solicitadas, bem como em condições normais de funcionamento.

() em desacordo com especificações técnicas solicitadas pelo motivo a seguir:

Preencher o quadro abaixo após o Laudo Técnico

Conferido por:	
CPF ou matricula:	Assinatura
Órgão/Unidade:	
Data: _____ / _____ / _____	

Guia de Remessa/Devolução

		Nº
Natureza da Operação		Data de Emissão
GUIA DE REMESSA/DEVOLUÇÃO		/ /

Remetente

Nome			
Endereço		Bairro	
Município	UF:	CEP:	Telefone:

Destinatário

Nome			
Endereço		Bairro	
Município	UF:	CEP:	Telefone:

Dados do Produto

Item	Descrição do Material	Unidade	Qtde	Validade	Lote	Valor Unitário	Valor Total
						TOTAL	

Dados Adicionais/Observações

--

Recebimento

Expedido por: Nome: CPF/Matrícula: Data: / / Assinatura:	Recebido por: Nome: CPF/Matrícula: Data: / / Assinatura:
--	--

Termo de Baixa de Materiais

TERMO DE BAIXA DE MATERIAS				Nº
SETOR REQUISITANTE			DATA	
Nº DE ORDEM	CÓDIGO DO ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	CÓDIGO MOTIVO DA BAIXA
MOTIVO DA BAIXA				
01- Inservibilidade 02-Extravio 03-Acidente 04-Sinistro 05-Doação 06-Avarias				
OBSERVAÇÕES				
DADOS DO SOLICITANTE			APROVAÇÃO	
DATA: ____ / ____ / ____			DATA: ____ / ____ / ____	
NOME: _____			NOME: _____	
CPF/MATRICULA: _____			CPF/MATRICULA: _____	
ASSINATURA: _____			ASSINATURA: _____	
CARGO: _____			CARGO: _____	
Este formulário deverá vir acompanhado, imprescindivelmente, de cópia de todo processo de autorização para arquivo da unidade de Almoxarifado pertencente ao Item				

Relatório Balancete Mensal (inserido no sistema informatizado do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó)

RELATÓRIO BALANCETE POR ITEM						
Data inicial:			Data Final:			
Unidade do Almojarifado:						
Categoria do Produto	Código do Item	Descrição do Item	Saldo (Anterior)	Valor (entrada)	Valor (saída)	Saldo (atual)
TOTAL						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p style="margin-top: 0;">Responsável do Almojarifado</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>_____</p> </div> </div>						

Requisição de Material de Consumo

REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO				Nº
SETOR			DATA	
REQUISITANTE				
MATERIAL			QUANTIDADE	
Nº Sequencial	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	PEDIDA	FORNECIDA
SOLICITADO POR			MATRICULA	
AUTORIZADO			RECEBIDO	
Data: ____ / ____ / ____			Data: ____ / ____ / ____	
ASSINATURA			ASSINATURA	
			ALMOXARIFE	
			Data: ____ / ____ / ____	
			ASSINATURA	

A presente requisição deverá ser preenchida a partir do Catálogo de Materiais disponibilizado pela Seção de Almoxarifado

Ficha de Prateleira

FICHA DE PRATELEIRA					
PRODUTO:					
Nº DOC	PROC/DESTINO	DATA	ENTRADA	SAÍDA	SALDO

Termo de Inventário

TERMO DE INVENTÁRIO: ANO _____					
Almoxarifado: _____					
Endereço: _____		Bairro _____		-Telefone: _____	
Responsável do Almoxarifado: _____			CPF: _____		
Categoria do Produto	Código do Item	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
TOTAL					
Responsável do Almoxarifado _____					



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO – HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ANEXO II

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

O setor financeiro de uma unidade é o local responsável pela administração de recursos financeiros, sejam eles próprios da entidade gestora ou recebidos a partir de parcerias como contratos/convênios/termos de cooperação.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

Esse setor é responsável pelas operações financeiras cotidianas, como organização de contas a serem pagas e à receber, fluxo de caixa, organização de manutenção e oscilações de capital de giro, negociação de contratos firmados com terceiros.

Além disso, os colaboradores responsáveis pela gestão financeira de uma unidade, tem dentre suas atribuições, a responsabilidade com a guarda da documentação financeira e contábil.

Durante a gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó pelo IBGC todas as rotinas de Administração Financeira estarão subordinadas à Diretoria Administrativa, e destinam-se à gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de: Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas Institucionais para a realização dos trabalhos.

A gestão contábil financeira do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó em relação ao Contrato de Gestão para a administração da Unidade deverá compreender um conjunto de ações e procedimentos administrativos que visam maximizar os resultados econômicos e financeiros, contemplando um conjunto de procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, a análise e o controle das atividades financeiras da instituição.

A partir de um detalhado planejamento inicial serão adotados os procedimentos elencados abaixo, visando a melhor execução de cada um dos itens, otimizando as ações da gestão financeira como um todo.

- **Contas a Pagar e a Receber:** Processo a ser operado pela área de Finanças que operacionaliza os pagamentos e recebimentos, para dar suporte ao fluxo de caixa e demais processos financeiros;
- **Fluxo de Caixa:** Processo que faz a ligação entre as projeções dos recebimentos e pagamentos e as decisões de aplicação de recursos financeiros;
- **Aplicação de Recursos Financeiros:** Processo que deverá definir e operar as aplicações temporárias de sobras de caixa, trabalhando preferencialmente com ativos financeiros de baixo risco e alta liquidez, também alinhados com o fluxo de caixa para dar confiabilidade aos compromissos da instituição;
- **Apuração de resultados:** Processo que deverá demonstrar, de maneira clara e transparente, os resultados, apurando o saldo final de todas as contas, encerrando todas as contas de receitas e despesas, que irão para a conta de Resultado do Exercício;
- **Gestão patrimonial:** Processo que deverá atualizar os valores monetários do patrimônio, através da contabilização e depreciação de seus bens imobilizados, a fim de ter um controle efetivo de todo o empreendimento da empresa. Neste processo está a atividade de balanço patrimonial, identificação e baixa do ativo imobilizado, balanço das depreciações, e listas de bens por grupo;
- **Gestão orçamentária:** Este processo deverá ser implantado e terá como finalidade melhorar a rentabilidade do projeto/contrato de gestão, através de ajuste dos custos e despesas do mesmo.

ROTINAS PARA A EFICIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Só é possível falar em uma administração financeira eficiente com responsáveis profissionais devidamente qualificados para o desempenho de suas atribuições, visando sempre a plena consecução dos objetivos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Esses profissionais envolvidos com a atividade de administração financeira, deverão:

I. Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros de acordo com a legislação vigente.

III. Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;

IV. Contabilizar atos e fatos administrativos;

V. Colaborar com auditores interessados e habilitados e analisar as contas do Hospital.

Apresentamos a seguir o mapeamento do processo de acompanhamento financeiro que passará por:

GERÊNCIA FINANCEIRA:

À Gerência Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição;
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor;
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços;
- Outras atividades correlatas;

A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

A Gerência Contábil e Financeira é composta por: **Serviço de Contas a Pagar / e
ou Receber, Serviço de Finanças, Serviço de Contabilidade**

CONTABILIDADE:

É a estrutura subordinada à Gerência Financeira, responsável pela administração de todos os lançamentos e conferências dos dados contábeis da Unidade Hospitalar. Ao Serviço de Contabilidade compete:

- Controlar e conciliar as atividades e dados históricos resultantes das ações inerentes à área.
- Zelar pelo cumprimento das normas contábeis, fiscais e tributárias.
- Prestar informações sobre a posição financeira da organização, através de balancetes, balanços e demonstrações de resultados, realizando a previsão mensal das possíveis receitas e despesas.
- Conferir mediante registro legal, o inventário contábil, o inventário físico e financeiro dos estoques e bens patrimoniais.
- Responder pela preparação e escrituração dos documentos contábeis.
- Analisar e apropriar os fatos com documentos pertinentes segundo o plano de contas. Promover as devidas depreciações dos bens da Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

TESOURARIA:

O setor de Tesouraria é o local responsável pela entrada e saída de recursos financeiros, mantendo a organização dos gastos e rendimentos da unidade. À ela compete:

- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros de acordo com a legislação vigente;
- Emitir relação das ordens bancárias externas detalhadas, de acordo com a previsão financeira, para serem assinados pela Gerência/Diretoria;
- Desenvolvimento do planejamento de entrada – com panorama para 90 dias – e proceder com a alimentação de fluxo de caixa;
- Realizar o monitoramento de entradas de recursos sob o prisma cronológico, buscando a consolidação com o planejamento realizado;
- Conferência de recebimento de valores estabelecidos contratualmente, considerando as datas definidas nos instrumentos contratuais;
- Informar a gerência/direção dos desencontros, considerando o planejado versus o orçado em termos dos recebíveis;
- Reelaborar novas perspectivas para o planejamento, considerando novos cenários de entradas;

Com relação às saídas de valores, caberá a Tesouraria:

- Avaliar o fluxo de caixa consolidado visando obter cenários e perspectivas, considerando as obrigações – pagamentos- a serem realizados;
- Receber informações dos setores de recursos humanos e compras, de modo que seja possível a construção de planejamentos futuros de fluxos de caixa;
- Alimentar o fluxo de caixa, elaborando o planejamento das saídas com planejamento para 90 (noventa) dias;
- Proceder com o controle de contras, seguindo os moldes legais, organizando liquidações contábeis e financeiras;
- Emitir guias e recolher impostos;
- Comunicar a Diretoria Financeira qualquer discrepância encontrada, por intermédio dos relatórios gerados regularmente;
- Efetuar, após autorizado pela Diretoria Administrativa, o pagamento de fornecedores e prestadores de serviços;

- Dar quitação à folha de pagamento de colaboradores da unidade;

**ATIVIDADES DA TESOUREARIA QUE NÃO ENVOLVAM ENTRADA E SAÍDA DE
RECURSOS:**

- Semanalmente realizar conciliação bancária;
- Elaboração de Prestação de Contas;
- Avaliação e correção de fluxo de caixa junto à Diretoria, por intermédio de reuniões;
- Impressão e verificação de eventuais inconformidades dos pagamentos de fornecedores;
- Arquivamento de toda a documentação referente às operações realizadas;
- Acompanhamento e conferência de processos de pagamento;
- Tendo em vista a informatização (prevista no Tópico Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário) será papel da tesouraria o lançamento de todas as informações financeiras de pagamento no sistema informatizado do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Quando no curso de suas atividades, surgirem documentações com teor contábil, deverá ainda, providenciar o encaminhador ao setor de Contabilidade para providências ao seu cargo.

PLANEJAMENTO:

É o setor responsável pela elaboração de panoramas financeiros e orçamentários, de modo a gerar uma previsibilidade na tomada de decisões, e nas atividades mensais. Deverá ser operacional, tático e estratégico, ou seja, abranger aspectos de curto, médio e longo prazo.

Trabalha com interface a outros setores, como: suprimentos (na elaboração do planejamento de compras); operacional (na elaboração de estimativas); financeira (lidando com orçamentos); Diretoria Administrativa e Gerências financeira e administrativa (dando suporte na tomada de decisões, por intermédio dos estudos realizados).

Atua ainda:

- Solicitando revisões e reajustes orçamentários quando necessário;

- Coletando dados para a elaboração da proposta orçamentária;

CONTROLE INTERNO:

É o setor responsável pela padronização de ações e observância de normas em todos os processos que versem sobre recursos financeiros do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Normatiza:

- Políticas internas;
- Autonomia administrativa;
- Despesas gerais;
- Alçadas de aprovações;
- Despesas extraordinárias;
- Revisão de limites de alçadas para aprovações, regularmente;
- Fiscalização e aprimoramento do processo de controle interno;
- Separação de funções (autorização, execução, registro, controle)

FATURAMENTO:

O processo de faturamento é aquele que emite relatório de gestão, trazendo informações extraídas de banco de informações utilizados como DATASUS – Ministério da Saúde, e após uma análise das informações extraídas no BPA, emite um relatório chamado de “**relatório de faturamento**” que permite acompanhar se a média de atendimento no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, se manteve dentro da normalidade, emitindo relatórios por especialidade no hospital, e analisando o histórico dos atendimentos nos meses pretéritos.

Esse setor tem como precípua função o processamento das faturas do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, realizando o mapeamento dos atendimentos, procedendo com a consolidação de planilhas para posteriormente transmutá-las em receitas em observância a Tabela Unificada SUS

**EMISSÃO DE DOCUMENTOS IMPORTANTES PARA A ADMINISTRAÇÃO
FINANCEIRA DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR.
GERALDO LANDÓ**

EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS:

As operações econômicas e financeiras do IBGC na gestão do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação
- Balanço Financeiro
- Balanço Patrimonial
- Balanço da Receita Orçada x Arrecadada
- Balanço da Despesa Fixada x Realizada
- Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários.

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados às Coordenações até o dia 20 do mês subsequente ao de referência.

RELATÓRIOS ANUAIS:

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro.

São peças componentes das demonstrações contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
- Balanço Financeiro;

- Balanço Patrimonial Comparado;
- Demonstração das Variações Patrimoniais;
- Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
- Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

Deverá ser encerrado pelo contador os balanços e *a posteriori* apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

PLANEJAMENTO ANUAL FINANCEIRO (PAF) DO HEL NA GESTÃO DO IBGC

O PAF será estruturado anualmente, observando a legislação pertinente e as especificidades do IBGC e compreenderá os seguintes itens:

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos, demonstrando a aplicação dos recursos.

Ativo Financeiro - Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;

Ativo Permanente - Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo - Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos aplicados.

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos angariados no exercício financeiro corrente, a serem computadas na apuração do resultado, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

- **Receitas Correntes** – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;

- **Receitas com Subvenções** – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida ao Instituto em troca do

cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;

- **Receitas Financeiras** – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;

- **Receitas com Doações** – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para o Instituto, ou um cancelamento de um passivo, sem a necessidade de uma contrapartida.

Despesa - Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado.

DO SERVIÇO DE FINANÇAS

É a estrutura subordinada à Gerência Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento.

Ao Serviço de Finanças compete:

- Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da Unidade Hospitalar.

- Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras.

- Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias.

- Formalizar os documentos comprobatórios das contas a pagas e recebidas pela Instituição.

- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Finanças é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

A gestão de custos hospitalares é um dos maiores desafios para os gestores de uma unidade hospitalar como o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Tem sido cada vez mais necessário buscar diferentes meios para otimizar os gastos e tomar decisões estratégicas.

Para isso, o gestor de uma instituição de saúde precisa ter o controle dos custos hospitalares de forma integral. Isto é, acompanhando métricas, dados e conceitos que têm um impacto direto sobre o orçamento final. Tal como os valores gastos com materiais, o tempo de espera para o atendimento dos pacientes ou o período de ociosidade dos equipamentos. Muito além do controle básico de entradas e saídas de recursos, o gestor deve analisar diferentes aspectos e atividades do hospital que possam influenciar no custo final.

Uma gestão de custos hospitalares eficiente permite identificar os principais gargalos da instituição, desde questões operacionais, de infraestrutura e falhas nos fluxos de atendimento.

Com o controle de dados também é possível reconhecer áreas e operações que podem ser otimizadas e fortalecidas para gerar resultados ainda melhores. Assim, a análise de dados é um processo de suporte à tomada de decisões gerenciais e estratégicas para a organização.

Tipos de custos hospitalares

Os conceitos que envolvem a gestão de custos hospitalares, são definidos abaixo:

Custo: tudo que é gasto direta ou indiretamente, na prestação de um serviço ou na produção de um bem (produto).

Custos fixos: são aqueles cujo valor não se altera quando se aumenta ou reduz a quantidade de volume dos serviços produzidos. Os custos fixos se mantêm mesmo que sem produção. Por exemplo, se o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó atender 30 ou 200 pacientes, os custos com infraestrutura, segurança ou iluminação serão os mesmos naquele período.

Custos variáveis: são aqueles cujo valor se altera quando se aumenta ou diminui a quantidade de volume de serviços prestados. **Um exemplo são os gastos relacionados a matéria-prima: se há um aumento no número de exames de Raio-X, há um aumento no número de filmes radiológicos utilizados – se não se utiliza um PACS, por exemplo.**

Os custos, sejam eles fixos ou variáveis, ainda podem ser classificados como **diretos ou indiretos** de acordo com a forma de aplicação.

Custos diretos: são os custos que podem ser identificados diretamente no produto ou serviço. Consegue-se identificar a quantidade consumida ao se observar o serviço que está sendo prestado. Um exemplo são os medicamentos utilizados e a quantidade de tempo dos profissionais envolvidos no atendimento do usuário.

Custos indiretos: são os custos que não tem possibilidade de identificação direta com o serviço prestado, como por exemplo, a iluminação de um centro cirúrgico.

Para a gestão de custos hospitalares, a tecnologia pode ser mais que uma aliada. Um programa de gestão de custos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó permitirá monitorar em tempo real esses dados, facilitando o dia a dia do gestor, levando em consideração os diferentes custos mencionados acima.

Os softwares podem apresentar as informações financeiras por setor, paciente ou procedimento. Para cada um desses cálculos, diversos itens são levados em conta, tais como horas de trabalho dos profissionais envolvidos, materiais utilizados, diárias de internação, custo da hora no centro cirúrgico, etc.

A partir desses dados é possível otimizar recursos e melhorar a eficiência de processos. Com as informações corretas em mãos, o gestor poderá definir um planejamento, tomar decisões e buscar soluções para problemas, quando necessário.

Somente com o controle de dados, a partir de softwares robustos que permitam ter um panorama completo do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, é que os gestores poderão tomar decisões eficientes, visando uma gestão eficiente.

Mais que uma tendência do mercado, o uso de tecnologias no controle financeiro é a chave para que as instituições aumentem as possibilidades para obter melhores resultados.

A integração nos sistemas, por sinal, é um dos aspectos mais importante no software de gestão. Mais do que o controle de entradas e saídas de recursos, o software de gestão financeira à ser utilizado no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó estará integrado a outros processos e dados da unidade hospitalar, como o registro de pacientes, tempo de espera, procedimentos realizados, estoque, etc.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ E SUAS FUNÇÕES

O programa de gestão de custos hospitalares no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, atuará de modo a garantir as ações abaixo listadas:

- Auxílio na tomada de decisões: como dito acima, o sistema de custos proporcionará segurança para o gestor decidir;
- Controle de custos: o programa elucidará aos gestores se os custos estão dentro do padrão aceitável e planejado;
- Permitirá a redução de custos e eliminação de desperdícios, uma vez que o gerará demonstrativos, capazes de fazer com que o gestor vislumbre onde ocorrem desperdícios, aprimorando processos e minimizando custos;
- Realizará o planejamento dos serviços interno do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, de forma a contribuir com a definição de orçamentos, custo máximo admissível e custo máximo estimado;
- Avaliará os estoques do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Fracionamento dos custos: os custos referentes a cada centro de custos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (administrativo, intermediário e final) poderão ser controlados separadamente.

MÉTODOS DE CUSTEIOS HOSPITALARES EXISTENTES

A atribuição de valor a produção de bens e prestação de serviços é feita de diferentes formas e recebe o nome de métodos de custeio, vejamos os mais utilizados nos hospitais:

Custeio por absorção

O Custeio por Absorção, consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados. Outros critérios de apropriação têm surgido com o tempo, mas no Brasil apenas esse é válido tanto para fins de balanço patrimonial e demonstração de resultados, como também, na maioria dos países, para balanço.

O método citado inclui todos os custos indiretos de fabricação de um certo período nos custos de diferentes atividades, sejam produtos, processos ou serviços. Recorrendo assim, a uma série de rateios por causa dos custos comuns.

Sua principal finalidade é ter os custos totais, diretos e indiretos, de cada objeto de custeio. O custeio por absorção é o mais utilizado, por ser um critério fiscal e legal em praticamente todo o mundo, incorporando os custos fixos e indiretos industriais aos produtos, traduzindo todos esses gastos **em custo unitário** através de procedimentos de rateio e alocação aos diversos produtos e serviços.

No custeio por absorção o custo de uma unidade de determinado produto será formado por materiais diretos, mão-de-obra direta e custos indiretos fixos e variáveis. Neste caso, a cada unidade do produto é atribuído, além dos custos variáveis uma parte dos custos fixos.

Esse é o método que será adotado no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para implantação da Gestão de Custos da unidade.

As etapas de implantação do sistema de custeio por absorção no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deverão, estar alinhadas aos objetivos estratégicos da unidade.

De forma sintética, é possível traçar as ações para implantação do método de custeio no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó do seguinte modo:

- Definições e classificação de itens de custos, critério de rateios e de produção, além da forma de aloca-los aos centros de custos;

- Classificação do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó em centros de custos e a classificação de cada centro quanto às suas funções;
- Coleta de dados que permita a produção das informações de custos;
- Cálculos;
- Geração de relatórios;

Custeio variável

O método do custeio variável fundamenta-se na classificação dos gastos em variáveis e fixos, ou seja, os gastos que oscilam proporcionalmente ao volume de produção, venda e prestação de serviços e os gastos que se mantêm estáveis.

A oscilação dos custos variáveis ocorre de forma proporcional ao volume da produção, porém, o custo variável unitário se mantém constante dentro do intervalo de análise.

O custo fixo, no entanto, não sofre oscilações proporcionais ao volume da produção. Contudo, quando convertido em custo por unidade de produto o valor desses custos torna-se variável. Com base no custeio variável, ou direto como também é chamado, só são alocados aos produtos os custos variáveis. Os custos fixos são considerados como despesas do período, indo diretamente para o resultado.

Conseqüentemente, para os estoques só vão os custos variáveis. Crepaldi defende o custeio variável com base em três argumentos:

a) A existência dos custos fixos, independe da fabricação ou não de determinado produto. No entanto, os mesmos podem ser encarados como encargos necessários às condições de produção da organização e não como encargos de um produto específico.

b) Os custos fixos sempre são distribuídos aos produtos por meio de critérios de rateio que contêm, em maior ou menor grau, a arbitrariedade. A maioria dos rateios é feita com a utilização de fatores que, não vinculam cada custo a cada produto. Para a avaliação de estoque o rateio é mais ou menos lógico. No entanto, para tomada de decisão, o rateio mais distorce do que ajuda. Isso se deve pelo fato de que a simples modificação de um critério de rateio pode fazer um produto não-rentável passar a ser rentável, o que não é adequado.

c) O valor dos custos fixos a ser distribuído a cada produto depende, além dos critérios de rateio, do volume de produção. Por isso, o custo de um produto pode oscilar em função da variação de quantidade produzida de outro produto.

As análises de custo, volume e lucro estão intimamente relacionadas aos conceitos de margem de contribuição unitária e da razão de contribuição, ou índice de margem de contribuição. Na realidade, quase todas as aplicações de custos para decisões de curto prazo embasam-se nesses conceitos (BORNIA, 2002 apud VIEIRA, 2004).

Conforme Crepaldi (1999), todos os custos e despesas variáveis, incluindo as despesas de vendas e administração, são deduzidos da receita de vendas, mesmos que as despesas variáveis não façam parte do custo do produto, tendo como resultado, a chamada margem de contribuição, que por sua vez representa o valor que cobrirá os custos e despesas fixas da empresa e proporcionará o lucro.

Custeio baseado em atividades (ABC)

Segundo Martins (2001), o Custeio Baseado em Atividades, conhecido como ABC (Activity Based Cost), é uma metodologia de custeio que procura reduzir sensivelmente as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos.

Os sistemas de custeio tradicionais respondem à seguinte pergunta: como a organização pode alocar custos para a geração de relatórios financeiros e controle de custos departamentais?

No entanto, os sistemas ABC abordam um conjunto diversificado de perguntas:

- a) Que atividades estão sendo executadas pelos recursos organizacionais?
- b) Quanto custa executar atividades organizacionais e processos de negócios?
- c) Por que a organização precisa executar atividades e processos de negócios?
- d) Quanto de cada atividade é necessário para os produtos, serviços e clientes da organização?

A utilidade do custeio baseado em atividades não se limita ao custeio de produtos, ou seja, esta utilidade vai além. O ABC é, acima de tudo, uma poderosa ferramenta a ser utilizada na gestão de custos.

No entanto, restringe-se a uma limitação do conceito de atividade no contexto de cada departamento, sendo essa uma visão exclusivamente funcional. Kaplan e Cooper (1998), referem-se ao modelo ABC como um mapa econômico das despesas e da lucratividade da organização baseado nas atividades organizacionais.

Este mapa revela o custo existente e projetado de atividades e processos de negócios que, em contrapartida, esclarece o custo e a lucratividade de cada produto, serviço, cliente e unidade operacional. São essas atividades que devem ser observadas pelas organizações hospitalares, já que serão consumidoras dos seus recursos financeiros.

CENTRO DE CUSTOS OU DEPARTAMENTALIZAÇÃO

Departamentos são unidades operacionais representadas por um conjunto de homens e/ou máquinas de características semelhantes, desenvolvendo atividades homogêneas de uma mesma área.

Departamento ou Centro de Custos é a unidade mínima administrativa, caracterizada, **por ter uma estrutura de custos homogênea, por estar centrada num único local e por oferecer condições de coleta de dados de custos.**

Os departamentos são divididos em:

- **Departamentos-meio:** correspondem à parte essencial da organização, não trabalhando, porém, na elaboração dos produtos ou dos serviços. Sua função consiste em atender às necessidades dos departamentos de produção ou de outros departamentos de serviços;
- **Departamentos-fim:** elaboram diretamente os produtos transformando fisicamente as unidades em processamento. **Como recebem os benefícios executados pelos departamentos de serviços, os custos desses últimos devem ser também incorporados à produção.** Assim, o custo de produção será a soma dos custos dos departamentos de produção e dos departamentos de serviços.

A dificuldade de apropriação dos custos indiretos aos produtos daqueles centros de custos que não recebem fisicamente o produto, isto é, que prestam serviços a outros departamentos, exige que haja um sistema de rateio entre os centros de custos.

Os custos incorridos originalmente nos departamentos são classificados como custos primários dele e os custos recebidos por rateio de outros departamentos são chamados de secundários.

Mecanismos de Repasse dos Custos dos Departamentos (ou Centros de Custos)

Mais importante que a definição de critérios de rateio é a **decisão quanto à forma de repasse ou aplicação destes rateios entre os centros de custos**. O processo de passagem dos custos dos centros de custos-meio para os centros de custos-fim pode ser feito por diferentes mecanismos que acarretam também diferentes impactos na gestão de custos.

Duas formas podem ser destacadas como mecanismos de repasse dos custos entre os centros de custos: por meio de percentual de atuação ou por identificação dos produtos dos centros de custos.

Repasse por Meio de Percentual de Atuação

O primeiro mecanismo é a passagem dos custos por meio de percentual de atuação. Tomando como exemplo o rateio do Centro de Custos Serviço de Manutenção pelo percentual de atuação do CC, considerando que o percentual financeiro será repassado e considerando a atuação do CC para outros CCs, significa, por exemplo, que 35% dos custos do CC Manutenção seriam passados para a Unidade de Internação, 20% dos custos seriam atribuídos à Farmácia, 15% iriam para o Laboratório, 20% para a Diretoria e os restantes 10% passariam ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND). Essa forma de repasse não apresenta a riqueza de detalhes necessária para a gestão dos custos. Isso por ser de difícil compreensão e questionamento para os CCs que recebem os valores de rateio.

Repasse por Meio de Produtos Produzidos

O segundo mecanismo ocorre por meio da identificação de produtos fabricados ou serviços prestados pelos centros de custos e, a partir daí, do consumo desses produtos ou serviços pelos demais. No caso do exemplo anterior, identificaríamos os produtos (ou serviços) produzidos

pelo CC Manutenção, que poderiam ser, por exemplo, horas de manutenção. O repasse dos custos do CC Manutenção estaria vinculado ao que foi produzido de horas de manutenção para cada CC. Desta forma, ao realizarmos o rateio dos custos do CC Manutenção, estaríamos “entregando a conta” dos valores gastos para a realização da manutenção em cada CC. O Quadro 6 apresenta o exemplo do repasse dos custos. A identificação das horas de serviço que compete a cada CC proporciona uma percepção da transferência do serviço prestado de um CC a outro, propiciando uma gestão de custos mais clara.

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

O programa de gestão de custos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó ocorre nos três níveis de planejamento e controle, quais sejam, operacional, tático e estratégico.

Ressaltamos que para que um projeto/programa possa ser internalizado pelos colaboradores de uma organização, ele precisa antes de mais nada se tornar conhecido.

Desde modo, é necessário inicialmente, proceder com a explanação do programa de modo a gerar sensibilização na equipe do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e despertar o interesse pelo sistema, para que os colaboradores busquem conhecer e compreender o mesmo, se envolvendo na ferramenta de gestão.

Todo projeto/programa conta com um cronograma, ainda que meramente estimado, para que se consiga ter êxito na implantação.

Deste modo, estima-se um período de 120 (cento e vinte) dias para a implantação do programa de gestão de custo no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó a partir da assinatura do contrato de gestão do IBGC com a Secretaria de Estado de Saúde, para o gerenciamento e operacionalização da unidade.

Evidente, que tratando-se de uma unidade de saúde, que naturalmente tem seus contratemplos, além de estarmos vivendo a sazonalidade de um período pandêmico, esse período poder ser dilatado ou minimizado (intenção primordial desta proponente).

Caso haja necessidade de dilação do prazo, tal prática será devidamente justificada, tendo em vista a definição das metas que serão estabelecidas e observadas para o integral cumprimento do programa.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS E OBJETIVOS DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

O programa de gestão de custos estará intrinsecamente alinhado aos objetivos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, aliás o mesmo será uma ferramenta/instrumento que auxiliará no cumprimento de metas estabelecidas, bem como no desenvolvimento dos objetivos estratégicos, proporcionando minimização de custos e ainda, gerando ainda, no que tange a assistência e administração, eficiência na unidade.

O uso racional, razoável e adequado de recursos financeiros, proporcionarão otimização da gestão orçamentária e financeira (nunca é demais lembrar, tratando-se de recursos financeiros públicos), o planejamento de compras e a melhora no monitoramento do estoque almoxarifado.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS E A UTILIZAÇÃO DE SUAS INFORMAÇÕES NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

O objetivo do uso das informações que serão colhidas pela ferramenta de gestão de custos tem como objetivo garantir a eficiência, qualidade dos serviços prestados, economicidade e máxima transparência na utilização dos recursos públicos (frutos dos repasses do contrato de gestão), almejando sempre a qualidade da assistência prestada aos usuários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

APURAÇÃO DOS CENTROS CUSTOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Inegavelmente a definição dos centros de custos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, encontrarão guarida no próprio organograma da instituição, conforme já demonstrado no Regimento Interno, por essa proponente, mas ainda demandará pesquisa de campo e avaliação acurada para que se chegue a uma conclusão final.

Como já visto, a departamentalização ou centros de custos, quando de sua definição, poderá ocorrer a aglutinação de um ou mais setores do organograma, bem como poderá ocorrer a divisão de um único setor, em dois ou mais centros de custo, de modo a uma identificação mais precisa dos custos.

Mesmo após definidos por essa proponente os Centros de Custos, periodicamente, deverão os mesmos ser revistos, e se necessário, sofrerem alterações de modo a se adequarem a realidade da unidade.

CLASSIFICAÇÃO CENTROS CUSTOS E NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

É possível proceder com a reunião de centros de custos, à partir das atividades desempenhadas de forma semelhante. Vejamos:

- **Administrativos:** centros de custos relacionados com as atividades administrativas, diretivas, de recursos humanos, de assessoramento, financeiras, contábeis, e outras que possam ser alinhadas às atividades desta classificação;
- **Auxiliares:** são os centros de custos que desempenham funções auxiliares à área finalística da unidade. São área que atuam de maneira complementar à prestação de serviço de saúde propriamente dita, como por exemplo: CME, nutrição, lavanderia, higienização, Tecnologia da Informação, Serviço Social, etc).
- **Produtivos:** centros de custos que desempenham ações finalísticas, ou seja, prestam serviços diretamente aos pacientes, tais como clínica médica, pronto socorro, internação, etc).

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ANEXO III

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

Os projetos assistenciais, sejam ele de saúde e/ou sociais, são um instrumento para a garantia de direitos e fazem parte de um processo educativo, constituído de uma ação planejada e comprometida com a ética, com a saúde, com o desenvolvimento humano/social, com a valorização da vida.

A concepção de projeto assistencial na saúde é fundamental para a compreensão de sua importância social e o compromisso com seu desenvolvimento.

Tendo em vista o complexo processo saúde-doença e sobretudo tendo a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil, sendo, portanto, essencial o combate às situações sanitárias e socioeconômicas do nosso país, e sobretudo do nosso Estado de Goiás, é fundamental pensar a saúde, de modo a envolver toda a comunidade nessa temática.

É nesse cenário que a implantação de projetos assistenciais, surge como um instrumento capaz de promover a reflexão, sensibilização e conscientização sobre a importância dos cuidados com a saúde e uma melhor qualidade de vida, promovendo acesso à informação e gerando envolvimento junto à população local onde está implantando aquele projeto.

Acreditamos que gestão e operacionalização de uma unidade como o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deve ser muito mais que contemplar habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são, se vistas isoladamente, insuficientes para promover modificações substanciais no âmbito da saúde pública.

Não é demais lembrar que dentro os princípios doutrinários elencados para o Sistema Único de Saúde, temos a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização política administrativa, participação popular, dentre tantos outros.

Nesse sentido a inserção da comunidade local em atividades extra-hospitalares como projetos assistenciais em saúde e/ou sociais, se apresenta que maior que meramente atender ao pactuado entre essa proponente e a Secretaria de Estado de Saúde, se revela de

fato, como uma missão a ser cumprida em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista essa conjectura, abrangemos na presente proposta técnica de trabalho, alguns projetos que deverão ser implantados pela nossa gestão afim de se obter uma gestão em saúde com atendimento mais humanizado, em observância aos preceitos do SUS, bem como oportunizando o envolvimento não só dos usuários do HESLMB, bem como de toda a comunidade local.

PROJETOS PROPOSTOS PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

1. Projeto Socioambiental – Reciclando Juntos

Introdução

A preocupação ambiental vem sendo difundida por todo o planeta, despertando nas pessoas a necessidade de zelar por um ambiente limpo e saudável. Isso reflete também nas atividades econômicas e no impacto que as empresas potencialmente poluidoras têm exercido sobre o meio ambiente. Nesse sentido foram criadas legislações e normativas para respaldar legalmente quanto à essas questões, fazendo surgir, entre outras, a necessidade de gerenciar os resíduos sólidos produzidos nas suas mais diferentes atividades. Não obstante, as organizações geradoras de resíduos de serviço de saúde também têm procurado se adequar às legislações e à exigência da população para o meio ambiente e refletindo também no aspecto econômico. Como é o caso da Reciclagem de resíduos.

Essa necessidade tem se mostrado benéfica a todas as esferas da sustentabilidade. Pois preserva o meio ambiente, fomenta a inclusão social à quem vive da atividade de reciclagem e representa economia de recursos para a empresa. Recursos esses que não se limitam aos naturais (economia de insumos, água, energia etc.), mas também recursos financeiros.

Aspectos gerais da proposta

No município de São Luís de Montes Belos onde está situado o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó não existe um programa de reciclagem efetivo que atenda todo o município. Apenas alguns bairros são beneficiados em projetos menores locais.

Por isso o programa Reciclando Juntos oferece aos colaboradores a possibilidade de contribuir com o meio ambiente através da reciclagem.

Objetivo Geral

O programa Reciclando Juntos terá o objetivo principal de sensibilizar os colaboradores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para as necessidades ambientais atuais no que tange a geração de resíduos, incentivando à diminuição de hábitos de consumo, reutilizar os resíduos dentro das possibilidades, encaminhando os resíduos corretamente para reciclagem.

Objetivos Específicos

- Divulgar e sensibilizar colaboradores quanto às necessidades ambientais acerca da reciclagem;
- Capacitar os colaboradores para a correta segregação de resíduos recicláveis;
- Fomentar a educação ambiental para a reutilização de materiais e diminuição de hábitos de consumo;
- Diminuir a quantidade de resíduos destinadas a aterros.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Preservação do Meio Ambiente;

- Melhoria da qualidade ambiental regional;
- Realizar palestras e ações divulgando resultados alcançados com a ação;

Metodologia

O programa iniciará com palestras sensibilizadora para a necessidade de reciclar a maior parte dos resíduos gerados, salvo obviamente, os resíduos hospitalares, impedidos de serem reaproveitados. Em seguida serão realizadas ações, gincanas, minicursos sobre técnicas de reutilização de resíduos. Ao final será oferecido uma cartilha aos participantes onde estarão contidas as informações necessárias sobre segregação de resíduos recicláveis e não recicláveis.

Caberá ao colaborador, em suas casas, segregar os resíduos e trazer para a unidade. A Unidade receberá esses resíduos, serão contabilizados e agregados a massa gerada internamente para então serem destinados adequadamente as cooperativas de reciclagem local devidamente licenciadas. Essa iniciativa beneficia o meio ambiente e também contribui para disseminação da educação ambiental.

2. Prevenção de ação para o controle da hipertensão arterial sistêmica

Introdução

A hipertensão arterial é um grande problema de saúde pública devido sua alta prevalência e complicações cardiovasculares. Portanto, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma prioridade a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa aferição são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos.

Aspectos gerais da proposta

Este projeto propõe ações educativas como, palestras na comunidade, campanhas de saúde com busca ativa de novos pacientes e adequação das medicações de pacientes com uso irregular, além de conscientização sobre atividade física e aspectos nutricionais.

Objetivo Geral

1. O programa Prevenção de ação para o controle da hipertensão arterial sistêmica terá o objetivo de conscientizar a população sobre os riscos da automedicação bem como de consumo alimentar inadequado, sedentarismo e orientar sobre hábitos saudáveis para a prevenção de riscos e agravos relacionados a hipertensão.

Objetivos Específicos

- Divulgar e sensibilizar a população sobre riscos de se automedicarem;
- Conscientizar a população sobre os riscos do sedentarismo;
- Conscientizar a população sobre a importância de bons hábitos alimentares;
- Orientações sobre primeiros socorros em caso de quadro de hipertensão exacerbado.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Minimizar agravamento da saúde de hipertensos na comunidade;
- Melhoria da qualidade vida da população local a partir da realização de aulas ao ar livre de atividade física e campanhas de orientação nutricional;
- Realizar palestras e ações divulgando resultados alcançados com a ação;

Metodologia

O programa iniciará com palestras sensibilizadora para a necessidade dos cuidados com a hipertensão. Em seguida serão realizadas ações como aulas ao ar livre de exercícios físicos, campanha nutricional, campanhas para aferição de pressão e orientações gerais. Ao final será oferecido uma cartilha aos participantes onde estarão contidas as informações necessárias para a prevenção de riscos e agravos relacionados a hipertensão.

3. A TV HESLMB

Introdução

Durante o período de internação ou tempo de permanência na unidade hospitalar, encontrar mecanismos de minimizar a sensação de mal estar gerada pela necessidade de buscar uma unidade de saúde ou estar acompanhando alguém próximo à mesma, se revela fundamental.

Dessa forma a criação e produção da TV HESLMB, com programação de músicas, mensagem de superação e incentivo, além de apresentar de maneira suave os temas relacionados ao cotidiano do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é um projeto do IBGC na gestão e operacionalização desta unidade.

Aspectos gerais da proposta

Este projeto propõe criação de vídeos que permitam o adequado entretenimento dos pacientes e seus acompanhantes. Além de entrevistas com pessoas queridas na comunidade local com temas interessantes para a unidade em tela. Almeja-se ainda, a reprodução de narrativas de pacientes plenamente curados e reabilitados no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, de modo a gerar conforto e esperança de dias melhores, frente às histórias de casos vitoriosos (sempre com autorização dos pacientes).

Objetivo Geral

Levar entretenimento e alegria aos pacientes e seus acompanhantes através de programação semanal produzida pelo IBGC voltada para o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Objetivos Específicos

- Divulgar vídeos de casos exitosos de pacientes recuperados (com autorização do paciente);
- Reprodução de entrevistas com pessoas bem quistas na comunidade local;

- Apresentação de mensagens motivacionais;
- Exibição de músicas e clipes para relaxamento.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de bem estar e conforto aos pacientes e acompanhantes;
- Proporcionar humanização e qualidade no tempo de permanência no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Metodologia

O programa iniciará com a produção dos vídeos, entrevistas, músicas e clipes a serem exibidos na unidade. Para a eficiência na implantação do projeto, deverá buscar-se estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó de modo a permitir a participação e colaboração de todos os colaboradores da unidade. Estimular com as entrevistas, a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.

4. ACOMPANHAMENTOS DE PACIENTES PÓS-COVID

INTRODUÇÃO

As várias sequelas neurológicas, cardíacas, pulmonares, renais e metabólicas observadas em pessoas diagnosticadas com Covid-19, o que cientistas estão chamando de Covid longa ou síndrome pós-Covid, devem se tornar um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

Isso porque a síndrome caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que podem persistir por mais de três meses após o diagnóstico da Covid-19 leva à necessidade de tratamentos e reabilitação – temporários ou vitalícios.

Uma pesquisa publicada na revista Nature em abril indica que a Covid longa deverá ter um grande impacto no sistema de saúde dos Estados Unidos (EUA) nos próximos anos. O levantamento realizado pela Universidade de Washington, nos EUA, com 87 mil pessoas infectadas pelo novo coronavírus, confirmou que, apesar de ser inicialmente um vírus respiratório, as sequelas do Sars-CoV-2 podem afetar quase todos os sistemas orgânicos do corpo.

Os autores avaliaram 379 diagnósticos de doenças possivelmente relacionadas à Covid-19 nos EUA (veja quadro). Para esses pacientes, foram prescritas 380 classes de medicamentos e realizados 62 tipos de exames laboratoriais. Diante de tal proporção, o coordenador do estudo, Ziyad Al-Aly, escreveu que “não é exagero dizer que as consequências de longo prazo da Covid-19 para a saúde serão a próxima grande crise de saúde dos Estados Unidos”

Região afetada	Sintomas
Sistema respiratório	Tosse persistente, falta de ar e baixos níveis de oxigênio do sangue
Sistema nervoso	Derrame, dores de cabeça, problemas de memória, perda de olfato e paladar
Sistema cardiovascular	Doença coronariana aguda, insuficiência cardíaca e arritmia
Sistema gastrointestinal	Prisão de ventre, diarreia e refluxo ácido
Sistema musculoesquelético	Dores nas articulações e fraqueza muscular
Sistema circulatório	Trombose
Sistema metabólico	Colesterol alto, diabetes e obesidade
Cérebro	Ansiedade, depressão, problemas de sono e abuso de substâncias
Pele	Erupções cutâneas e queda de cabelo
Rins	Insuficiência renal

Fonte: Escola de Medicina da Universidade de Washington

Diante disso, é possível dizer que a crise que estamos vivendo não é somente sanitária, mas afeta diversas dimensões da proteção social brasileira, incluindo o sistema de saúde.

Precisamos reagir a isso, planejar para antecipar o impacto da Covid longa.

Aspectos gerais da proposta

Sabedores de todos os agravos possíveis pós-covid, essa proponente almeja um acompanhamento à pacientes que concordarem em participar do projeto, visando assim a minimização de eventuais problemas de saúde e a preservação da saúde.

Objetivo Geral

Padronização do atendimento, por intermédio da equipe multidisciplinar que acompanhará os pacientes no projeto, examinando-se fatores que os predisponham à reinternação.

Quando do encontro remoto, paciente-equipe multidisciplinar, serão abordadas, de forma simples e clara, ações quanto ao cuidado e monitoramento de saúde do paciente, de forma a diminuir riscos de descompensação e agravamento de comorbidades, instruindo cada paciente para que seja protagonista no cuidado com sua própria qualidade de vida e saúde.

Objetivos Específicos

- Interações entre o paciente pós-covid e equipe multidisciplinar;
- Proporcionar melhor qualidade da saúde do paciente;
- Evitar descompensação e agravamento de comorbidades;

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de cuidado aos pacientes pós covid;
- Diminuir a reinternação por agravamento de comorbidades pós covid;

Metodologia

O programa iniciará com o questionamento aos pacientes elegíveis para alta nas próximas 24 hs, se desejam participar deste acompanhamento remoto e se dará uma vez por semana durante 90 (noventa dias) em horários previamente estabelecidos entre a equipe multiprofissional e os pacientes.

5. PROJETO HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Introdução:

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético política: ética porque implicara a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estético porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS estas congregadas as ações do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidades entre ele, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.”

Aspectos Gerais da Proposta:

O IBGC em sua gestão no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente de Saúde, dessa forma propõe um Programa de Humanização para que seja agregado as diversas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, usuários e comunidade e ao mesmo tempo criar subsídios à implantação de um programa permanente de Humanização que beneficie os usuários, trabalhadores e comunidade tanto da assistência, quanto do trabalho em saúde.

Atendendo a usuários da infância-juventude, adultos, com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

Melhoria nas condições de trabalho do cuidador e de comunicação e informação tanto nas relações de trabalho quanto aos usuários.

Os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico, tecnológico e de conhecimento. Entretanto esta evolução não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano.

O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas a saúde e a doença.

A experiência mostra que uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente hospitalar podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam – atores essenciais para a humanização.

O programa se propõe a articular as iniciativas de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana.

Humanizar o ambiente de saúde é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular.

Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites. Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

As dificuldades encontradas são as mais variadas, em especial com relação à mudança de postura dos pacientes e profissionais nos últimos anos. Se de um lado houve uma maior participação tanto dos usuários quanto dos profissionais na gestão dos serviços, essa ainda é incipiente se considerarmos o todo institucional.

Objetivo Geral

O IBGC tem como objetivo apoiar e estimular as ações humanizadoras no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, mas a humanização só será realmente possível quando houver um esforço conjunto de toda a comunidade.

Todo ator desta instituição deve ser parte integrante desta proposta, sendo como idealizador de uma nova ação ou projeto, dentro do seu local de trabalho, juntamente com a sua equipe.

Ou ainda, levando sua proposta ou ideia até a gestão, para discussão e viabilização da mesma. A Diretoria semanal está sempre aberta a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

Objetivos Específicos

- Agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, possibilitando que temática humanização na saúde esteja presente em cada escopo.
- Possibilitar reflexão e promoção no fortalecimento contínuo desta política.
- Sensibilizar e responsabilizar a todos os atores envolvidos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para que desenvolvam projetos e ações que propicie um atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade do usuário e os profissionais da saúde.
- Atender aos vários eixos que a Política de Humanização pressupõe como eixos de ação que objetivam a Institucionalização, difusão, desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento e bem estar;
- Atender aos eixos da Política de Humanização;

Metodologia

Será instituído pelo IBGC permanentemente na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó a Humanização multidisciplinar que terá como metodologia de trabalho: Levantamento das iniciativas já existentes, promovendo a integração das mesmas e realização de Oficinas e Seminários para traçar o Plano de ação de novas iniciativas.

Buscar-se-á ainda apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.

6. PROJETO CANTANDO A ESPERANÇA NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ:

Introdução:

Entre os benefícios terapêuticos da utilização da música em ambientes hospitalares estão a melhora do humor, da concentração e do raciocínio lógico; aumento da disposição e consequentemente redução da ansiedade, do estresse e da depressão; promoção do alívio de dores de cabeça; aumento da capacidade respiratória; melhora dos distúrbios de comportamento e auxílio em doenças mentais; influência no controle da pressão arterial; ajuda no suporte das dores crônicas e na tolerância a tratamentos.

Aspectos Gerais da Proposta:

A musicoterapia, dada ao trabalho com a música e suas características de inserção na cultura e no cotidiano dos seres, pode ser uma importante aliada aos programas que pretendem um atendimento mais humano aos que passam por estressantes situações hospitalares.

O IBGC em sua gestão no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente de Saúde, conforme projeto proposto anteriormente.

Deste modo, dando seguimento a esse projeto de humanização na unidade, a musicoterapia se revela como uma aliada em trazer benefícios terapêuticos da música aos pacientes e colaboradores na unidade.

Objetivo Geral

O IBGC, sabem que pacientes internados geralmente experienciam ansiedade devido a numerosos fatores relacionados a aspectos objetivos e subjetivos decorrentes da internação.

Alguns fatores comumente relatados na literatura incluem os medos da dor, medo das limitações impostas por doença, e pela possibilidade da morte, bem como questões referentes à hospitalização, como por exemplo a não familiaridade com o meio e sentimentos de isolamento e de não ter ajuda.

O uso de canções pode contribuir ao oferecer aos pacientes significados existenciais que os auxiliam para fortalecerem-se e, também, como instrumentos importantes para efetivar mudanças internas que o enfrentamento da doença proporciona.

Nesse sentido o Projeto Cantando a Esperança no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, mobilizará artistas locais para apresentações musicais na unidade, além de ações com sonorização ambiente pela equipe multidisciplinar da unidade.

Objetivos Específicos

- Possibilitar benefícios terapêuticos aos pacientes a partir da música;
- Contribuir para o alívio do estresse, a melhoria do humor e do ambiente, e a atenção recebida pela presença da música;
- Contribuir para a sensação de bem-estar dos pacientes e colaboradores.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento e bem estar;
- Atender aos eixos da Política de Humanização;

Metodologia

Será instituído pelo IBGC na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó mobilizará artistas locais para apresentações musicais

na unidade, além de ações com sonorização ambiente pela equipe multidisciplinar da unidade, estabelecendo um dia na semana para as ações deste projeto.

7. PROJETO REGISTROS DE MÃE

Introdução:

Durante a gestação, muitas mulheres têm o sonho de eternizar esse momento em fotografia, registrando as mudanças no corpo, a felicidade em gerar uma vida e o momento do parto. Esse sonho será realidade para as pacientes mães do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, através do Projeto Registro de Mãe, onde haverá um profissional contratado para registrar alguns momentos do parto e da mãe com o bebê.

Aspectos Gerais da Proposta:

O IBGC em sua gestão no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, terá como primórdio a questão da Humanização hospitalar.

Deste modo, dando seguimento a esse projeto de humanização na unidade, o Projeto Registros de Mãe se revela como um aliado em trazer benefícios psicológicos para as mães pacientes da unidade e por conseguinte, toda a família, que poderá reviver através das fotos um momento emocionante.

Objetivo Geral

O IBGC, sabe que muitas mulheres sonham em registrar os momentos do parto, todavia em uma fase em que naturalmente já existem tantos outros gastos, a parturiente acaba não conseguindo eternizar esse momento com fotografia.

Nesse sentido o Projeto Registro de Mãe no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, permitirá que as pacientes tenham o registro do parto e primeiros momentos com o filho, de certo modo atuando sobre o psicológico das mesmas, favorecendo um puerpério mais feliz.

Objetivos Específicos

- Possibilitar benefícios psicológico às pacientes a partir dos registros;
- Contribuir para a melhoria do humor e da autoestima, haja vista serem fotos profissionais que destacam a beleza da parturiente e do bebê;
- Contribuir para a sensação de bem-estar.

Metas

- Realizar o projeto permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento, ajudar na autoestima e bem-estar pós parto;

Metodologia

Será instituído pelo IBGC na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó através da contratação de fotógrafo profissional, que ficará à disposição da unidade para os momentos de parto. Ademais haverá treinamento de dois profissionais da equipe, com curso de fotografia, de modo que em eventuais férias ou impedimentos, o projeto não fique paralisado.

7. PROJETO VOCÊ É PRECIOSA

Introdução:

Os números de mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil são alarmantes. Atualmente de acordo com a ONU, a taxa de feminicídio no Brasil é a 5º maior do mundo.

Em casos de violência doméstica, muitas vezes as mulheres são espancadas, lesionadas, machucadas, física e psicologicamente. O Projeto Você é Preciosa buscará revelar a beleza e devolver a autoestima às mulheres vítimas de violência doméstica que derem entrada no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

A equipe multidisciplinar através do Serviço Social e Psicologia criará para paciente antes de sua alta um momento de cuidado estético com maquiagem e cabelo, demonstrando a preciosidade que é a sua vida, seu valor incalculável e buscando através de um momento de alegria e bem-estar, ajudá-la à enfrentar seu trauma com um pouco de leveza.

Aspectos Gerais da Proposta:

O IBGC em sua gestão no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, buscará sempre em suas ações o processo de Humanização hospitalar.

Assim, um momento de beleza às vítimas de violência doméstica, proporcionarão às vítimas um momento de bem-estar.

Objetivos Específicos

- Possibilitar benefícios psicológico às pacientes a partir de um momento de cuidado estético;
- Contribuir para a melhoria do humor e da autoestima, haja vista ser um momento dedicado a beleza da paciente;
- Contribuir para a sensação de bem-estar.

Metas

- Realizar o projeto permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento, ajudar na autoestima e bem-estar.

Metodologia

Será instituído pelo IBGC na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó através da capacitação de profissionais da equipe multiprofissional, para cuidados estéticos e de elevação da autoestima da paciente.

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

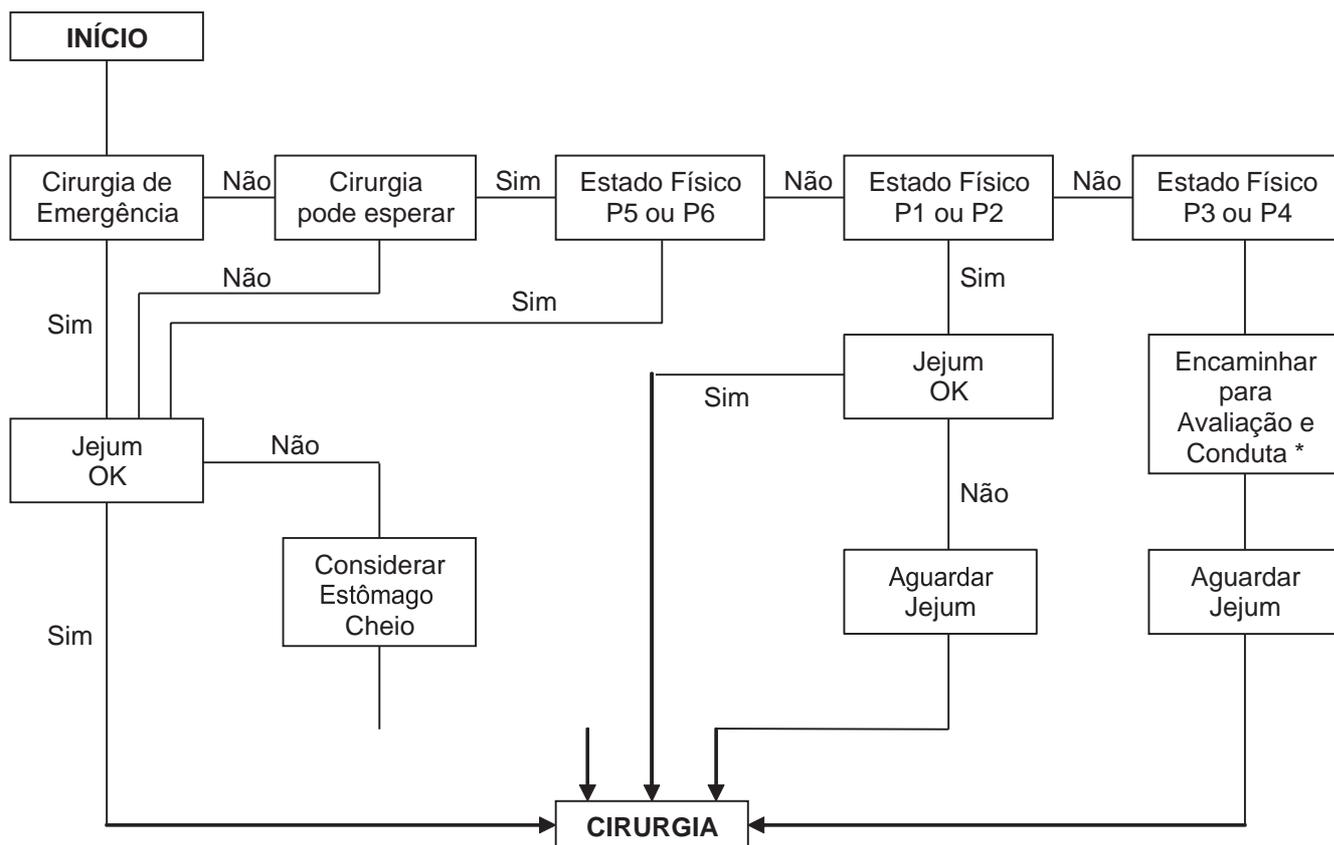
ANEXO IV

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

ROTINAS DE ANESTESIA



* ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

- 1) HAS de difícil controle terapêutico
 - PAS > 180 mmHg
 - PAD > 110 mmHg
 - PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
- 2) Infarto prévio do miocárdio
- 3) ICC classe funcional II e III
- 4) Angina
- 5) Cardiopatia congênita
- 6) Valvopatia grave
- 7) Revascularização miocárdica
- 8) Cirurgia cardíaca prévia

** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar

Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina

Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

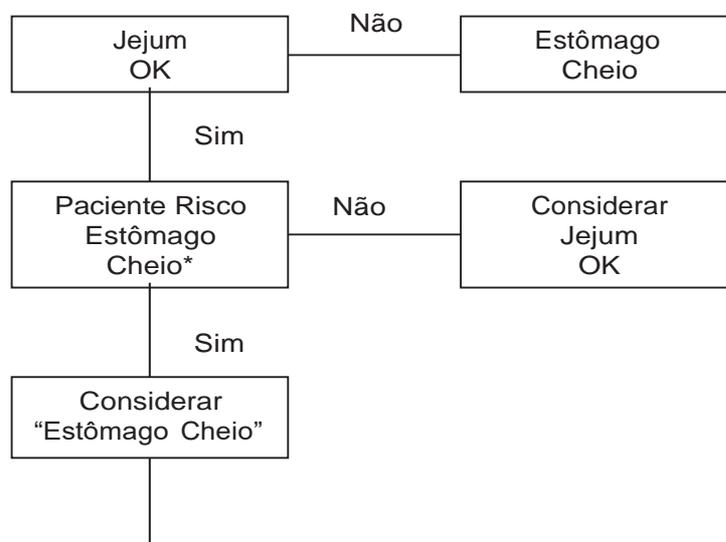
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

ESTÔMAGO CHEIO



Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução seqüencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, desordens neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascites de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

DIABETES MELLITUS

- Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.
- Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia
- Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia
- Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia
- Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia
- Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)
- Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que possível prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

Obs.: Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal

Cuidados Específicos

Em caso de pacientes compensados com dieta:

Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação

Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose

Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:

Suspender hipoglicemimimante

Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

Em caso de paciente compensado com insulina:

Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível.

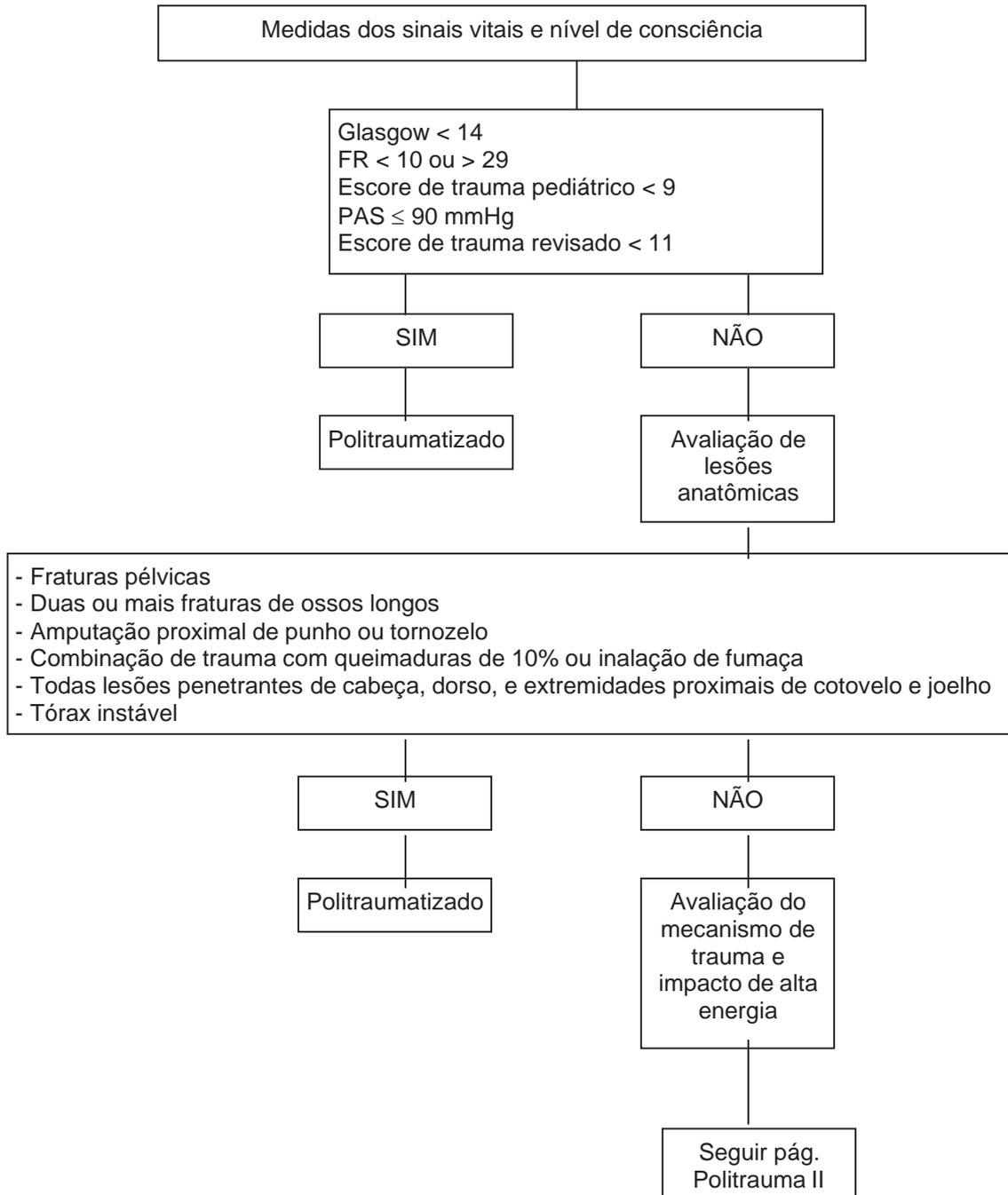
Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.

Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PREVIO DE SUSPENSAO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fracionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq 1,4$ pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.

POLITRAUMATIZADO – I (IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Frequência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

POLITRAUMATIZADO II (IDENTIFICAÇÃO)

<ul style="list-style-type: none">- Ejeção do automóvel- Morte no mesmo compartimento do passageiro- Atropelamento- Impacto de alta velocidade- Velocidade inicial > 64 Km/h- Mudança de velocidade > 32 Km/h- Maior deformidade > 50 cm- Intrusão no compartimento do passageiro > 30cm	<ul style="list-style-type: none">- Tempo resgate > 20min- Queda > 20 pés (± 6 metros)- Capotagem- Lesão do pedestre com impacto significante > 8Km/h- Impacto de motocicleta > 32Km/h com separação da roda do guidão
---	--

SIM

Politraumatizados

NÃO

Avaliação dos Fatores de Risco

- Idade < 5 ou > 55 anos
- Presença de doença cardíaca, respiratória ou uso de medicações psiquiátricas
- Diabéticos em uso de insulina, cirrose, malignidade, obesidade ou coagulopatia

SIM

Politraumatizado

NÃO

Reavaliação com controle médico

QUANDO EM DÚVIDA, CONSIDERE TODO O ACIDENTADO UM POLITRAUMATIZADO

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIÁVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

PACIENTE POLITRAUMATIZADO ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIAVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- β HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

POLITRAUMATISMO

CONDUTA IMEDIATA

- A) Colar cervical + desobstruir vias aéreas
- B) Identificar e tratar:
- pneumotórax hipertensivo
 - pneumotórax aberto
 - hemotórax maciço
 - tórax instável
- C) Choque. Identificar e tratar:
- traumatismo abdominal
 - fratura de bacia
 - lesões em extremidades
 - hemorragia externa
 - tamponamento cardíaco
- D) Lesão do SNC. Veja TCE
- E) Despir o paciente, examinar e evitar hipotermia (a melhor maneira é manter boa perfusão tissular).
- F) Realizar em todos os pacientes RX de: coluna cervical, tórax, bacia, ECG, β HCG em mulheres férteis, ultra-som do abdome total.

Apneia ou Iminente Apnéia
Glasgow < 8
Risco de aspiração
Via aérea insegura
Incapacidade de manter saturação de $O_2 > 90\%$

Via aérea definitiva
Tubo Orotraqueal ou Cricotiroidostomia

ATENÇÃO →

SEGUIR

Estabilidade Hemodinâmica

Choque persistente

Tratamento adequado

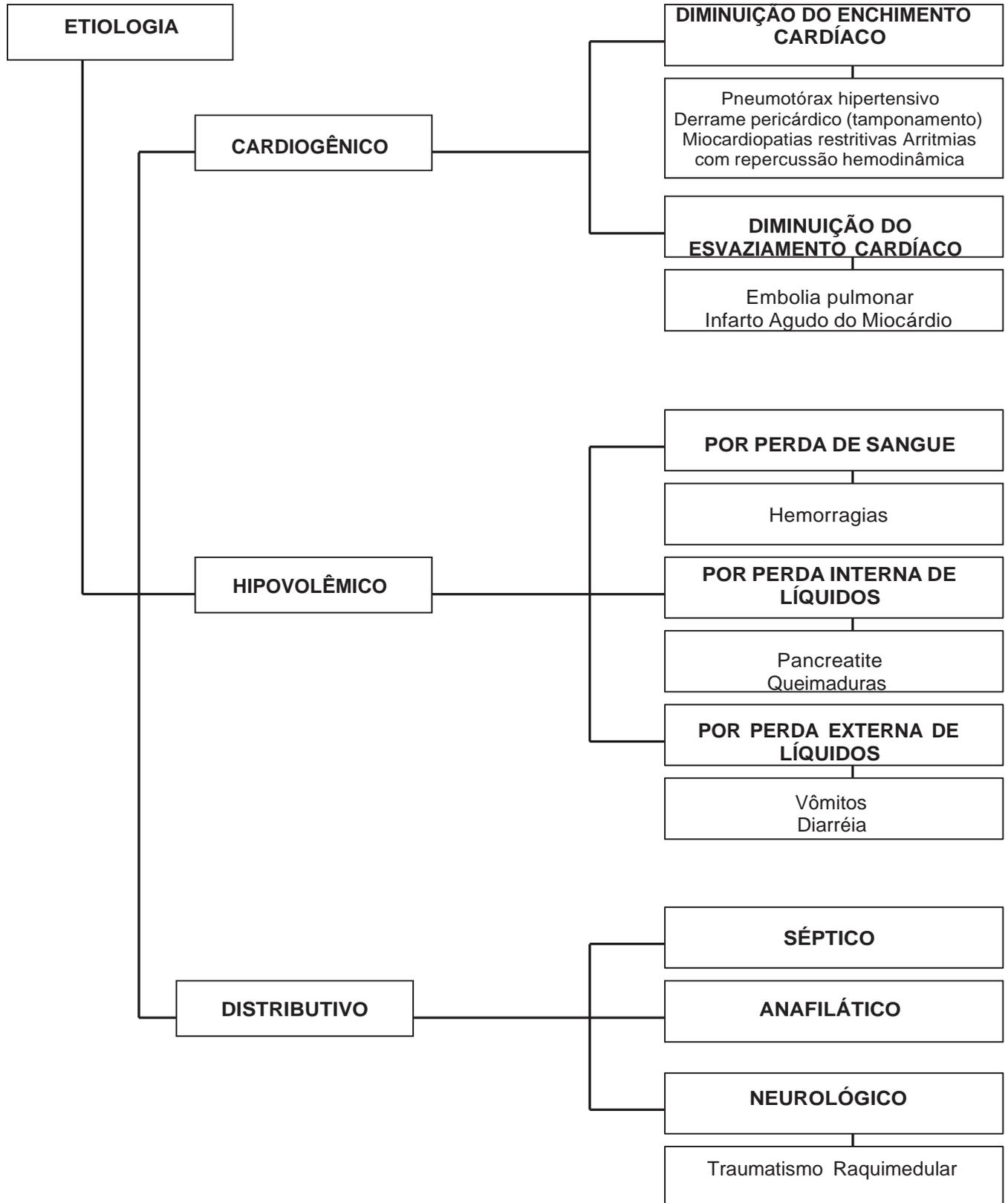
ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

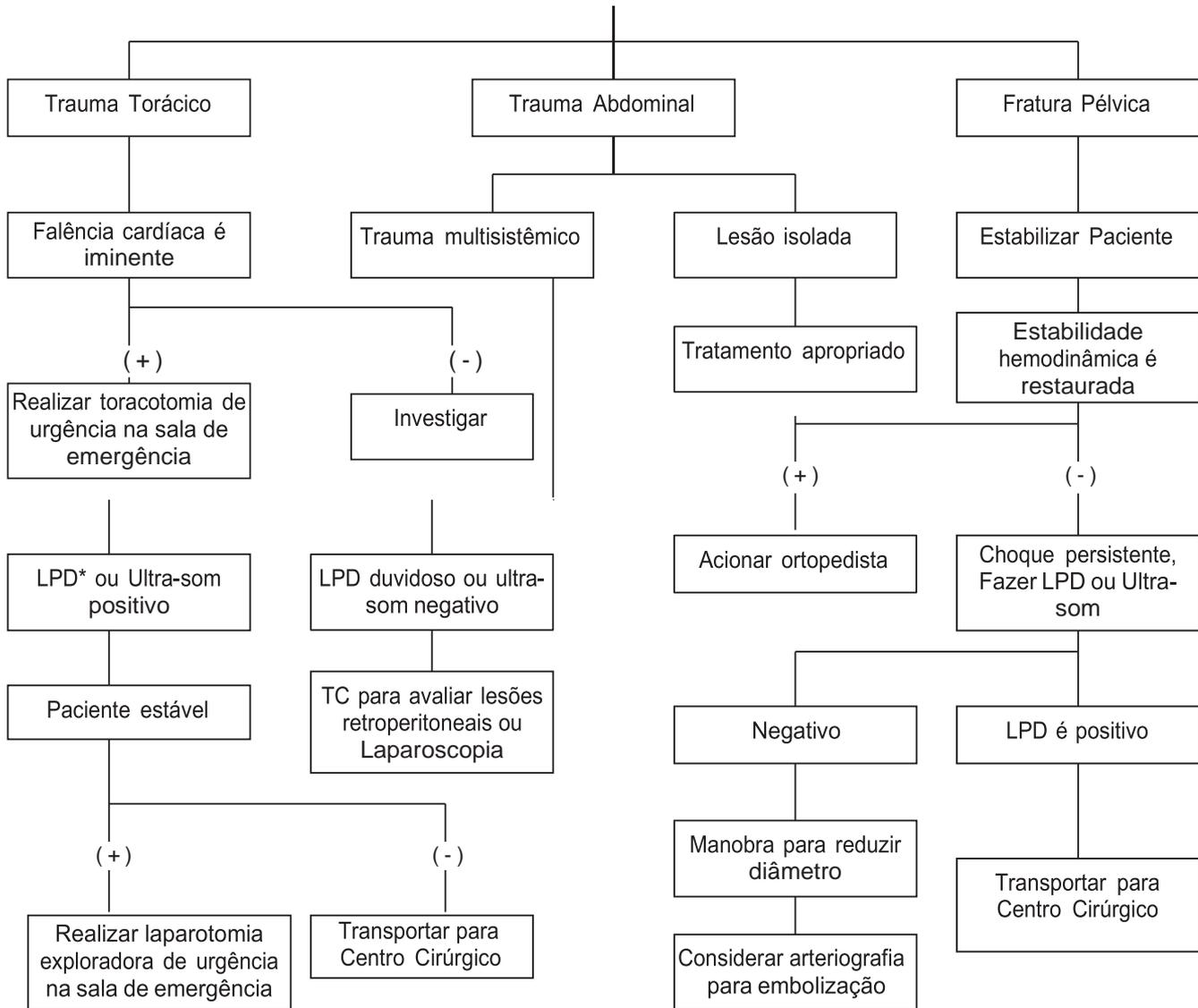
- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- β HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

CHOQUE

DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO
EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA



CHOQUE HIPOVOLÊMICO



(-) Não
(+) Sim

TRATAMENTO

Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),
Se necessário infundir mais 3.000ml.
Crianças – 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide
Não melhorou, usar sangue

*LPD – Lavagem Peritoneal Diagnóstica

CHOQUE HIPOVOLÊMICO II

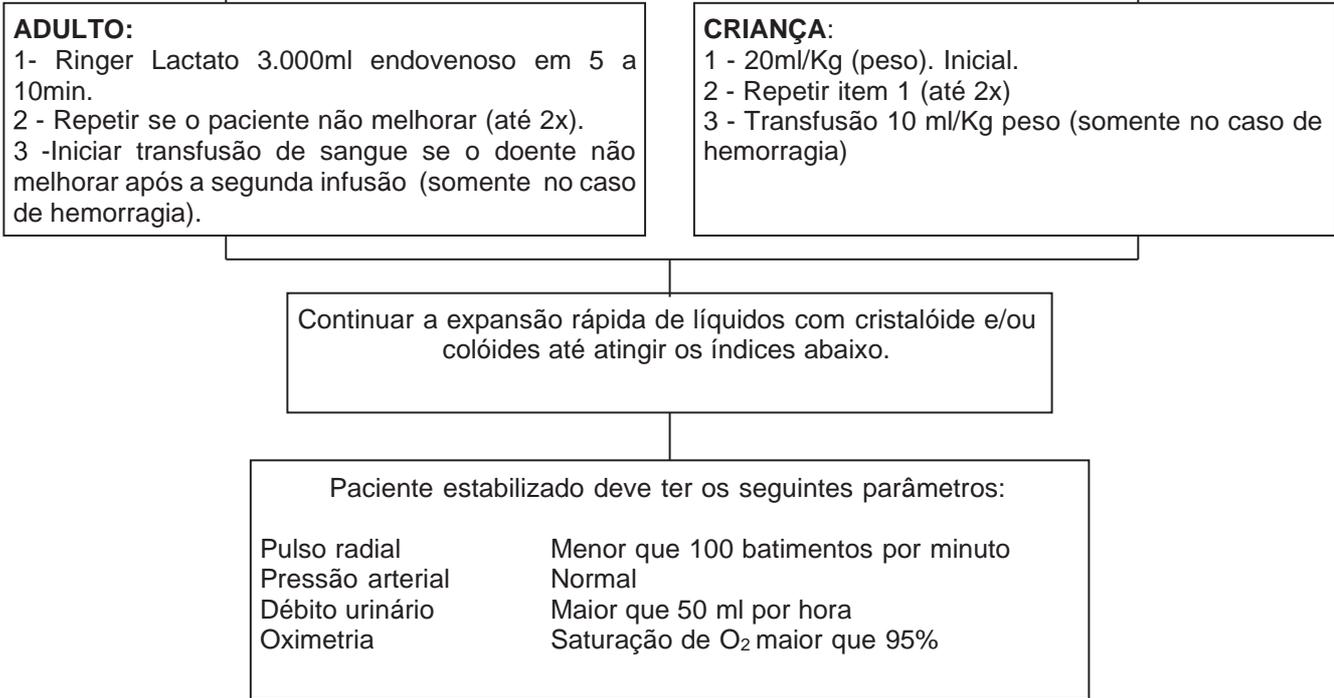
ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1-500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

- Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

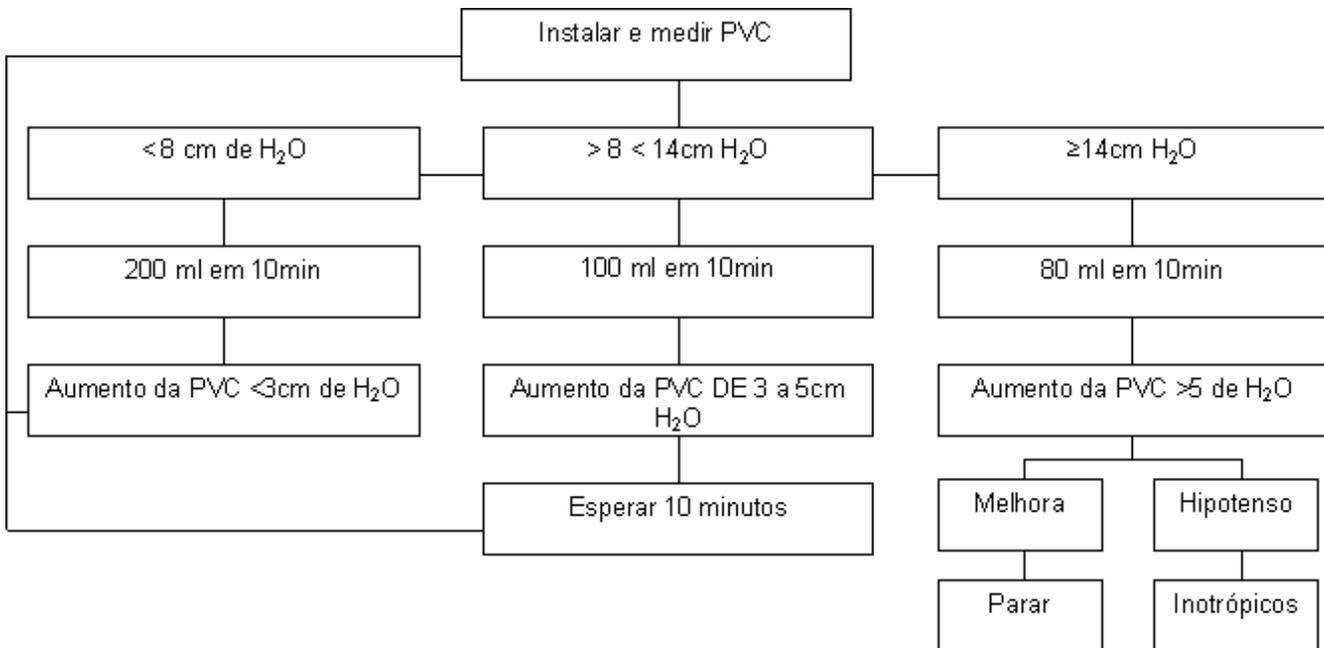
CHOQUEHIPOVOLÊMICO

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

PRESSÃO COLOIDSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



ATENÇÃO:

OBSERVAR:

- 1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com jelco 14.
- 2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS

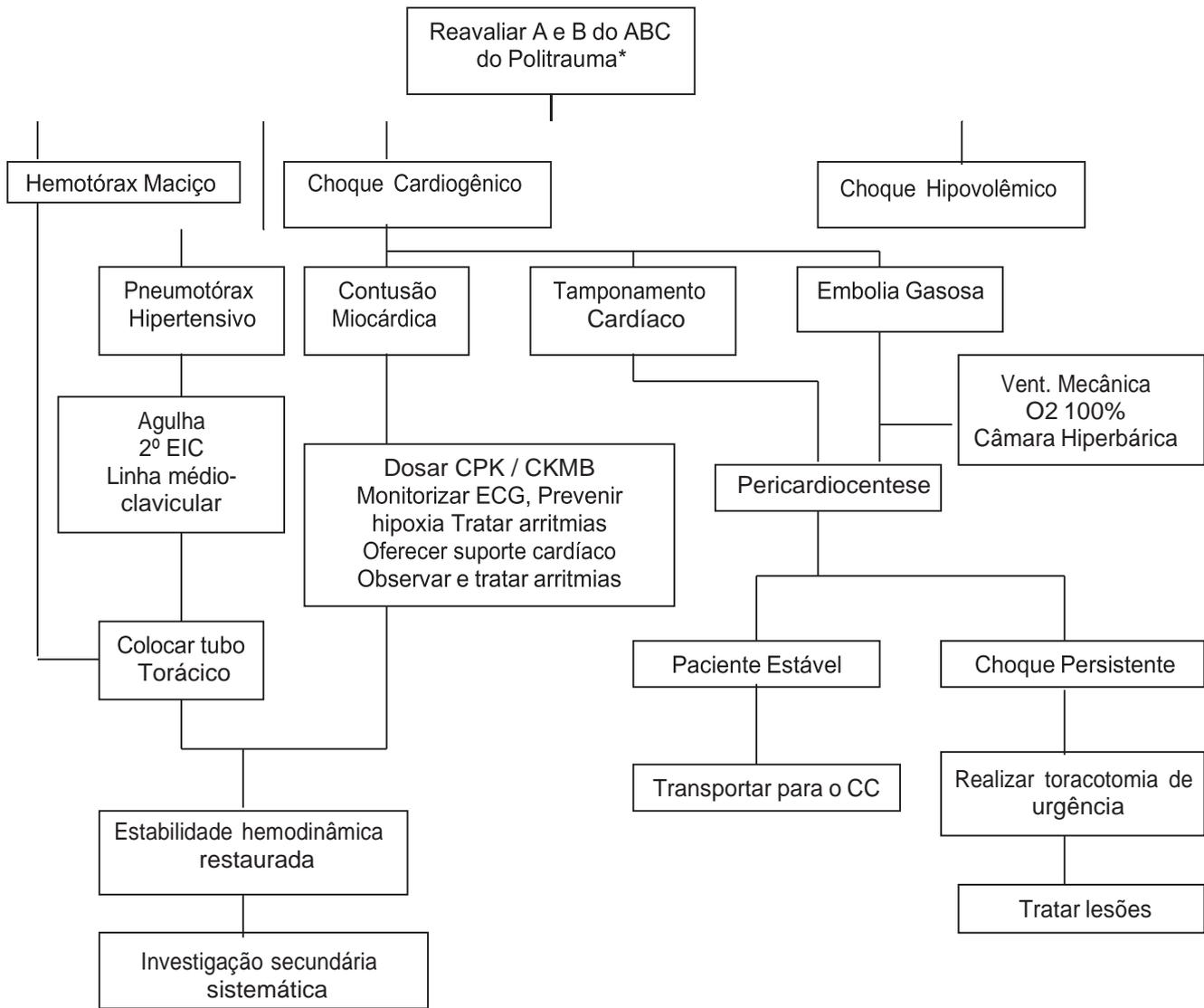
RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

	PERDA DE VOLUME SANGUINEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS

	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHG)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

CHOQUE PERSISTENTE



*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical:
Boa ventilação e respiração que asseguram uma troca gasosa e perfusão adequadas;
Controlar a circulação através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções;
Déficit neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;
Exposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCO2 entre 25 e 35.

• **LOC** – Perda de consciência
 • **HVT** – Hiperventilação

RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA

GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

Controle da hipertensão intracraniana na admissão

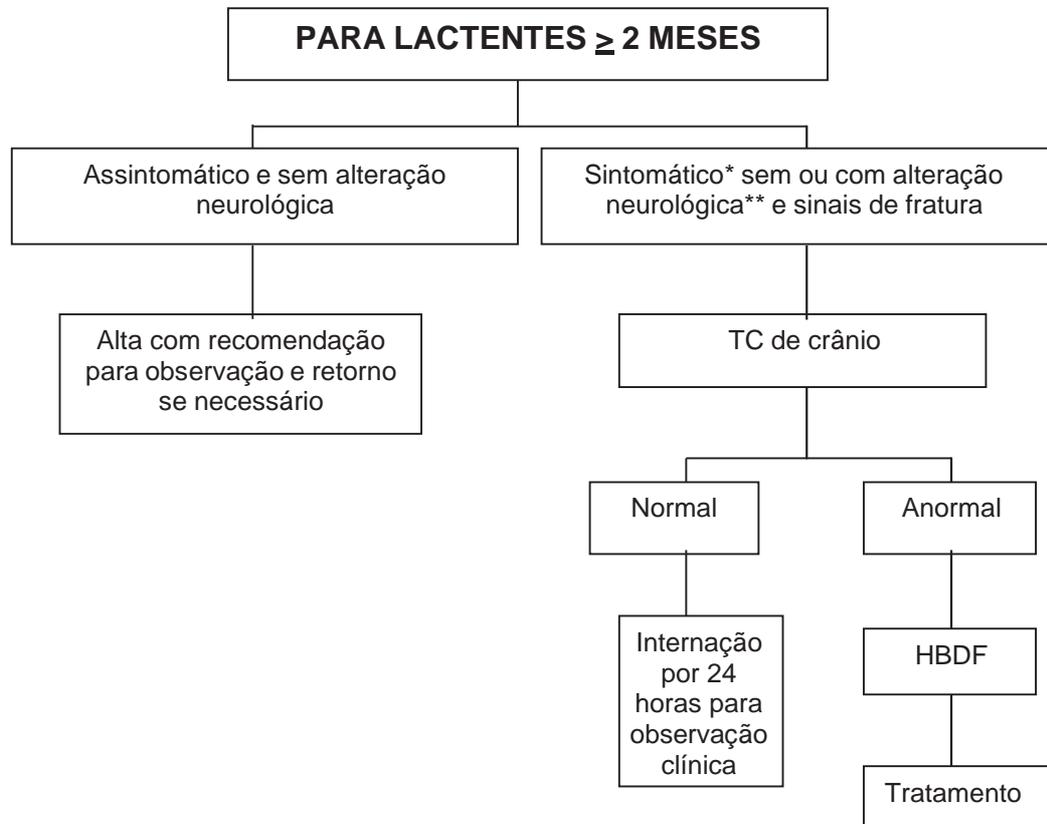
1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.

4. Decúbito elevado a 30°, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
9. Tratamento das lesões associadas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
		Total

<p>Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de trauma; • Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo; • Fontanela tensa e abaulada; • Amnésia prolongada; • Perda da consciência maior que 5 minutos; • Déficits neurológicos; • Vômitos incoercíveis; • Cefaléia intensa ou moderada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fratura craniana e fratura de base do crânio(sinal de Battle: equimose da região mastóide; “olhos de guaxinim”: equimose periorbitária); • Rinorréia, otorréia e hemotímpano; • Alteração do diâmetro pupilar; • Suspeita de maus-tratos. <p>Observação Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.</p>
--	---

TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

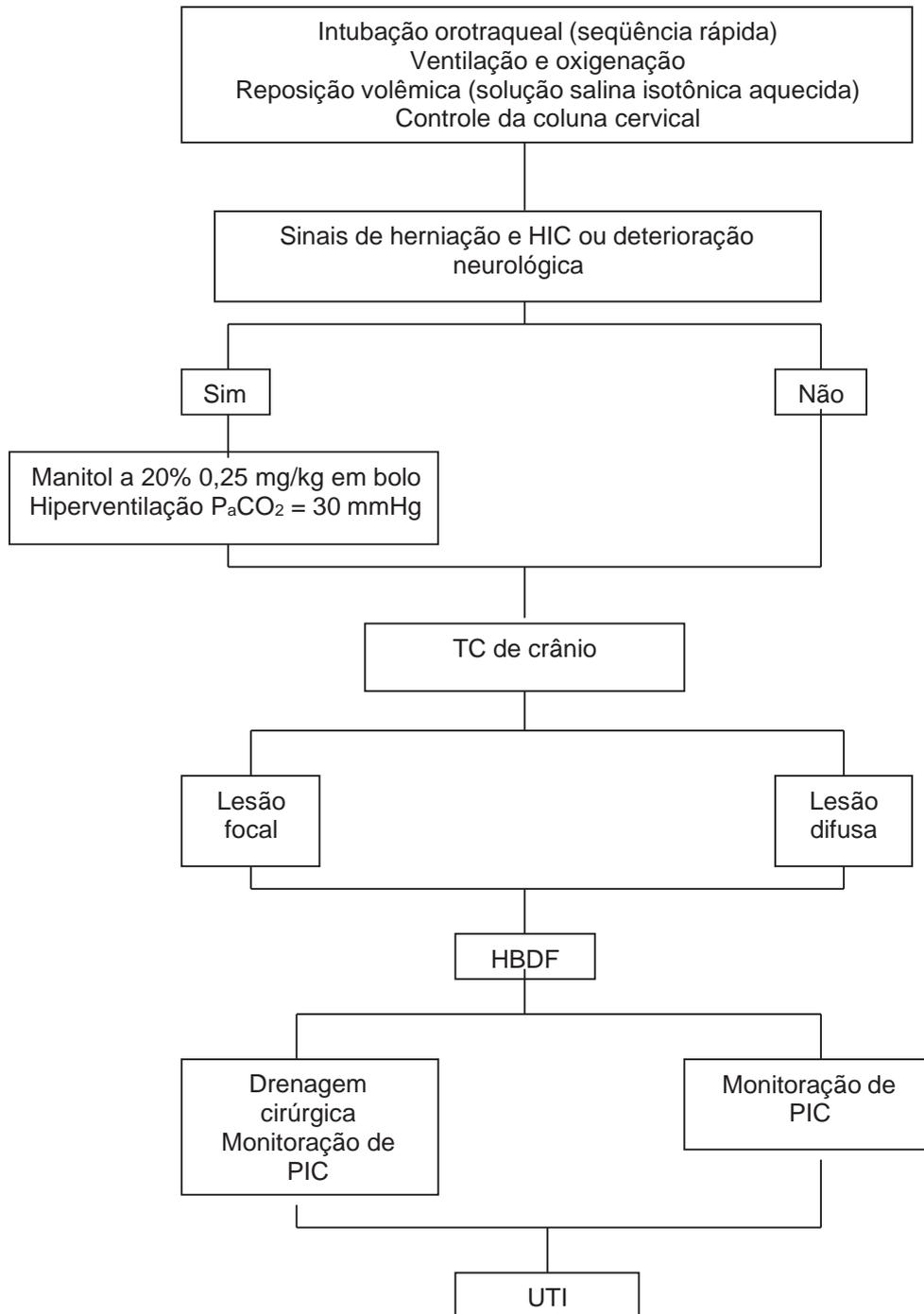
** Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
 - Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
 - Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.
-

TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



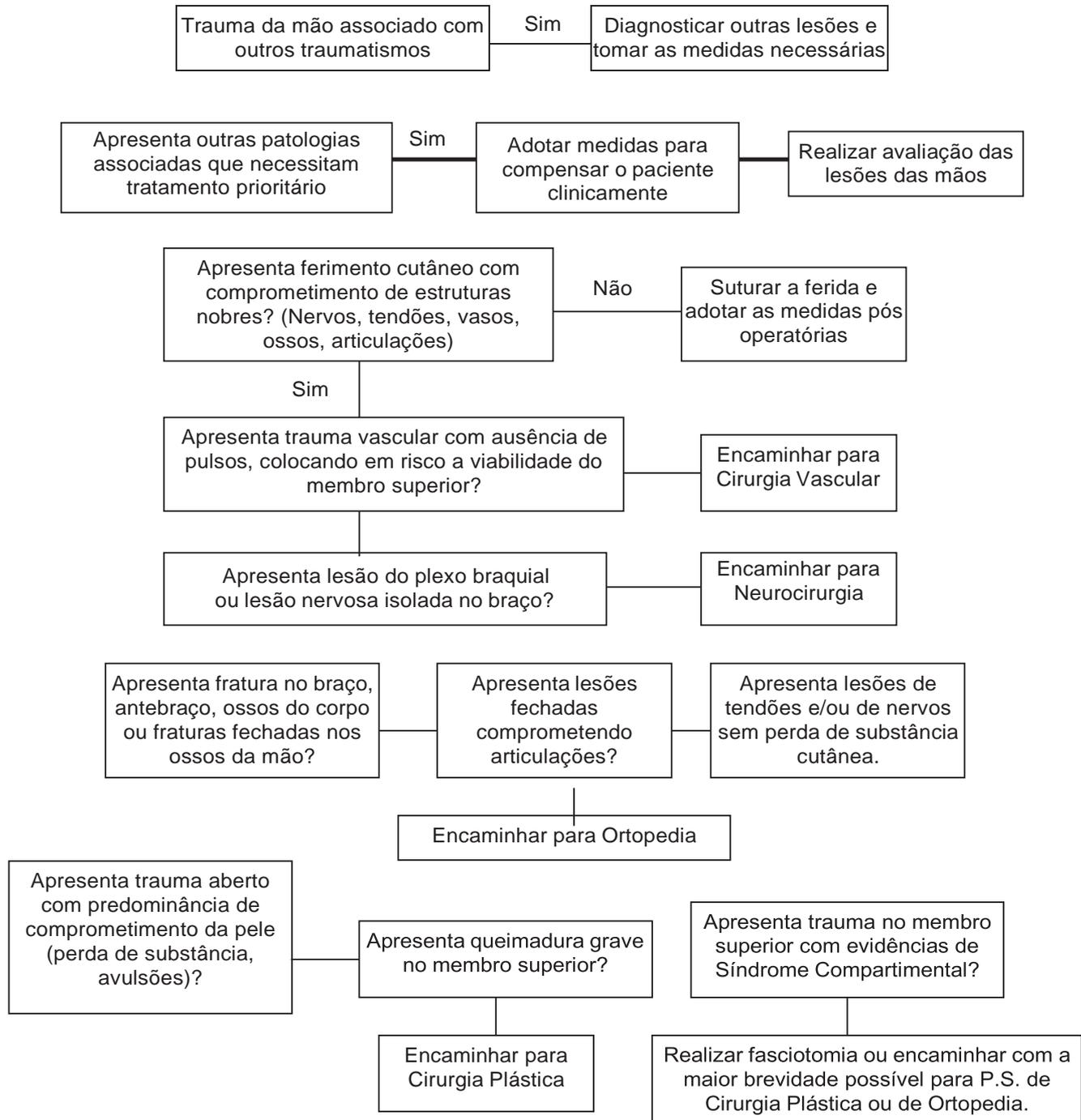
RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

As incidências mais comumente empregadas para o diagnóstico das fraturas de face são:

- Occiptomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zigomas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomática- frontal e ramos da mandíbula
- Perfil – estudo da parede anterior do seio frontal, paredes laterais da órbita, perfil de ossos próprios do nariz, maxila e mandíbula.
- Oblíqua lateral da mandíbula (Bellot) – visualização lateral da mandíbula, principalmente corpo e ângulos.
- Towne modificada – para colo condílico
- Axial de Hirtz – para arco zigomático.

Poderão ser utilizadas ainda as tomografias lineares, computadorizadas e em 3 dimensões.

TRAUMATISMO DE MÃO



PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3ª Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Apice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3ª art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplíteia
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Area Perianal
TOTAL							

	(Máximo) (50)	(50)	(56) (56)	(56)	(56)
Índice Motor			Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque
	(Máximo)	(100)		(112)	(112)

Contração voluntária anal (sim/não)

Qualquer sensibilidade anal (sim/não)

MOTOR	SENSIBILIDADE
0 – Paralisia total	0 – Ausente
1 – Contração visível ou palpável	1 – Comprometido
2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade	2 – Normal
3 – Movimento ativo contra a força da gravidade	NT – Não testável
4 – Movimento ativo contra alguma resistência	
5 – Movimento ativo contra grande resistência	
NT – Não testável	

ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS

ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS

NÍVEL: _____

A – Completa

Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta

Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal

As funções sensitivas e motoras são normais

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis: 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparelhada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)			Controle dos Esfínteres	Admissão Alta	Locomoção	Admissão Alta				
			Controle vesical	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Caminhar,	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
			Controle esfíncter anal	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Cadeira de rodas	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
				Escada	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
		Mobilidade	Admissão Alta	Comunicação	Admissão Alta					
		Transferência:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Compreensão	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
		Cama,Cadeira de rodas	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Expressão	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
		Banheiro	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Cognição social	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
		Banheira,Chuveiro	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Interação social	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
				Solução problemas	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
				Memória	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
Cuidados Pessoais Admissão Alta										
Alimentação		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Cuidados com aparência		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Banhos		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Vestir parte superior do corpo		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Vestir parte inferior do corpo		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Asseio		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
		MIF TOTAL: _____								

ESCORES DE TRAUMA

Obs: Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos.

ESCORE DE TRAUMA REVISADO

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:
 $*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$
Para um valor total máximo de 7,84

*GCS - Glasgow

*BPM - Batimentos por minuto

*FR = Frequência Respiratória

*ETR = Escore de Trauma Revisado

IMPORTÂNCIA:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivência.

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

ÍNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISS INJURY SEVERITY SCORE).

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (AIS - Abreviate Injury Scale).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

CÁLCULO DO ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Calculo do ISS = $4 + 4 + 4$? ISS = $16 + 16 + 16 = 48$? ISS = 48

LIMITAÇÕES:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0,0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3/1))

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quanto do trauma. Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

- 1 – Menor
- 2 – Moderado
- 3 – Sério
- 4 – Severo (ameaça a vida)
- 5 – Crítico (sobrevida incerta)
- 6 – Não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	CONTUSAO	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na Uretografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

DIAFRAGMA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão		2
2	Laceração de 2cm ou menos		3
3	Laceração de 2 a 10cm		3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25 cm Quadrados		3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados		3

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PAREDE TORACICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESAO		AIS – 90
1	Contusão Laceração Fratura	Qualquer localização	1
		Pele e subcutâneo	1
		Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutânea e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
		clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
3	Laceração Fratura	Corpo da escápula	2
		Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	3-4
4	Laceração Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	4
		Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	3-4
5	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	5
		Tórax instável bilateral	

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMAO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESAO		AIS – 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão Laceração	Unilateral in lobo	3
		Pneumotórax simples	3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo	3
		Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
		Intraparenquimatoso em expansão	4-5
		Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rotura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FIGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESAO		AIS – 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
		Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
		1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
		Maior que 3cm de profundidade	3
4	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Coinaud em um lobo	4

5	Laceração Vascular	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Couinaud em um lobo	5
		Lesões justahepáticas, i.é, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2 2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão.	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
	Laceração	Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	Hematoma	Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	Hematoma Laceração	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
		Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceração Vascular	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
		Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	Laceração Vascular	Destruição renal total	5
		Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS – 90
1	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior Artéria e veia frênicas Artéria e veia lombar Artéria e veia gonadal Artéria e veia ovariana Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	0
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda Artéria e veia esplênicas Artéria gástrica esquerda ou direita Artéria gastroduodenal Artéria e veia mesentérica inferior Ramos primários da artéria e veia mesentérica Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3 3 3 3 3 3 3
3	Artéria mesentérica superior Artéria e veias renais Artéria e veias ilíacas Artéria e veias hipogástricas Veia cava infra-renal	3 3 3 3 3
4	Artéria mesentérica superior Eixo celíaco Veia cava supra-renal, infra-hepática Aorta infra-renal	3 3 3 3
5	Veia porta Veia hepática extraparenquimal Veia cava retro ou supra-hepática Aorta supra-renal subdiafragmática	3 3-5 5 5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS-90
1	Artéria e veia intercostal Artéria e veia mamária interna Artéria e veia brônquica Artéria e veia esofágica Artéria e veia hemiázigos Artéria e veia inominada	2-3 2-3 2-3 2-3 2-3 2-3
2	Veia ázigos Veia jugular interna Veia subclávia Veia inominada	2-3 2-3 3-4 3-4
3	Artéria carótida Artéria inominada Artéria subclávia	3-5 3-4 3-4
4	Aorta torácica descendente Veia cava inferior intratorácica Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	4-5 3-4 3 3
5	Aorta torácica ascendente e arco Veia cava superior Artéria pulmonar, tronco principal Veia pulmonar, tronco principal	5 3-4 4 4
6	Transseção total incontida da aorta torácica Transseção total incontida do hilo pulmonar	5 4

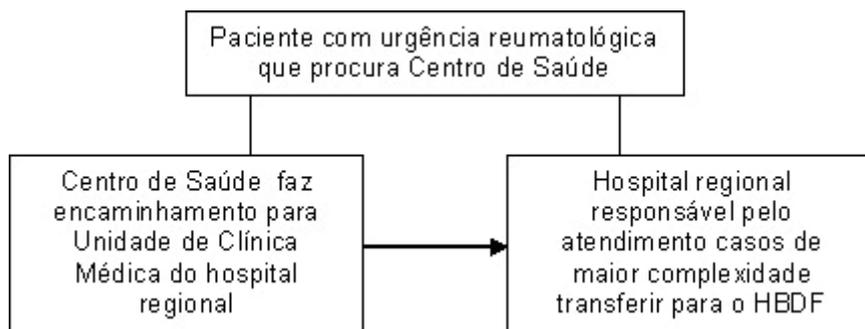
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

Todo atendimento reumatológico que ficar caracterizado como de Urgência em atenção primária, deverá ser transferido para a Unidade de Emergência da Clínica Médica de um Hospital Regional secundário, para diagnóstico e tratamento inicial. Na impossibilidade de permanecer internado, ou na existência de uma enfermidade de maior complexidade, o paciente será transferido para a Unidade terciária (HBDF).

A avaliação clínica e o exame físico detalhado são bases do diagnóstico em Reumatologia. Assim, a tarefa do médico que faz o atendimento inicial é definir seu diagnóstico, antes de encaminhar em seu parecer ou ficha de atendimento para o serviço de emergência do hospital regional e desse, em casos de alta complexidade, para o HBDF, obedecendo aos seguintes critérios:

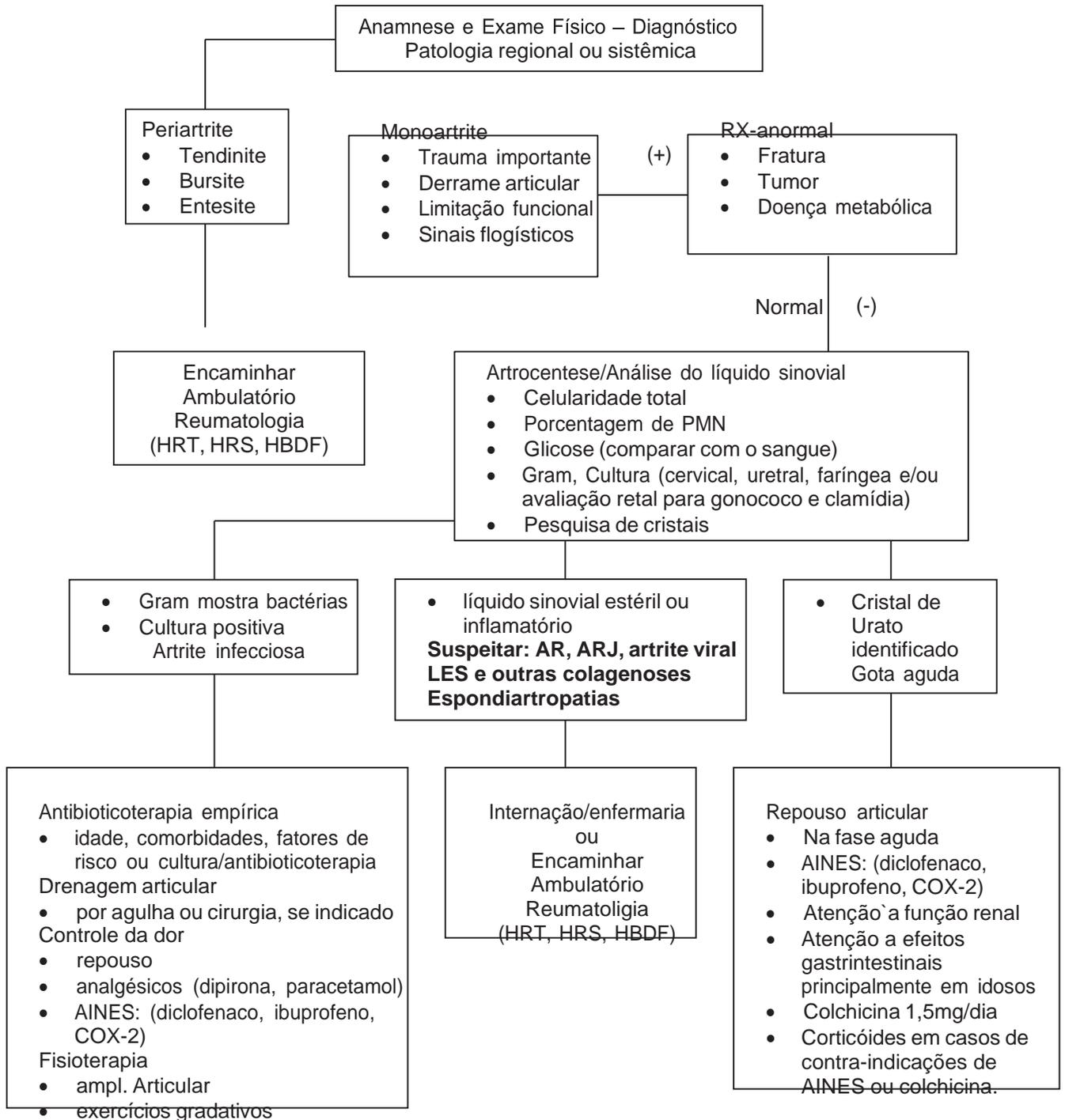
- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;
- Se a doença reumática é sistêmica ou generalizada;
- Se o problema inclui mais de uma dessas possibilidades.

ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA



ENCAMINHAMENTO	CONTEUDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	<ul style="list-style-type: none"> • Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofia e deformidades.
Exames complementares essenciais:	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil). • Análise do líquido sinovial + cultura. • Relatar exames anteriores.
Hipótese diagnóstica:	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar. • Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.
Contra-referência:	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.

MONO ARTRITE AGUDA



LOMBALGIA AGUDA

Anamnese e Exame Físico – para definição de possíveis causas

CAUSAS:

- Mecânico-degenerativas
- Hérnias de disco
- Alterações ósteo-cartilaginosas
- Inflamatórias
- Infecciosas (espondilodiscites)
- Metabólicas
- Dor lombar com repercussão de doença sistêmica
- Lombalgias psicossomáticas
- Fibromialgia e Síndrome Miofacial

SINAIS DE ALERTA:

Malignidade

- Idade acima de 50 anos
- História prévia de câncer
- Perda de peso inexplicável
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre e anemia

Compressão da cauda equina

- Disfunção vesical
- Perda do tônus do esfíncter anal
- Fraqueza nos membros inferiores

Infecção

- Pele ou trato urinário
- Uso de drogas IV
- Imunossupressores
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre, calafrios, suores

Fratura

- Trauma com intensidade proporcional para a faixa etária

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx simples - persistência do quadro clínico por mais de quatro semanas. Indicado nas lombalgias agudas com sinais de alerta já na primeira consulta.

Tomografia computadorizada – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Ressonância nuclear magnética – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Exames laboratoriais - pacientes acima de 50 anos, com suspeita de neoplasias, infecções, processos inflamatórios, doenças osteometabólicas, fraturas osteoporóticas e metástases ósseas.

Internação em enfermaria para investigação/ tratamento ou transferência/HBDF

TRATAMENTO:

Repouso no leito - Períodos de dois a três dias é suficiente. Períodos de uma a duas semanas podem ser recomendados para casos de sintomatologia severa e limitação.

Aplicação de compressas frias ou quentes

Analgésicos - Não narcóticos (acetaminofen): 500 mg, 4 a 6 vezes/dia.

Cloridrato de tramadol: 100 – 400mg/dia.

Sulfato de morfina: opção restrita para hérnias discais resistentes, fraturas e metástases

AINHS: todas as classes podem ser úteis, desde que usados em doses certas c/ intervalos regulares.

Corticóides

Relaxantes musculares

Tratamento cirúrgico - não mais que 1% a 2% dos pacientes com hérnia de disco têm indicação cirúrgica.

LOMBALGIA POSTURAL

Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem déficia alteração neurológico nos membros inferiores.

SINAIS E SINTOMAS

Lombalgia aguda: espasmo para vertebral, após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada, dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Lasegué negativo.

Lombalgia crônica: dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico, história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermatômos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura, cálculos, tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica, aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.

EXAMES COMPLEMENTARES

Febre ou perda de peso:
Hemograma completo e cultura de secreções

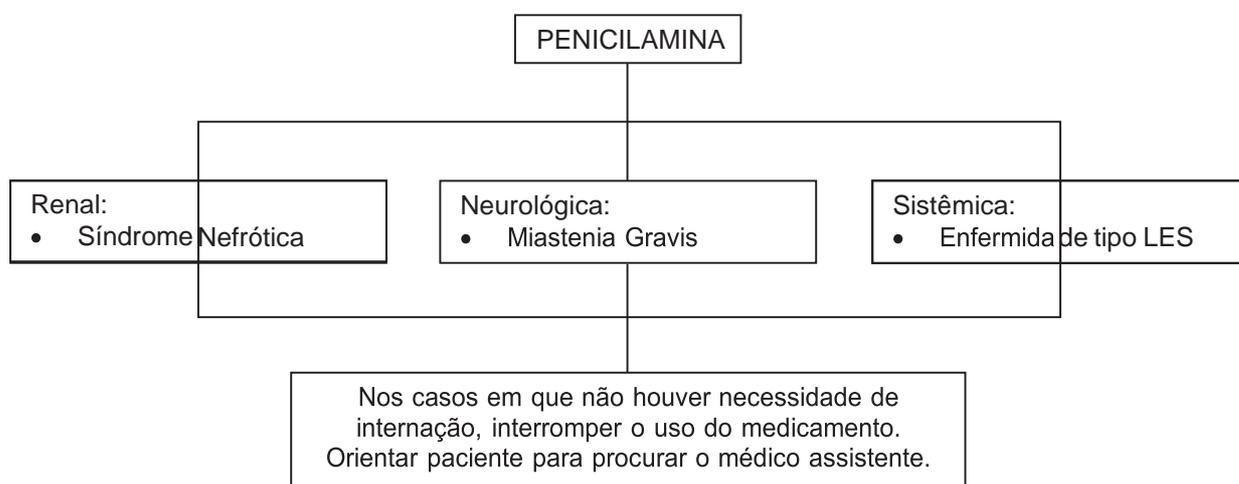
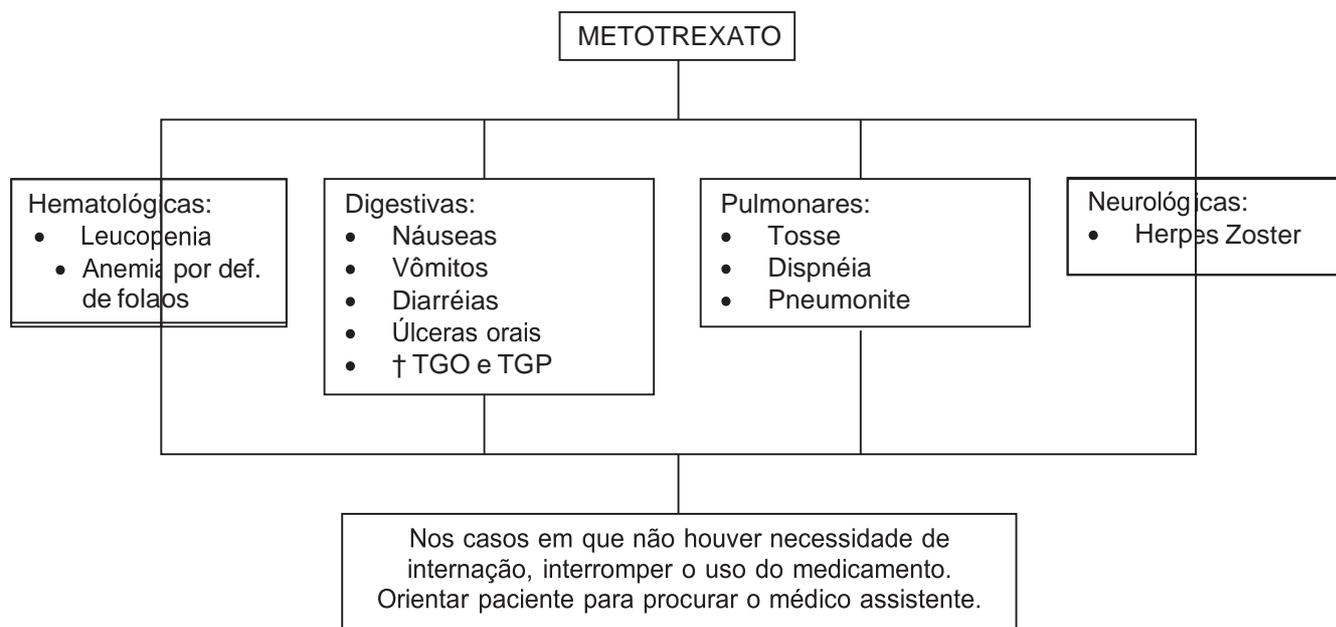
Rigidez matinal:
Fator reumatóide, ANA e VHS

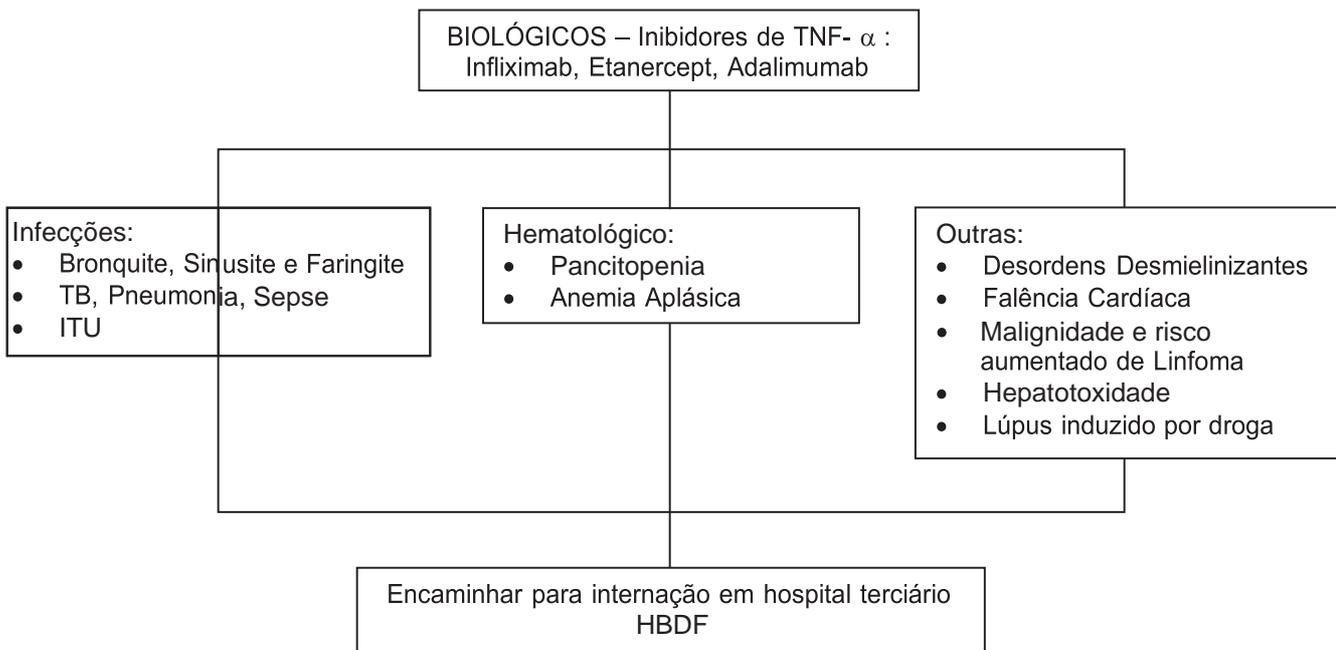
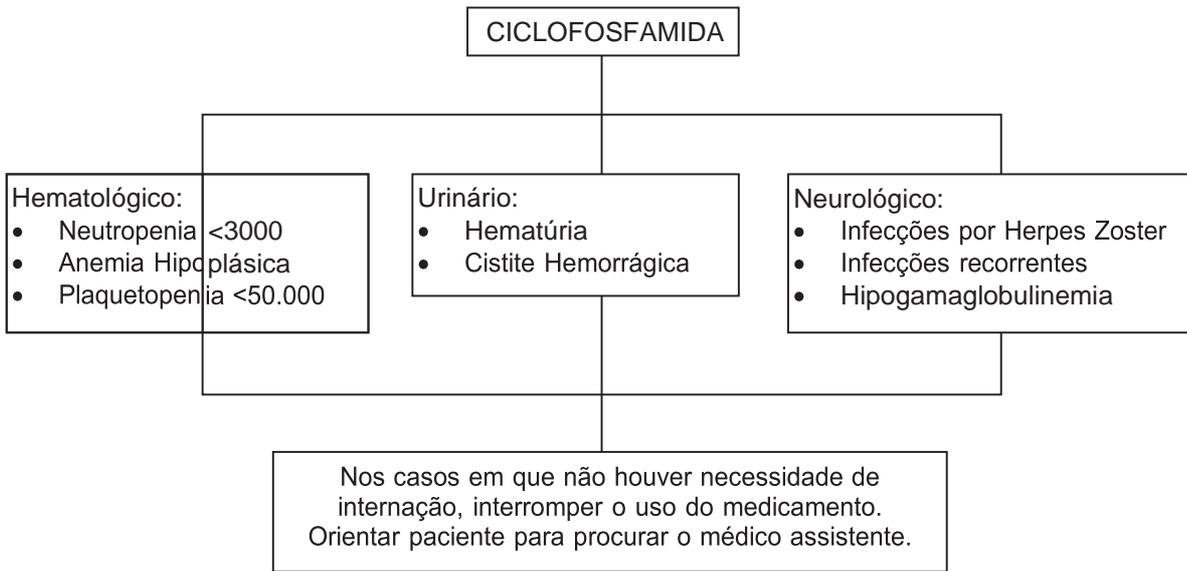
Dor em cólica:
Ultrasonografia, amilase, e urocultura

Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

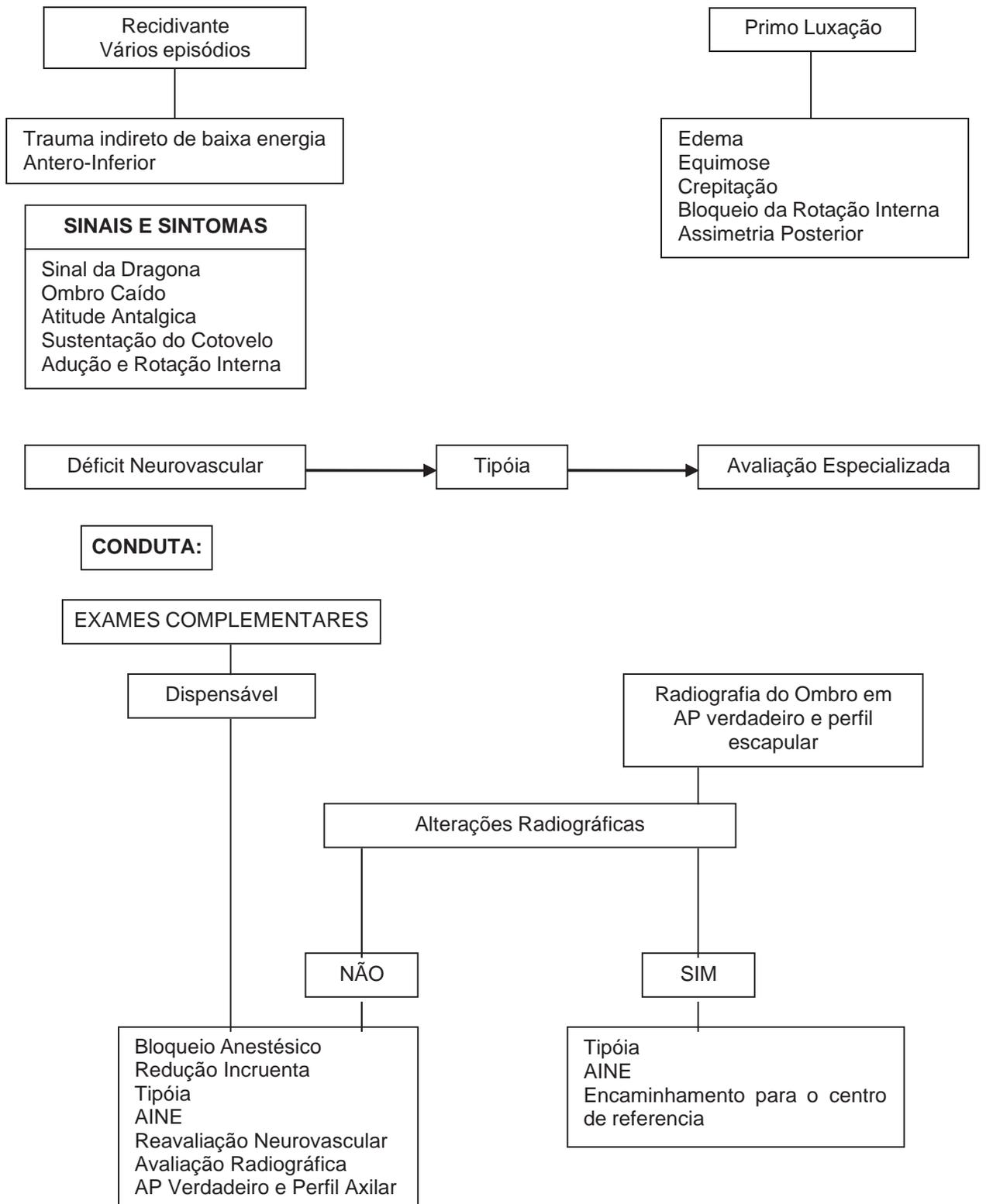
Tratamento: A maioria dos pacientes apresenta melhora progressiva em período de seis a oito semanas. Nos sintomas agudos prescrever diclofenaco 75 mg IM (dose única) e paracetamol 250 mg de 8/8 horas ou diclofenaco de potássio 50 mg de 8/8 horas. Redução ou abstenção de atividade física com repouso no leito por período de 48 horas, utilizar ainda calor local três vezes ao dia. Nos sintomas crônicos, pesquisar alterações neurológicas eventuais, prescrever diclofenaco 50 mg de 8/8 horas e encaminhar paciente para reabilitação postural.

REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS





LUXAÇÃO DO OMBRO



ENTORSE DO JOELHO

MECANISMO

Torsional
Trauma Direto
Queda de Altura
Hiperflexão
Hiperextensão
Valgo / Varo

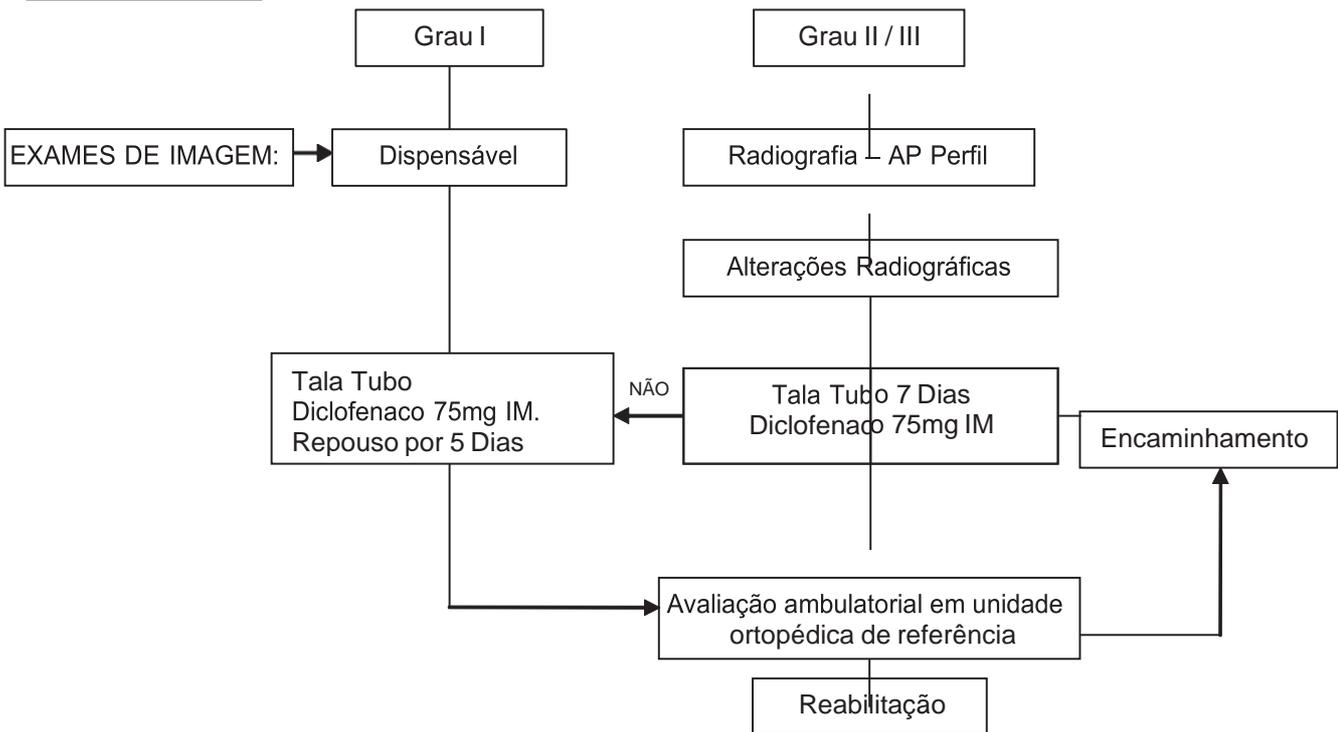
AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve**: Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – **Moderado**: Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – **Grave**: Não suporta carga; Sensação de “Estalido”. Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

CONDUTA:



ENTORSE DO TORNOZELO

LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

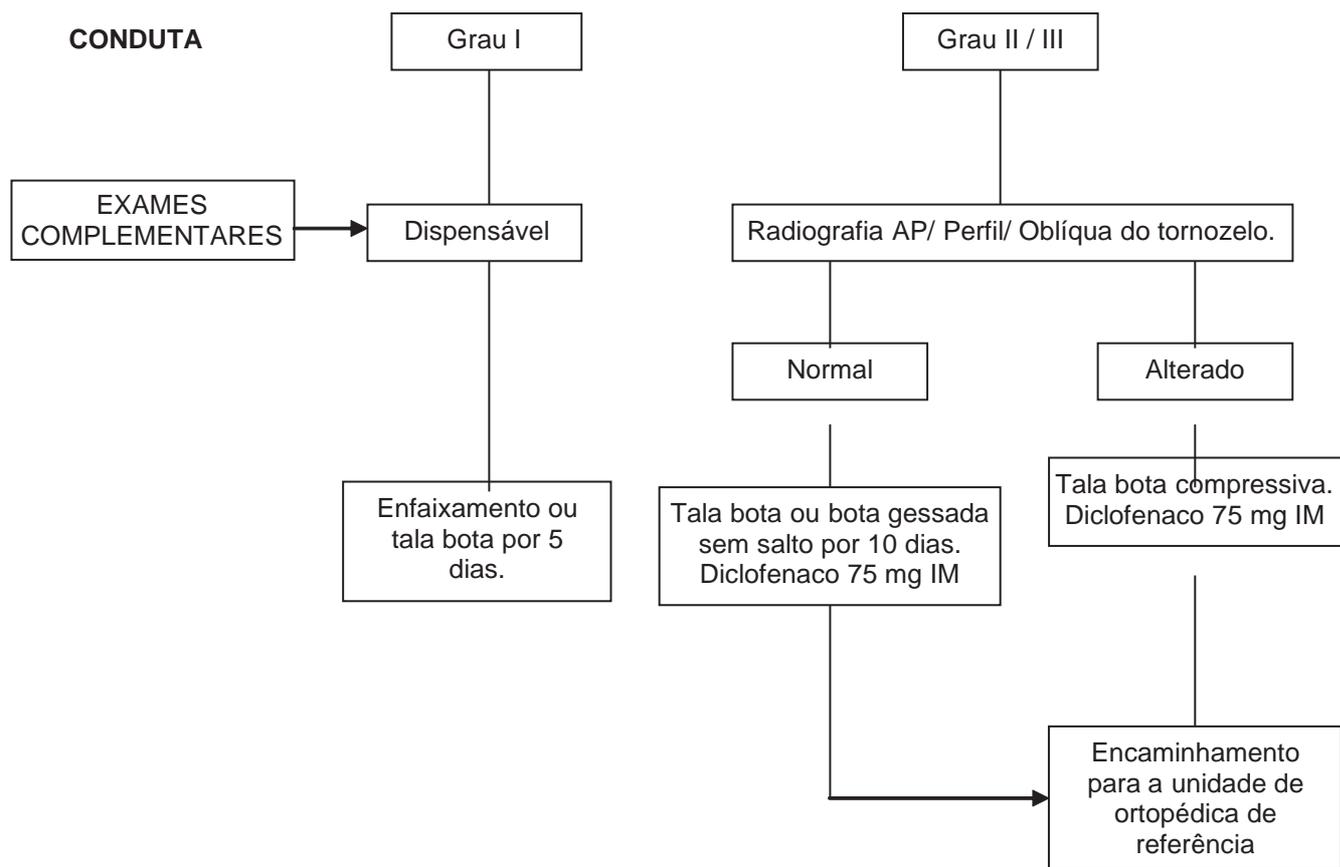
MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

AVALIAÇÃO

Grua I – **Leve**: Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grau II – **Moderado**: Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grau III – **Grave**: Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas



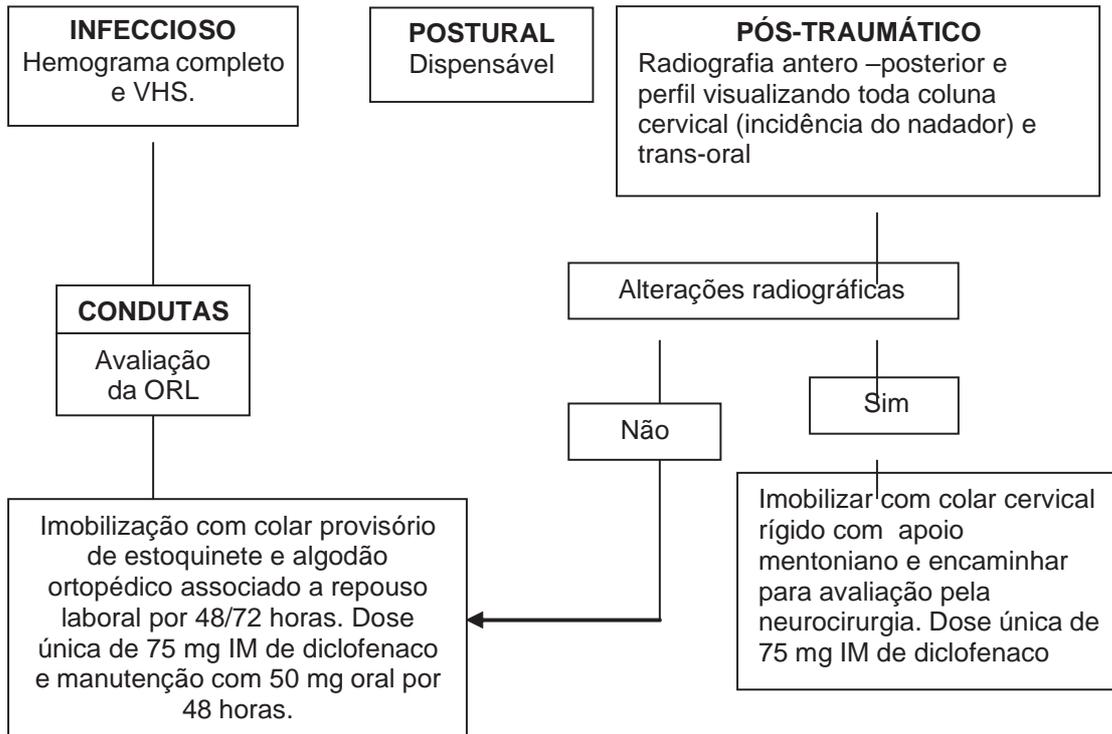
TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etiologia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

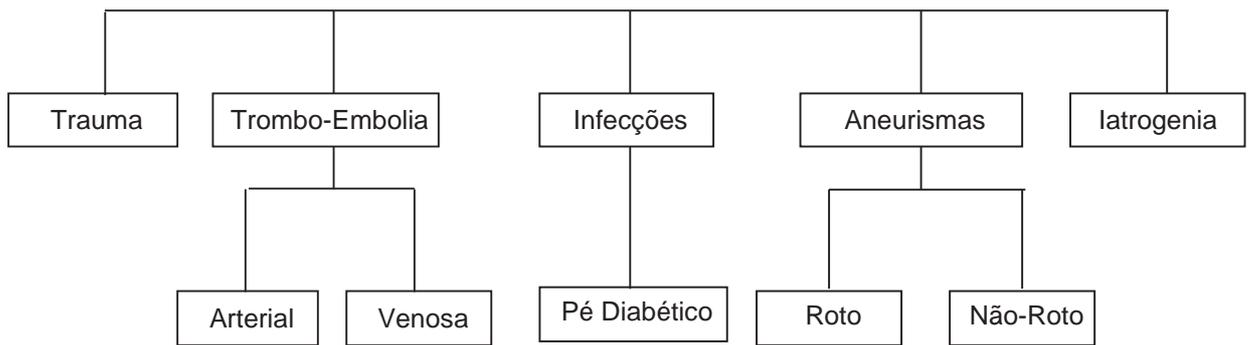
SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faríngeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES



URGÊNCIAS VASCULARES



Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:

HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;

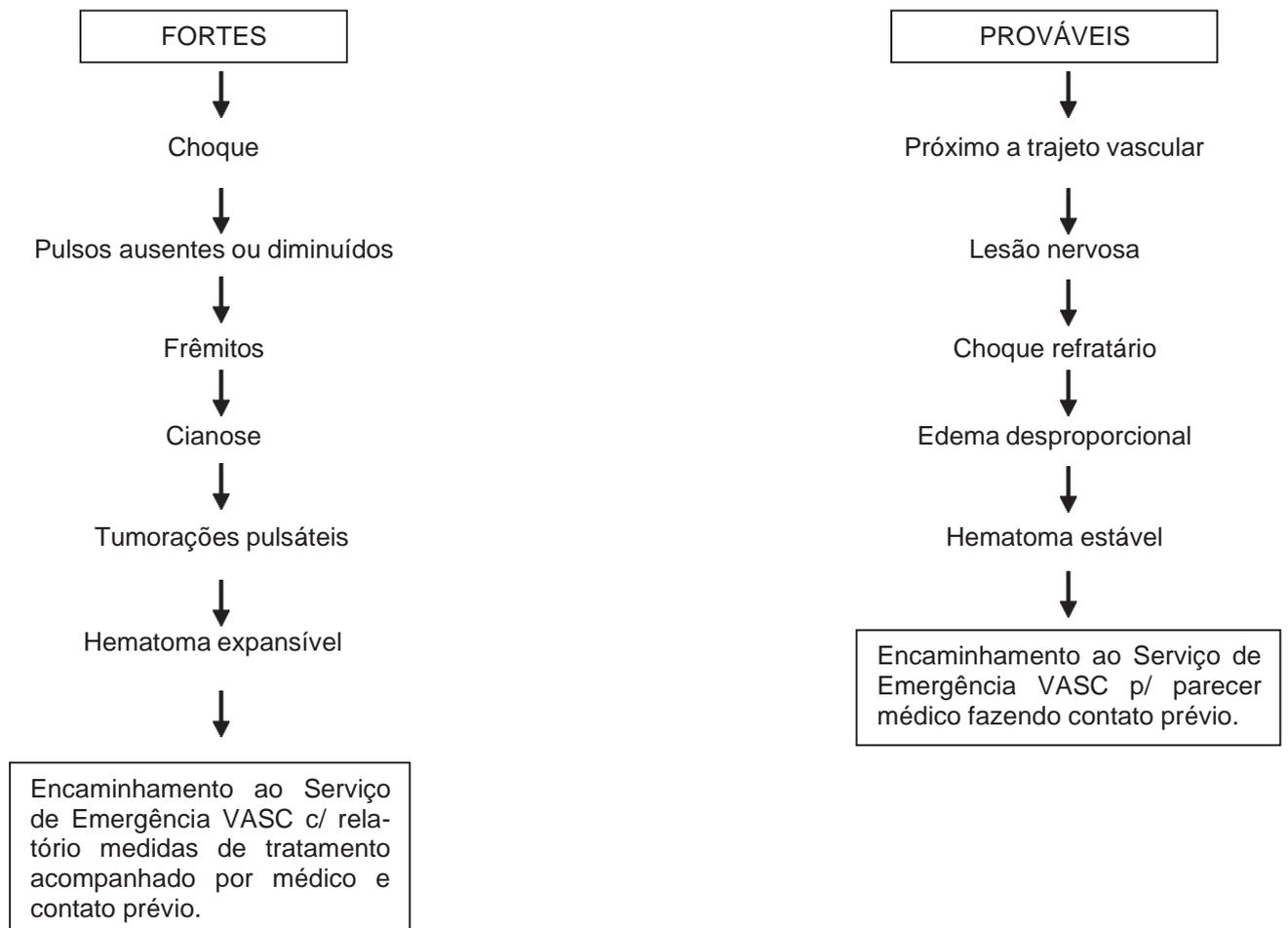
HRT – Ambulatório (Pareceres);

HRC – Ambulatório (Pareceres);

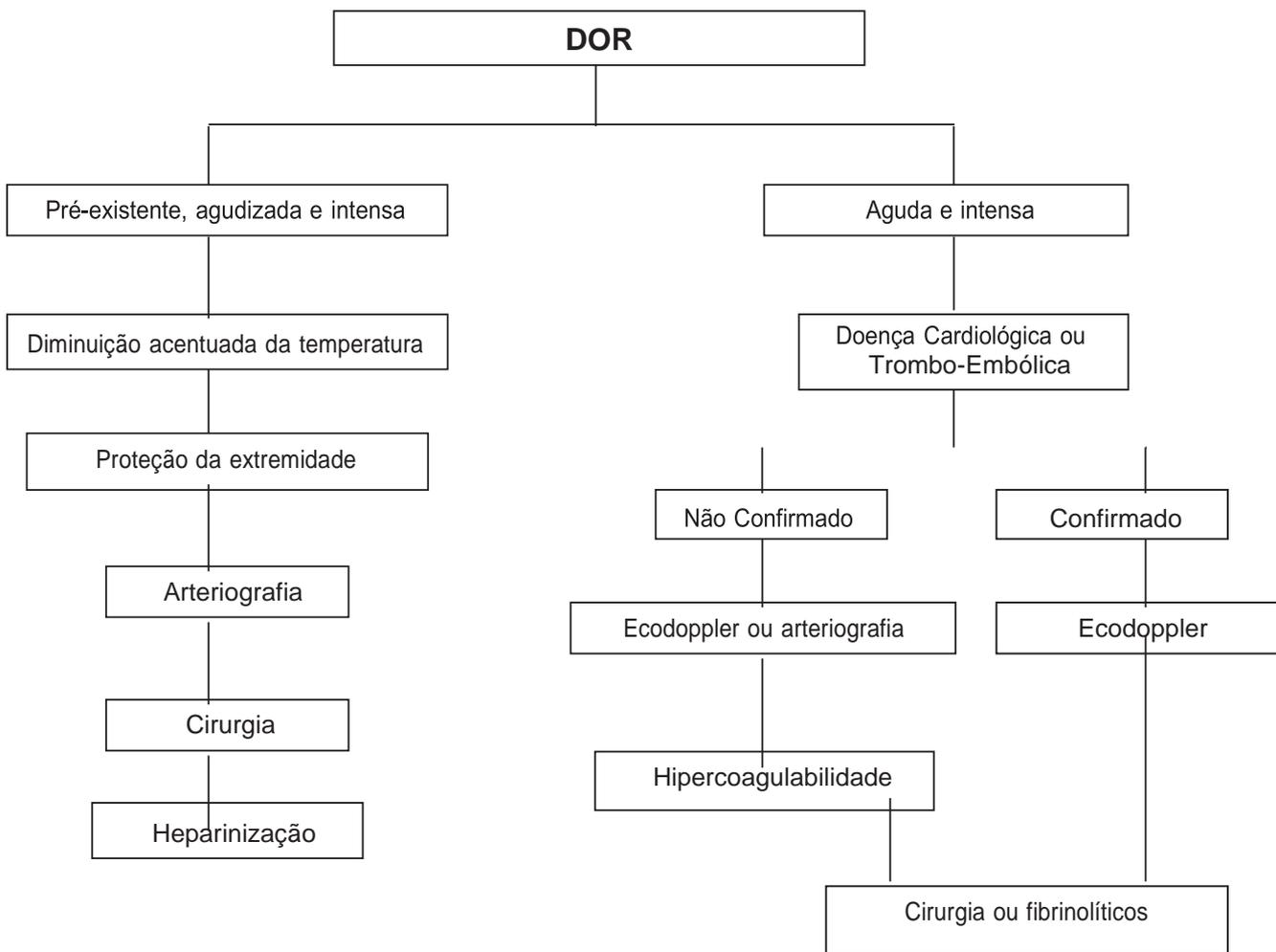
HRS – Ambulatório (Pareceres).

TRAUMAS VASCULARES

SINAIS



TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

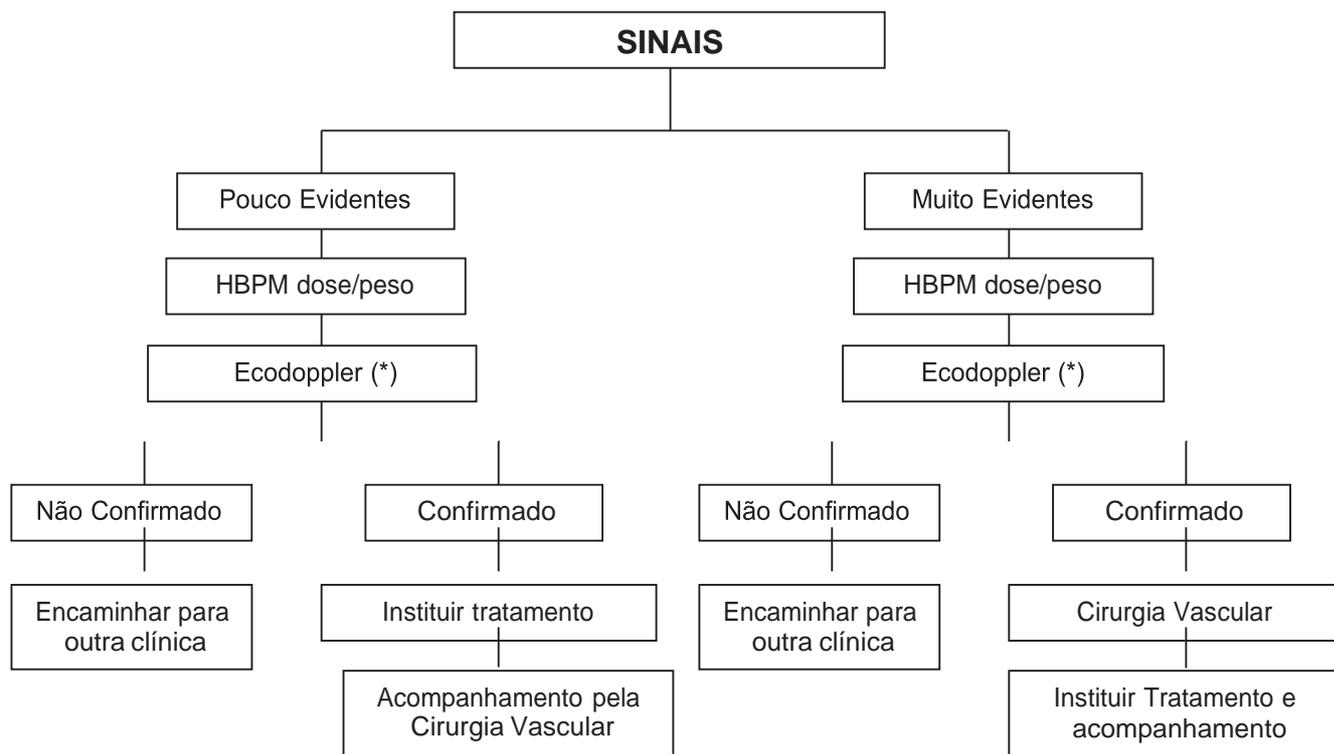


SINAISE SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

OBS:

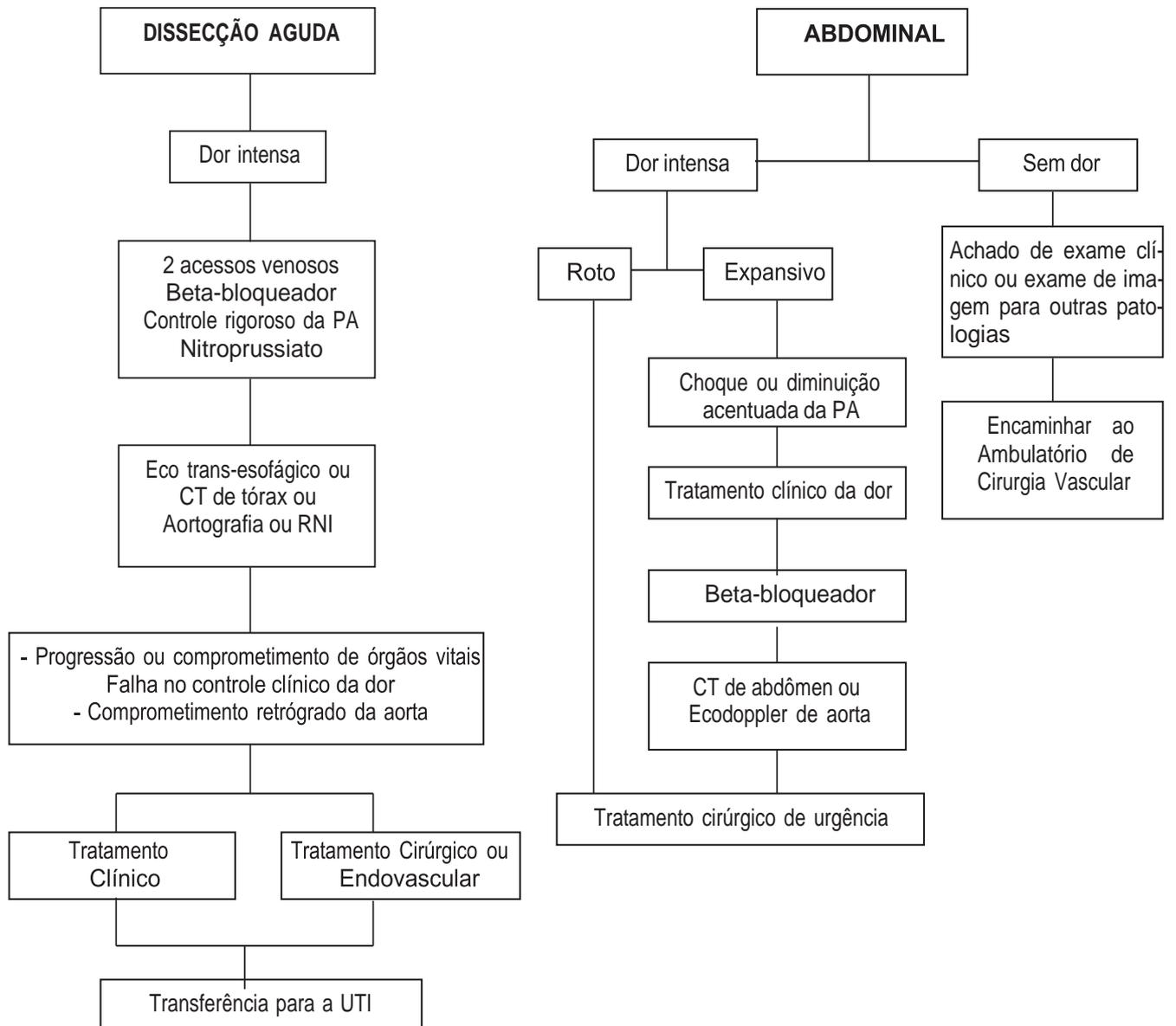
(*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico.

1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

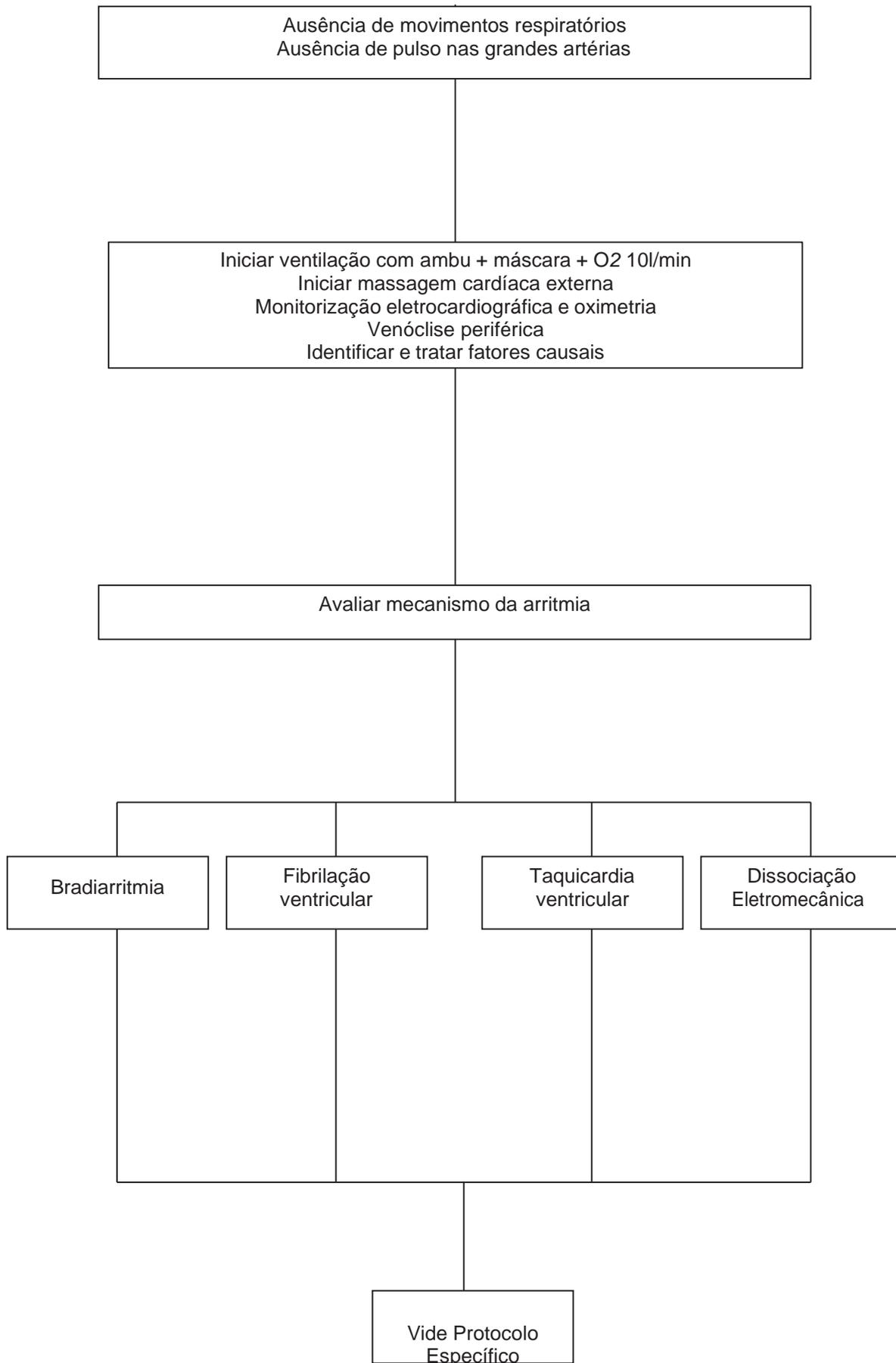
(*) HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

OBSERVAÇÕES:

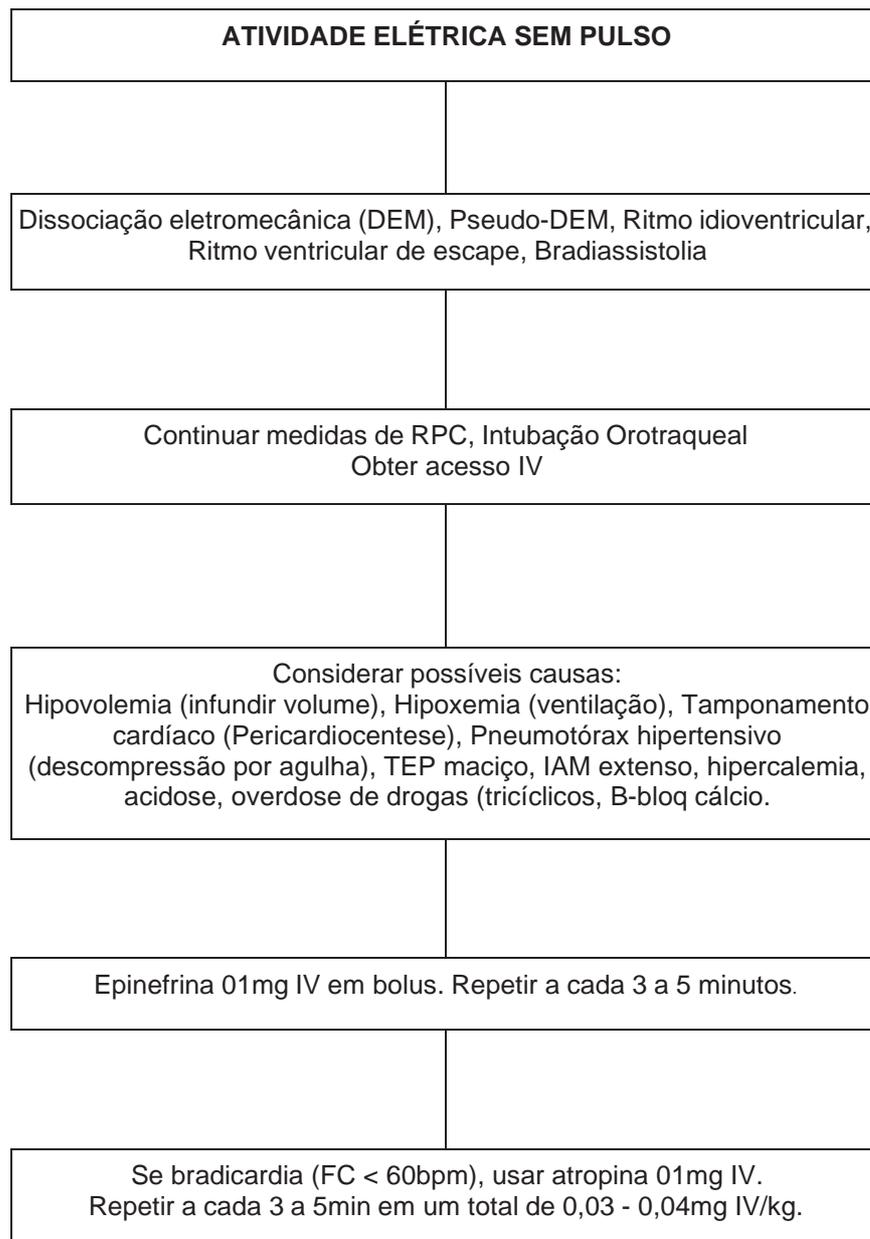
ANEURISMAS



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA



Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (5Hs e 5Ts)	
Hipoxia	Tensão no Tórax (Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia – hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

ASSISTOLIA

Continuar RCP, Intubar, Obter acesso IV.
Confirmar assistolia em mais de uma derivação.

Considerar possíveis causas:
Hipoxia/Hiper ou Hipocalemia, Acidose pré-existente, overdose/hipotermia

Marcapasso Transcutâneo imediato.
Na ausência, pode-se passar o Marca Passo provisório transvenoso

Adrenalina 1mg IV em bolus. Repetir a cada 3 a 5 minutos.

Atropina 1mg IV. Repetir a cada 3 a 5 minutos até dose total de 0,03 a 0,04mg/kg

Considerar término da ressuscitação.

TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos ($QRS > 120 \text{ m/s}$) constituem um desafio na prática clínica.

É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante.

As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

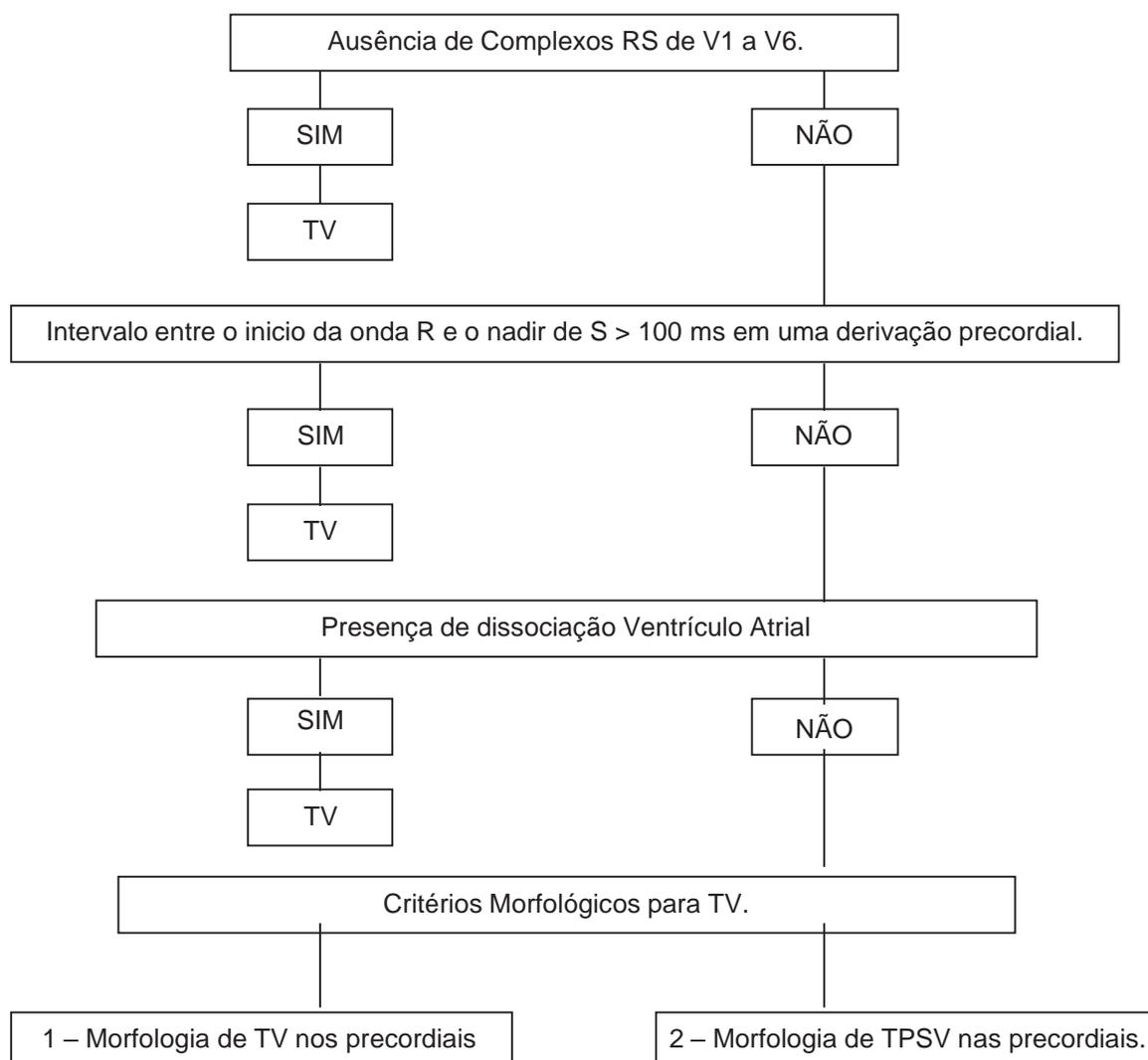
TPSV com bloqueio de ramo funcional

TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.

TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.

Taquicardia Ventricular.

DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA.



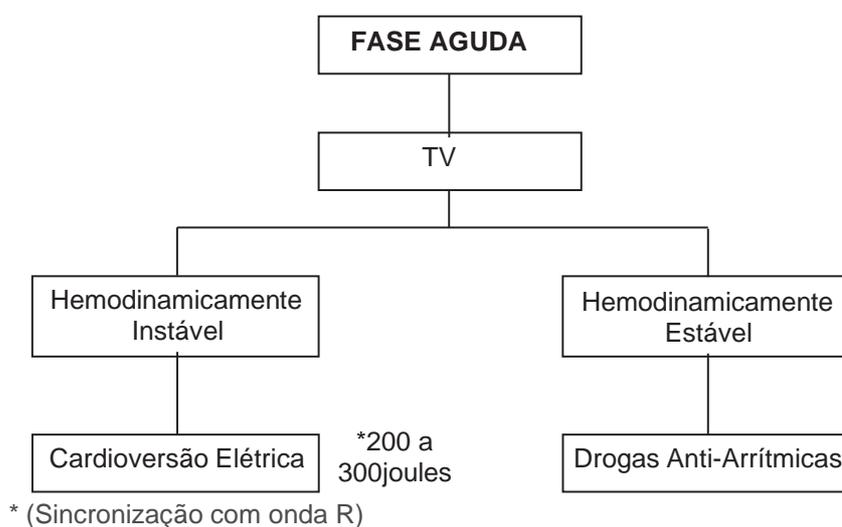
- Morfologia de BRD com: R, qR em V1 e rS ou Qs em V6.
- Morfologia de BRE: Entalhe na onda S de V1.
- 1º Vetor lento ($> 60 \text{ m/s}$).

- Morfologia de BRD com: rSr' em V1, Rs em V6.
- Morfologia de BRE: Rs em V1.
- 1º Vetor ($< 60 \text{ m/s}$).

TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

TV Helicoidal.
TV Polimórfica.
Flutter Ventricular.
Fibrilação Ventricular.

TRATAMENTOS DAS TV.



DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC.

Procainamida (1 gr / 5 minutos).

Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos); (1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Contínuo).

Propafenona (70 mg IV / 5 min.).

CVE Sincronizado.

Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

3 – Taquicardia Ventricular Helicoidal.

Infusão de Sulfato de Magnésio

Aumentar FC = Marca Passo Provisório

Isoprotenol (1 – 3 mg / min. IV).

4 – Taquicardia Ventricular Incessante.

Ablação.

Cirurgia.

OBS.: Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona

2ª opção Lidocaína.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Desfibrilação – 360J sem sincronização.

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

INTRODUÇÃO.

As TPSV^s são arritmias nas quais os átrios e / ou a junção atrioventricular participam da origem e na manutenção da taquicardia. Essas arritmias (TPSV) apresentam características eletrocardiográficas típicas que durante a análise do ECG da crise sugerem o seu diagnóstico, na maioria dos pacientes. Entretanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisiológico invasivo (EEF).

Essas arritmias (TPSV^s) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS \leq 120 m/s.

CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV:.

Taquicardias Atriais.
Taquicardia por Reentrada Nodal.
Taquicardia por reentrada usando uma via acessória.
Taquicardia Juncional Paroxística.
Flutter Atrial.
Fibrilação Atrial.

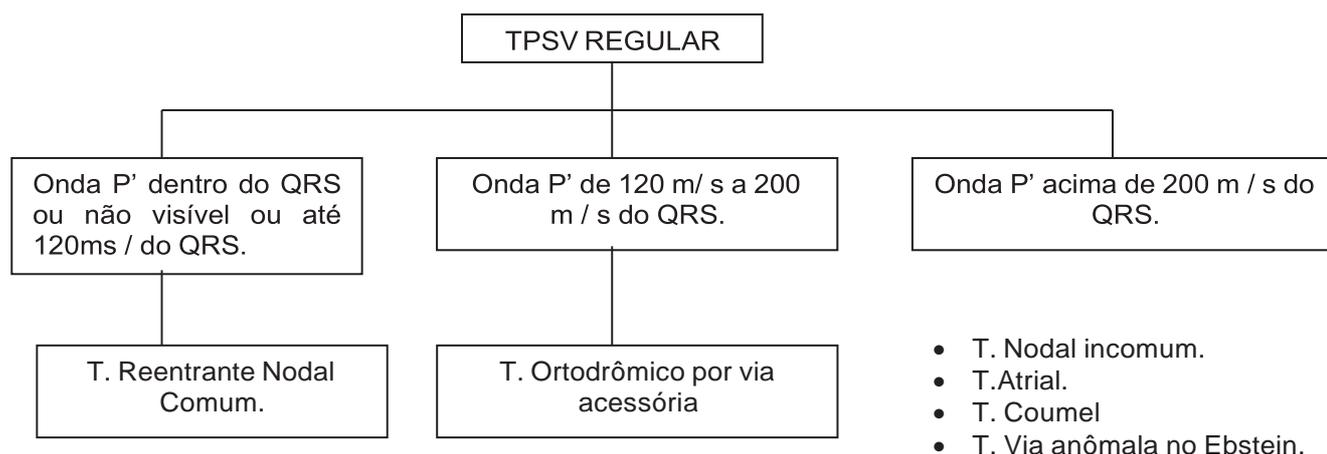
I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

TIPOS:

1. Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
2. Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
3. Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala no EBSTEIN;
4. Flutter Atrial;

COMO DIAGNOSTICAR:

Observar a onda P' (P retrogrado).

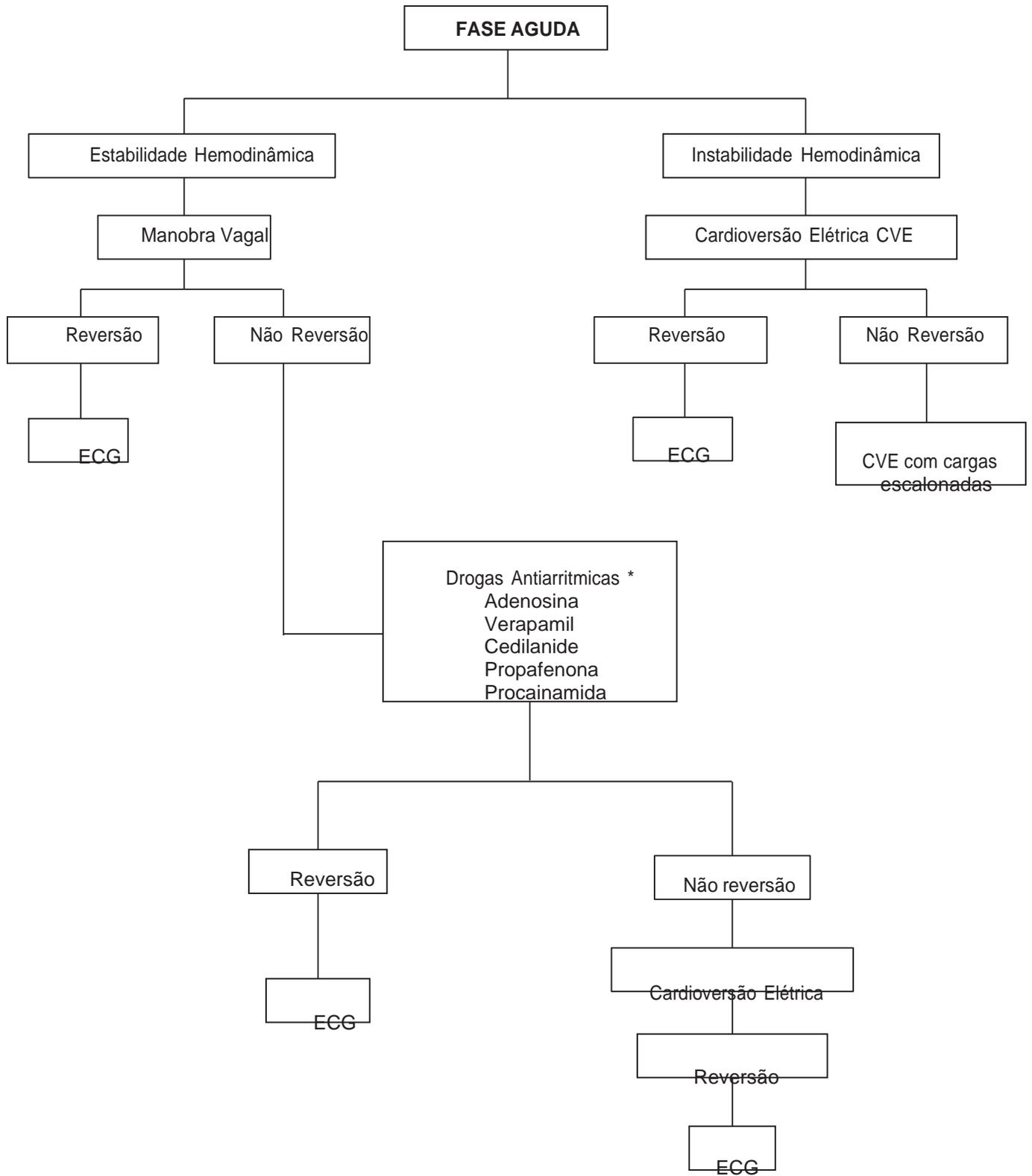


- A – 1 – Onda P em relação ao QRS:
A – 2 – Morfologia da Onda P:
A – 3 – Frequência da onda P's em relação ao QRS:
A – 4 – Alternância elétrica do QRS:

TRATAMENTO NA FASE AGUDA

REVERSÃO DAS CRISES

TRATAMENTO DAS TPSV



DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.

- 1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
- 2 – Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein.
- 3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências.

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT.

- Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.
- Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

INTRODUÇÃO:

- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais frequente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

SINTOMAS:

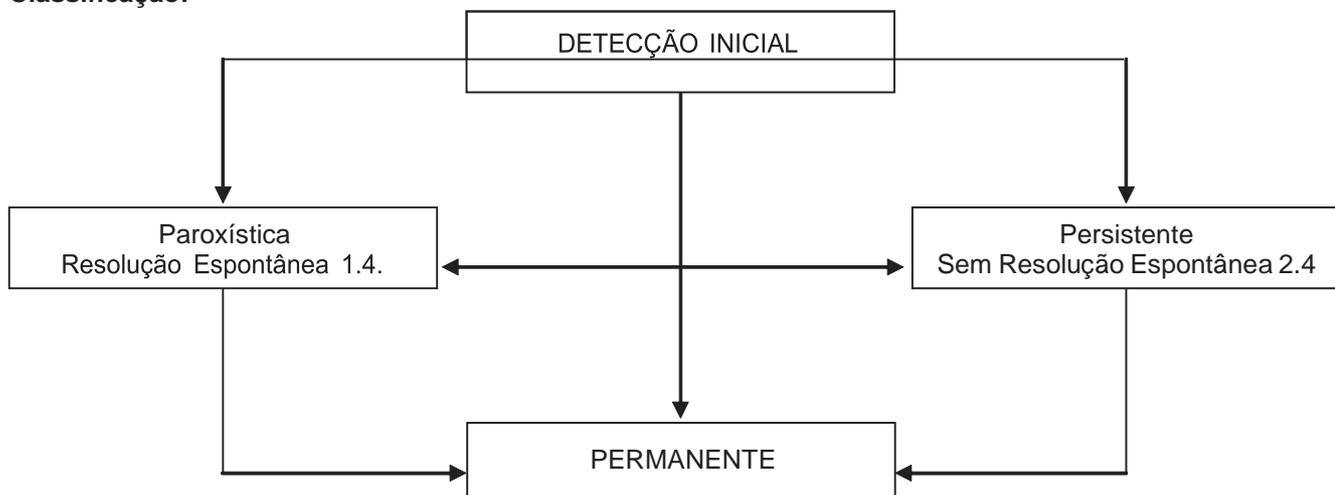
Estão relacionados:

- Elevação da resposta ventricular
- Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

ABORDAGEM:

Classificação:



- 1 - A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs)
- 2 - Duração maior que 7 dias.
- 3 - Cardioversão mal sucedida ou não realizada.
- 4 - FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.

ADENDO:

Existem várias classificações para a FA

Classificação baseada na relevância clínica.

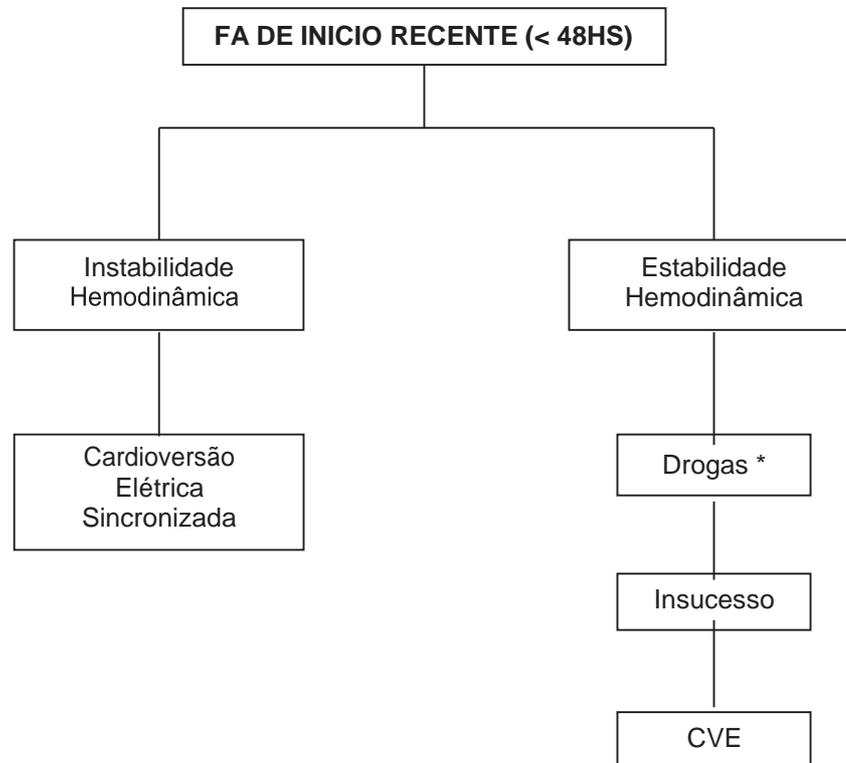
FA

PAROXÍSTICA	Resolução Espontânea.
PERSISTENTE	Resolução Não Espontânea.
PERMANENTE	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo sinusal .

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de início recente **➔** FA que se instalou com menos de 48 hs.
 FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA. FA DE INÍCIO RECENTE.



OBS.: Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min.. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas. 540 mg em 18 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.
FA Paroxística ou FA Permanente.

CONTROLE DA FC.



DROGAS*

OBS.:

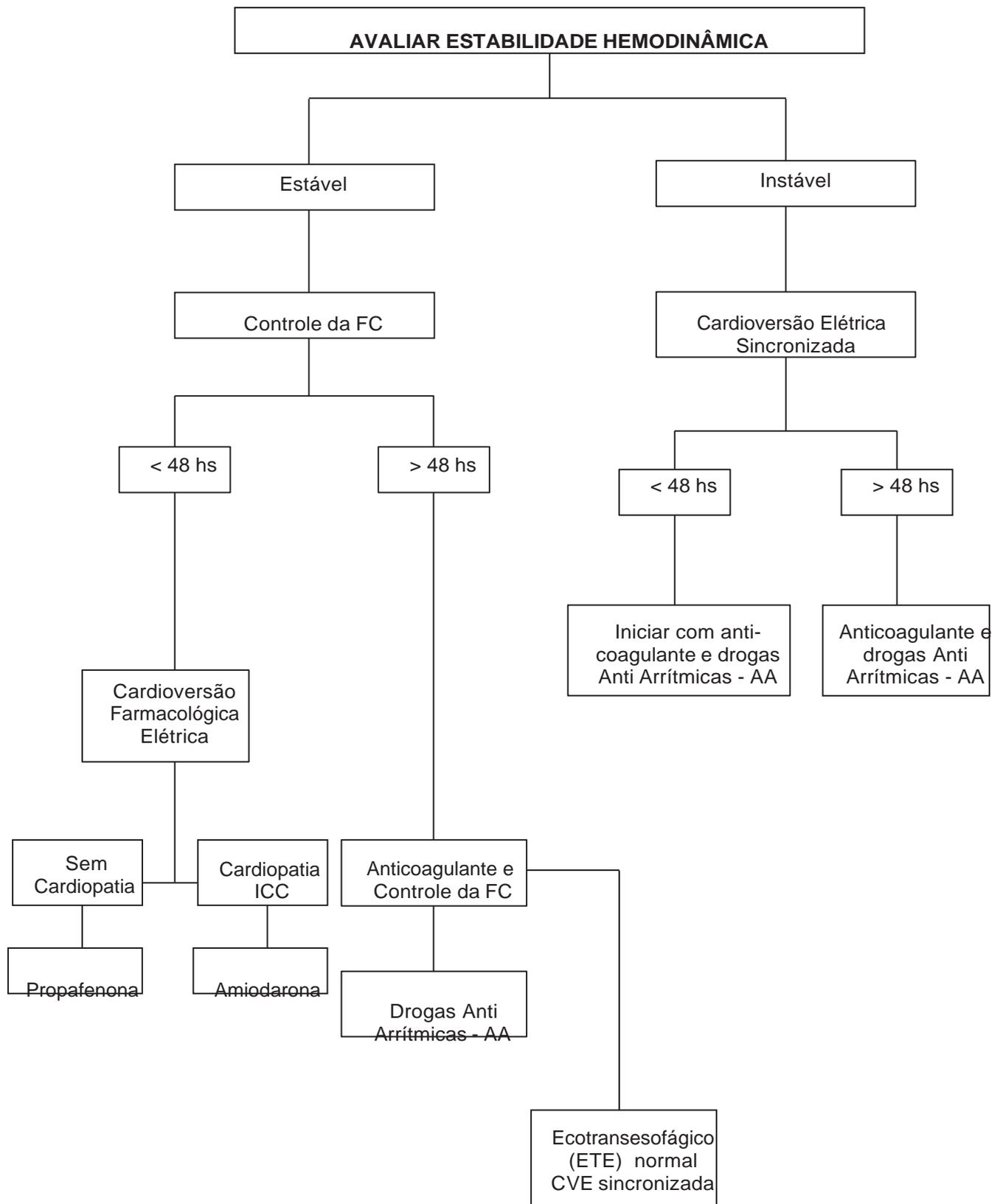
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular).	
CEDILANIDE	0,04 mg IV, bolus.
ESMOLOL	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
METOPROLOL	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
DILTIAZEM	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
VERAPAMIL	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

Objetivos do Tratamento de FA.

Controle da FC;
Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;
Prevenção de Recorrências;
Prevenção de tromboembolismo.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA

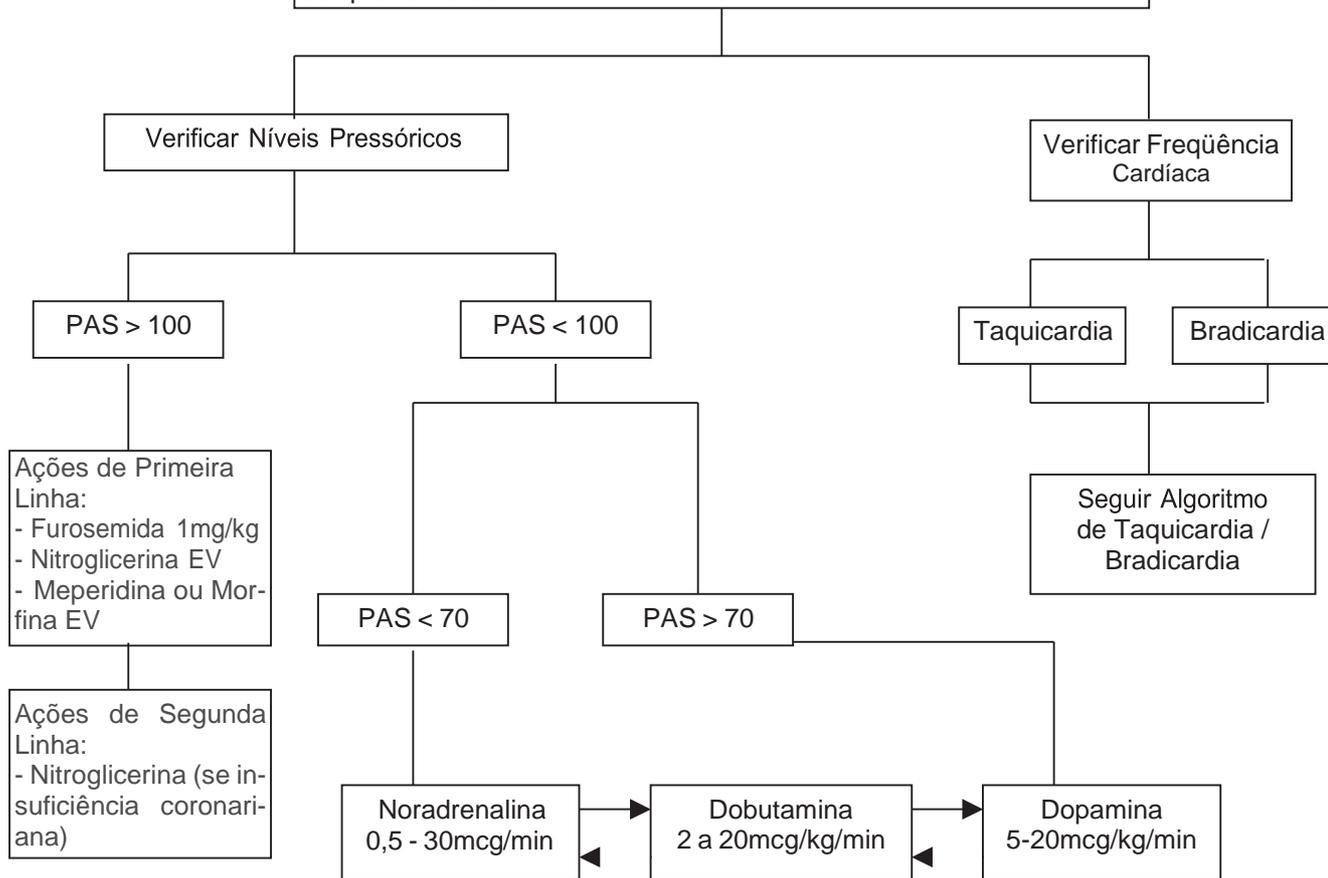


Tratamento Clínico

CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão
DAC = Doença Arterial Coronária

EDEMA AGUDO DE PULMÃO

Avaliar ABC, assegurar vias aéreas, administrar oxigênio (cateter de O₂, Máscara de Venturi e intubação se PaO₂ < 60mmHg), se possível, oferecer suporte ventilatório com Pressão Positiva (vide aspectos da ventilação mecânica).
 Obter acesso venoso.
 Monitorização, Oximetria, Obter história clínica, exame físico e exames complementares.



OBS.:

- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
 - Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
 - Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP.
- Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.
 Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal).
 Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
- Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorrespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
- Observar critérios para intubação Orotraqueal.
- Se FA com frequência ventricular elevada usar Cedilanide.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

OBS:

PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA: Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A.Maligna (Acelerada):

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

2) Encefalopatia Hipertensiva:

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

3) Hemorragia Intracerebral:

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo.

Intervir quando PAS > 170 mmHg.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

4) Hemorragia Subaracnóidea:

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasm cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).

Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

5) Dissecção Aguda da Aorta:

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metropolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

6) ICC com EAP:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV

Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de AD ou SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

7) IAM:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD):

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.

Tratamento: Nitroprussiato de na, Propanolol ou Metropolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

10) Eclampsia:

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

11) H.A. Perioperatória:

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A. ACELERADA SEM PAPIEDEMA:

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada)

Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora

Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

2) ICO:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

Captopril 25 mg VO ou SL.

3) ICC:

Tratamento: Diuréticos, IECA,

Furosemide 40 a 80 mg EV

Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

4) ANEURISMA DE AORTA:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

5) AVCI NÃO COMPLICADO:

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg.

Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

6) CRISES RENAI:

Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA).

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

7) PERIOPERATÓRIO:

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

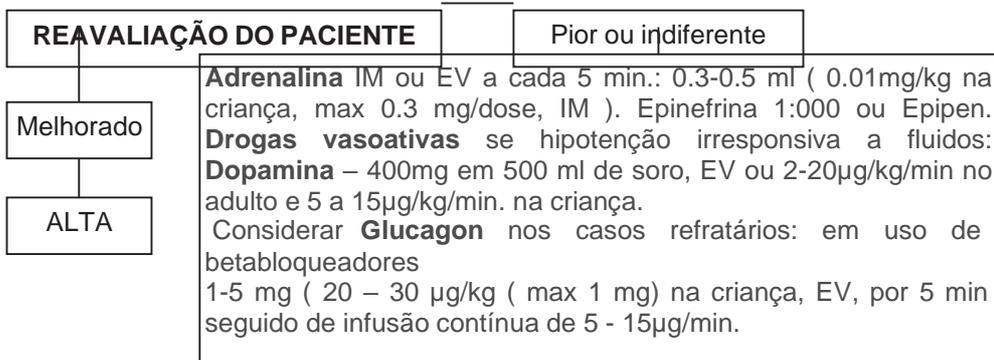
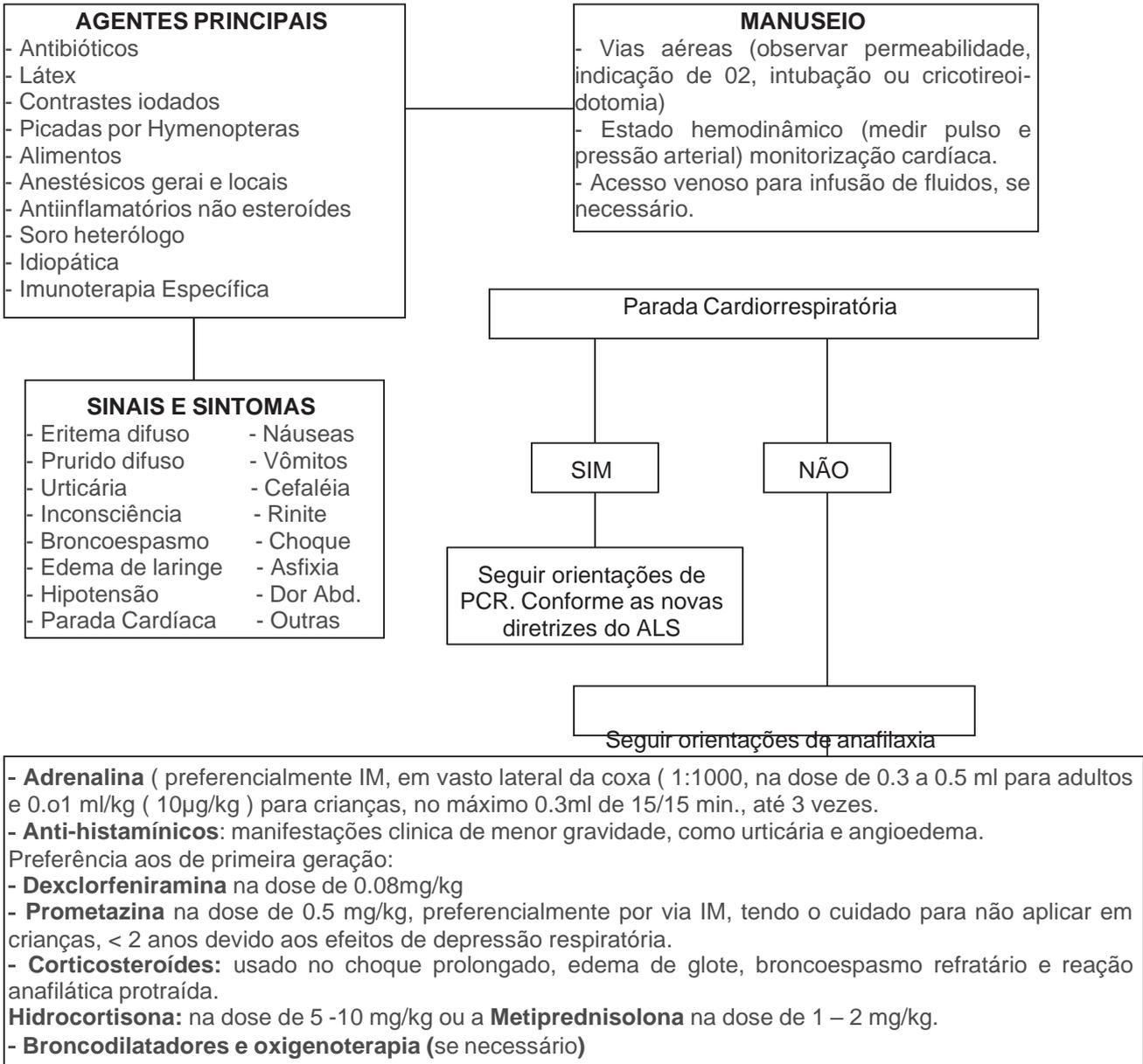
8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:

Tratamento: IECA, Clonidina.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

ANAFILAXIA



ASMA

CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:

ACHADO *	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Pico de fluxo (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
Gerais	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
Dispnéia	Ausente/leve	Moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/ parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente: maior dificuldade de alimentar
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
Musculatura acessória	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV↓, localizados ou difusos.
Frequência Respiratória (irpm)**	Normal ou ↑	↑	↑
Frequência Cardíaca (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
SaO₂ (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
PaO₂ (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
PaCO₂ (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

**FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;

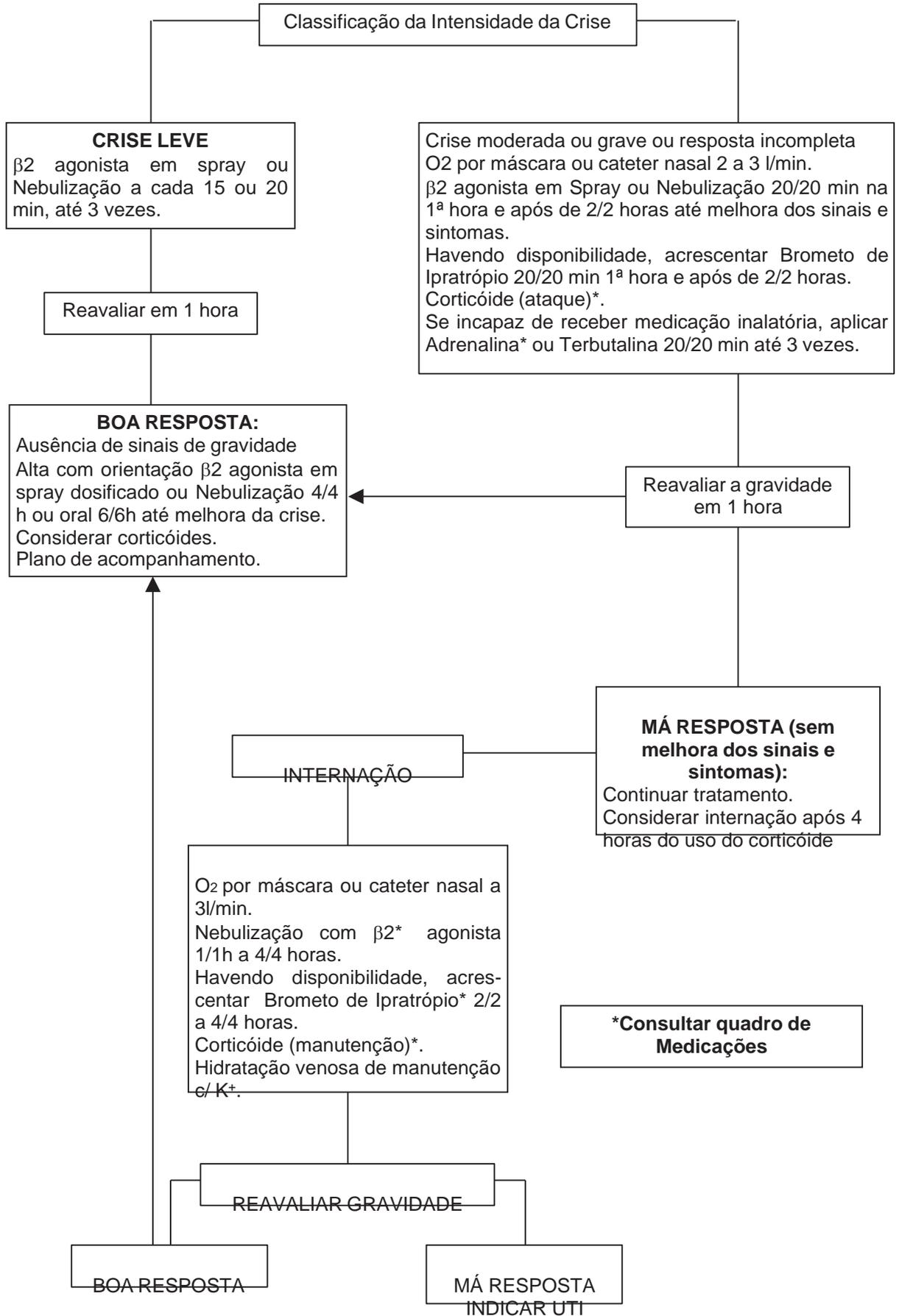
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm

> 8 anos = adulto

Exames complementares:

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO₂ ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de β2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

MANEJO DA CRISE DE ASMA



INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:

PaCO₂ > 40 mmHg

PO₂ < 60 mmHg

Saturação O₂ < 90 mmHg em FiO₂ > 60 %

Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência

Pico de fluxo < 30% do basal

Acidose metabólica

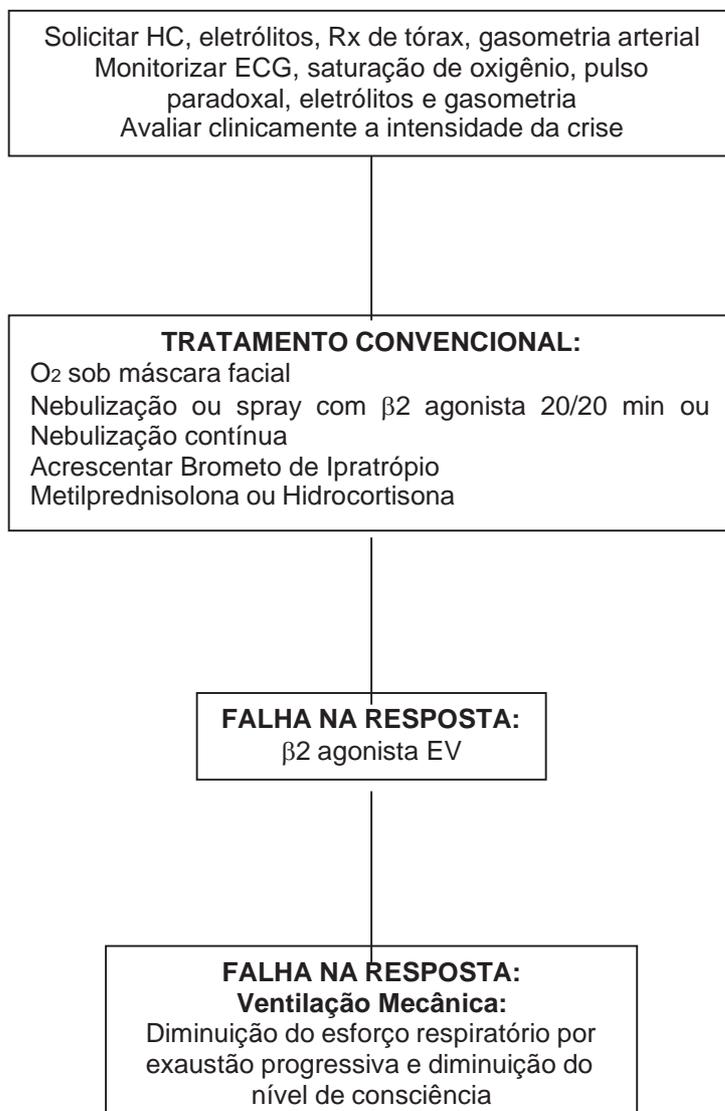
Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança)

Pneumotórax/ Pneumomediastino

Alteração do ECG

NA UTI:

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação



Características de pacientes asmáticos de alto risco:

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;
Uso freqüente de corticosteróide sistêmico;
Crise grave prévia, necessitando de intubação;
Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês
Problemas psicossociais (ex: depressão);
Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;
Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos);
Má percepção do grau de obstrução.

Recomendações Importantes:

Utilizar O₂ a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat. = 95%

Dar preferência ao uso do β₂ agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao β₂ agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

MEDICAÇÕES DA ASMA:

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
β₂-agonista: Spray Dosimetrado	200 a 300 µg/dose, limite de dose: FC>120 bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmara.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
Nebulizador de jato: Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O ₂ 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo:5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
Solução	Contínua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	
Comprimido	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
Endovenoso	Ataque:10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
Anti-colinérgico: Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)

Corticóides Sistêmicos Hidrocortisona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h	200 mg /dose 200 mg 6/6 h
Metilprednisolona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
Prednisona ou Prednisolona Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia	1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
Aminofilina (amp. 24mg/ml) Dose de Ataque Dose de Manutenção	Infusão contínua: 1 a 6 meses= 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h 10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h	5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais). Depuração: Normal – 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
Adrenalina (1:1000) SC ou IM	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	

*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da PaCO₂ (dose máxima 8 mcg/Kg/min).
Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da PaCO₂ > 10 mmHg, FC>200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão.
Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, PaCO₂ < 40 mmHg.
Reintroduzir β₂ agonista sob nebulização.

** Ajustar de acordo com a resposta e FC

Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F. - (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

- Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- Uso de dexametasona via inalatória.
- Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- Tapotagem.
- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- História e exames físicos inadequados
- Hiperhidratação.
- Falta de reposição de potássio.
- Uso de aminofilina como tratamento central.
- Demora ou não indicação de corticosteróides.
- Antibióticos de rotina.
- Uso de sedativos.
- Falta de suplementação de oxigênio.
- Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- Falta de intensificação no tratamento após a alta.
- Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;
- Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento;
- Uso incorreto de medicações
- Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;
- Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Referência do Programa de Asma

“A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta.”

ANGINAS

Processo Inflamatório Infeccioso, de origem local ou geral, da Mucosa Faríngea.

SINAIS E SINTOMAS

Hipertermia
Disfagia
Aumento e Hiperemia das Amígdalas Palatinas
Linfadenopatia Cervical Anterior (sim ou não)

EXAMES COMPLEMENTARES

Orocultura c/ antibiograma
Sorologia p/ mononucleose

CLASSIFICAÇÃO

FARINGITE DIFUSA

Coriza 2 a 3 dias
Febre baixa
Mal estar geral
Adenopatia

MONONUCLEOSE

Sonolência
Adenopatia importante
Infecção Difusa do Faringe

ABCESSO PERIAMIGDALIANO

Odinofagia
evolução de 3 a 7 dias
Trismo
Sialorréia
Edema e desvio de Úvula

CANDIDÍASE

Eritema Difuso
Placas esbranquiçadas sobre
Mucosa Hiperemiada
Paciente Imunodeprimido

AMIGDALITE AGUDA

Hipertermia
Adenopatia

TRATAMENTO DE ANGINAS

CANDIDÍASE

Ambulatorial
Nistatina
Sintomáticos

MONONUCLEOSE

Ambulatorial
Sintomáticos

FARINGITE DIFUSA

Ambulatorial
Sintomáticos

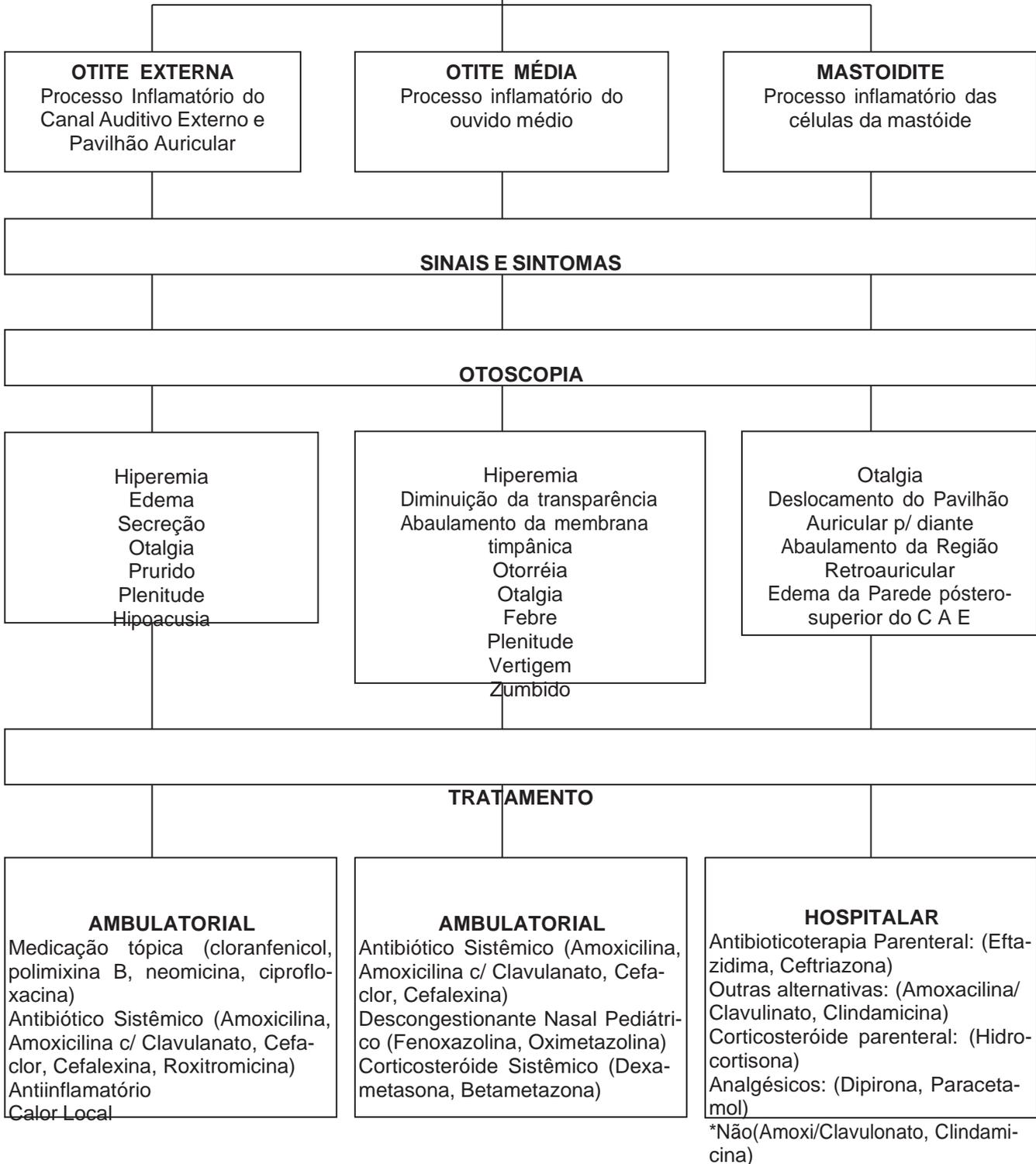
AMIGDALITE

Ambulatorial
Antibióticos:
Amoxi c/ clavulanato
Cefaclor
Lincomicina
Sintomáticos

ABCESSO PERI-AMIGDALIANO

Hospitalar
Antibióticoterapia parenteral:
Amoxi c/ clavulanato
Cefaclor
Clindamicina
Sintomáticos

OTALGIAS



SINUSITE

Inflamação dos Seios Paranasais com Etiologia Infecciosa ou Alérgica

COMPLICAÇÕES

ORBITÁRIAS

Edema inflam.
Celulite orbital
Abscesso subperiósteo
Abscesso orbital
Trombose do seio cavernoso

INTRACRANIANAS

Meningite
Abscesso epidural
Abscesso subdural
Abscesso cerebral

SINAIS E SINTOMAS

Cefaléia
Dor facial
Secreção nasal mucopurulenta (sim ou não)
Gotejamento pós-nasal c/ tosse
Anosmia
Edema periorbital leve (sim ou não)

EXAMES COMPLEMENTARES

SEM COMPLICAÇÕES: RX dos seios da face (Fronto Naso – Mento Naso – perfil)
COM COMPLICAÇÕES: T.C. dos seios da face (axial e coronal)

TRATAMENTO

SEM COMPLICAÇÕES Ambulatorial

Antibióticoterapia Oral
(Amoxicilina, Amoxicilina c/
Clavulanato, Roxitromicina,
Cefaclor, Sulfametoxazol,
Trimetropim, Azitromicina)
Mucolítico inalatório
Descongestionante
Sintomáticos

COM COMPLICAÇÕES Hospitalar

Antibióticoterapia Parenteral oral
(Ceftazidima, Ceftriazona,
Clindamicina, Cefoxitina,
Amoxicilina/clavulinato,
Quinolona)
Corticóide Parenteral
Sintomáticos

SURDEZ SÚBITA

FATORES PREDISPOANTES

Barotraumas
Anestesia Geral
Doenças Vestibulares
Gravidez
Virose
Distúrbios Endocrinológicos
Distúrbios Hematogênicos
Esforço físico
Doenças do Colágeno
Manobra de Valsalva
Espirros Violentos

EXAMES LABORATORIAIS

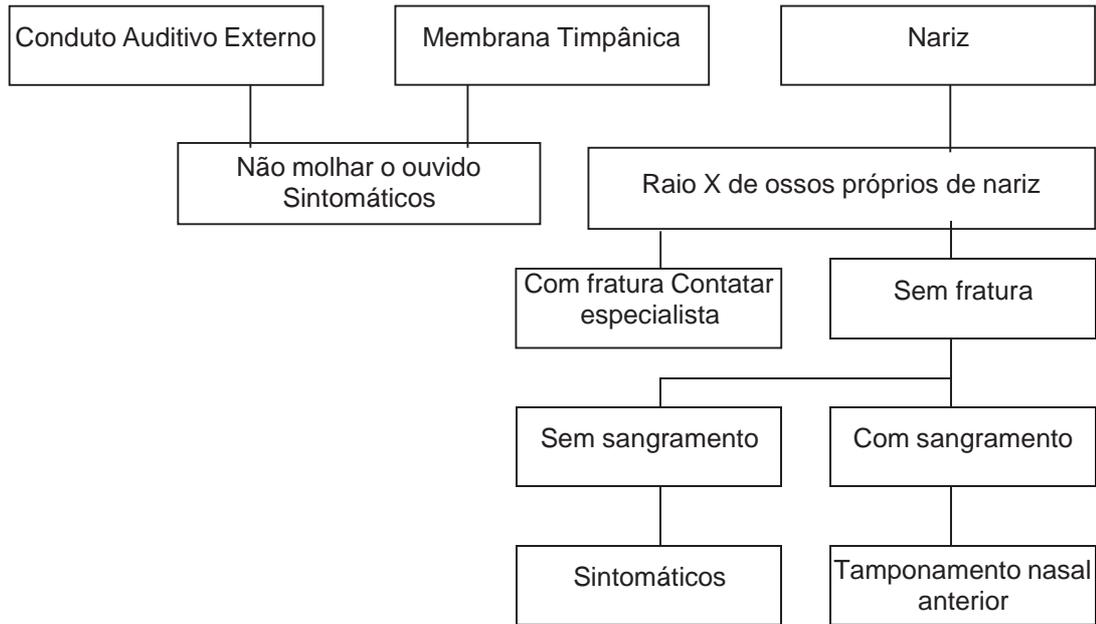
Audiometria + impedânciometria
Avaliação Hematológica
Reações Sorológicas
Lipidograma
Curva Glicêmica
TC de Crânio
RM de Meato Acústico Interno

TRATAMENTO

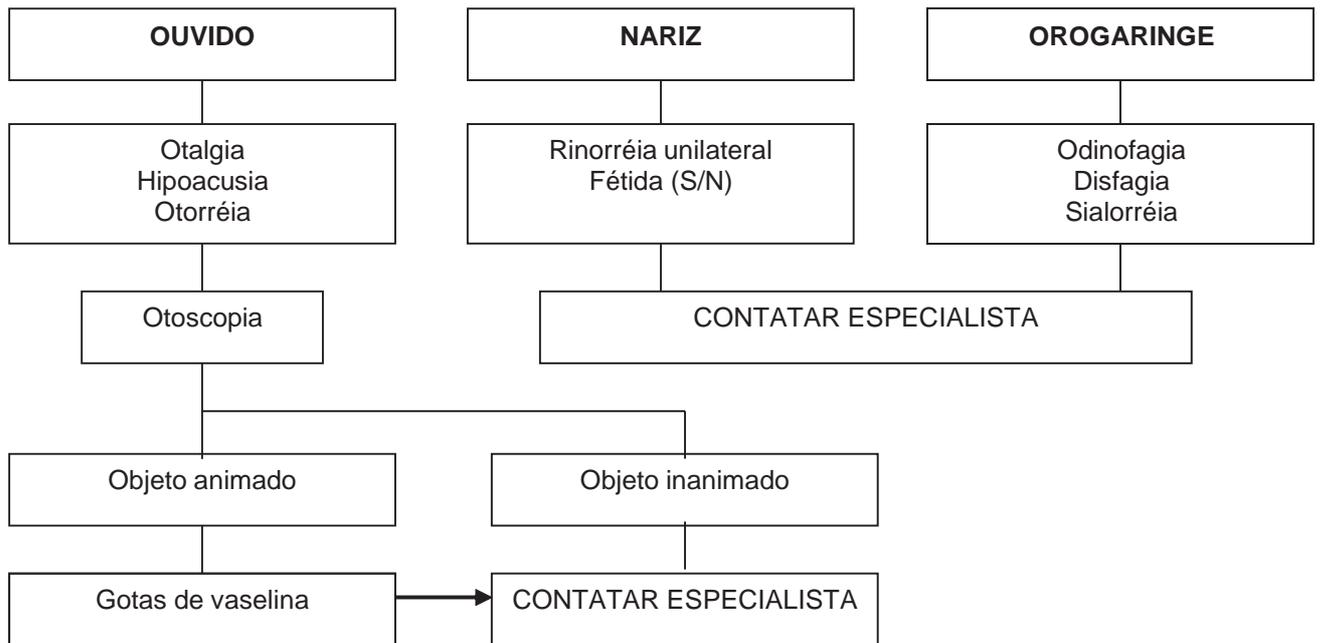
Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h
Prednisolona 1mg/kg/dia
Aciclovir 200mg 4/4h
Vasodilatador
(Flunarizina 10mg – 8/8h V.O.)
Corticosteróide
(Dexametazona 02mg – 6/6h E.V.)
Dextran40
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.)
Tratamento de causas especificamente identificadas

INTERNAMENTO

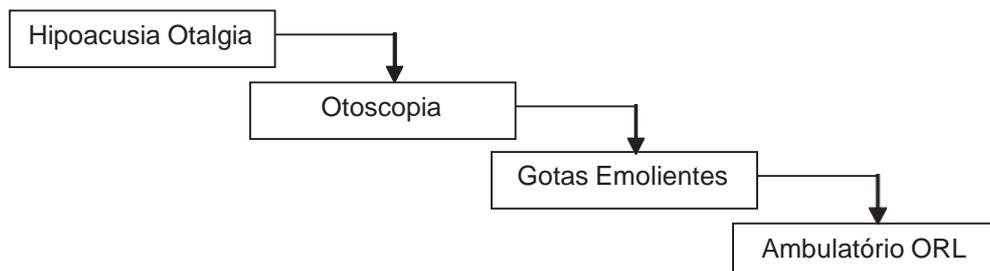
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



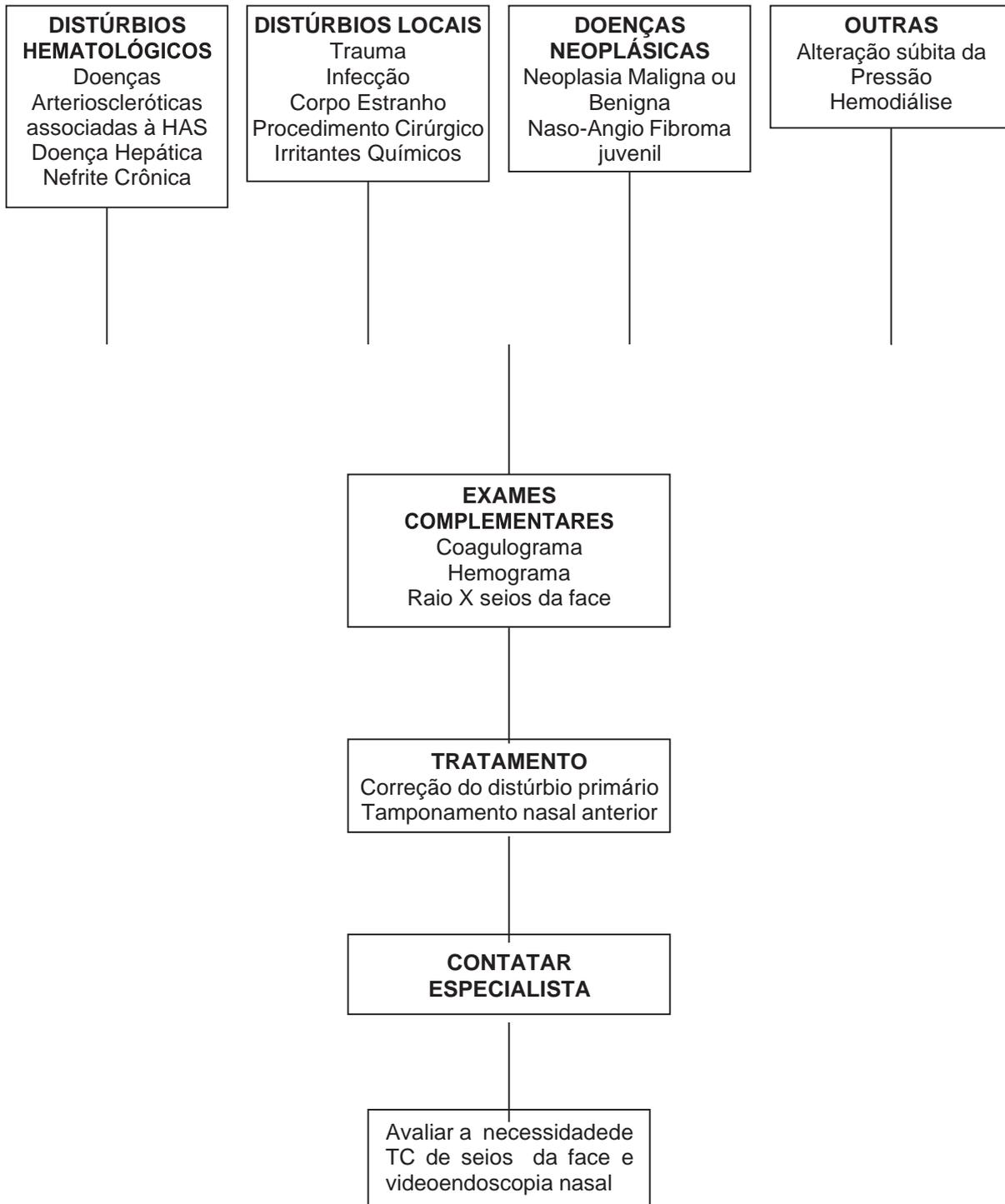
CORPOESTRANHO



ROLHA CERUMINOSA



EPISTAXE



OBS.:

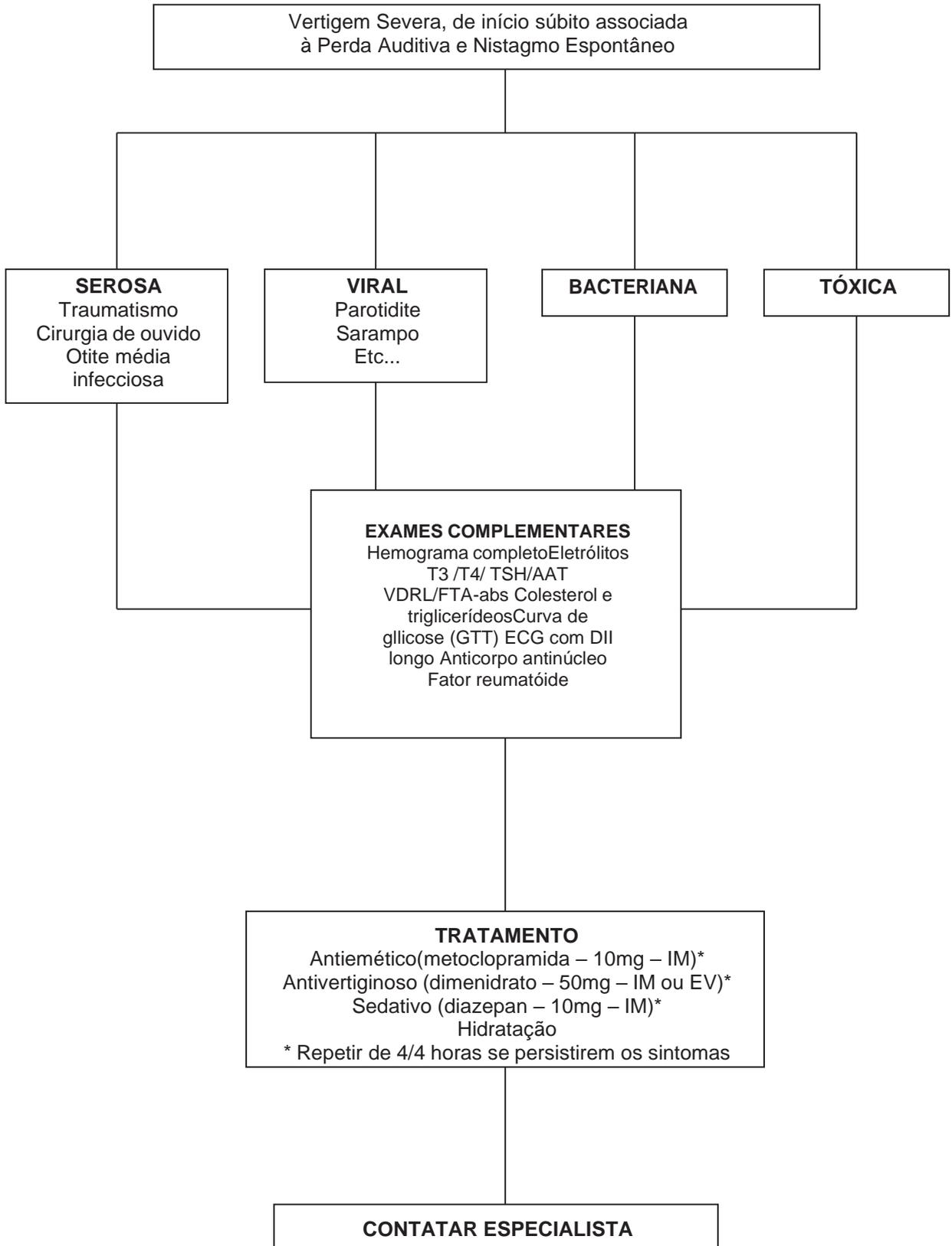
Tamponamento Nasal Anterior.

Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

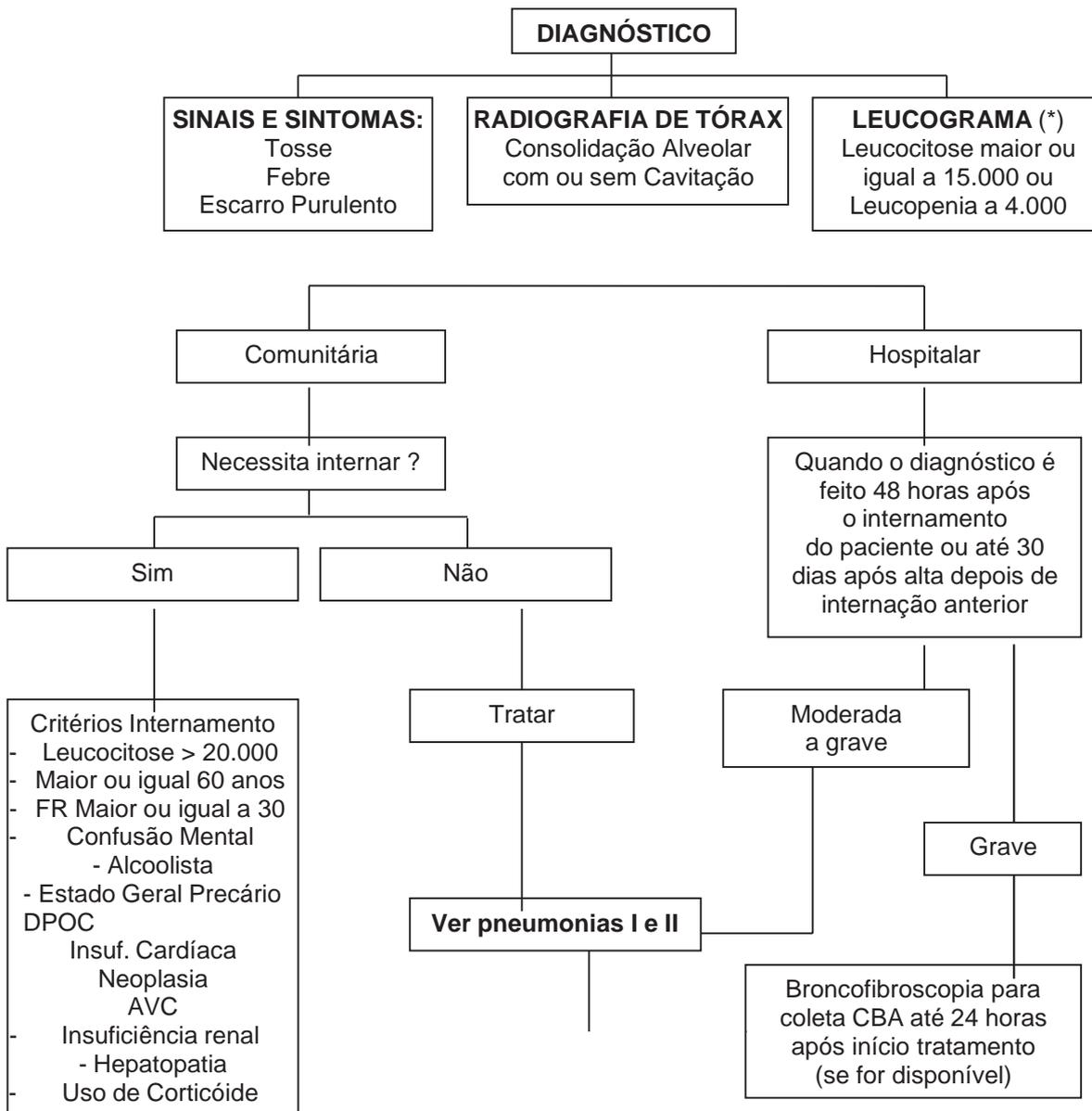
Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)

Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marocel - 2 unidades – C. Cirúrgico)

LABIRINTITE AGUDA



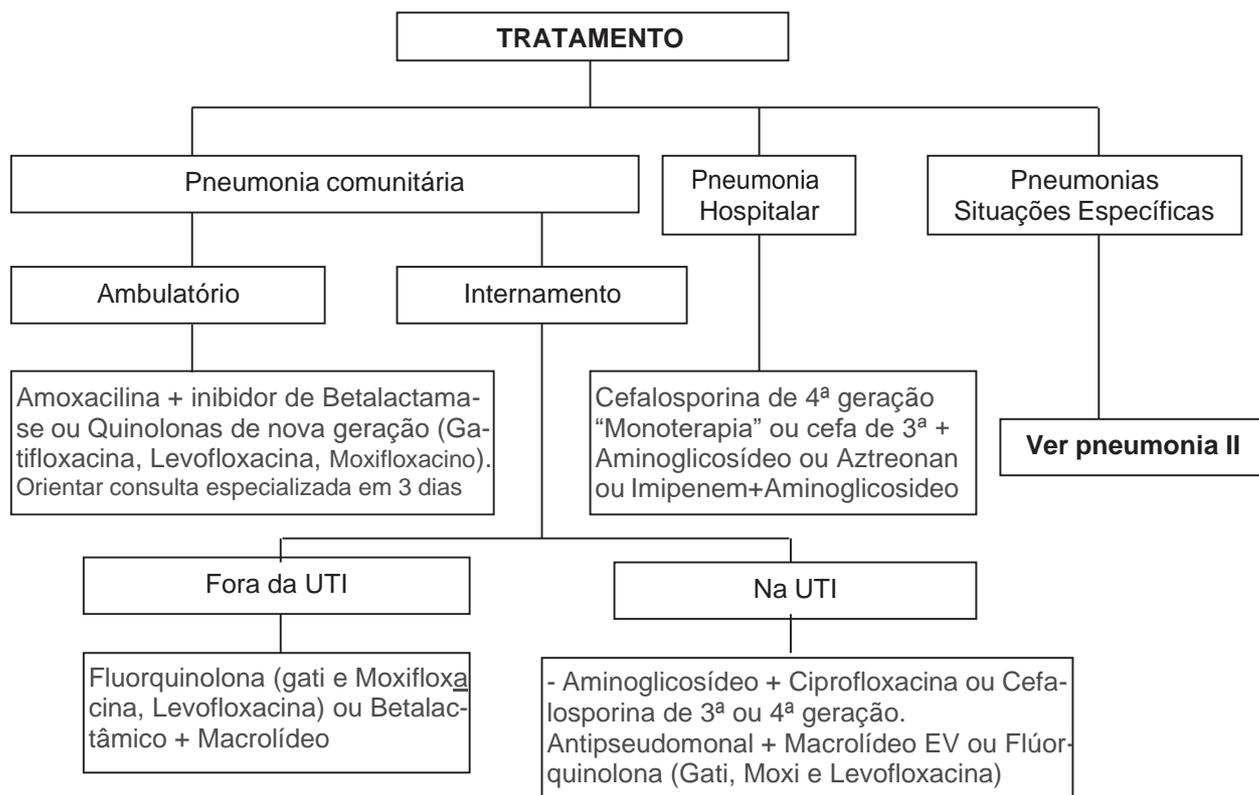
PNEUMONIAS (PN)



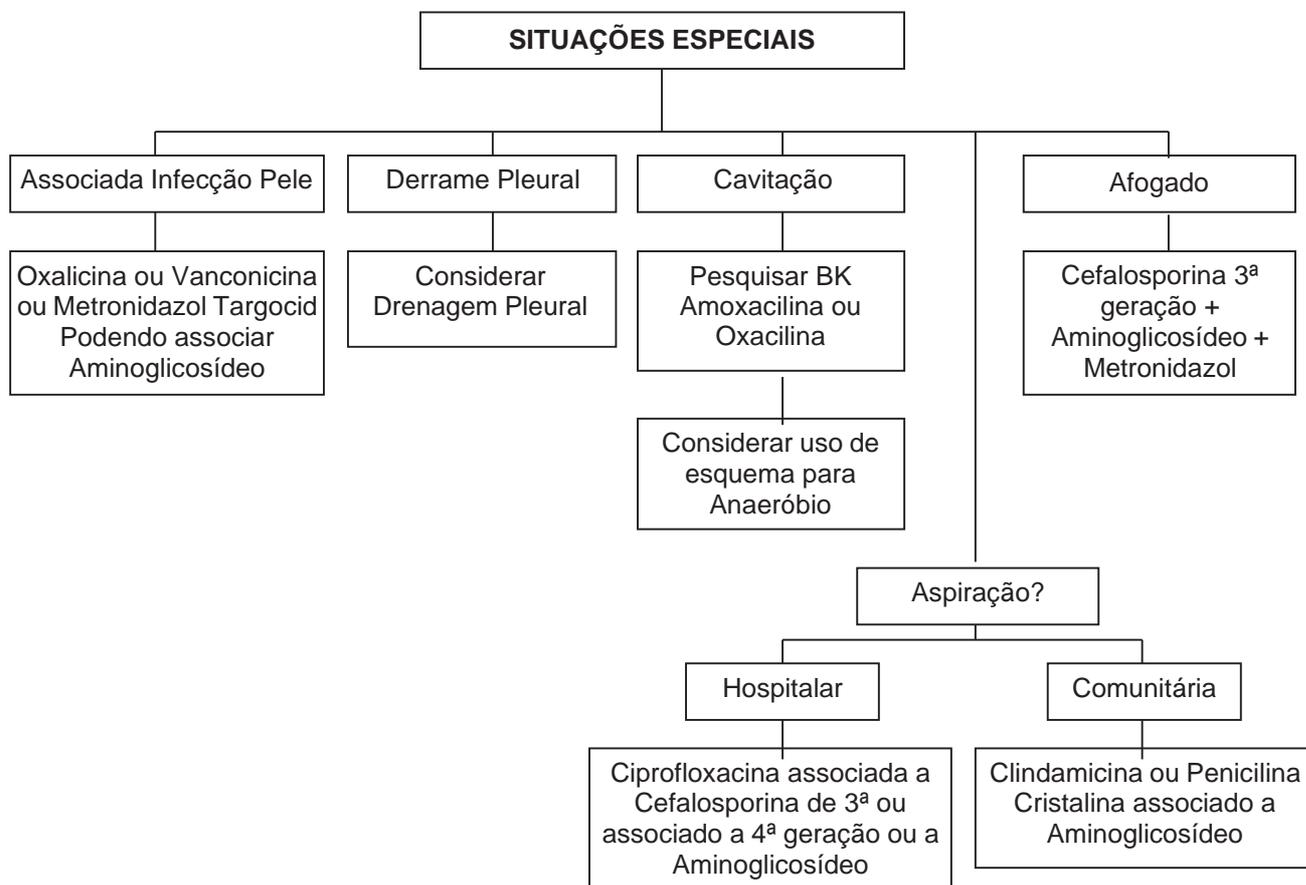
*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

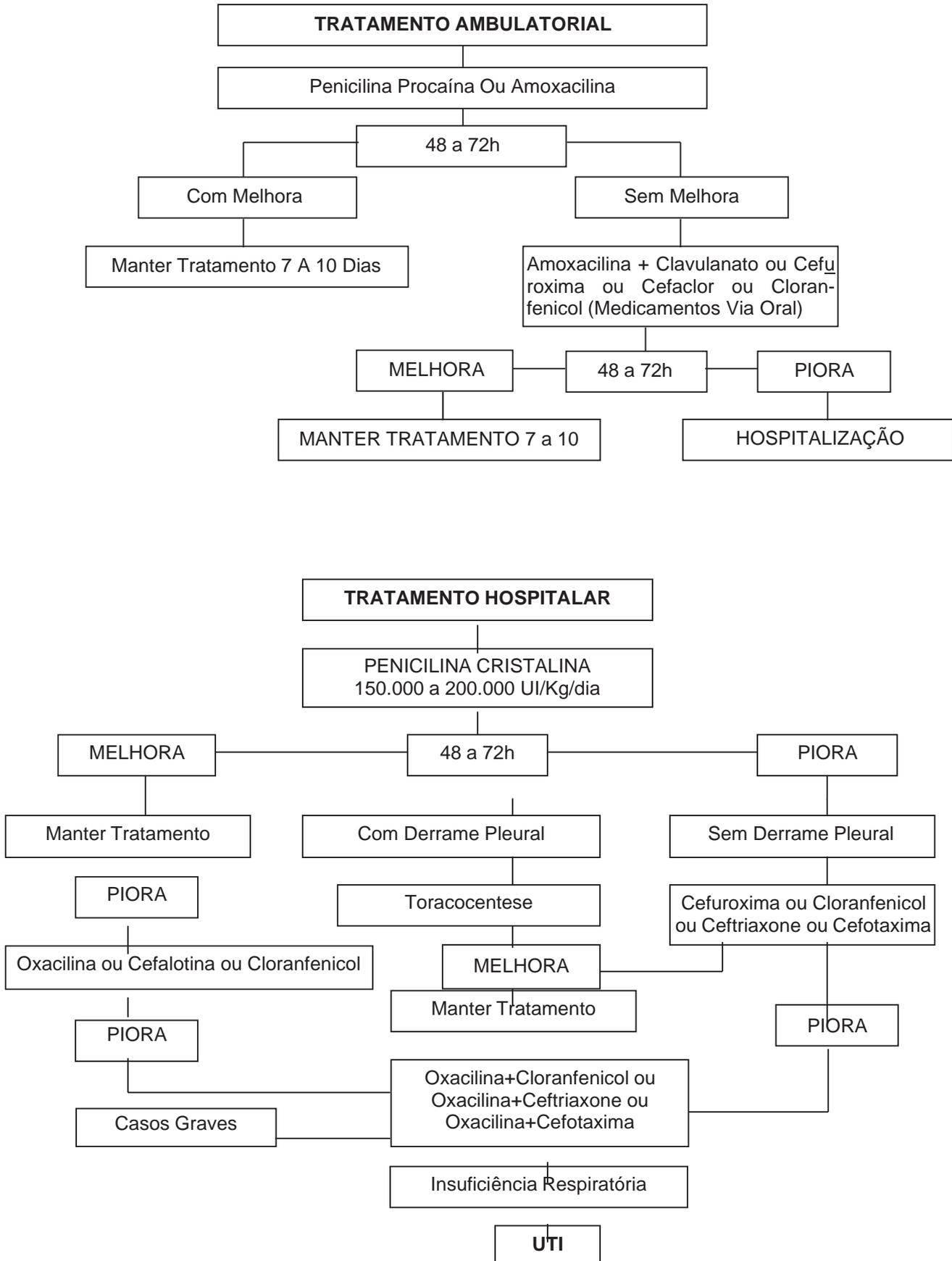
PNEUMONIAS - I



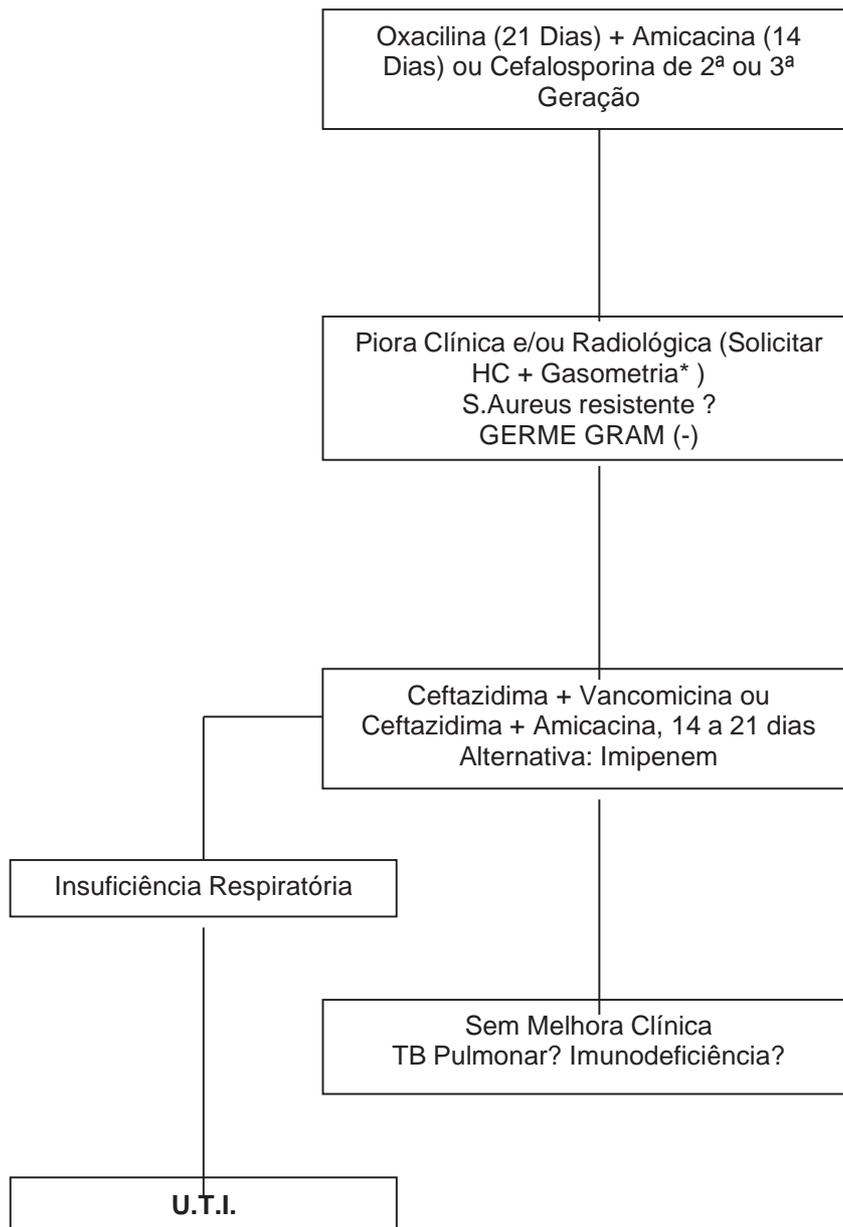
PNEUMONIAS - II



PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

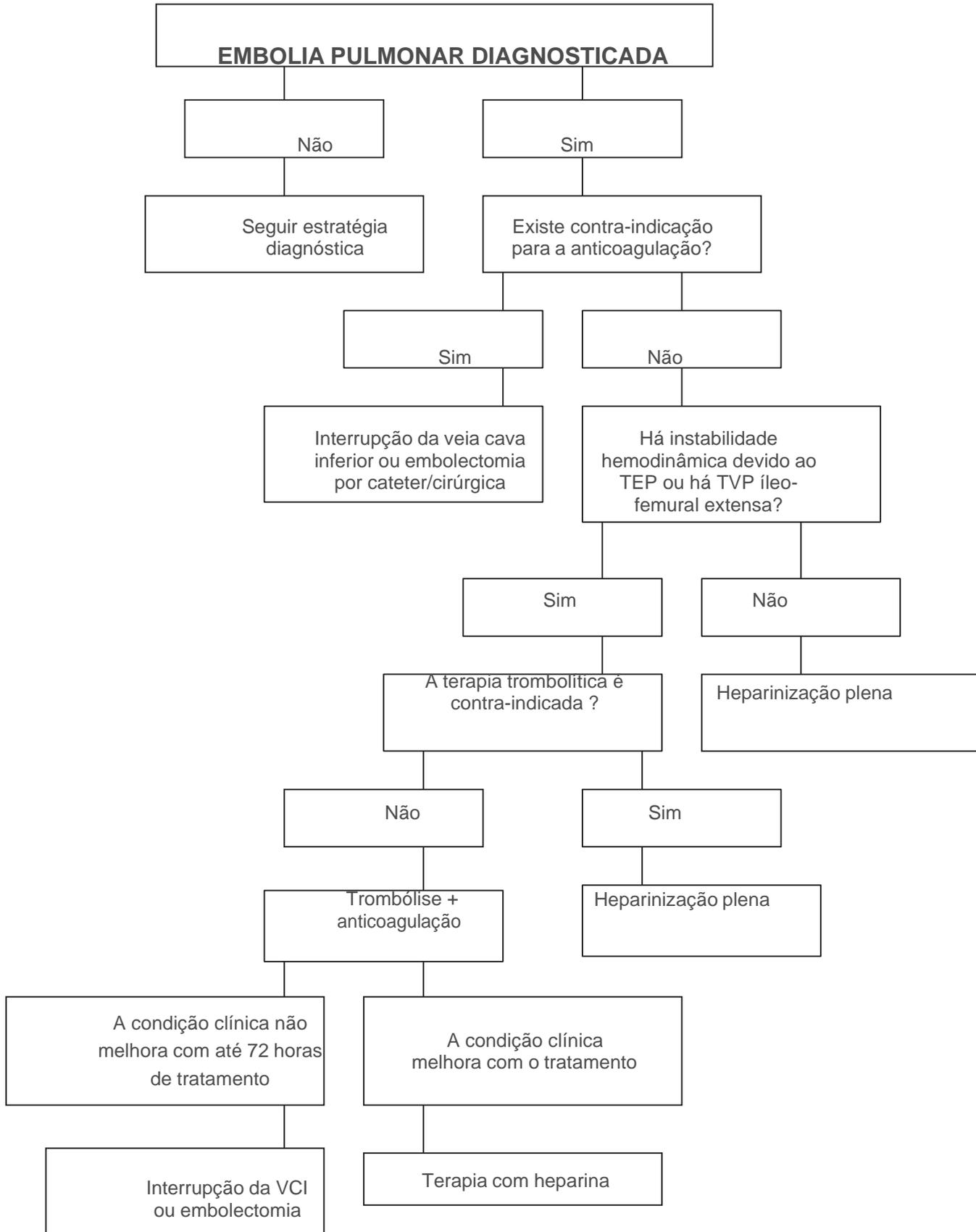


PNEUMONIA HOSPITALAR

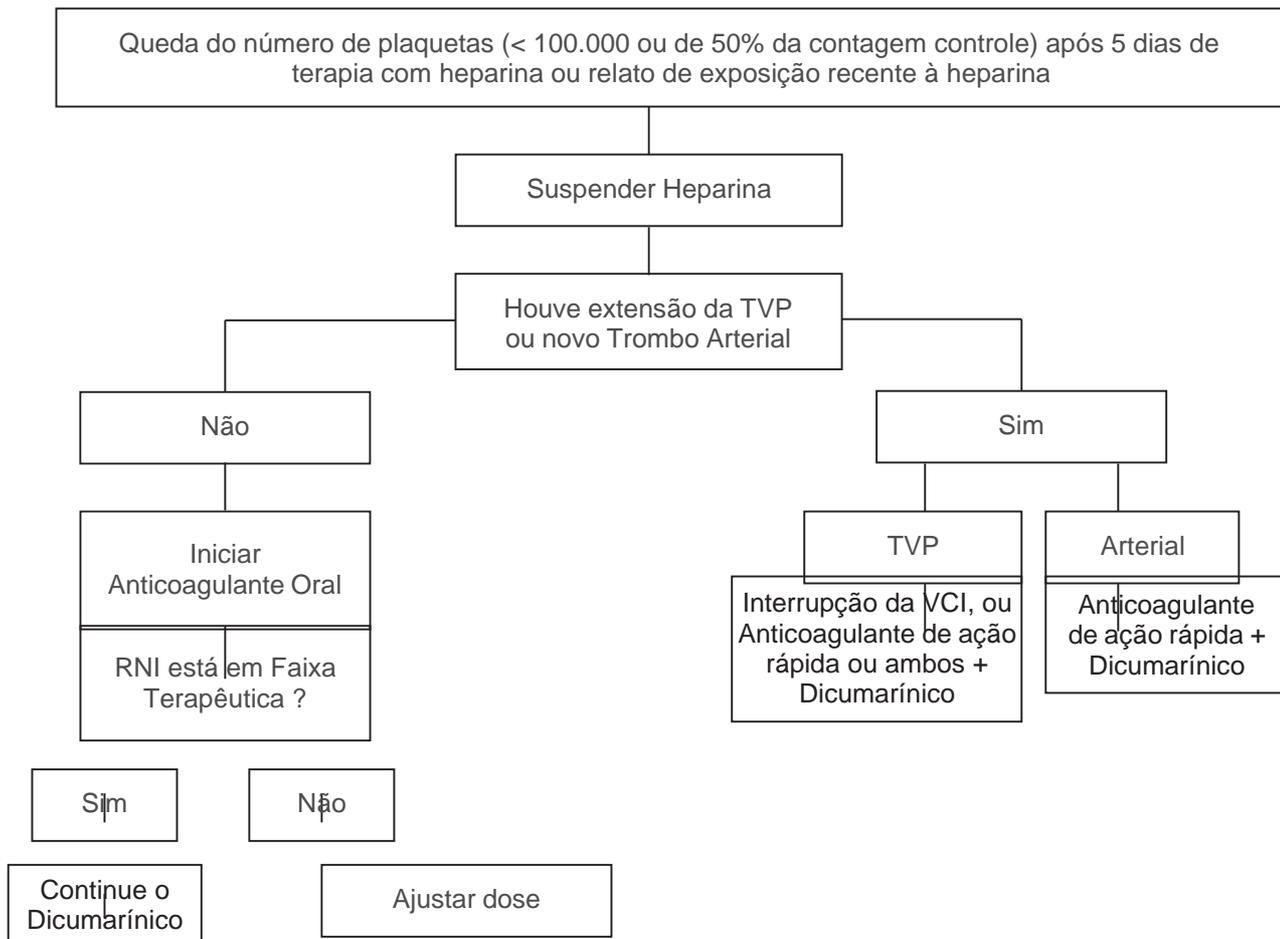


* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.

Disfunção Sistólica de VD.

TEP Maciço.

TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.

TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

OBS.:

1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

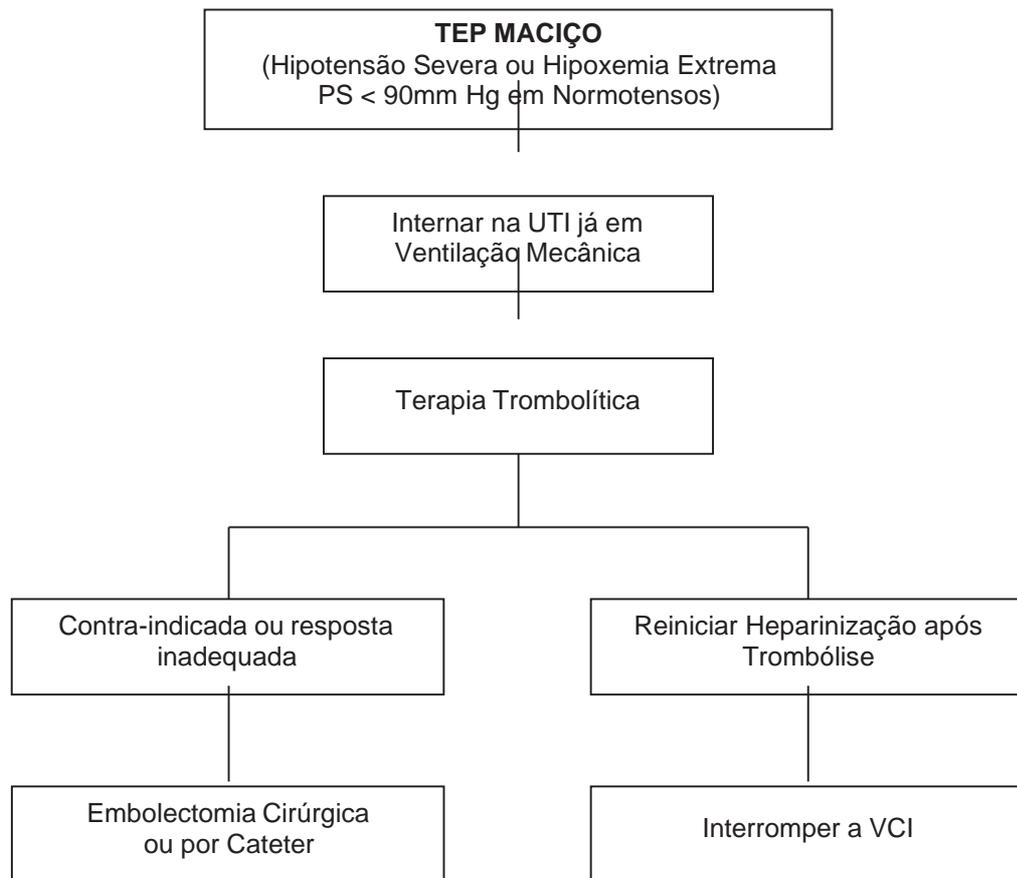
2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa \leq 80seg ou após 12 horas da Trombólise.

3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.

4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.

5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO(TEP)



PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

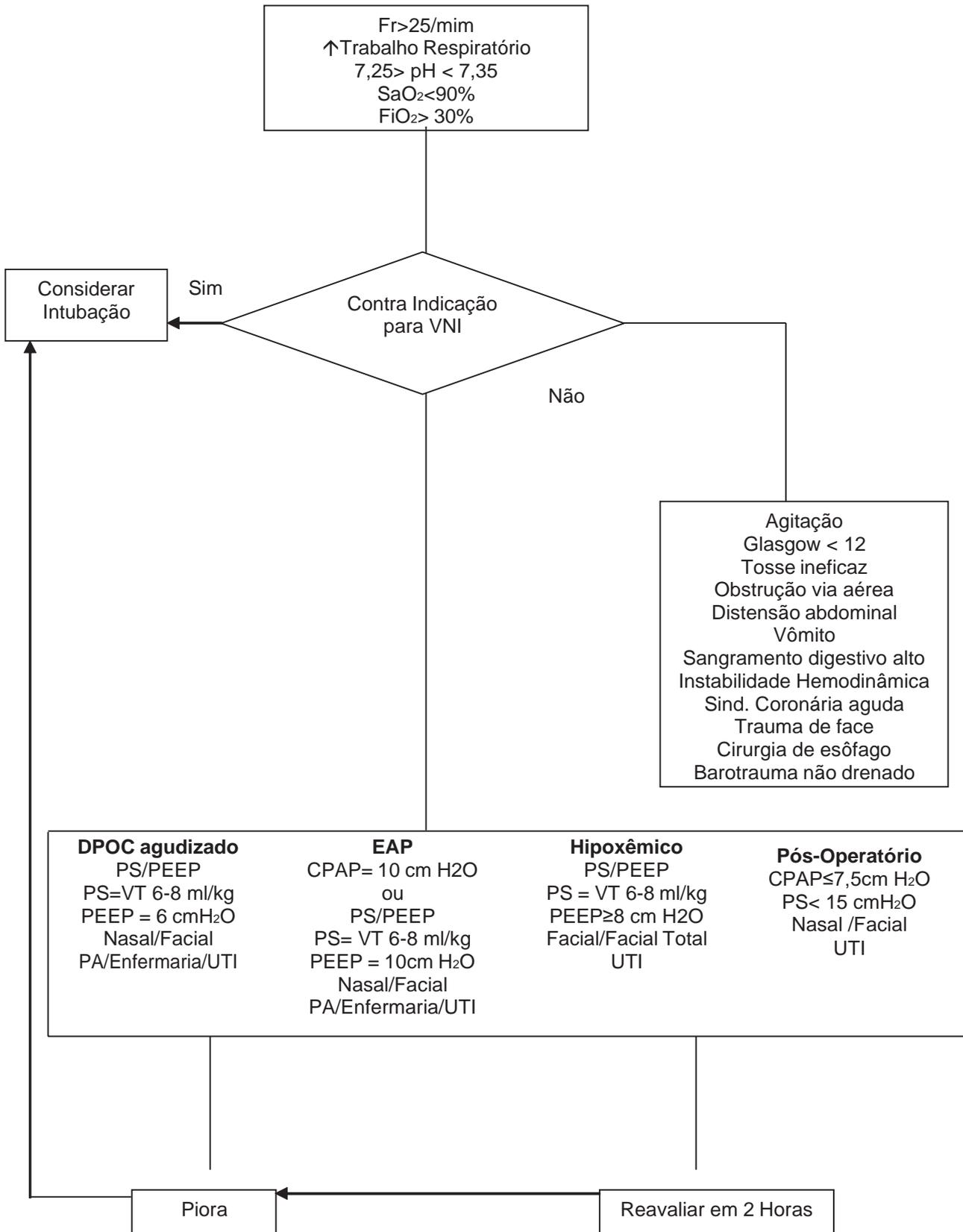
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)
Dose 80mg Kg IV bolus

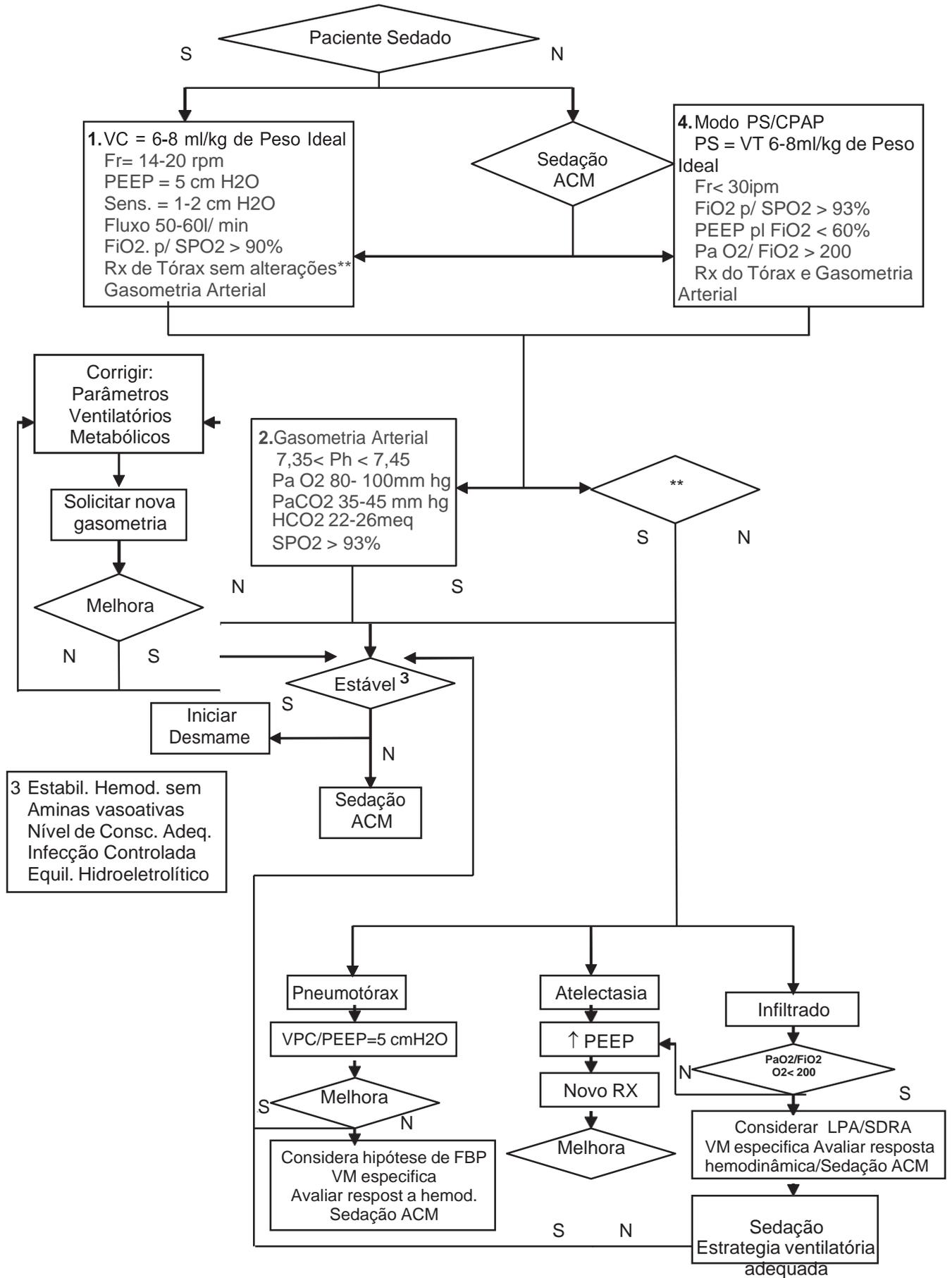
ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA

VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

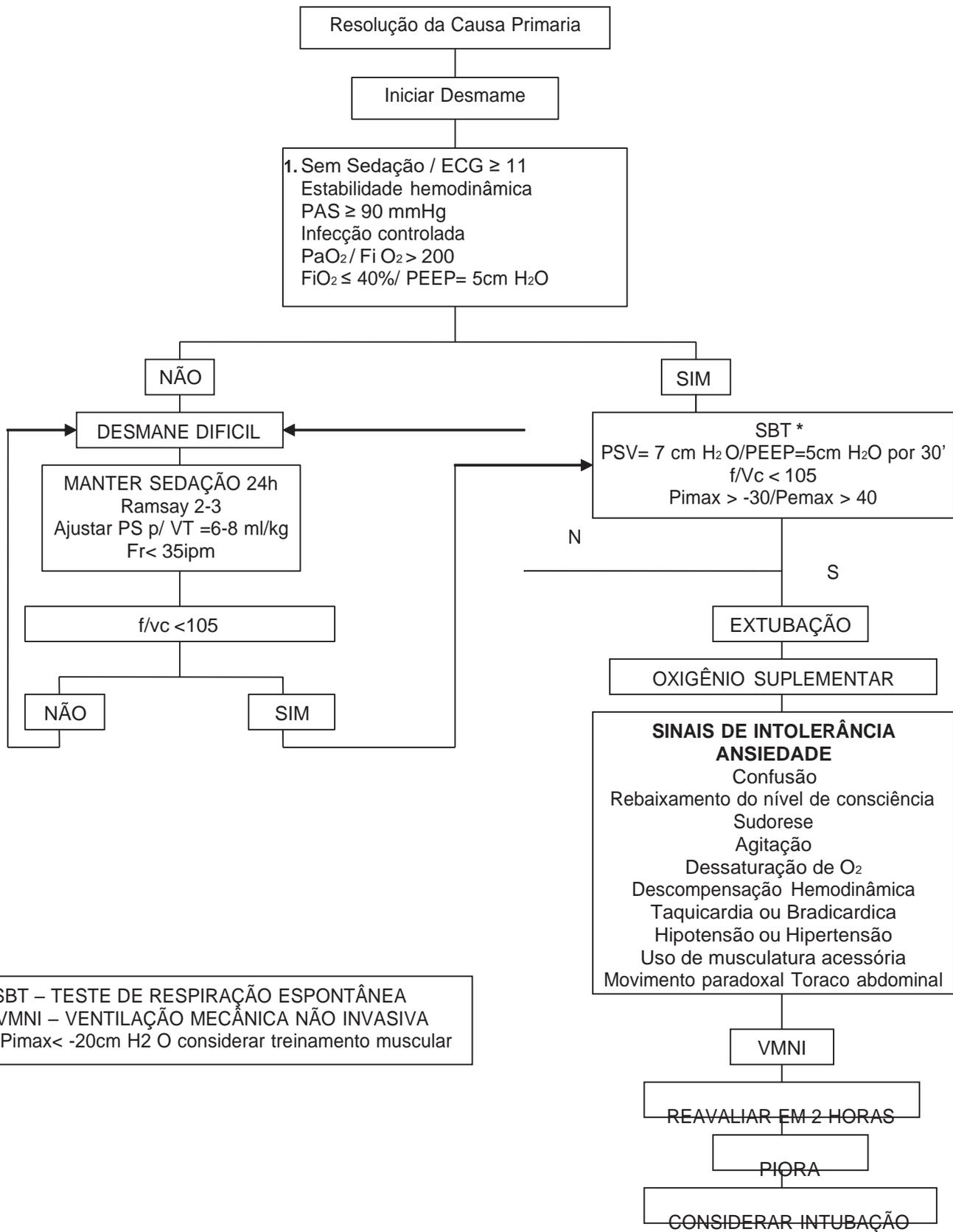
ADULTO



ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO

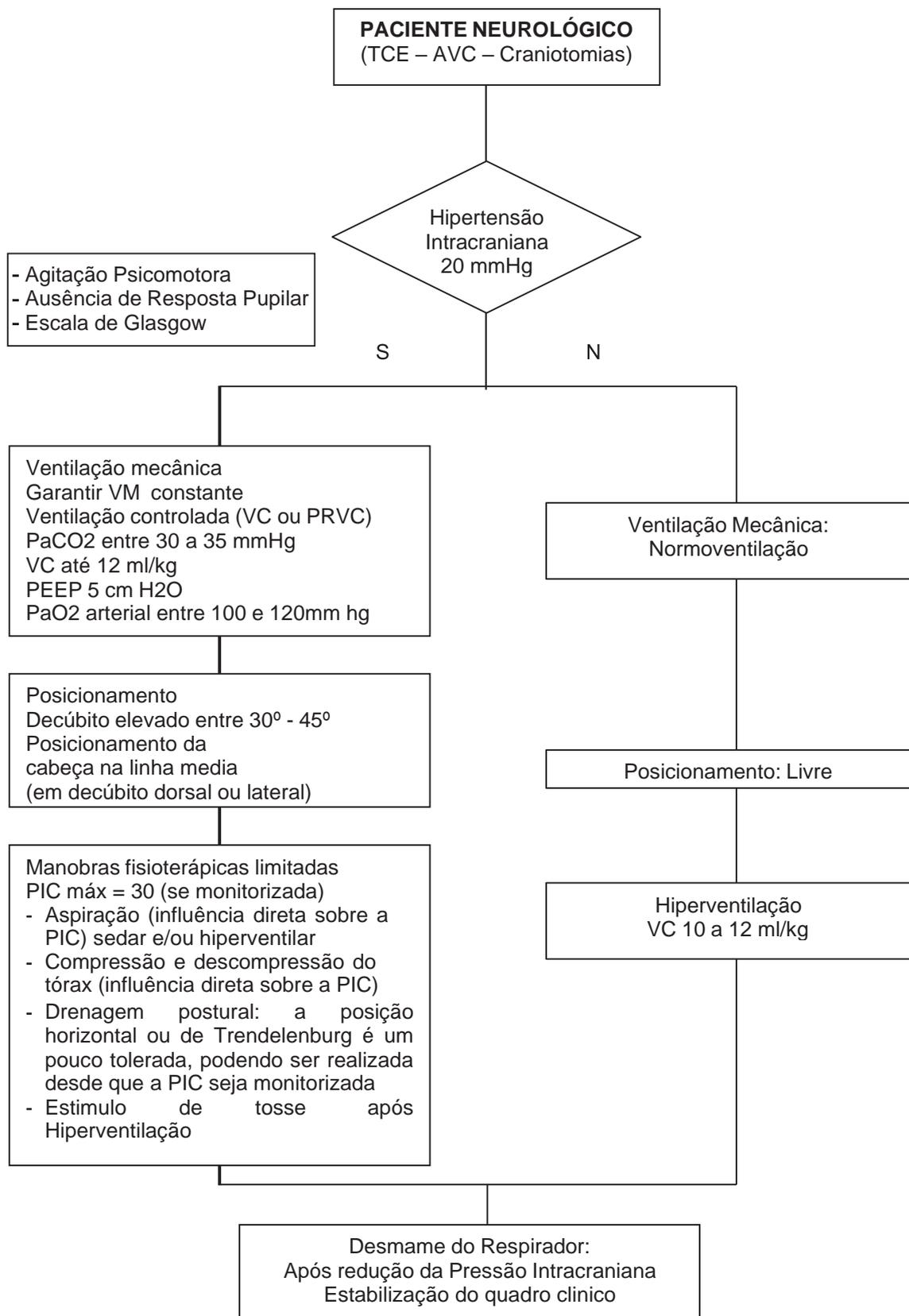


DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

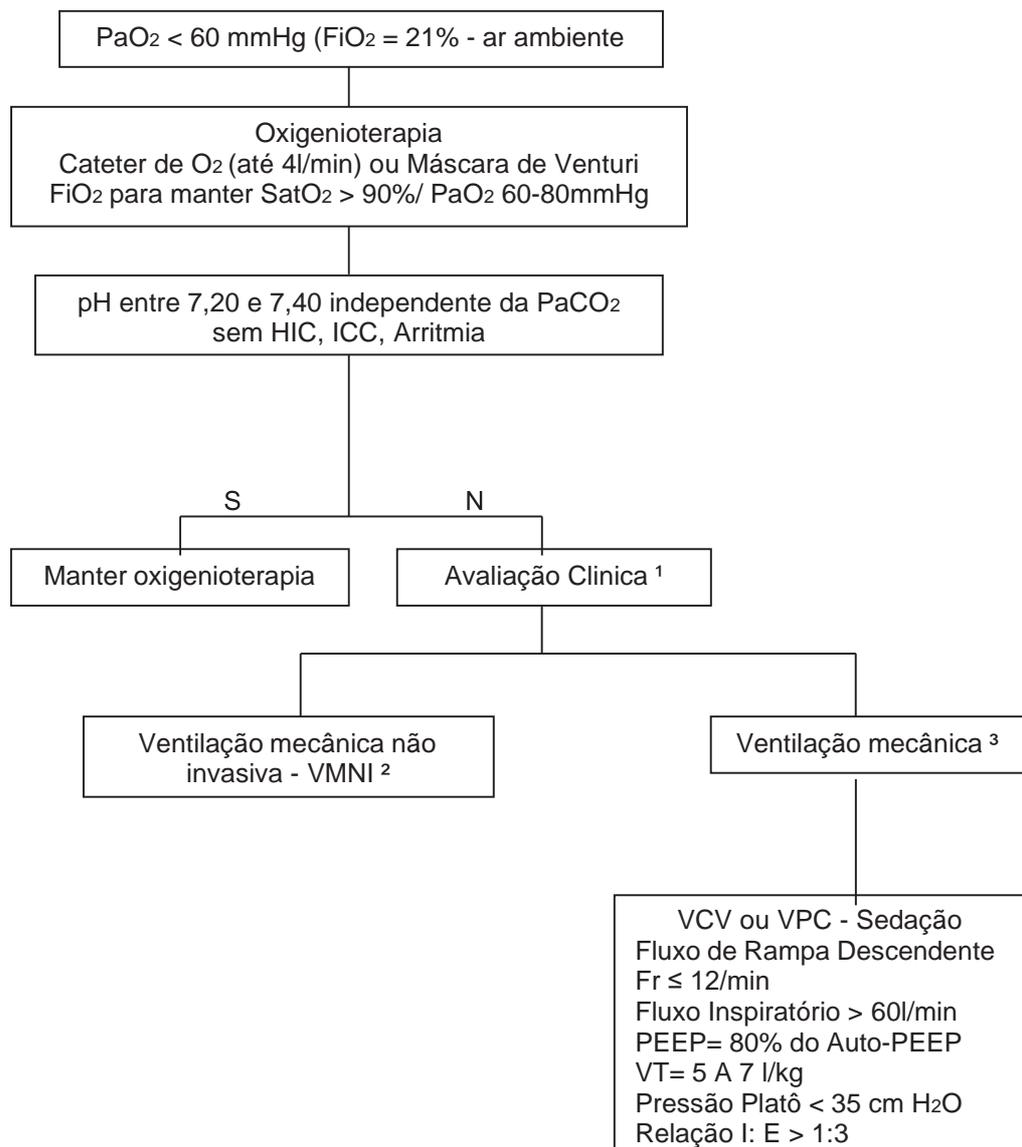


* SBT – TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 VMNI – VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA
 ** Pimax < -20cm H2O considerar treinamento muscular

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA



1 Avaliação Clínica

Nível de consciência do paciente
Padrão Respiratório
Instabilidade Hemodinâmica

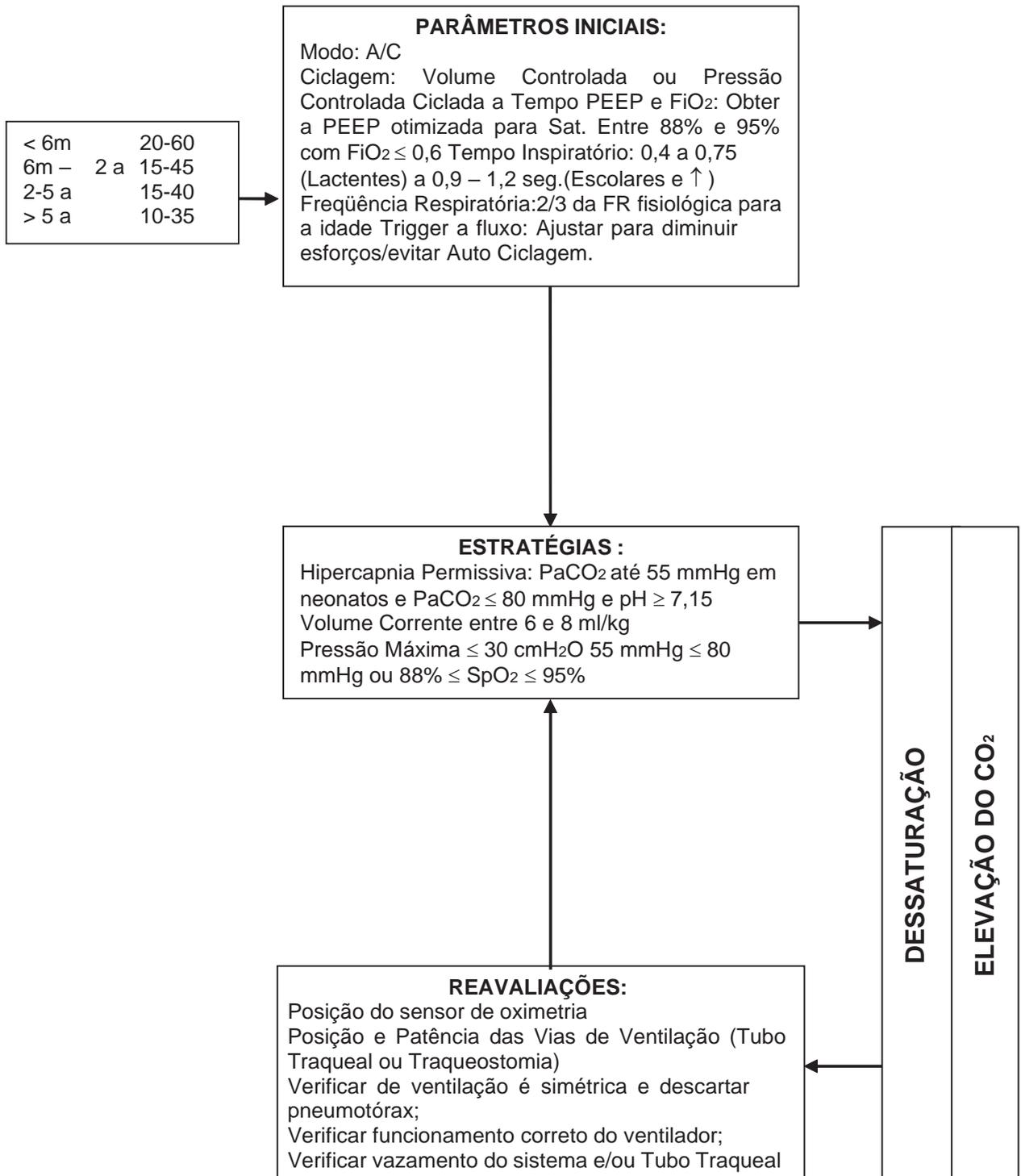
2 Critérios para utilização de VMNI

Paciente colaborativo
Desconforto respiratório com Dispneia moderada a severa / Fr < 35
Utilização de Musculatura Acessória
Estabilidade Hemodinâmica
Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

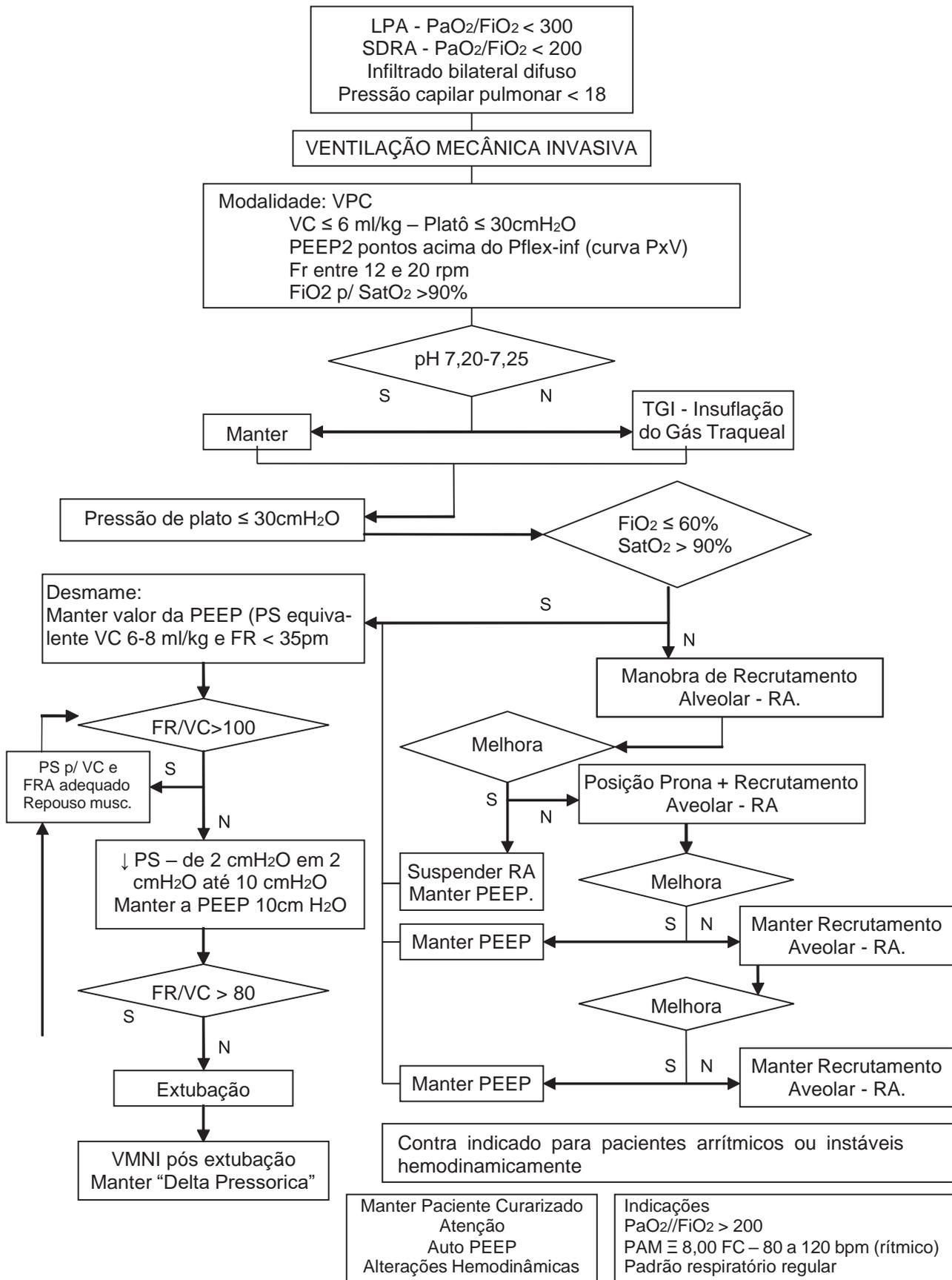
3 Critérios para IOT

Glasgow ≤ 8, agitação, não colaborativo com VMNI
PCR
Instabilidade Hemodinâmica
Hipersecreção Pulmonar

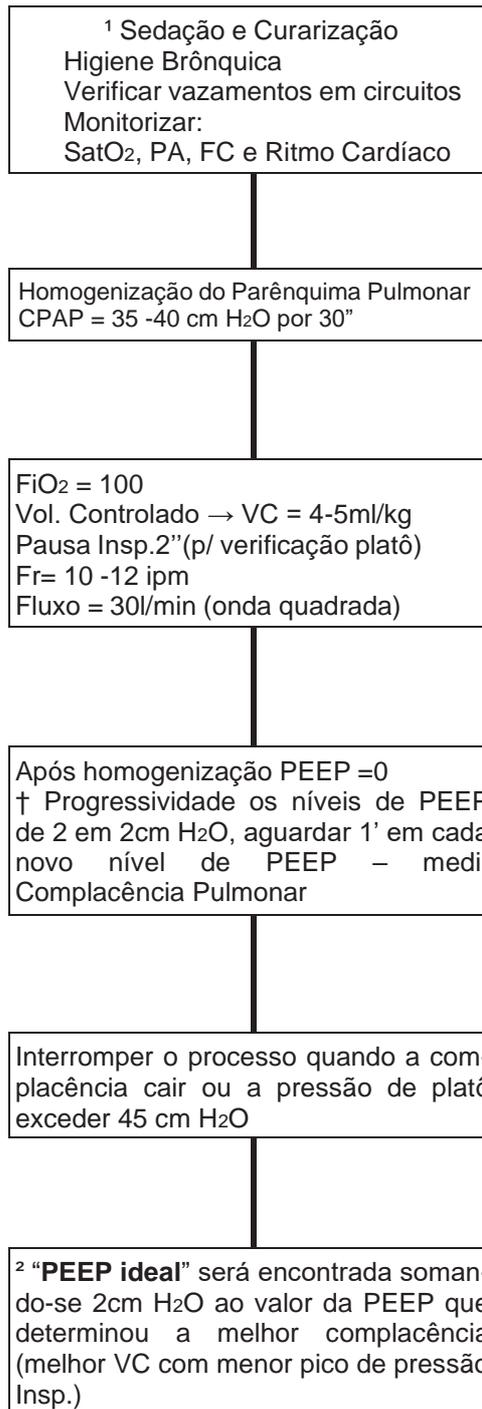
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO PULMONAR AGUDA (LPA) SÍNDROME DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA)



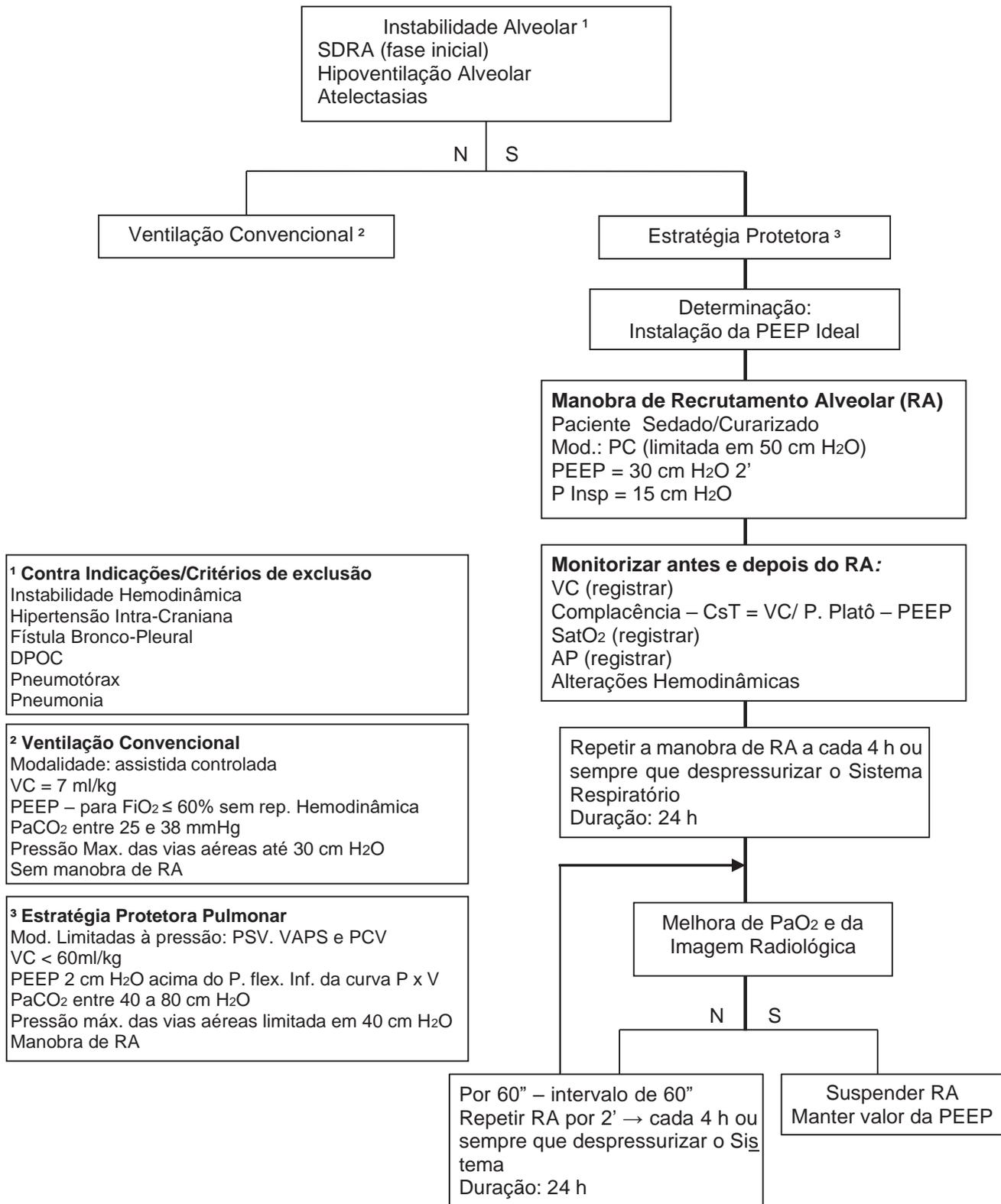
CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



¹ Contra Indicações/ Critérios de exclusão:
Instabilidade Hemodinâmica (PAM ≤ 140 hpm/ arritmias)
Hipertensão Intracraniana
DPOC
Ocorrência de Pneumotórax e Fístula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs
Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

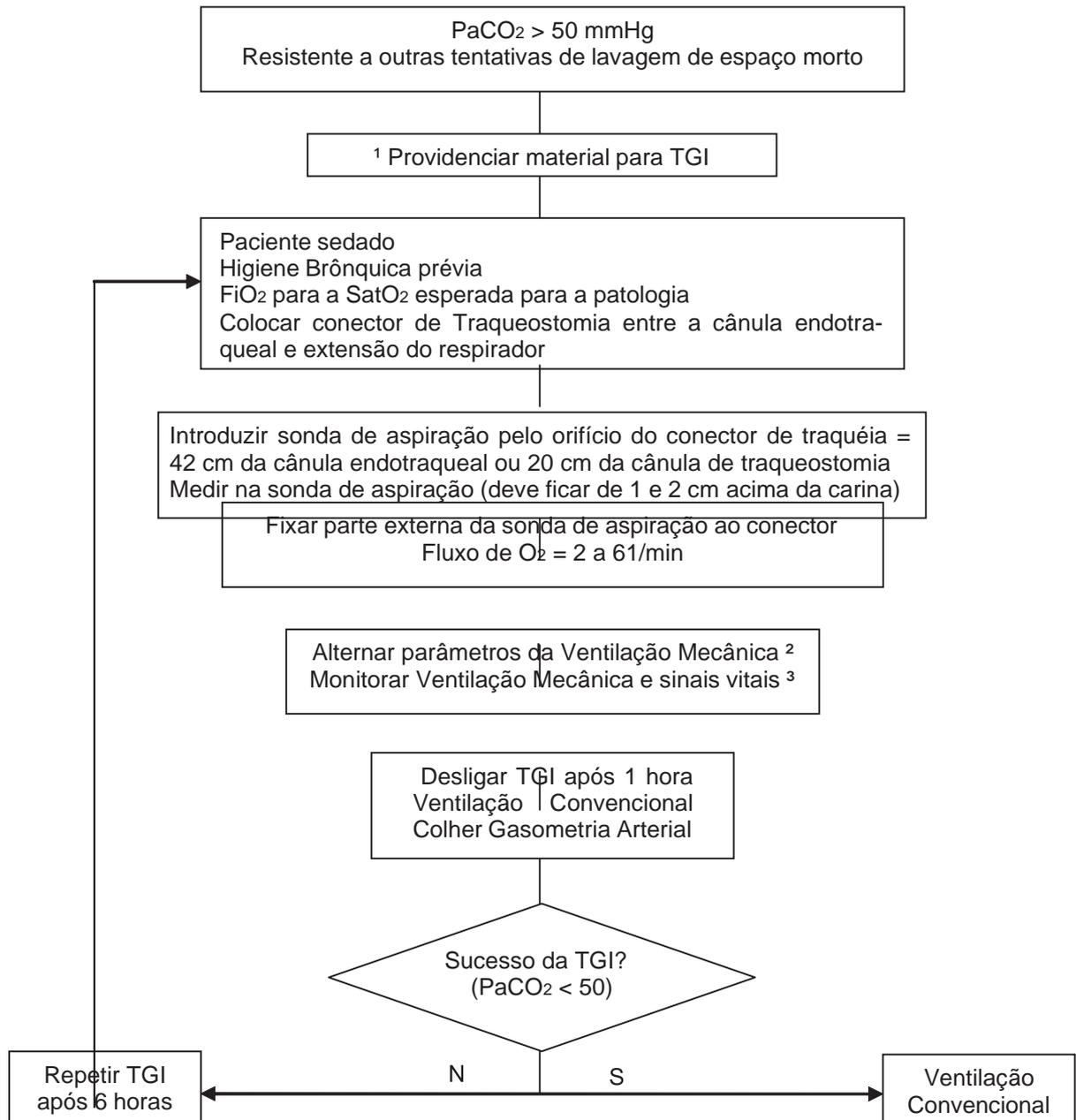
$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$

MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)



¹ Materiais Necessários

Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril
Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)
Esparradrapo ou similar
Cortaplast
Umidificador de parede + extensão
Água Destilada Estéril
Fluxômetro de O₂

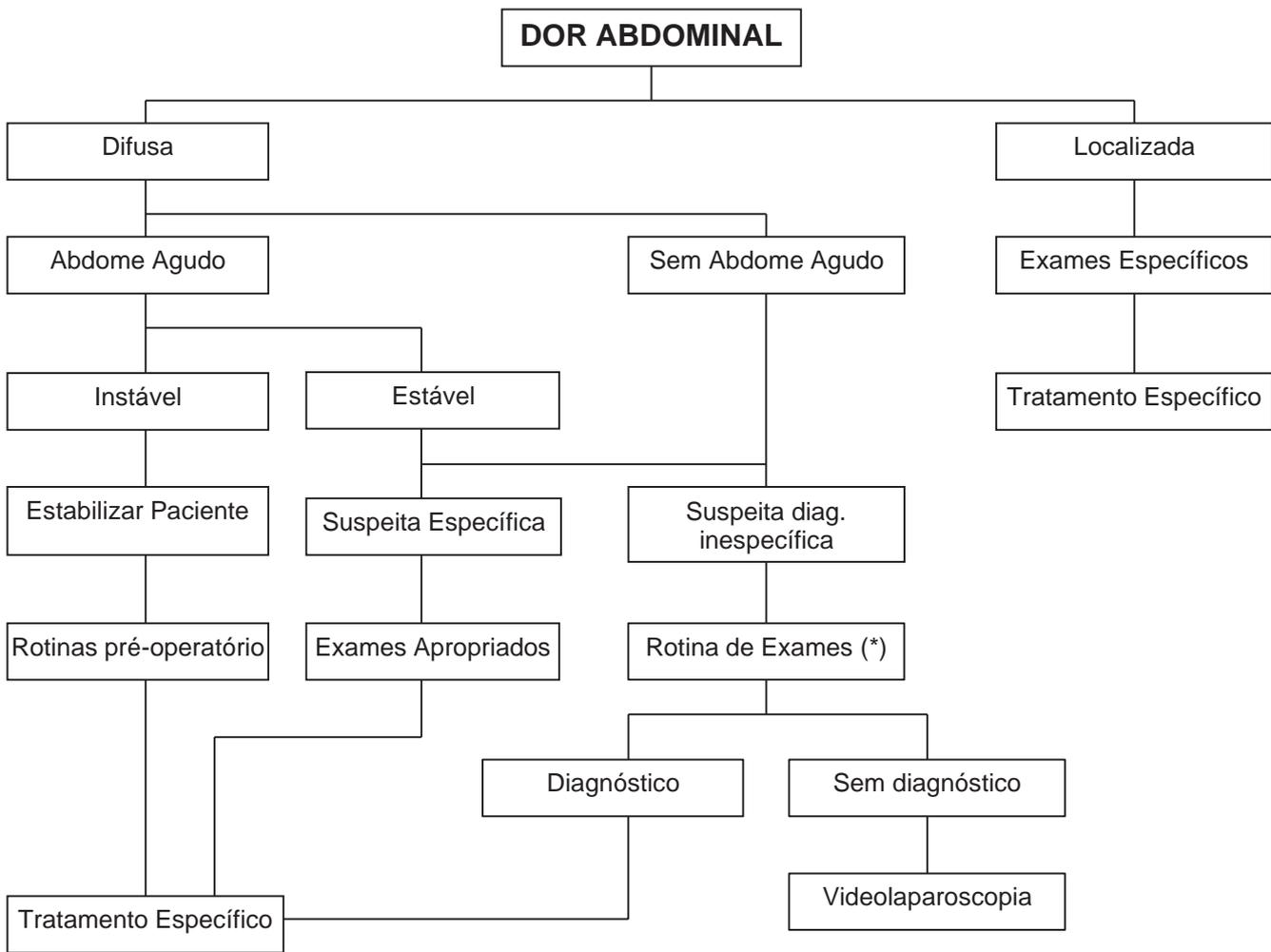
³ Critérios de Interrupção:

Instabilidade Hemodinâmica (↑↓ exagerado da FC e/ou PA, ↓ abrupta da SatO₂)
Cuidados
Hiperinsuflação Pulmonar – Vigilância contínua da Ventilação Convencional
Não fazer manobras de Recrutamentos Alveolar durante TGI

² Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)

P_{insp}. Limitada a 35 cm H₂O
PEEP fisiológico
VC em torno de 5 ml/kg
FiO₂ < nível possível

DOR ABDOMINAL AGUDA



DOR ABDOMINAL

- 1 – Deite o paciente
- 2 – Acalme
- 3 – Anamnese e exame físico simultâneos
- 4 – Sedação da dor: se dor forte

(*) Rotina de Exames

Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.)

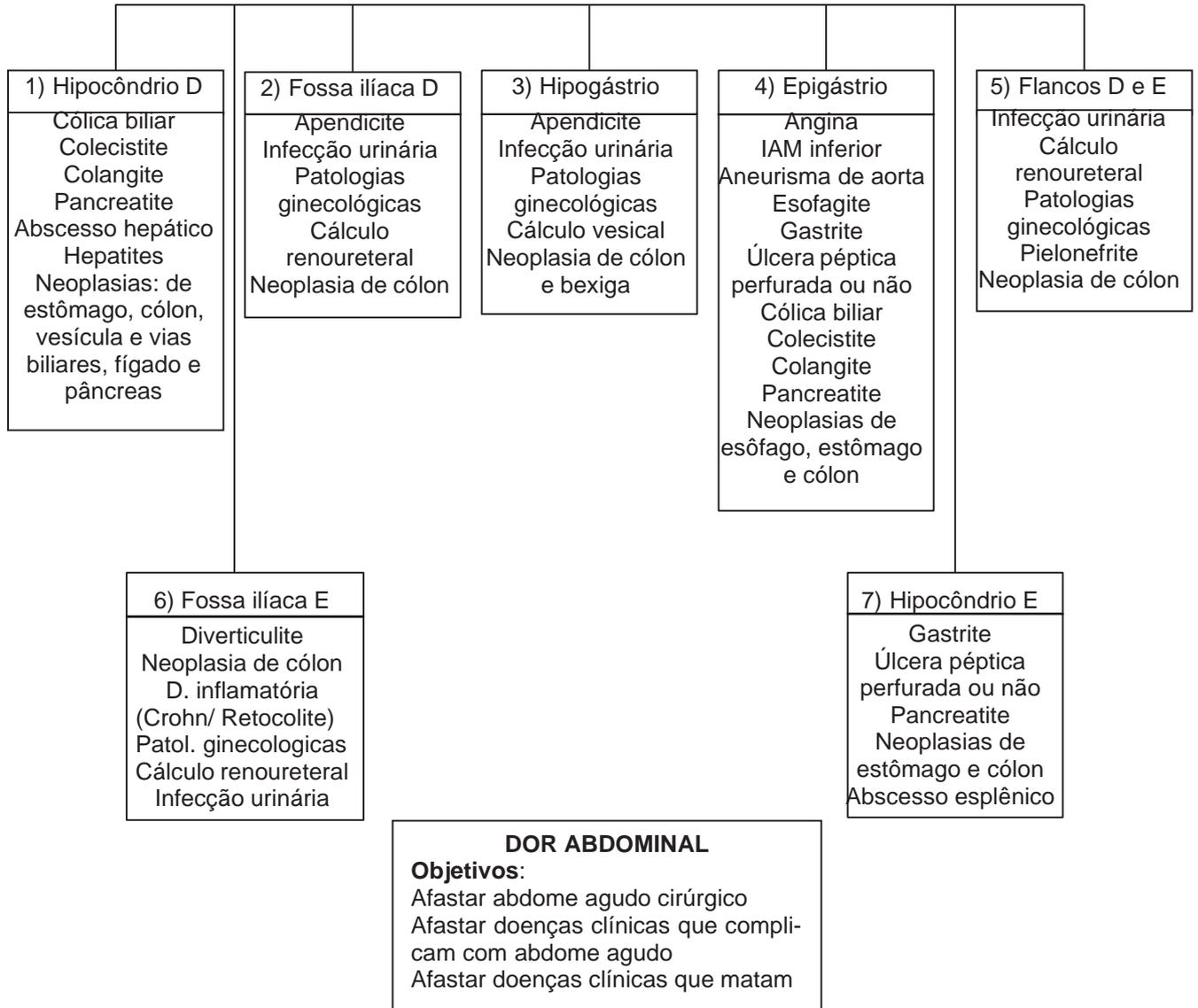
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)

Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome AP de pé e deitado.

Mulher fora da idade fértil

Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.

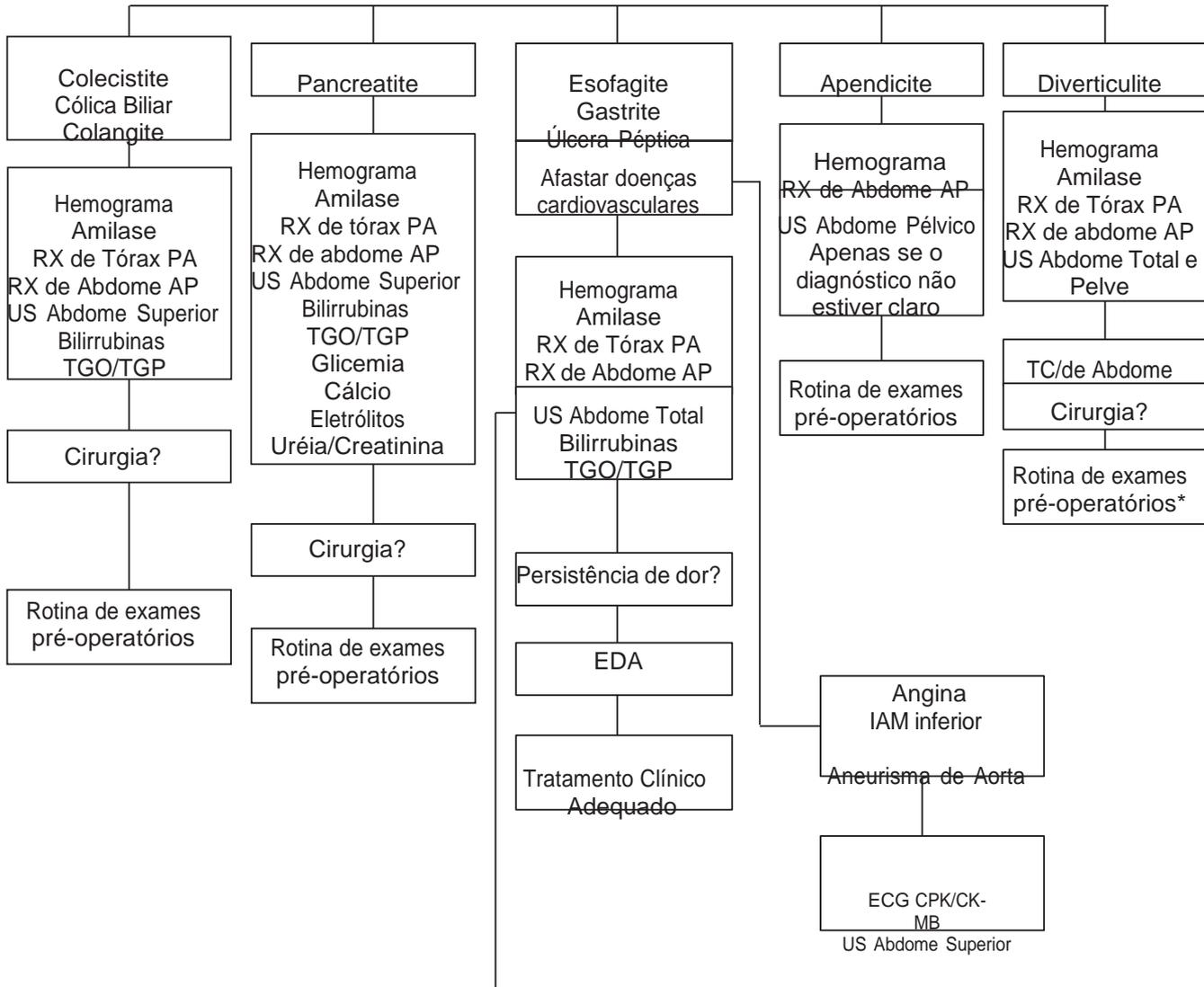
Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

ROTINA DE EXAMES

- 1 – Hemograma completo, TGO, TGP, amilase
- 2 – EAS
- 3 – Ecografia abdominal superior ou total.

ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



CONSIDERE APENAS EM SITUAÇÕES DE DÚVIDA:

- 1 - Se não há história de d. Péptica Prévia
- 2 - Se não há ingestão de Anti-Inflamatório Não Hormonal.
- 3 - Se na história há patologia de vias biliares como diagnóstico diferencial

DOR ABDOMINAL

Objetivos:

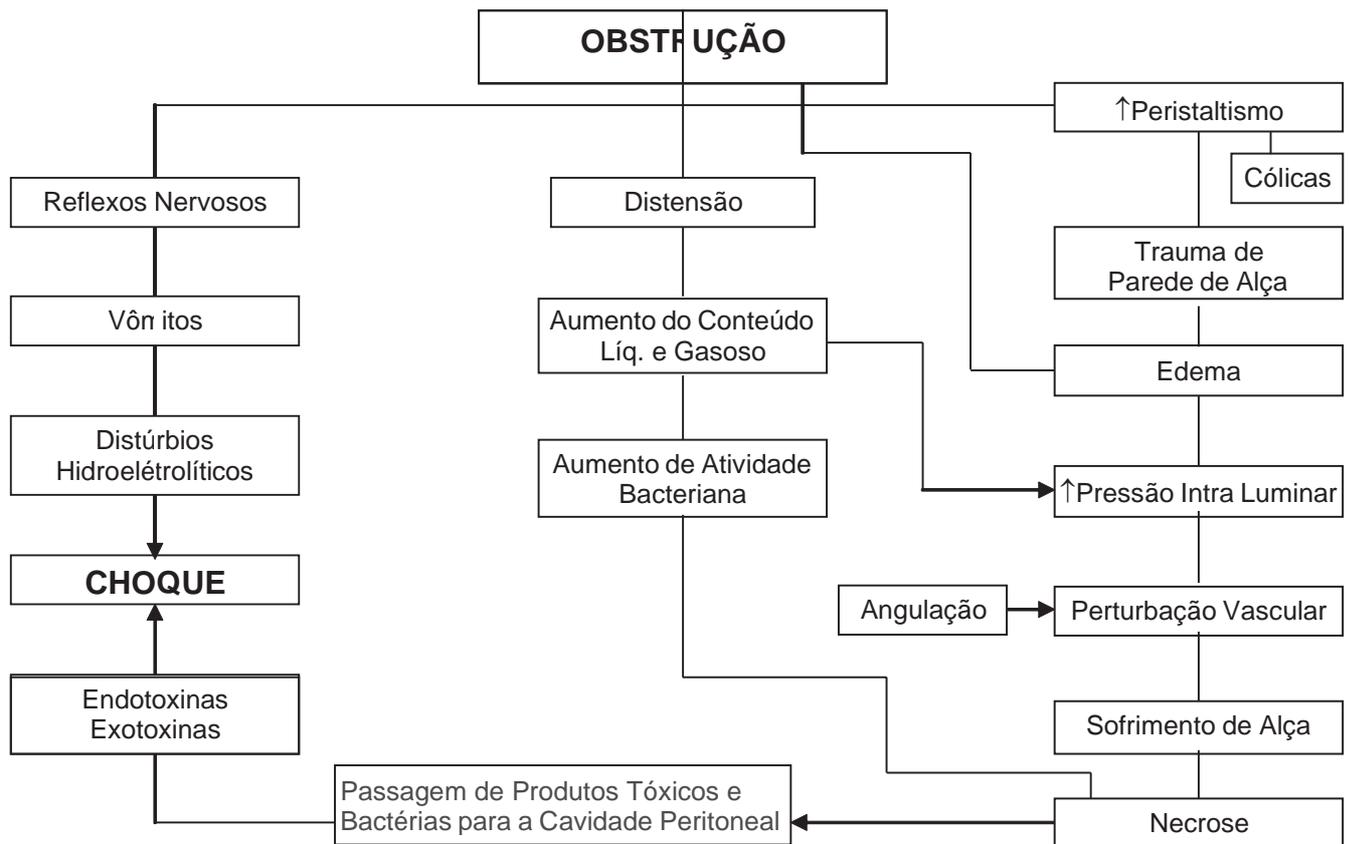
- Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.
- Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.
- Afastar doenças clínicas que matam.

ROTINA PRÉ - OPERATÓRIA:

- Hemograma Completo
- Glicemia
- Creatinina
- Coagulograma.
- EAS
- Ecografia Abdominal Superior ou Total.
- Parecer Cardiológico

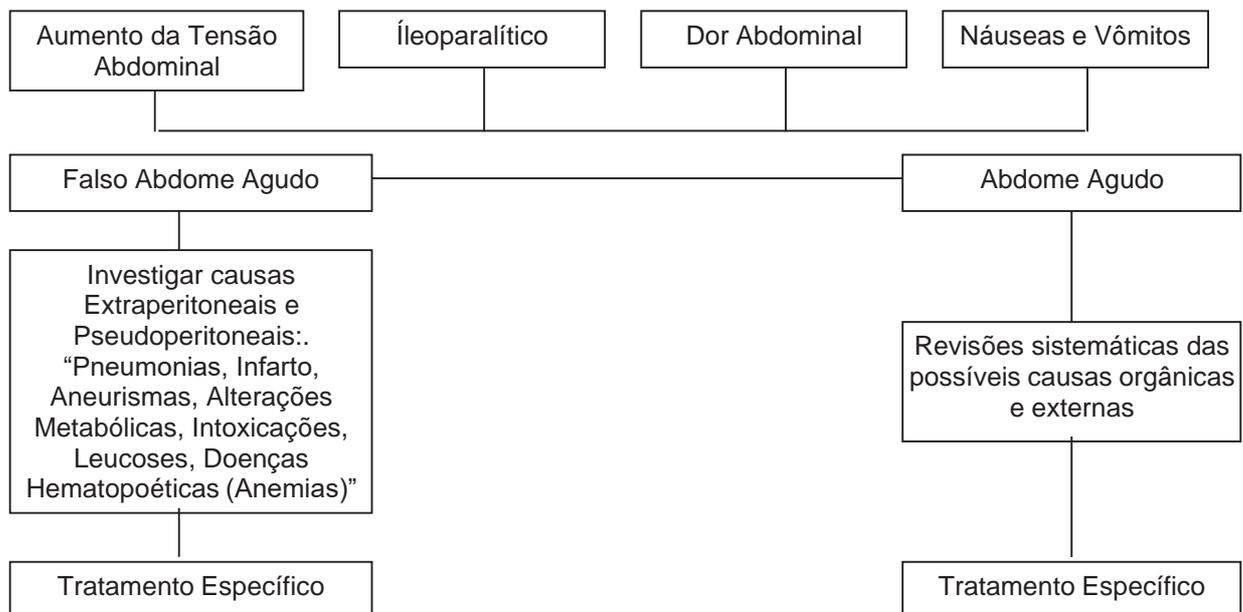
OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FISIOPATOLOGIA



ABDOME AGUDO

DIAGNÓSTICOS

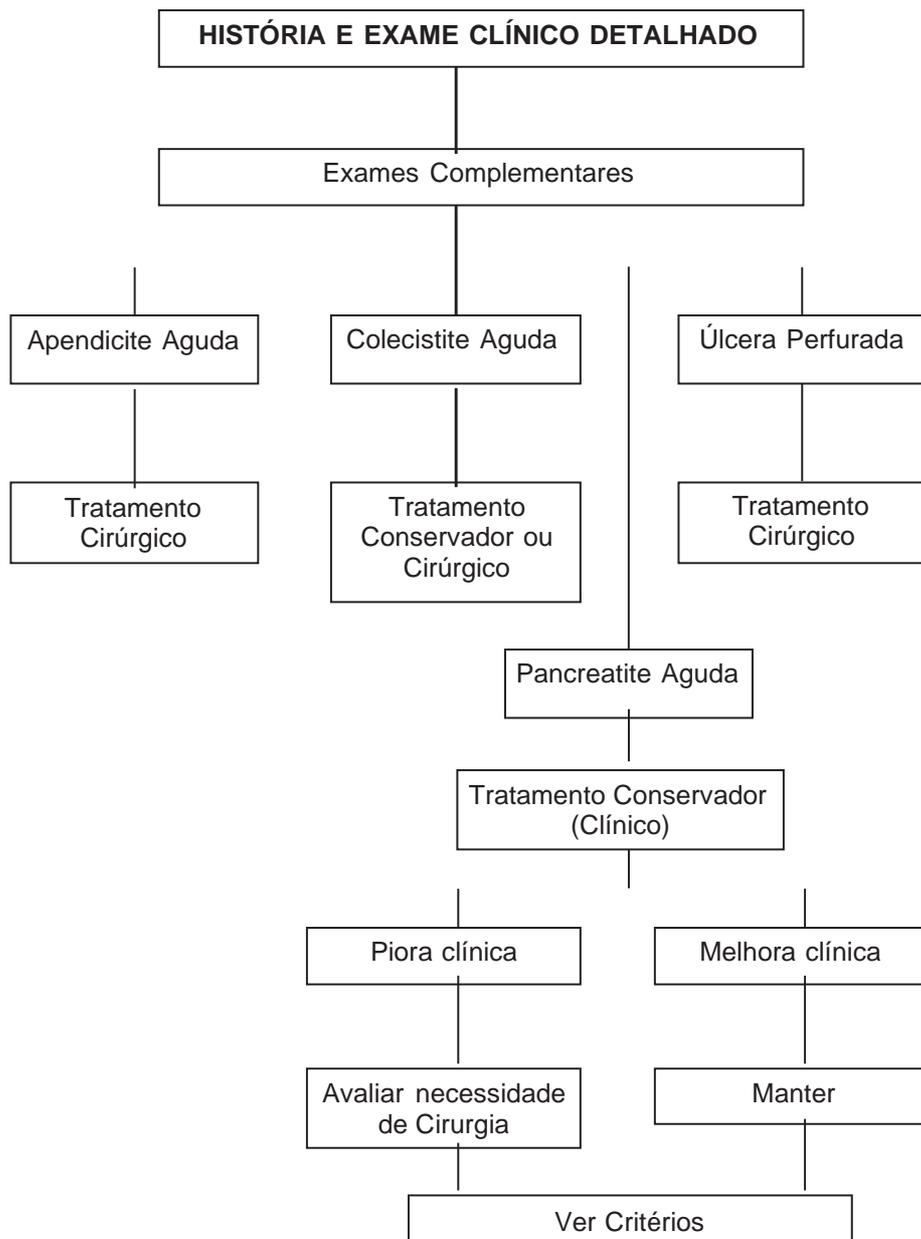


OBS:

Durante a fase de elucidação diagnóstica, deve-se prevenir o choque;
 Exames Complementares: Hemograma, EAS e Rotina Radiológica para abdome agudo: Rx simples em AP, Rx Abdome em Decúbito Horizontal e Ortostase devem ser solicitados para todos os casos. Outros exames de valor Diagnóstico e Prognóstico devem ser solicitados de acordo com a necessidade.

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

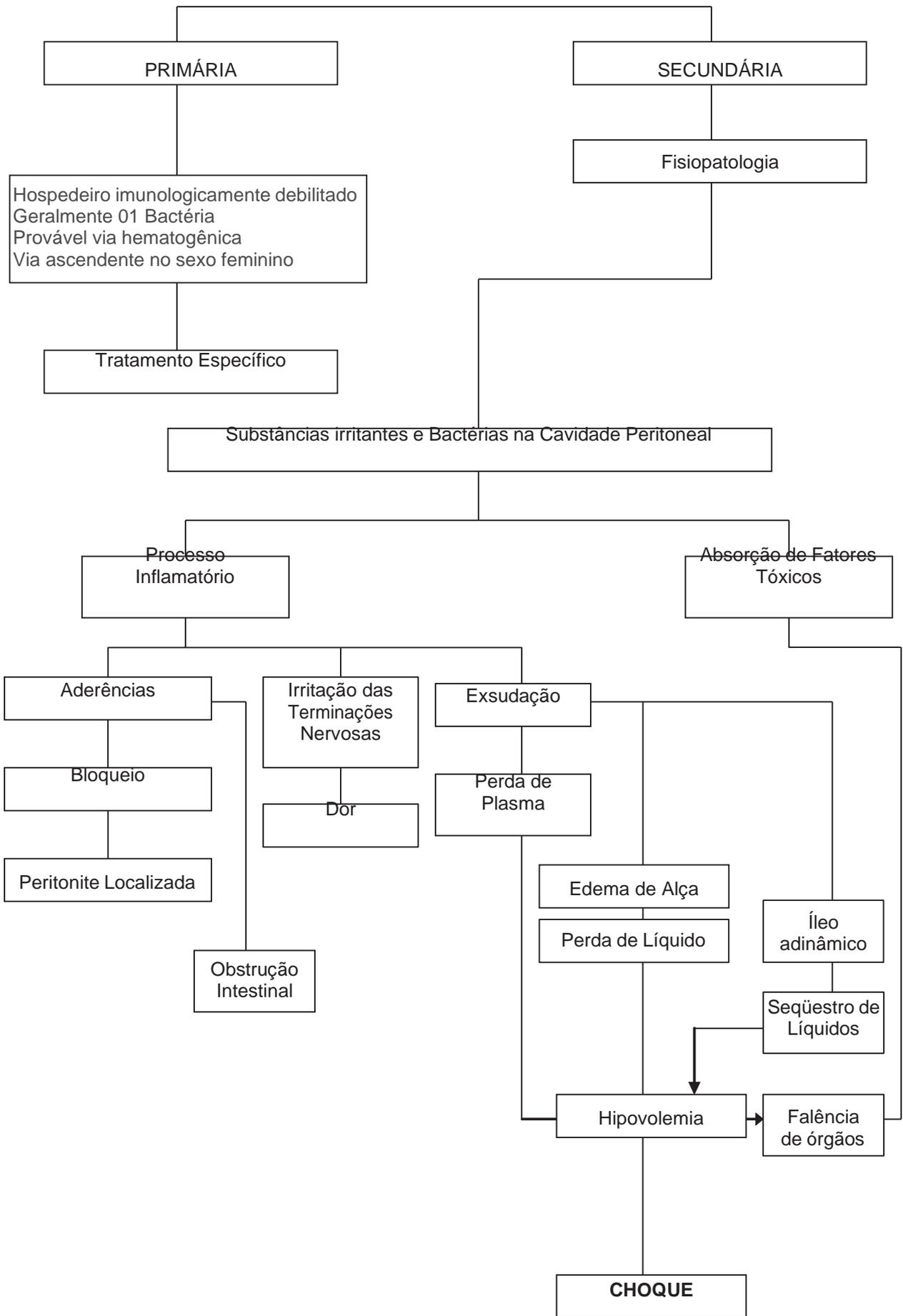


OBS:

Prevenir o choque

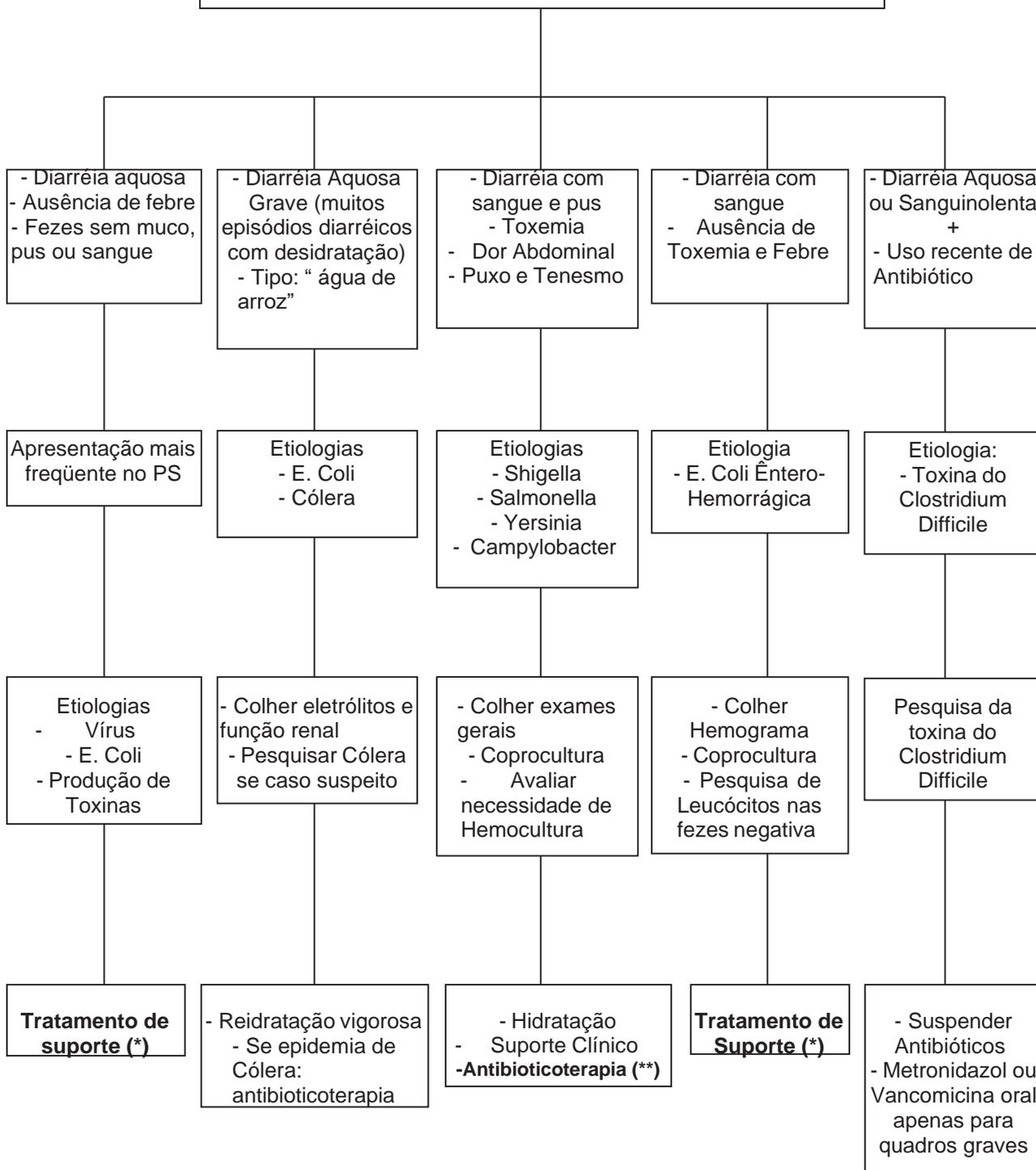
Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

PERITONITES



DIARRÉIA AGUDA

PACIENTE COM DIARRÉIA AGUDA NO PRONTO SOCORRO



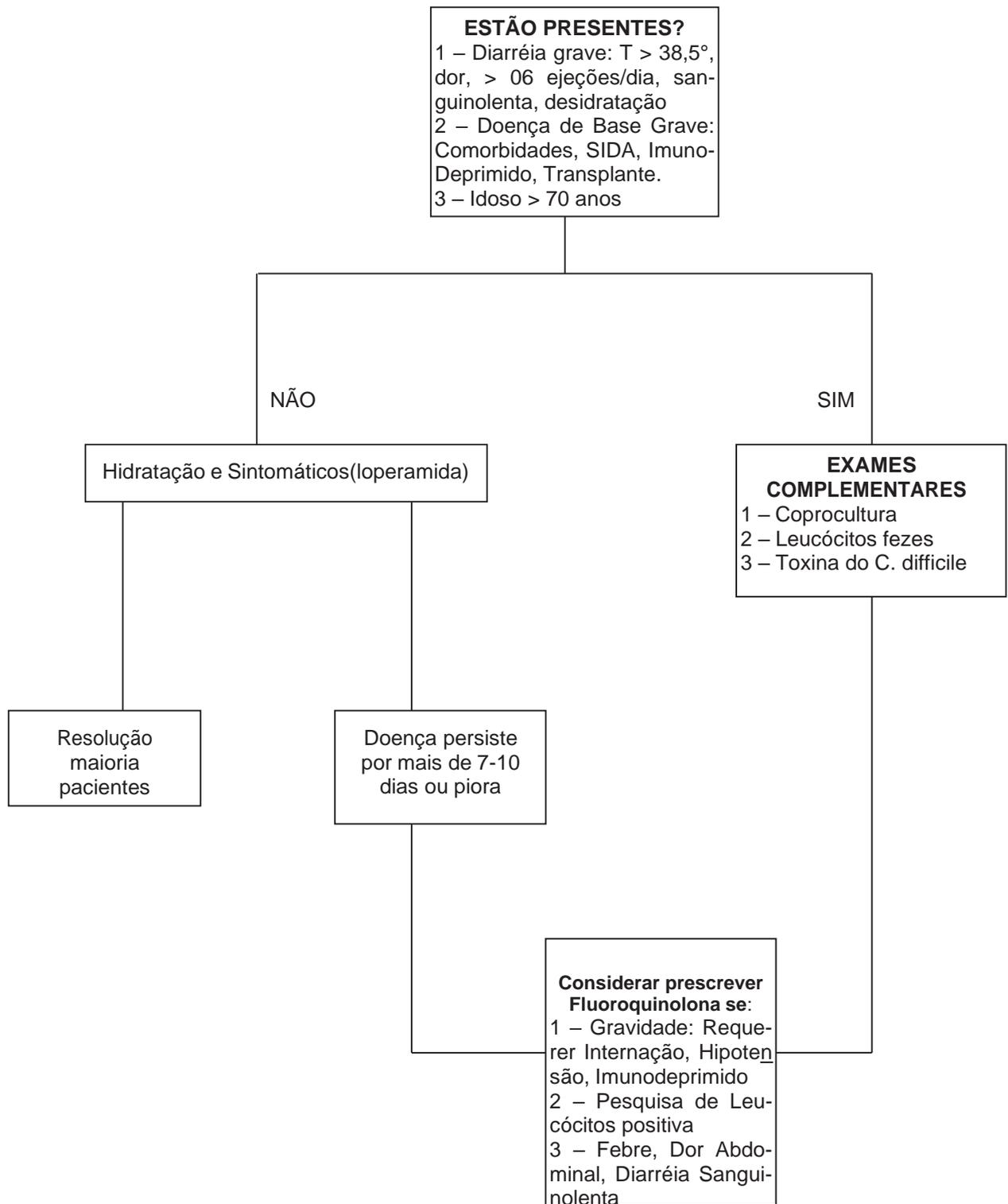
(*) - Tratamento de Suporte

- 1 - Dieta sem leite ou derivados
- 2 - Soro Oral
- 3 - Hioscina 20 mg/ml

(**) – Antibióticoterapia Oral

- 1 – Sulfametoxazol +Trimetoprim – 1 comprimido 12/12h
- 2 – Tetraciclina 250ml – 2 comprimidos 6/6h
- 3 – Ciprofloxacina 500mg – 1 comprimido 12/12h
- 4 – Metronidazol 250mg – 8/8h
- 5 – Vancomicina 200mg – 8/8h

DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



PANCREATITE AGUDA – I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma Uréia/Creatinina Sódio/Potássio Glicemia Transaminases Fosfatase alcalina Cálcio Proteínas totais e frações LDH Amilase Gasometria arterial	Repouso absoluto Dieta zero Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos Sedar a dor Tratamento de alterações hidroeletrólíticas Inibidores da bomba de prótons Tratamento do choque ou hipovolemia com cristalóides Observar débito urinário e PVC Identificar e tratar a hipovolemia Identificar e tratar a oligúria Antibióticos*

CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão 1. Idade > 55 anos 2. Número de leucócitos > 16.000/mm ³ 3. Glicose > 200mg/dl 4. TGO > 250UI/L 5. LDH > 350UI/L Durante as 48 horas iniciais 6. Queda maior que 10% no hematócrito 7. Aumento no BUN > 5mg/dl 8. Cálcio sérico < 8mg/dl 9. PaO ₂ < 60mmHg 10. Déficit de base > 4mEq 11. Sequestração hídrica > 6 litros	À admissão 1. Idade > 70 anos 2. Número de leucócitos > 18.000/mm ³ 3. Glicose > 220mg/dl 4. TGO > 250UI/L 5. LDH > 250UI/L Durante as 48 horas iniciais 6. Queda maior que 10% no hematócrito 7. Aumento da uréia > 2mg/dl 8. Cálcio sérico < 8mg/dl 9. Déficit de base > 5mEq/L 10. Sequestração hídrica > 4 litros

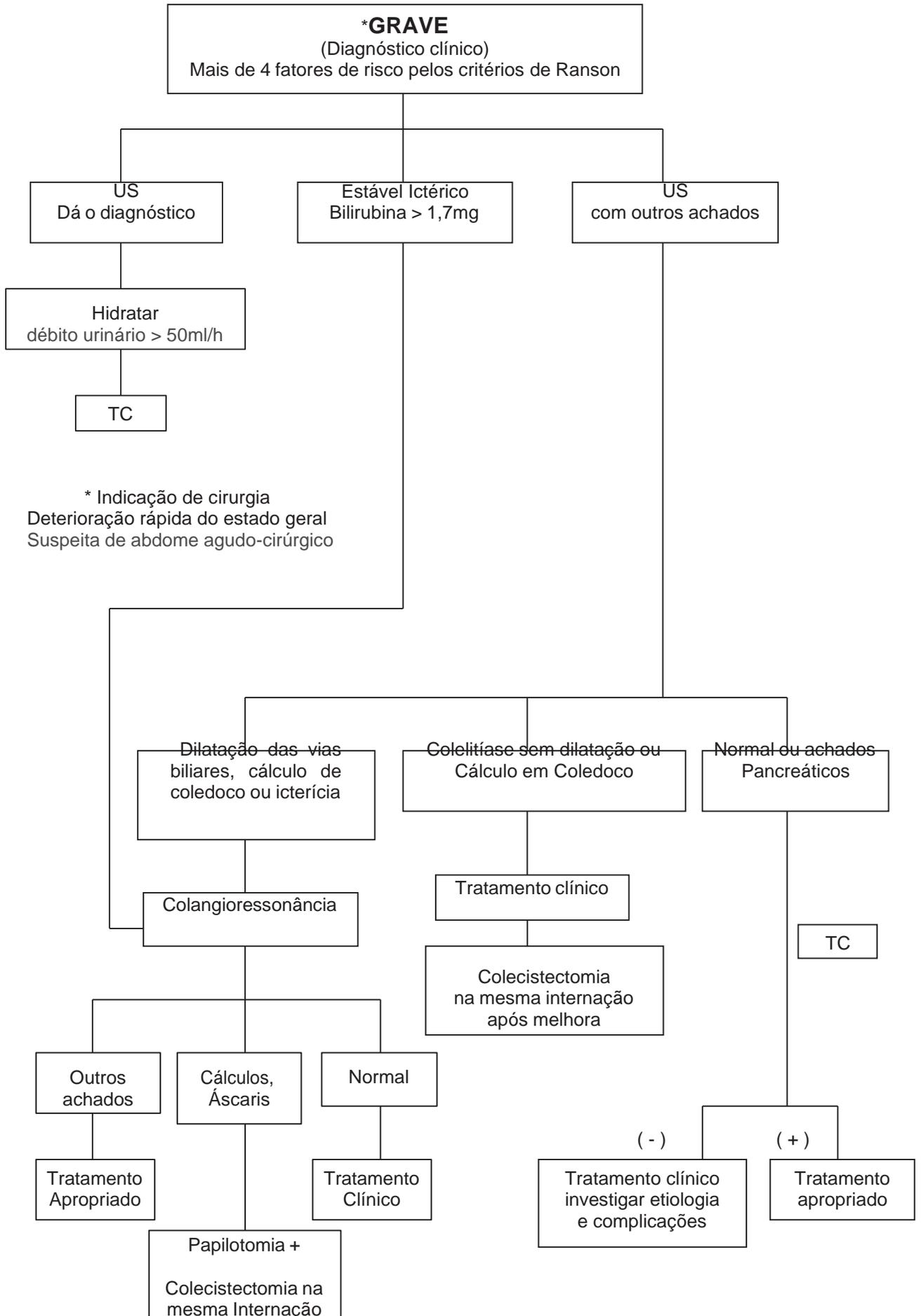
Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)

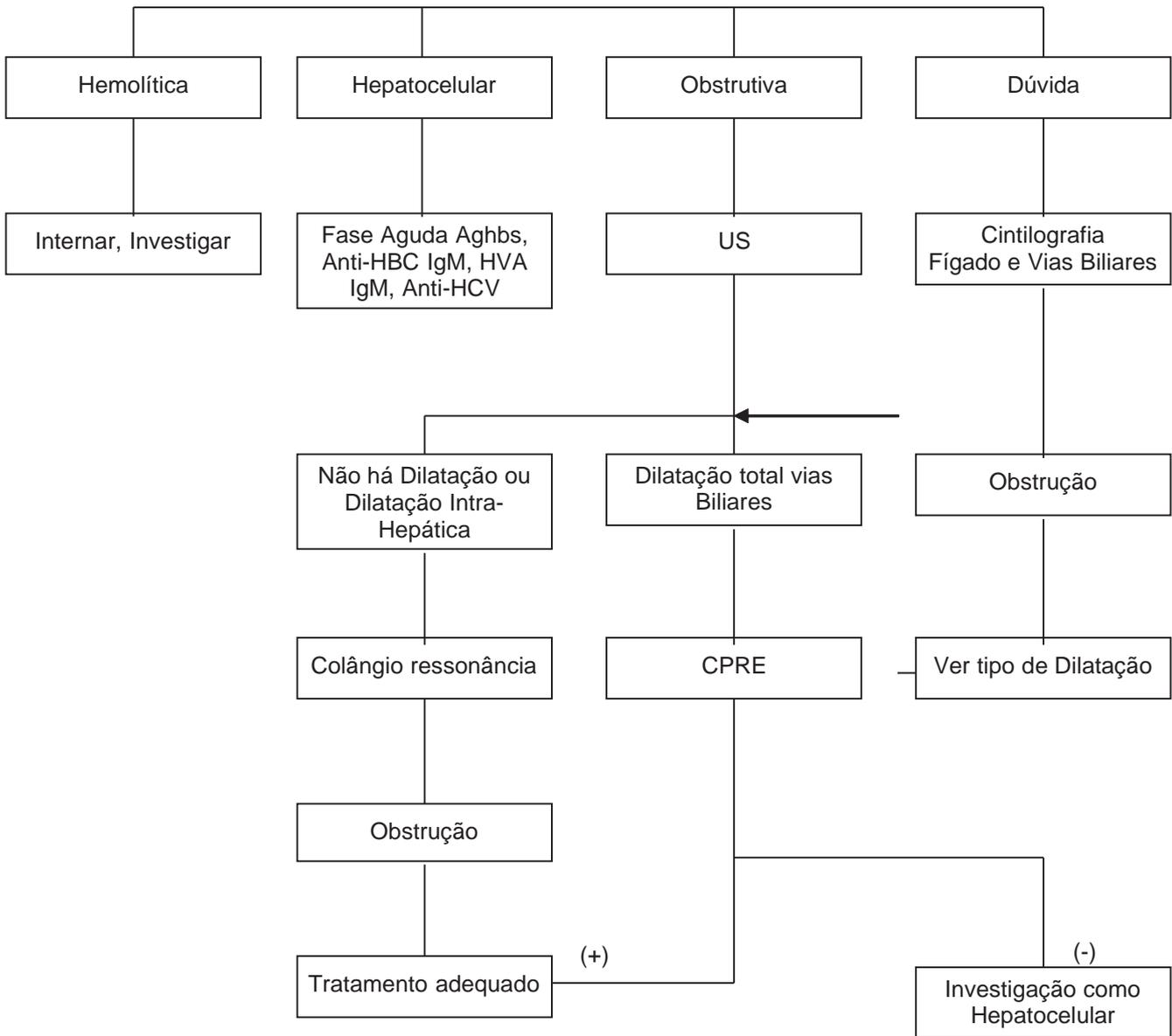
ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO ₂ > 40% e/ou PEEP > 5cm H ₂ O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow < 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

ANTIBIÓTICOS: (*) Casos muito graves. (*) Suspeita de Infecções. (*) Colangite ou Colecistite

PANCREATITE AGUDA – II



ICTERÍCIA



(+) = Achado anormal

(-) = Normal

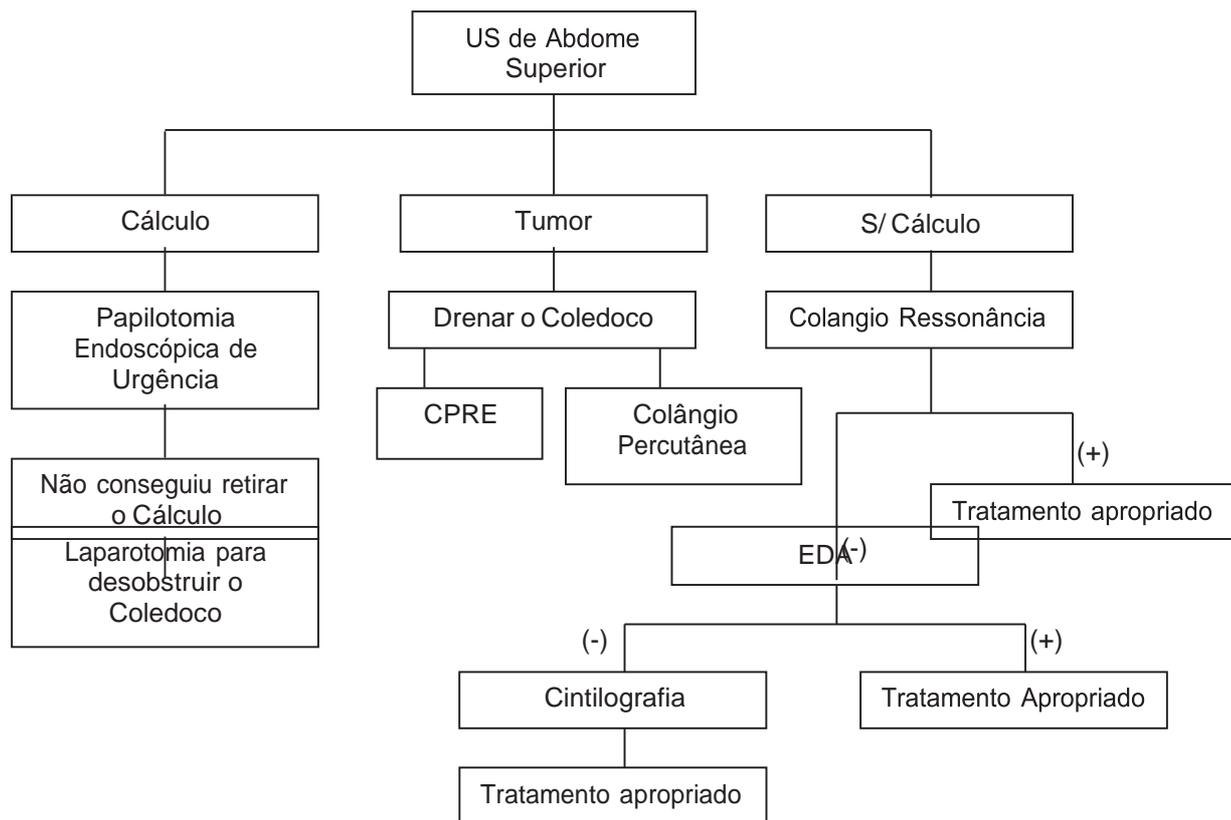
EXAMES

Hemograma/plaquetas
Sumário de urina
Amilase
Tempo de Protrombina
Transaminases, Gama GT

MEDIDAS GERAIS

Venóclise
Sintomáticos
Vitamina K 10mg/ dia

COLANGITE



- 1- Tratamento cirúrgico
- 2- Antibioticoterapia
- 3- Manter diurese > ou = 70ml/hora
- 4- Estimular diurese
- 5- Proteção mucosa gástrica
- 6- Tratar alterações hemodinâmicas

Colangite tóxica: Desobstruir

Após estabilização 12 a 24h:

Cálculo e/ou Áscaris → Papilotomia

Tumores e ou estenoses → Descompressão Transparietal → Tratamento Apropriado

Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)

Reposição Hídrica Isosmolar + Dopamina + Dourético)Pam >80)

Bloqueador H2

Intra-Cath – Hidratação

SNG se indicado (Distensão Abdominal/Vômitos)

Sonda Vesical

Débito Urinário > 70ml/h

Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3.5

PaO2 > 70

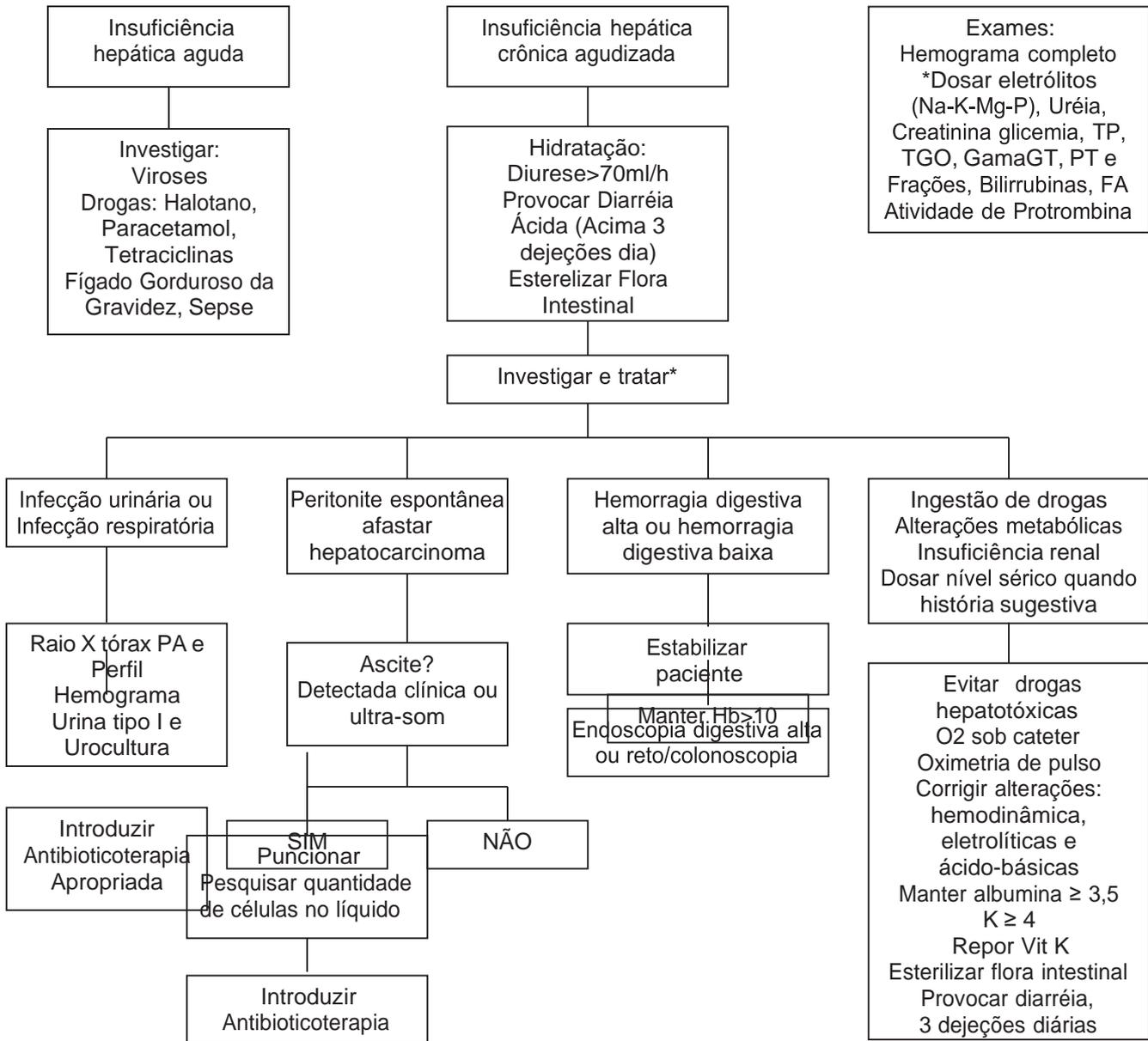
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

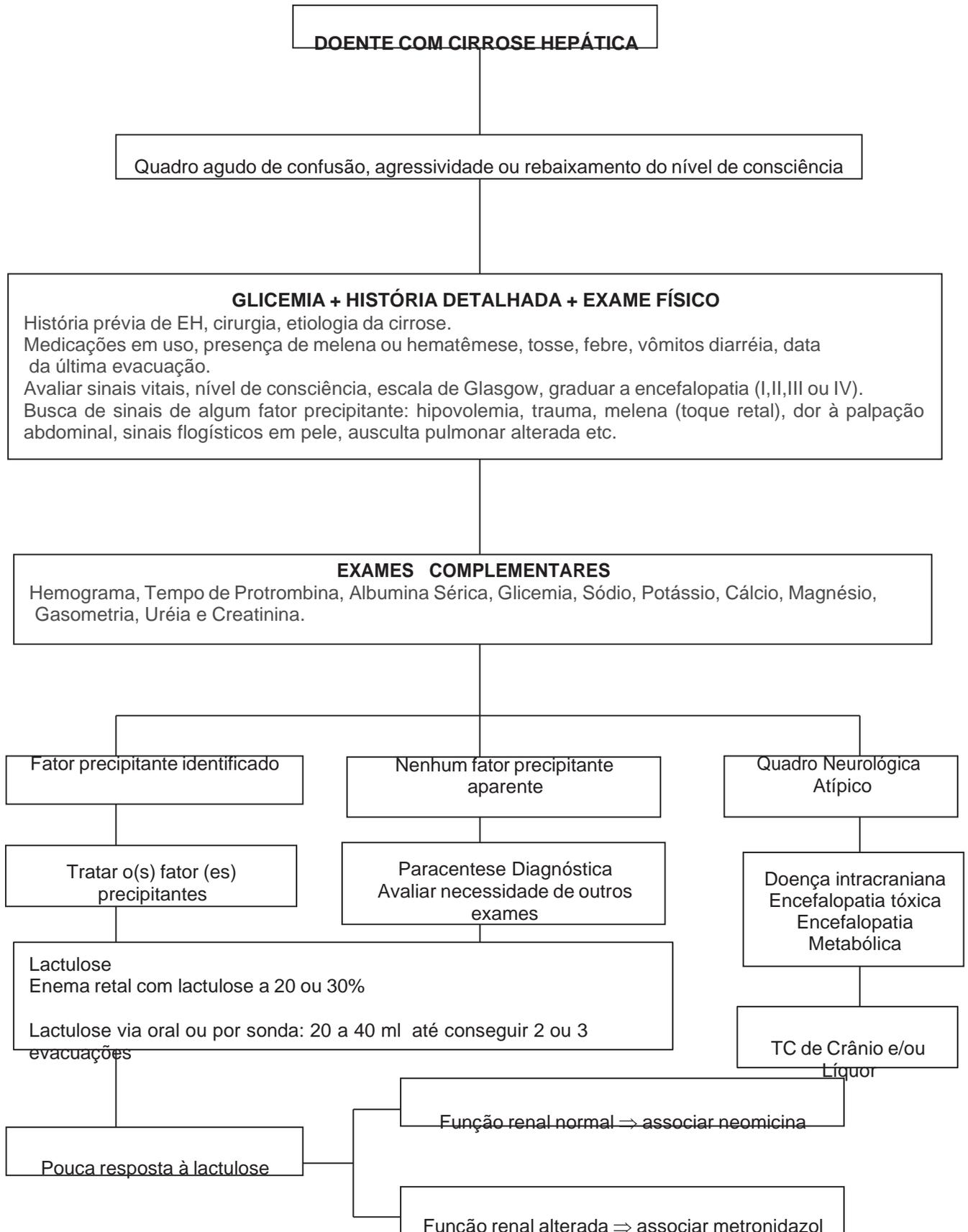


CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE

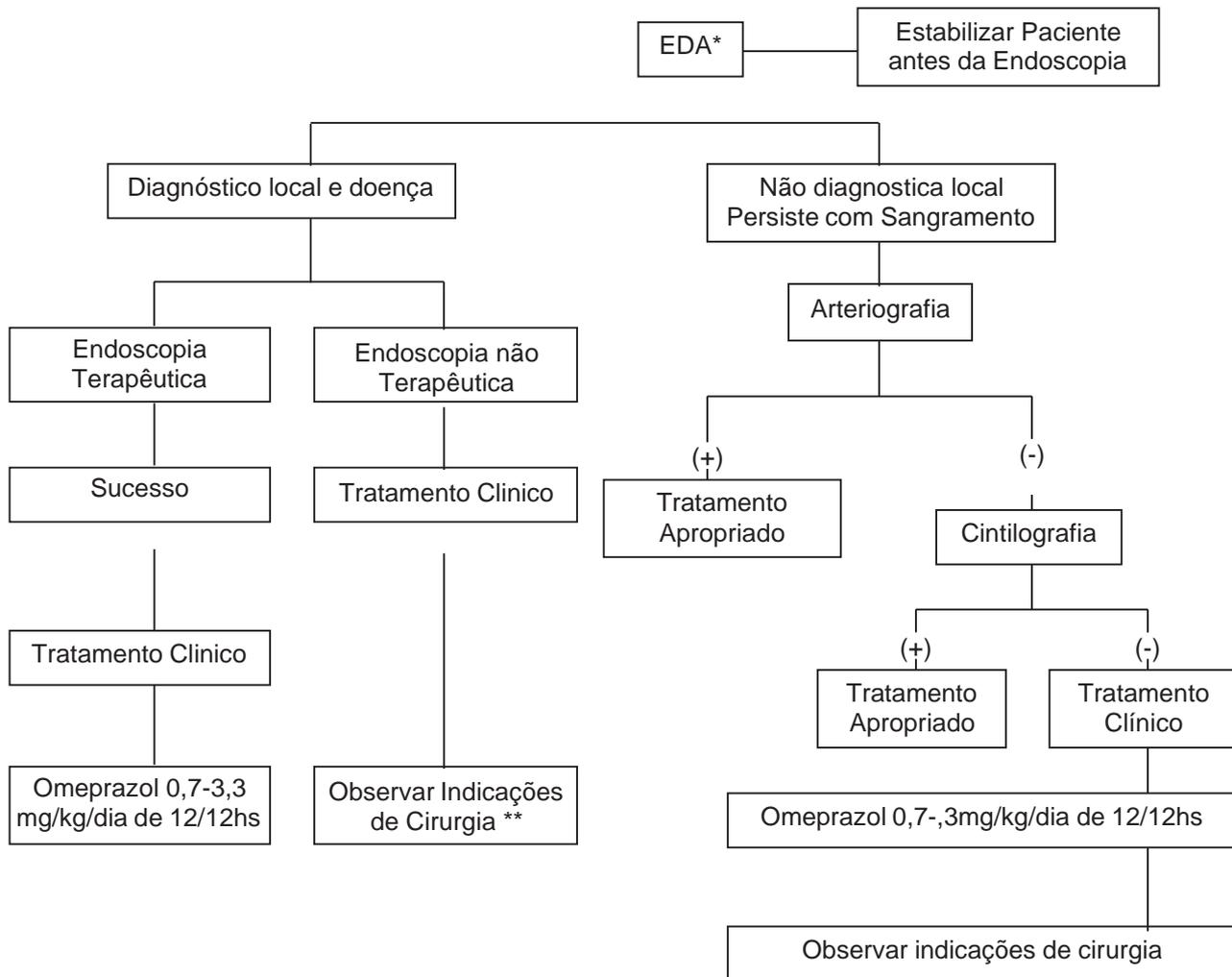
GRUPOS:	A	B	C
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



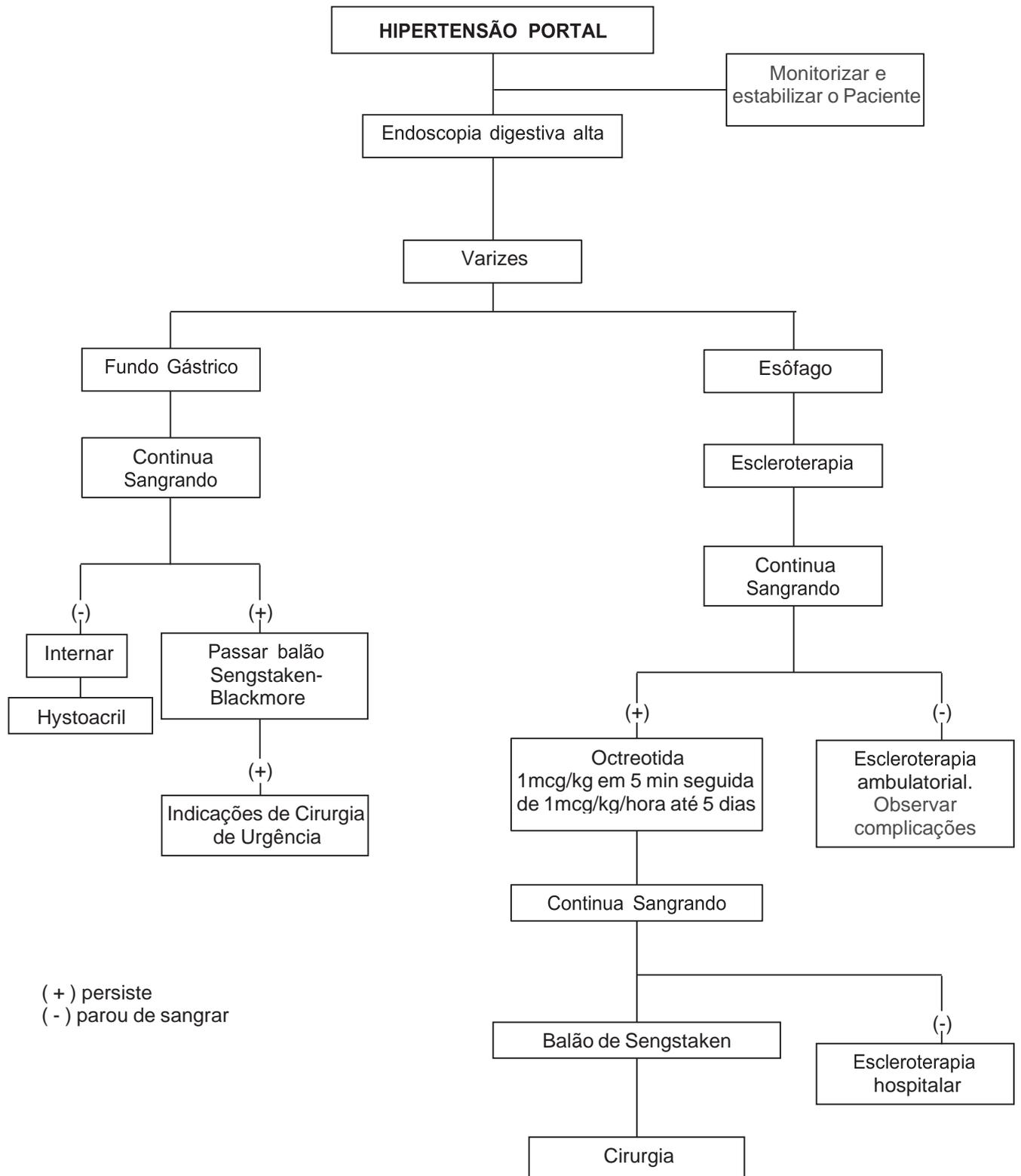
** INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. Portador de sangue raro
- pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
- pac. Que sangrou durante tratamento clínico.

Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostatina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local
 (-) Não encontrou

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III

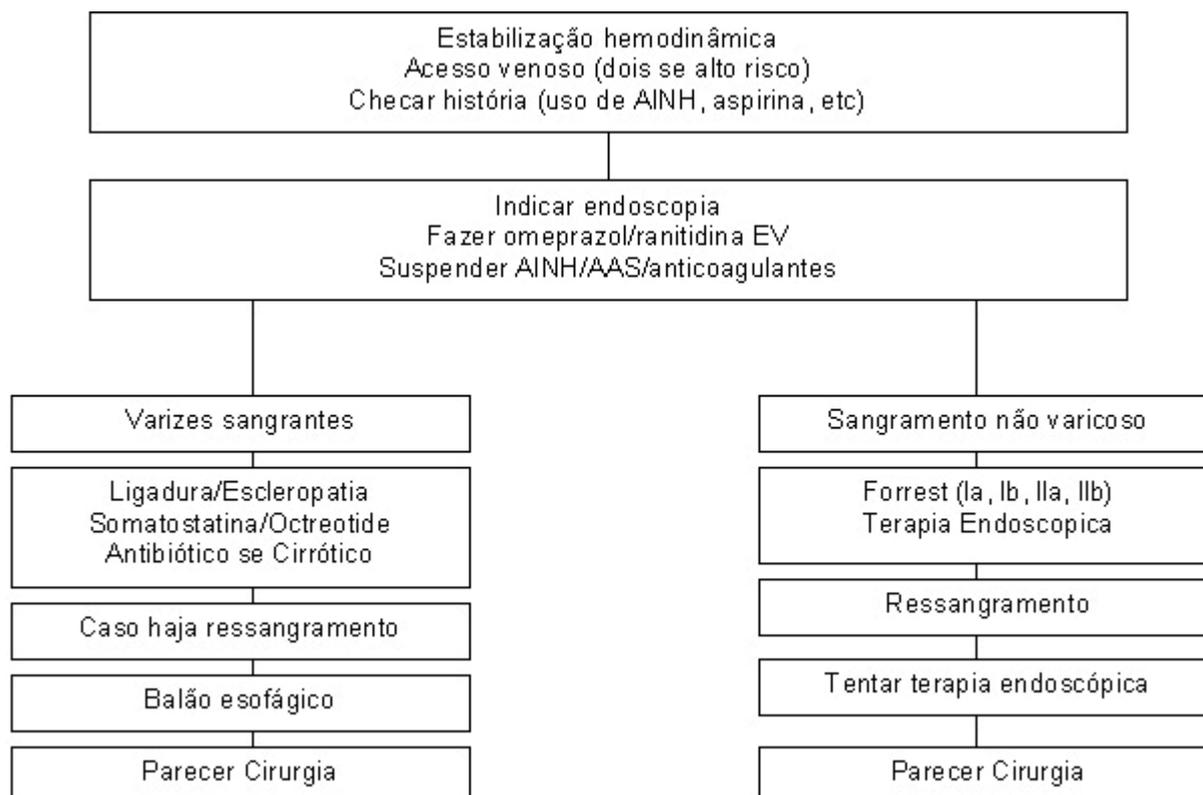


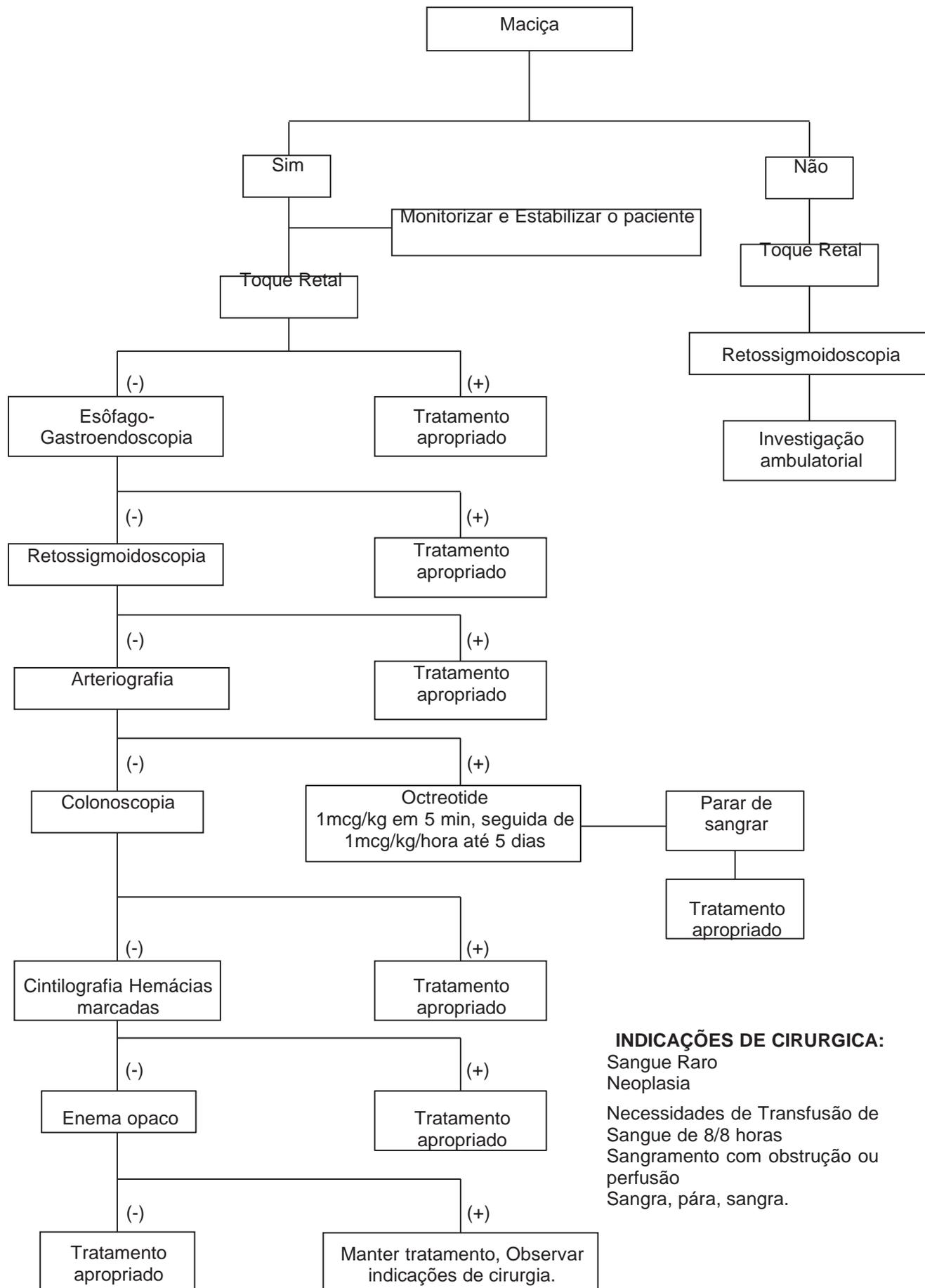
TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM

Idoso (>60 anos)
Comorbidades
Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG , hematoquezia)
Hipotensão ou choque
Transfusão = unidades
Paciente internado antes do sangramento
Coagulopatia Severa

TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA

Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – Iia	Até 50%
Coagulo aderente, não sangrante F – IIa	30 – 35%
Úlcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Úlcera base limpa / F – III	<3%

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

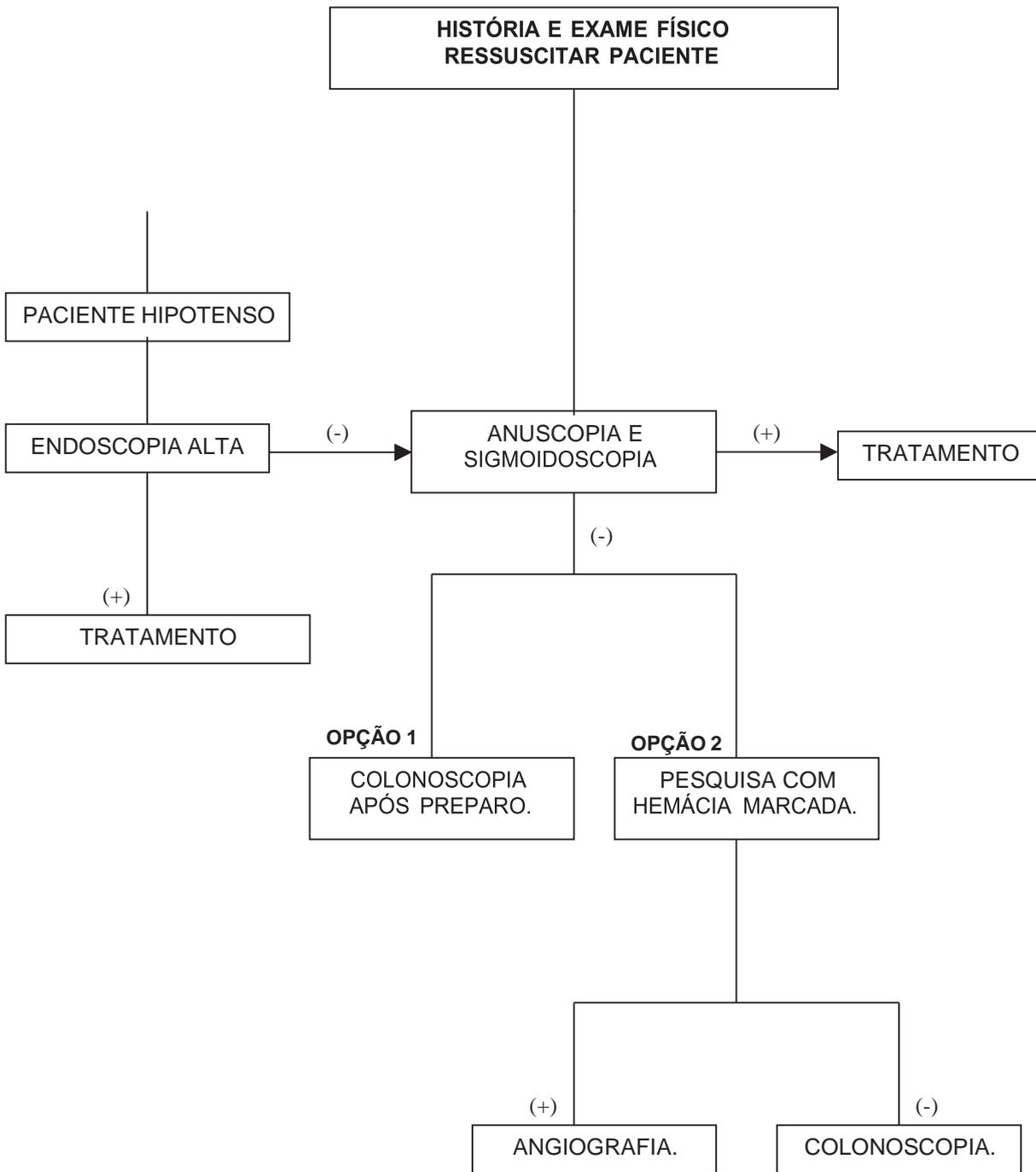


INDICAÇÕES DE CIRURGICA:

Sangue Raro
Neoplasia

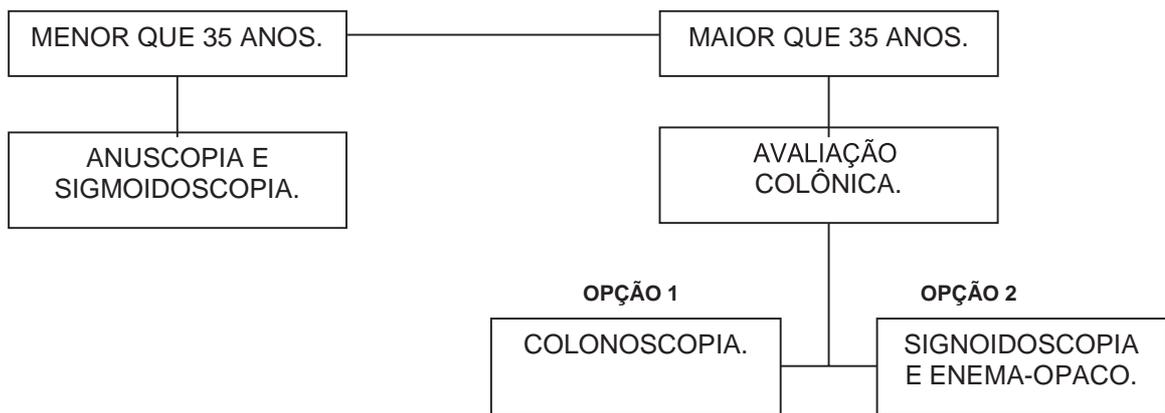
Necessidades de Transfusão de Sangue de 8/8 horas
Sangramento com obstrução ou perfusão
Sangra, pára, sangra.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

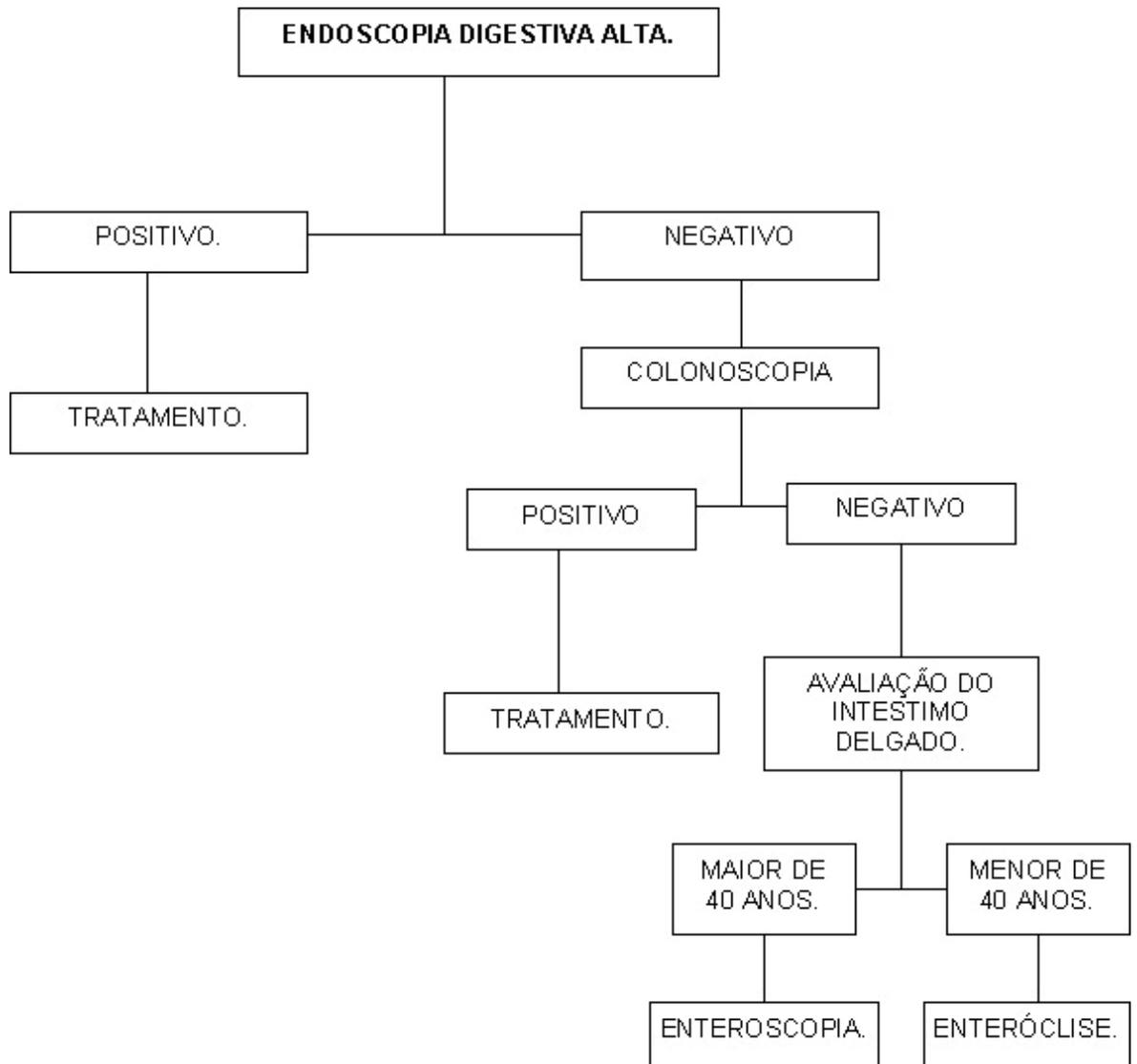


* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

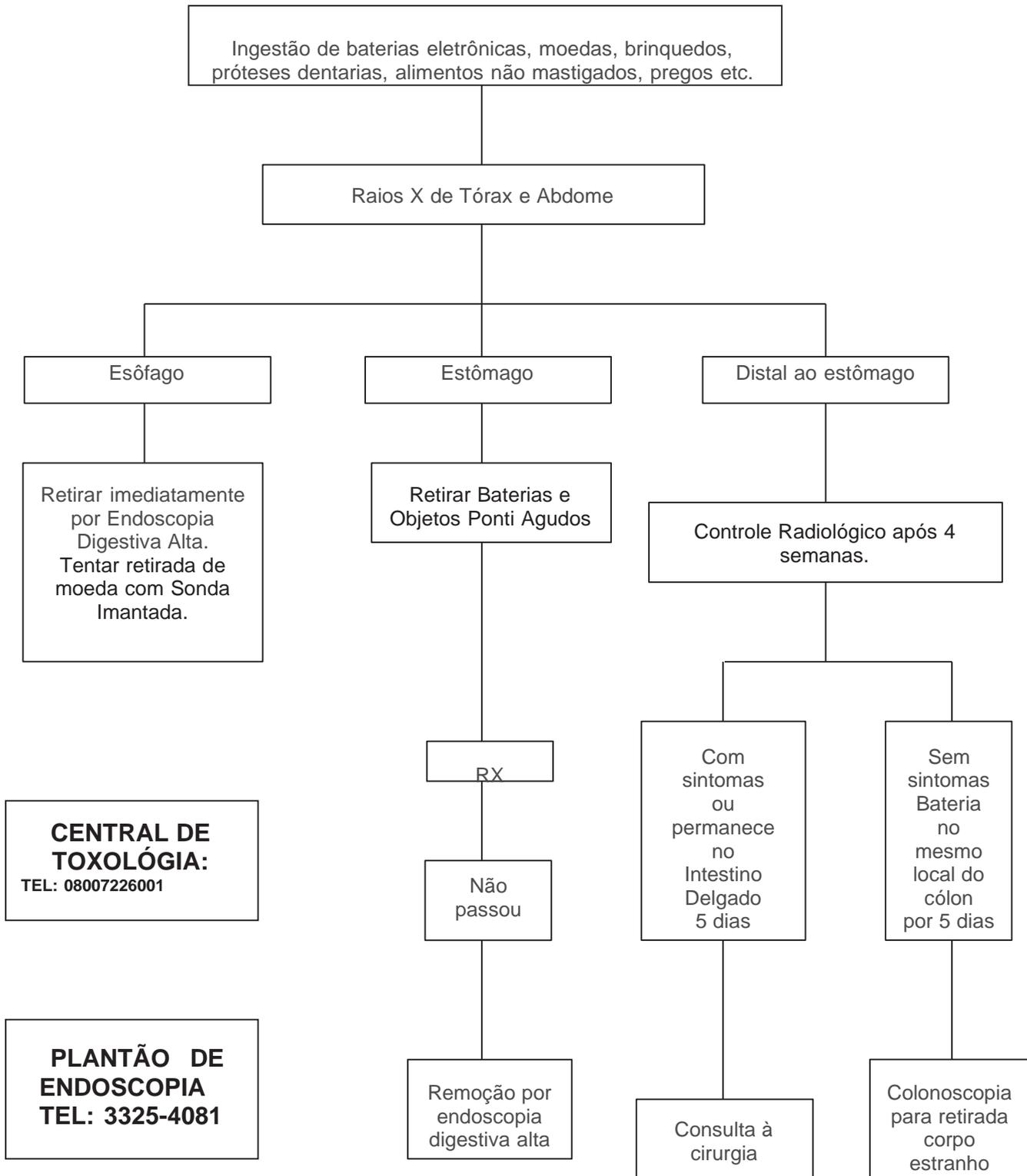
HEMATOQUEZIA



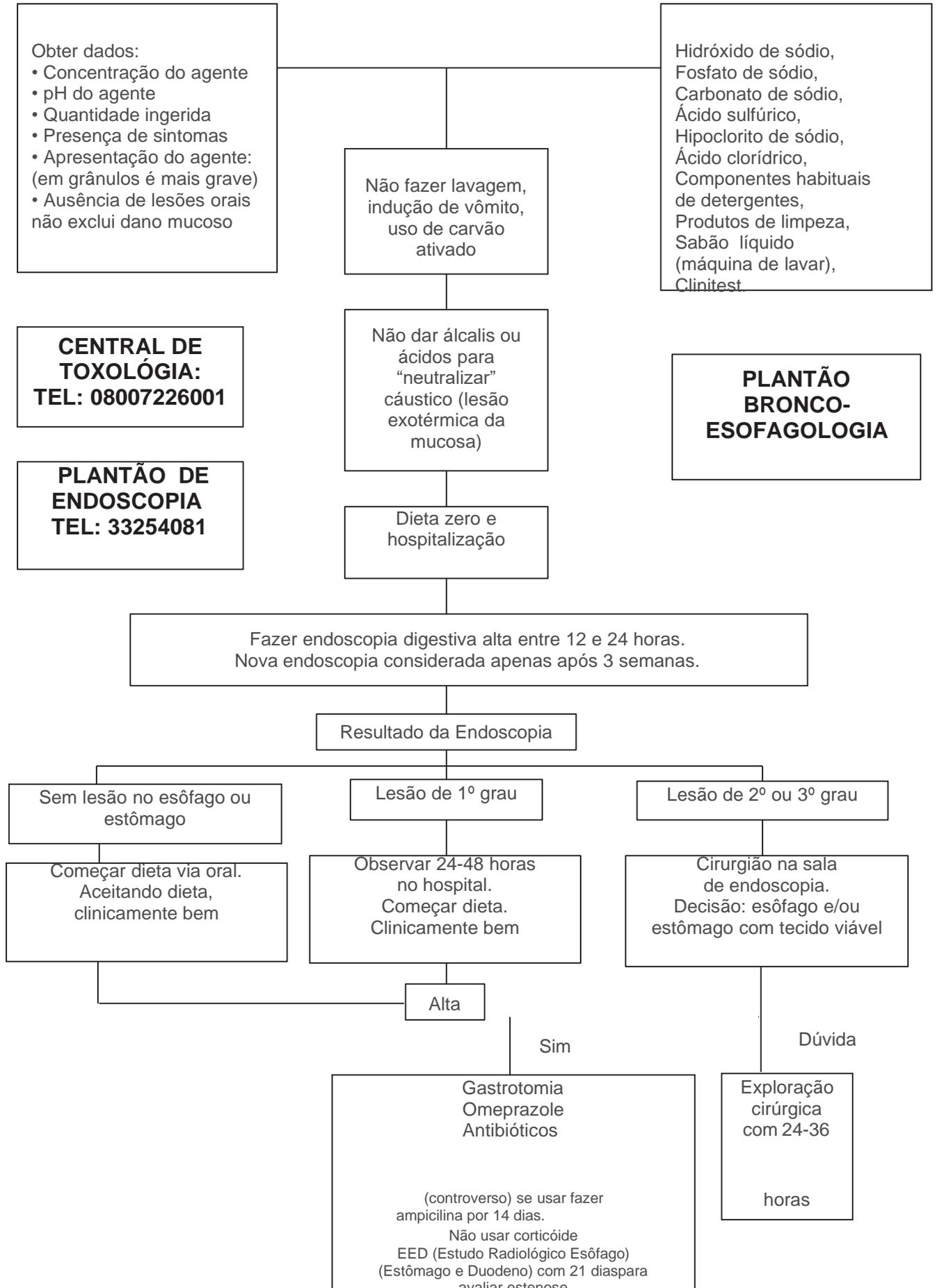
MELENA



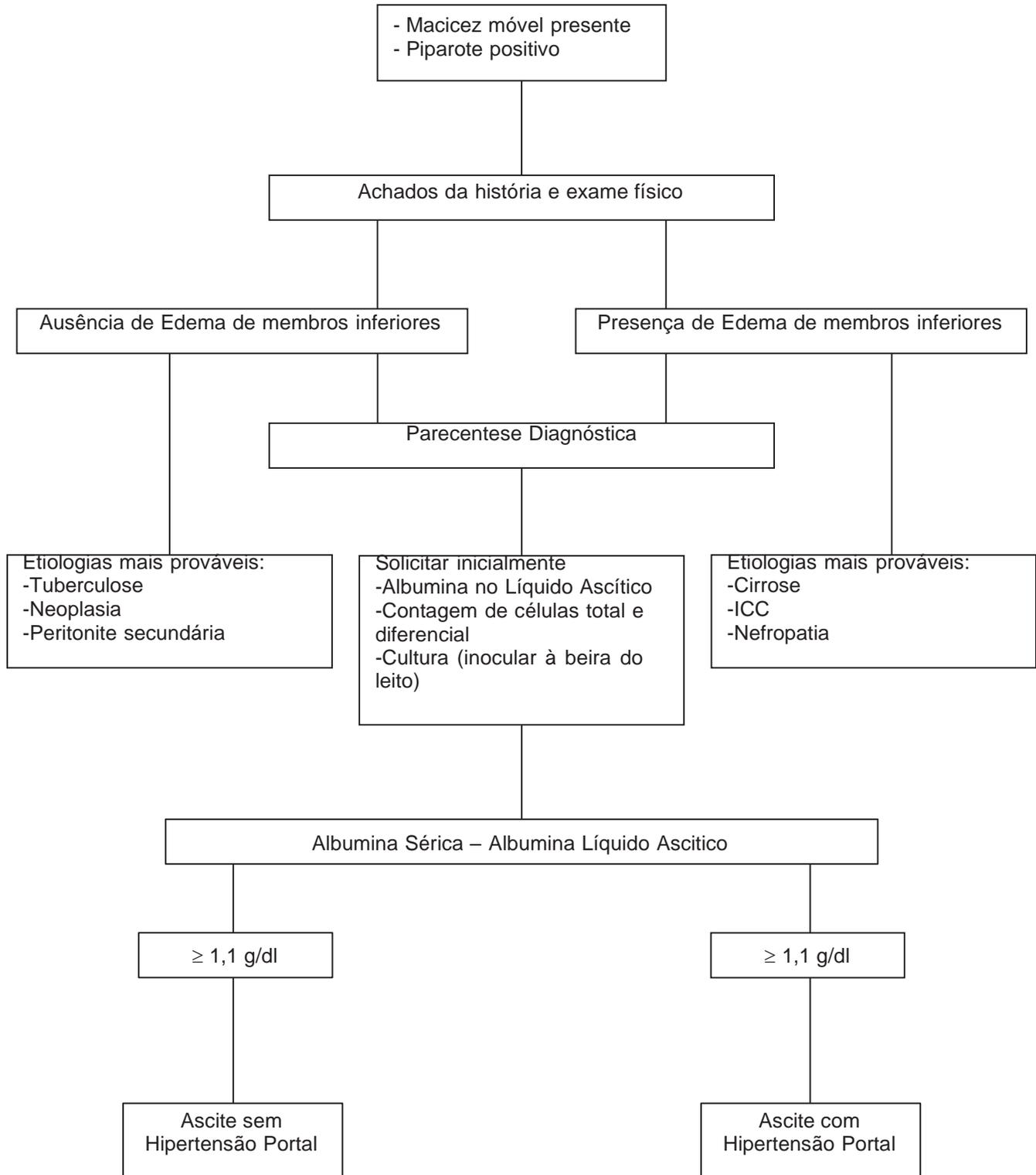
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



INGESTÃO DE CÁUSTICOS



ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



ACIDENTES DE SUBMERSÃO

Definição e importância do problema

Afogamento é a morte por asfixia, nas primeiras 24 horas, após submersão ou imersão em líquido, em geral água.

No **quase afogamento** há sobrevivência por mais de 24 horas, após a submersão.

Este tipo de problema comporta elevado número de casos fatais e de sequelas graves nos sobreviventes, chamado afogamento “secundário,” que ocorre 15min a 72h após a submersão e corresponde a edema pulmonar, atelectasia, alveolite e bronquiolite químicas, geralmente associado a água salgada.

A lesão neurológica devida à hipoxia-isquemia, constitui a causa principal de mortalidade e morbidade a longo prazo.

Aspectos epidemiológicos – As populações em risco são, sobretudo, crianças com menos de 5 anos, em particular rapazes (tanques, poços), escolares e adolescentes (mar, tanques).

O acidente ocorre por vezes, no decurso de saltos para a água, mergulhos e, associa-se outras vezes, ao consumo de álcool.

Fisiopatologia

Ocorrendo submersão, todos os órgãos e tecidos correm o risco de hipoxia-isquemia.

Em minutos, a hipóxia-isquemia pode levar a paragem cardíaca, a que se poderá associar laringoespasma e aspiração de água para a via respiratória, o que contribui para agravar a hipóxia.

Seja por aspiração ou por laringoespasma, surge a hipoxemia com conseqüente morte celular.

A mortalidade e a morbidade estão, no essencial, dependentes da duração da hipoxemia.

No quase afogamento são frequentes o aparecimento de complicações multiorgânicas, resultantes da hipoxemia, quer directamente relacionada com a submersão, quer secundária a complicações, mais frequentemente pulmonares, cardíacas e neurológicas. A hipoxemia, a acidose metabólica e a hiperpermeabilidade vascular condicionam o aparecimento de hipovolemia e disfunção cardíaca e, a breve trecho, hipotensão importante, muitas vezes irreversível.

As tradicionais questões relativas à submersão em água doce (risco de edema pulmonar e cerebral), água salgada (hipovolemia), água muito fria ($<5^{\circ}\text{C}$), água quente ($>20^{\circ}\text{C}$), são de nula relevância clínica.

As alterações osmóticas surgem acima de 22ml/kg aspirados, sendo que na maioria dos afogamentos, não são aspirados mais de 5ml/kg.

Avaliação

A história clínica é importante.

Perguntar sobre as circunstâncias do acidente, antecedentes de epilepsia, doenças cardíacas, traumatismos cervicais e ingestão de álcool ou drogas.

Os sintomas e sinais habitualmente associados são: tosse, dispnéia, sibilos, hipotermia, vômitos, diarreia, arritmia cardíaca, alteração de consciência, paragem cardio-respiratória e morte.

Avaliar a estabilidade cervical, pela probabilidade de acidentes com fractura das vértebras cervicais.
Detectar eventuais sinais de abuso e negligência.

Em função do contexto clínico, poderá haver necessidade de:

- **Monitorização** contínua cardio-respiratória, da pressão arterial e da saturação O₂ (oximetria de pulso), da hemoglobina e do ECG.
- **Exames complementares:** Hemograma, enzimas hepáticas, glicemia, ureia/creatinina.
- **Estudos imagiológicos:** radiografia do tórax, crânio, coluna cervical, etc.

Tratamento - medidas gerais e específicas

A actuação deve ser de acordo com os dados da história clínica e dos exames complementares.

- A medida prioritária é proceder ao ABC da reanimação (vias respiratórias livres, ventilação e circulação).
- Fazer uma ou duas fortes compressões na base do tórax, com o doente em decúbito ventral (técnica de Heimlich).
- Fazer aspiração bucofaríngea.
- Administrar oxigénio a 100%. O uso de Ambú pode implicar a utilização de pressões bastante superiores às habituais, devido à baixa distensibilidade pulmonar, resultante do edema.
- Colocar colar cervical → hipótese de lesão das vértebras cervicais.
- Iniciar massagem cardíaca e respiração boca a boca.
- Retirar a roupa molhada, secar o doente e agasalhar.

Pacientes com breves momentos de submersão e sem sintomatologia, podem regressar à casa, após 8 a 12h horas de observação.

Pacientes com sinais de disfunção respiratória, hipoxemia, alterações do estado de consciência, devem ser **transferidos para o Hospital, com O₂ em curso**, depois de:

- **Intubação nasogástrica e aspiração do estômago**
- **Expansão vascular (Soro fisiológico ou Ringer: 20ml/kg em 30 minutos)**
- **Estabilização do doente**

Complicações

As complicações imediatas são as relacionadas com a hipóxia e a acidose, com repercussão sobre o sistema cardiovascular, tendo em atenção a possibilidade de disritmias e, em particular, fibrilhação ventricular e assistolia. Se a lesão cardíaca for muito grave, o choque cardiogénico irreversível é uma possibilidade.

As lesões do SNC dependem igualmente da intensidade e duração da hipóxia.

A sobrevivência em estado vegetativo, é uma complicação particularmente grave.

O quase afogamento associa-se, muito frequentemente, a **pneumonia**, e no caso de submersão em piscina, a **pneumonite**.

Prognóstico

O prognóstico está directamente relacionado com a duração e a magnitude da hipóxia e, também, com a qualidade dos cuidados pré-hospitalares.

É mau, quando a submersão for acima de 9 minutos e a reanimação superior a 25 minutos (critérios de Quan).

Os doentes que necessitam de ressuscitação cardio-respiratória no hospital, têm elevadíssima taxa de mortalidade

e morbidade (35-60% morrem no serviço de urgência). Dos sobreviventes, em 60 a 100% poderão registrar-se sequelas neurológicas.

Nos doentes admitidos em estado vigil, no serviço de urgência, o prognóstico depende de eventuais complicações pulmonares.

Crianças em coma, continuam a ter prognóstico reservado.

Prevenção

Quase sempre acidentais, as situações de afogamento podem ser prevenidas com *bom senso e medidas simples e de fácil aplicação práctica*:

- Colocar portas de segurança, muros e redes, em torno de poços, tanques, piscinas, etc.
- Evitar as bóias, mesmo sob vigilância
- Esvaziar banheiras, baldes e alguidares, após a sua utilização
- Nunca nadar sozinha, sem vigilância familiar
- O adulto de vigilância deve saber nadar e actuar em caso de acidente

NB – Crianças que sabem nadar, são as de maior risco, pela sensação de segurança que transmitem.

ANEMIAS

ANEMIAS

Conceito

A anemia geralmente é definida como a redução do número de eritrócitos, ou a redução dos valores da hemoglobina e do hematócrito.

Na prática e, seguindo as orientações da OMS, devem ser consideradas anêmicas, as crianças com valores de hemoglobina inferiores a 11 g/dl (6 meses a 6 anos de idade) ou de 12 g/dl (> 6 anos de idade).

Uma história clínica bem detalhada, na maioria dos casos, sugere o tipo de anemia.

Os dados particularmente importantes são: idade, sexo, raça, dieta, drogas, história familiar e perdas.

Fisiopatologia

Há essencialmente três mecanismos fisiopatológicos:

1-Destruição de eritrócitos.

2-Diminuição da contagem de eritrócitos, devido a hemorragia.

3-Falência na produção de eritrócitos

Anemia pressupõe, assim, uma diminuição do número de eritrócitos e uma vez que a principal função destes é o transporte da hemoglobina, que por sua vez é responsável pelo transporte de oxigênio dos pulmões para os tecidos, toda a alteração no número de eritrócitos/quantidade de hemoglobina, tem como consequência final, uma **hipóxia tecidual**.

Sintomas e sinais clínicos das anemias (todos inespecíficos):

Dependem da gravidade, rapidez de instalação e estado cardiovascular e respiratório prévio.

As anemias graves, de instalação lenta e progressiva (carenciais, aplásticas), podem ser assintomáticas durante muito tempo.

Na anemia aguda (hemorragia e sequestro esplênico), predominam sinais de hipovolémia e choque, enquanto que nos casos de hemólise grave aguda, predominam sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

Pode-se encontrar:

- Palidez da pele e mucosas, embora nem toda a palidez seja devida à anemia, mas sim, a uma vasoconstrição periférica.
- Cansaço fácil, prostração e anorexia.
- Taquipneia, taquicardia, dispneia e sopro cardíaco. Icterícia e urina escura (colúria).
- Irritabilidade.
- Atraso de crescimento e desenvolvimento
- Esplenomegalia e/ou hepatomegalia.
- Dismorfismo facial, em algumas anemias de causa genética.

Deve-se ter em conta que a anemia pode não ser uma doença em si, mas fazer parte de uma síndrome.

Classificação das anemias:

A-Fisiopatológica

- a) por perdas sanguíneas
- b) por excesso de destruição
- c) por alterações da produção

B- Morfológica

- ↓VGM

Exames complementares

(Sequencial, conforme a orientação diagnóstica)

- Hemograma completo
- Contagem de eritrócitos
- Contagem de reticulócitos
- Bilirrubinas
- LDH
- Doseamento do ferro sérico
- Doseamento da ferritina
- Pesquisa de células falciformes
- Electroforese da hemoglobina
- Teste de Coombs directo
- Estudo morfológico dos eritrócitos

Merecem destaque os seguintes grupos etários:

A. Período neonatal:

A anemia diagnosticada ao nascimento ou durante a 1ª semana de vida é devida a:

1. Perda sanguínea ainda intra-útero, durante o parto ou nos primeiros dias de vida;
2. Produção insuficiente (a eritroblastopenia congénita é pouco frequente);

3. Destruição acentuada (hemólise de várias causas: incompatibilidade RH, ABO e grupos menores, infecção, coagulação intravascular disseminada, anemias hemolíticas - esferocitose, deficiência enzimática em G6PD e PK, hemoglobi-nopatias)

B. Após os 6 meses de idade:

A deficiência de ferro continua a ser a causa mais comum de anemia, nos menores de 5 anos em Cabo-Verde.

Um protocolo para administração de ferro profilático (suplementação), nas crianças com menos de 2 anos, acompanhado de educação alimentar, é recomendado no programa de atenção à saúde da criança.

Anemia ferripriva

Conceito – Anemia carencial, que atinge a maioria das crianças, especialmente na faixa etária dos 6 aos 24 meses, segundo a OMS.

Em Cabo-Verde 54% das crianças <5anos tem anemia ferropriva (IDSR 2005).

Diagnóstico – Verificar a história alimentar (uso de leite integral exclusivo), perdas sanguíneas, diarreias ou outras infecções e enteroparasitoses.

O cortejo sintomático começa quando a hemoglobina atinge o valor de 7-8g/dl e é bastante amplo: palidez, irritabilidade, anorexia, taquicardia e, até sinais de ICC nos casos mais graves.

Considerar como portador de anemia, crianças com hemoglobina < 11 g/dl (6 meses a 6 anos de idade) ou 12 g/dl (> 6 anos de idade).

Na anemia ferripriva, quando possível, verificar a diminuição da hemoglobina corpuscular média (HCM= 27-30pg) e do volume corpuscular médio (VCM= 80-100fl)

ou alterações morfológicas das hemácias (anisocitose, hipocromia ou microcitose).

A Ferritina (0,2-2%) e o Ferro sérico (37-150µg) estão baixos.

Nos casos de anemia ferripriva grave (Hg < 5g/dl), investigar perda de sangue oculto nas fezes. Se positivo, afastar: intolerância às proteínas do leite de vaca, infestação por Entamoeba histolytica, Ancilostoma duodenale e Necator americanus, esofagite de refluxo e rectocolite ulcerativa inespecífica.

Conduta a seguir:

- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e prolongado
- Dieta rica em ferro (feijão congo, espinafres, ovos, carnes, fígado, alimentos enriquecidos com ferro) e vitamina C.
- Sais de ferro (Sulfato ou Gluconato ferroso) - 20 mg/kg/dia – 3 a 5mg de ferro elementar/dia, longe das refeições, durante um período de 3 meses. Manter o tratamento até 4 semanas após normalização da hemoglobina.
- Vitamina C - 5mg/kg/d
- Hemotransfusão com concentrado de glóbulos, 5 a 10/ml/kg, só está indicada nos casos graves, com disfunção cardiocirculatória, ou quando há doenças associadas, como pneumonia grave, septicemia ou cardiopatias (sempre com consentimento livre e esclarecido).

Protocolo de prevenção de Anemia Ferripriva em Cabo Verde

SUPLEMENTAÇÃO ÀS CRIANÇAS

A suplementação deve ser feita nas seguintes situações:

- Prematuros
- Baixo peso ao nascer (≤ 2500 g)
- Gémeos
- Todas as crianças entre os 6 meses e os 5 anos.

Efeitos adversos:

Epigastralgia, alterações do trânsito gastrointestinal (vómitos, diarreia ou obstipação) e fezes de cor negra.

Posologia:

O ferro deve ser administrado **antes das refeições**.

A dose é calculada com base no ferro iónico - 1 a 2 mg/kg/dia.

A vitamina C - 1 gota /kg /dia.

Quando iniciar a suplementação?

a) Crianças de termo:

A partir dos 6 meses e até os 5 anos - vários períodos de 50 dias.

A partir do 6º mês	50 dias
No reforço de tríplice e pólio	50 dias
Aos 24 meses	50 dias

b) Prematuros, baixo peso ao nascer e gémeos:
Na consulta efectuada para a 1ª dose de Tripla e Pólio, ou seja aos 2 meses:

Idade	Dose diária	Período	Vitamina C
45 dias	2,5 ml de xarope	Até completar os 6 meses	NºGotas = peso (kg)

Anemia Falciforme

Conceito - Anemia hemolítica, de herança autosómica recessiva, caracterizada pela presença da hemoglobina S que, em situações de hipóxia (desencadeada por desidratação, infecção, ácidos, frio, esforço físico), altera a forma das hemácias (forma em foice) que, associada a alterações da microcirculação, contribui para a oclusão microvascular, com consequente isquémia de órgão, dor ou oclusão de grandes vasos.

É a hemoglobinopatia mais comum entre nós.

Formas de apresentação clínica - As manifestações clínicas, usualmente, só se fazem presentes após o 6º mês de vida, devido à protecção oferecida pela hemoglobina fetal.

Os sinais e sintomas são os comuns, decorrentes de:

1 - **Crises hemolíticas** → anemia, icterícia com predomínio de bilirrubina indirecta, esplenomegalia e aumento de reticulócitos.

2 - **Crises aplásticas** → agravamento da anemia, de instalação rápida e, reticulocitopenia, comuns a qualquer situação de hemolise crónica.

3 - **Crises vaso-oclusivas ou algicas**, com fenómenos de isquémia tecidual, nas quais se podem descrever:

- Síndrome da dor torácica aguda - pulmão drepanocítico, devido a enfarto pulmonar
- Crises vaso-oclusivas a nível do Sistema Nervoso Central
- Crises esqueléticas, de que são exemplo, as dactilites (síndrome mão/pé, particularmente no lactente) e por vezes, a necrose asséptica da cabeça do fémur e do úmero. Manifestam-se por dores osteoarticulares e levantam, algumas vezes, problemas de diagnóstico diferencial com a osteomielite.
- Crises dolorosas abdominais (enfartes mesentéricos).

4 - **Crises de sequestro** → hipovolemia decorrente da acumulação de grande quantidade de sangue no baço.

5 - Infecções por *S. pneumoniae*, *H. influenza*, *Salmonella* → complicações frequentes, por falta de imunidade específica, devido a hipofunção esplênica.

6 - Litíase biliar, atraso puberal, priapismo e hemossiderose → em crianças sujeitas a regimes de alta transfusão.

Diagnóstico

O diagnóstico deve ser precoce, para diminuir a morbimortalidade.

Baseia-se na história clínica, exame físico, **prova de falciformação/falcização positiva** e na **electroforese da hemoglobina** (este, ainda não disponível nos nossos laboratórios, é o único que faz o diagnóstico diferencial entre anemia e traço falciforme).

Outros exames complementares (nas crises)

- Hemograma completo
- Contagem de reticulocitos
- Ferritina
- LDH
- Ureia/creatinina
- Urina tipo II
- Hemoculturas
- Serologia para VIH, hepatites B e C (que deve ser monitorizada em caso de transfusões)
- Rx do tórax
- Ecografia abdominal

Crítérios de internamento

- Algas/artralgias
- Dificuldade respiratória

- Sintomas neurológicos
- Febre
- Prostração
- Dor ou distensão abdominal
- Vômitos
- Hg < 5g/dl ou ↓ 2g/dl em relação ao valor habitual

Tratamento hospitalar

Não há tratamento específico, mas o manejo das crises deve ser feito, de acordo com a sua forma de apresentação:

- ✓ Hidratação
- ✓ Correção da acidose, se presente.
- ✓ Ácido acetil salicílico, 60-80 mg/kg/dia, 6/6h ou outros analgésicos (Paracetamol ou Tramadol)
- ✓ Hemotransfusão (sempre com consentimento livre e esclarecido), nos casos de sequestro esplênico, crises hemolíticas/aplásticas, AVC ou intercorrências infecciosas graves
- ✓ Antibioticoterapia se infecção associada. **Não esquecer a predisposição para desenvolvimento de septicemias por germens capsulados**, já referidos acima.
- ✓ Desferoxamina (se ferritina >1000ng/dl) → 25mg/kg/dia, em perfusão subcutânea durante 8h, à noite, 5 vezes por semana
- ✓ Ácido fólico 5mg/dia

Seguimento ambulatorial:

Um bom acompanhamento, com prevenção das complicações, aumenta a esperança de vida para mais de 40 anos.

Medidas profiláticas:

- Dieta rica em ácido fólico e pobre em ferro
- Ácido fólico (5mg/dia por tempo indeterminado)
- Na impossibilidade de vacinação contra *H. influenza* tipo B e *S. pneumoniae* , administrar penicilina benzatínica, a cada 21 dias (600.0000 UI se <25kg e 1.200.000 UI se >25 kg), a partir dos 3 meses de vida até, pelo menos, aos 5 anos de idade. Há pediatras que aconselham até à idade adulta.
- Vacinação contra Hepatite B, em crianças não imunizadas.
- Rastreio dos pais e irmãos.
- Educação para a saúde e planeamento familiar.

BRONCOESPASMO

BRONCOESPASMO

Conceito

Estreitamento do lume brônquico, como consequência da contracção da musculatura dos brônquios, que leva a dispneia, sibilos, dor torácica ou tosse.

Causas mais frequentes:

- Inflamação dos brônquios.
- Broncoespasmo induzido pelo exercício.
- Hiperactividade brônquica.
- Infecções respiratórias (Vírus, Mycoplasma ou Chlamydia, Bordetella pertussis).
- Bronquiolite em crianças pequenas (< 2anos).
- Asma
- Corpo estranho
- Refluxo gastro-esofágico (RGE)
- Medicamentos (salicilatos)

Referência detalhada a duas situações mais frequentes:

Bronquiolite e Asma

Bronquiolite

Conceito - Infecção respiratória aguda, habitualmente de

etiologia viral, mais frequente nos dois primeiros anos de vida, particularmente nos 1^{os} 3 meses.

Etiologia - Vírus sincicial respiratório é o agente etiológico mais frequente (50 a 80% dos casos), seguido do adenovírus (1, 3, 5, 7 e 21), parainfluenza (serotipos 1 e 3), enterovirus e bactérias atípicas (*M. pneumoniae*, *C. trachomatis* e *C. pneumoniae*, *U. urealyticum*)

Fisiopatologia - Edema da mucosa, associado a rolhões resultantes da necrose celular, provocam diminuição do calibre dos bronquíolos ou a sua obstrução total. Para este processo contribui ainda, o espasmo da musculatura lisa, provavelmente em resposta a mediadores de inflamação

Clínica - Manifesta-se por rinorreia, febre moderada durante 1 ou 2 dias, com agravamento progressivo, surgindo dispneia expiratória com taquipneia (FR > 50-60 cpm), tiragem, adejo nasal, palidez, cianose e taquicárdia. A auscultação pulmonar pode revelar: tempo expiratório prolongado, roncospinosos, sibilos, ferros dispersos em ambos os hemitóraces ou diminuição do murmúrio vesicular. É comum a associação de conjuntivite, otite e faringite. O prognóstico é geralmente bom.

Fatores que aumentam o risco:

- Idade inferior a 6 meses
- Prematuridade
- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Imunodeficiência
- Distúrbios do sistema nervoso

Crítérios de Gravidade

Ligeira	Moderada	Grave
FR < 50	FR > 50-70	FR > 70
Tiragem discreta	Tiragem ligeira / moderada	Tiragem global
TE ligeiramente ↑	TE ↑	TE ↑↑
Sibilos bilaterais	Sibilos bilaterais	↓ MV
SpO ₂ > 92 %	SpO ₂ 88-92 %	SpO ₂ < 88%
Boa hidratação	Boa hidratação	Desidratação
Aceita a via oral (VO)	Aceita regularmente a VO	Dificuldade em aceitar a VO
Boa coloração	Boa coloração	Cianose
Boa perfusão periférica	Boa perfusão periférica	Má perfusão periférica
		Apneia recorrente
		Doença crónica

Diagnóstico Diferencial

- Asma
- Broncoaspiração
- Pneumonia
- Aspiração de corpo estranho
- Fibrose Quística
- Sepsis
- Disquinesia ciliar primária
- Traqueo/broncomalácia
- Insuficiência Cardíaca
- Pneumotórax

Exames complementares nos casos mais graves ou com complicações:

- ✓ Radiografia tórax → pode ser normal ou apresentar hiperinsuflação bilateral, infiltrados peribrônquicos ou dispersos e atelectasias segmentares;
- ✓ Hemograma
- ✓ PCR
- ✓ Ionograma

Tanto a asma como a bronquiolite vírica, manifestam-se por dispneia e sibilos.

A presença de um 3º episódio de bronquiolite, em crianças menores de 2 anos, levanta a suspeita de asma brônquica.

Tratamento

A maioria das bronquiolites pode ser tratada em **regime ambulatorial**:

- Elevação da cabeceira a 30°
- Atmosfera húmida
- Hidratação
- Antipiréticos
- Tapotagem (para ajudar a criança a drenar a expectoração)
- Broncodilatador (manter se houver melhoria clínica ou da SpO₂)

Crítérios de internamento:

- Idade inferior a 6 meses
- Frequência respiratória em repouso, persistentemente > 60 ciclos/min
- Hipoxémia: saturação de O₂ < 90%
- Apnéia
- Recusa ou incapacidade de ingestão ou presença de vômitos.
- Situação social grave que não garante cuidados no domicílio.
- Doença crónica coexistente: pneumopatias, cardiopatias, neuropatias, imunodeficiências, etc.

Tratamento hospitalar

A - Hidratação adequada

- Estimular a ingestão de líquidos e alimentação por via oral;
- Venoclise em pacientes com FR >80 cpm (volume a infundir: 70% da taxa hídrica basal, tendo em conta

a possibilidade da síndrome de secreção inapropriada da ADH, para não precipitar o edema agudo de pulmão, por sobrecarga).

B - Desobstrução nasal

- Recomenda-se desobstruir, antes de alimentar a criança e antes de cada terapia inalatória;
- Aspiração de secreções: aspirador ou bomba de sucção, utilizando previamente soluções salinas nasais.

C - Oxigenação

- Indicação: Cianose ou Saturação de O₂ < 90% , em ar ambiente;
- Objetivo: Atingir Saturação de O₂ entre 90–94%;
- Catéter nasal: máximo 2L/min;
- Máscara facial: mínimo: 4L/min;
- Desmame: saturação de O₂ >90-92 %, se a criança estiver tranquila e alimentando-se bem.

D - Cinesiterapia respiratória

- pode agravar a dificuldade respiratória na fase aguda da doença, mas é útil na fase de convalescença

Importante:

- A utilização de Aerossol de salbutamol é controversa, mas alivia algumas crianças, pelo que se recomenda uma tentativa (uma dose de ensaio) com 0,01 a 0,03ml/kg, diluído em 5cc de soro fisiológico, em nebulização.

Se houver melhoria, traduzida por aumento da saturação de O₂, medida por oximetria de pulso, continuar.

Se não houver resposta, interromper o tratamento com Salbutamol.

- O corticoide não tem indicação, pois não altera o curso da bronquiolite aguda de etiologia viral.

- O uso de Antibiótico também não tem indicação de rotina, apenas se for documentada complicação de infecção bacteriana secundária. Outras complicações poderão ser atelectasia, pneumotorax, pneumomediastino, apneia, insuficiência respiratória aguda.

ASMA BRÔNQUICA

Conceito – Doença inflamatória crónica, associada a hiperactividade brônquica, com agudizações frequentes, que conduzem a obstrução reversível das vias aéreas. É extremamente comum na infância.

Os factores precipitantes das crises são →alergenos, infecção, esforços físicos, alterações climáticas, poluição, tabagismo e stress emocional.

Fisiopatologia -Há obrigatoriamente inflamação e hiperactividade brônquica com edema, acumulação de secreções, broncoespasmo devido à contractura da musculatura lisa, reversível na maioria dos casos, mediante tratamento adequado.

Diagnóstico:

- Clínica –tosse recorrente, com sibilos e dispneia, podendo ser precedida de resfriado.
- Antecedentes – história pessoal e familiar de atopia.
- Grupo etário – rara antes de 1 ano de idade.

A radiografia de tórax só tem indicação, se houver suspeita de complicações.

Perante uma crise de asma, antes de estabelecer o plano terapêutico, há que avaliar os critérios de gravidade, com base na **anamnese** (crises anteriores, factores desencadeantes, duração, internamentos anteriores, tratamento prévio, tolerância ao exercício ou outras doenças) e no **exame objectivo**.

Os casos graves poderão complicar-se com atelectasia, pneumotorax ou serem acompanhados de pneumonia.

Classificação da crise asmática

SINAIS	LIGEIRA	MODERADA	GRAVE
Frequência	< 30 cpm	30 a 50 cpm	> 50 cpm
FC	< 120 bpm	> 120 bpm	> 150 bpm
Dispneia	Tiragem	Tiragem ++	Tiragem +++ / respiração para- doxal
Cor da pele	Normal	Palidez	Cianose
Auscultação	Sibilos	Sibilos ++	Ventilação defi- ciente
Fala	Fala sem esforço	Cansaço ao Falar, fala entrecortada	Impossível falar

Diagnóstico Diferencial

1. Aspiração de corpo estranho	7. Massas hipofaríngeas
2. Refluxo gastroesofágico (RGE)	8. Massas mediastinais
3. Bronquiolites	9. Disquinesia da laringe
4. Aspergilose bronco pulmonar alérgica	10. Prematuro com displasia brocopulmonar
5. Bronquiectasias	11. Síndrome de Loeffler
6. Insuficiência cardíaca	Síndrome de hiperventilação
	12. Fibrose quística

Tratamento

Regime ambulatorial:

Esquema 1 → crise ligeira e

- Evolução < 6h
- Sem tratamento no domicílio
- Sem antecedentes de crises graves

➤ **Aerossol com Salbutamol ou Salbutamol xarope, 1 ml/kg/dia, de 8/8 horas, durante 5 a 7 dias.**

Esquema 2 → crise ligeira e

- Evolução > 6h e/ou
- Antecedentes de crises graves

➤ **Salbutamol xarope 1 ml/kg/dia de 8/8 horas, 5 a 7 dias.**

➤ **Prednisolona oral → 1 a 2mg/kg/dose única de manhã, durante 3 dias.**

TRATAMENTO NA AGUDIZAÇÃO ASMÁTICA

	LIGEIRA	MODERADA	GRAVE
Evolução	< 6 horas	< 6 horas	Indeferente
Terapia prévia	Não	Sim	Indeferente
Crises graves anteriores	Não	Sim	Indeferente
Dispneia	Bem tolerado/ Choro	Anda/Dificuldade na alimentação	Discurso difícil/Alimentação Ø
Sibilos	+ / ++	+++ / ++++	++++ até Ø
Resposta aos broncodilatadores	> 3 horas	2 a 3 horas	< 2 horas
Sinais de alarme			FR>50cpm; FC>130 bpm; bradicardia, cianose, obnubilação
TRATAMENTO:			
Aerossol com broncodilatador (DB) agonista - β2- Salbutamol: 0.03 ml/kg/dose (Max-1ml)	De 20/20 min. ou 30/30 min, duranre 1 ou 2 horas. Se melhoria, alta medicado com BD em nebulizador, pó seco ou oral, de acordo com a idade. Sem melhoria →→	De 30/30 min, duranre 1 ou 2 horas. →→+	Aerossolterapia imediata (20/20 min, durante 1 ou 2 h + anticolinérgico no aerossol inicial) associada a Prednisolona EV 2mg/kg/dose (dose Max: 60 mg) AVALIAR RESPOSTA SEM MELHORIA SIGNIFICATIVA (até 30 a 60 min) ↓
Prednisolona oral		2 mg/kg/dose (EV se vômitos) - Dose Max: 60 mg Se melhoria, alta medicado com BD e prednisolona oral, 2mg/kg/dia durante 3 dias. Sem melhoria →→	REFERENCIAR AO HOSPITAL Monitorizar FC, FR e Sat O2 -Broncodilatador (20/20mn ou contínuo + anticolinérgico 4/4h) + Corticóide ev, 4/4h+ -O2 Ponderar Amino-filina, bolo inicial (20- 30 min), 5-6 mg/kg, ev Manutenção: perfusão contínua 0,7 -1mg/kg/ h ou 5mg/kg de 6/6h

Seguimento

A asma é uma doença crónica, recorrente. Deve-se efectuar um plano de tratamento a longo prazo, de acordo com a frequência e gravidade de sintomas.

Tentar evitar os factores precipitantes descritos acima.

Encaminhar os casos de difícil controlo, para o alergologista ou o pneumologista.

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

A asma pode ser classificada, quanto à gravidade, em **intermitente e persistente leve, moderada e grave**:

Quadro 2 - Classificação da gravidade da asma

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas falta de ar, aperto, chiado e tosse	< 1 vez/semana	>1 vez/semana e < 1vez /dia	Diários, mas não contínuos	Diários e contínuos
Actividades	Em geral normais Falta ocasional à escola	Limitação para grandes esforços Faltas ocasionais à escola	Prejudicadas Algumas faltas à escola Sintomas com exercício moderado	Limitação diária Falta frequente à escola Sintomas com exercícios leves
Crises	Ocasionais (leves) Controladas com broncodilatadores, sem ida à emergência	Infrequentes algumas requerendo uso de corticoide.	Frequentes Algumas com ida à emergência e uso de corticóides sistémicos ou internamento	Frequentes – graves Necessidade de corticoides sistémicos internamento e risco de vida
Sintomas nocturnos (despertar com chiado ou tosse)	Raros < 2 vezes/mês	Ocasionais >2 vezes/mês < 1vez /semana	Comuns >1 vez /semana	Quase diários >2 vezes/semana
Broncodilatador para alívio	< 1 vez /semana	< 2 vezes / semana	>2 vezes / semana <2 vezes /dia	> 2 vezes /dia

N.B.: Pacientes com crises pouco frequentes, mas que coloquem a vida em risco, devem ser classificados como portadores de asma persistente grave.

TRATAMENTO PREVENTIVO

Fármacos recomendados de acordo com o grau de gravidade.

Gravidade	Medicação diária controladora	Outras opções
Grau 1: Intermitente	Nenhuma	Nenhuma
Grau 2: Persistente ligeira	Corticóide inalado (doses baixas)	Teofilina de libertação lenta ou Cromona ou Anti-leucotrieno
Grau 3: Persistente moderada	Corticóide inalado (doses moderadas)	Corticóide inalado (doses moderadas) e Teofilina de libertação lenta ou Corticóide inalado (doses moderadas) e agonista- β 2 inalado de longa acção ou Corticóide inalado doses elevadas ou Corticóide inalado doses moderadas e anti-leucotrieno
Grau 4: Persistente grave	Corticóide inalado (doses elevadas) e, se necessário, um ou mais dos seguintes: - Teofilina de libertação lenta - Antileucotrieno - Agonista- β 2 inalado de longa acção - Corticóide oral	

CONVULSÕES

CONVULSÕES

Conceito

As convulsões são contrações musculares, que se manifestam por movimentos rítmicos involuntários e anormais, acompanhados de alterações do tónus muscular, esfíncteres e do comportamento, como resultado de uma descarga eléctrica paroxística dos neurónios cerebrais

É um fenómeno frequente até aos 5 anos, sendo em mais de metade, convulsões febris, com um prognóstico tranquilizador.

Diagnóstico (repousa sobre 3 pilares):

1 - Interrogatório

- Antecedentes (pessoais e familiares)
- Factores desencadeantes
- Desenvolvimento psicomotor

2 - Descrição da crise

- Febril ou não
- Tónica ou clónica
- Parcial ou generalizada

- Revolução ocular
- Hipersialorreia
- Duração → Crise prolongada ≥ 15 min
- Frequência
- Déficit motor post-crise
- Tratamento anterior

3 - Exame neurológico (importante descartar sinais de infecção do SNC)

- Normal
- Anormal

Classificação das convulsões infantis

- Convulsões neonatais (até 28d)*
- Convulsões com febre*
 - Infecção do sistema nervoso central (meningite e paludismo)
 - Convulsões febris
- Convulsões sem febre
- Epilepsia

****Nesses casos, o mais importante é classificar como criança grave e transferir para o hospital***

Etiologia

- Infecção
- Traumatismo
- Intoxicação
- Privação de drogas
- Metabólica
- Vascular
- Tumor do SNC
- Malformações congénitas
- Outras

Convulsões neonatais (até 28 dias de vida)

Atenção às convulsões subtis (movimentos rotatórios dos globos oculares, clonias palpebrais, crises de cianose, movimentos mastigatórios, movimentos de pedagem, boxe, apneia)

- Hipoxia/anoxia (intrauterina ou perinatal)
- Isquemia cerebral
- Hemorragia intracraniana
- Infecção do sistema nervoso central
- Metabólica (Hipoglicemia, Hipocalcemia, Deficiência de piridoxina)
- Privação de drogas
- Erros inatos de metabolismo
- Anomalias estruturais do SNC
- Transtornos hereditários

Conduta / Tratamento

- ✓ Manter as vias aéreas permeáveis (aspirar secreções, cânula orofaringe)
- ✓ Decúbito lateral (excepto se existir traumatismo prévio)
- ✓ O₂ a 100%
- ✓ Avaliar coloração, movimentos torácicos, FR, AP, FC, TA e perfusão periférica
- ✓ Canalizar veia periférica com SG 5%
- ✓ Corrigir a hipoglicemia se $< 40\text{mg/dl}$. Administrar SG10% 2ml/kg ev, seguido de SG 5% com velocidade infusão glucose (**vig**), de 5 mg/kg/min de manutenção
- ✓ Corrigir hipocalcemia se $\text{Ca}^+ < 7\text{ mg/dl}$. Administrar Ca 10%, 1ml/kg ev
- ✓ Corrigir hipomagnesémia se $\text{Mg}^+ < 1,5\text{ mg/dl}$. Administrar Sulfato de magnésio a 50% 0,1 a 0,2ml/Kg, IM ou EV lento. A dose pode ser repetida 12 a 24 h depois se necessário.

✓ Fenobarbital

Ampola 200mg/2 ml, retirar 1 ml diluir em 9 ml de SF(1 ml = 10 mg)

- Dose de impregnação -15 mg/kg ev, diluído em SF, durante 30 min, sob vigilância cardio-respiratória.
- Se não ceder, repetir Fenobarbital 10 mg/Kg ev.
- Manutenção 3-5 mg/Kg/ dia em 2 doses

Se não ceder transferir para Hospital

- ✓ Difenhidantoina (Fenitoína) →15 mg/kg ev lento, diluído em SF, em 20 minutos; depois 3 - 5 mg/kg/d 12/12h
- ✓ Piridoxina (se convulsão refractária) →50 a 100 mg ev

Em caso de persistência e sob ventilação assistida:

- ✓ Clonazepan 0,1 a 0,2 mg/kg ev (30 segundos). Depois, infusão de 0,01-0,03 mg/kg/hora. Passar à via oral, dose única, quando controlada a convulsão.
- ✓ Tiopental, 5 mg/Kg EV lento. Depois 2-4mg/Kg/hora

Suspensão do tratamento 1 a 2 semanas após a última convulsão, na ausência de factores de risco, com manutenção da vigilância por mais 1 semana.

Na presença de factores de risco, manter Fenobarbital por 3 meses e suspender o tratamento, na ausência de convulsões e EEG sem alterações.

Convulsões em lactentes e crianças

- Febril: Sepsis, Infecção SNC
- Alterações hidroelectrolíticas
- Traumatismo Crânio-encefálico (TCE)
- Neurocistecercose
- Intoxicações (aminofilina, salicilatos e álcool)

- Tumores do SNC
- Epilepsia

Convulsões em adolescentes

- Níveis baixos de anticonvulsivantes
- TCE
- Neurocistecercose
- Epilepsia
- Intoxicações (álcool e drogas)

Convulsões Febris

Constituem a maior parte das convulsões ocasionais. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, após descartar-se de imediato, infecção do sistema nervoso central (a punção lombar é obrigatória).

Podem ser:

Simples	Complicadas
<ul style="list-style-type: none"> - 1 a 5 anos - duração < 10 min. - tónico-clónica generalizada - sem deficit post-crítico - sem antecedentes neurológicos - exame neurológico normal 	<ul style="list-style-type: none"> - antes de 1 ano - duração ≥ 10 min - hemicorporais direitas ou esquerdas - déficit post-crítico - com antecedentes neurológicos - exame neurológico anormal

Tratamento

- Manter as vias aéreas permeáveis (aspirar secreções, cânula orofaringe)
 - Decúbito lateral
 - O₂ a 100%
 - Avaliar coloração, movimentos torácicos, FR, AP, FC, TA e perfusão periférica
 - Canalizar veia periférica com SG 5%
 - Paracetamol 15 a 20 mg/kg, via oral ou via rectal
 - Diazepam 0,3 mg/kg/dose, sob a forma de enema ou ev, nas crises que duram mais de 10 minutos.
- Repetir 5 minutos depois, até 2 mg/kg (dose cumulativa).

Seguimento

Um bom relacionamento médico/doente/família é importante no seguimento da criança com convulsão febril.

A convulsão febril complicada, deve ser investigada e a criança deve ficar com tratamento antiepiléptico desde a 1ª crise, até ao esclarecimento da situação e tratamento específico definitivo.

EPILEPSIA

Quando as crises convulsivas são recorrentes, falamos em **epilepsia**, que deve ser investigada e classificada, para se poder instituir um tratamento preciso.

Para a **classificação** são determinantes:

- A descrição das crises
- A observação dos fundos oculares
- Os exames complementares, principalmente o electro-encefalograma (EEG)

As descrições electroclínicas das crises permitem classificar as epilepsias em:

- Epilepsia generalizada (grande e pequeno mal)
- Epilepsia parcial

A maioria dos casos tem evolução benigna.

Quando se trata de situações graves (ver critérios de gravidade em baixo), impõe-se imagiologia neuroradiológica - TAC e/ou Ressonância Magnética.

Critérios de gravidade

- Início precoce das crises
- Duração prolongada das crises
- Associação de vários tipos de crise
- Aspectos electroencefalográficos

- Lesão cerebral preexistente
- Resposta parcial ou ausência de resposta ao tratamento

Tratamento

Antes de mais, devemos desdramatizar a situação perante a criança e a família.

Explicar claramente as regras, os constrangimentos e os resultados de um tratamento anti-epiléptico.

A escolha do medicamento depende do tipo de epilepsia.

Começar sempre por **monoterapia**.

A mudança para um 2º medicamento só deve ser feita em caso de fracasso do 1º, após um período de ensaio suficiente de 2 a 3 meses.

Nesse caso enquanto se introduz lentamente o 2º medicamento, vai-se fazendo o desmame do 1º.

Epilepsias generalizadas → Valproato de sódio. A dose inicial recomendada é de 15 mg/kg/dia, podendo ser aumentada em intervalos semanais de 5 a 10mg/kg/dia, até que se obtenha o controle das convulsões ou até onde os efeitos colaterais permitam.

A dose máxima recomendada é de 60 mg/kg/dia.

Se a dose diária total exceder 250 mg esta deverá ser administrada de forma fracionada 20 a 40mg/kg de 12/12h.

Epilepsias parciais – Carbamazepina 20mg/Kg/dia, de 12/12h

Quando não se consegue controlar as crises, apesar do tratamento correcto, devemos rever o diagnóstico, considerar a necessidade de mais investigação, fazer doseamento sérico dos anti-epilépticos, mudar de anti-epiléptico ou associar outros anti-epilépticos.

Nas epilepsias benignas pode-se parar o tratamento de forma paulatina, após 2 anos sem crise.

Nas severas, mais tardiamente e, caso a caso.

Status Epilepticus (Causas variadas a investigar)

Conceito: Convulsão >30min ou presença de 2 ou mais convulsões sucessivas sem recuperação da consciência.

Tratamento

Diazepam

1ª dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose

Se não ceder 5 minutos depois:

2ª dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose

Se não melhorar em 5 minutos:

3ª dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose

Se não melhorar

Difenilhidantoína (Fenitoína) - 20 mg/kg (máximo 1g) ev lento, diluído em SF, em 20 minutos.

Repetir 10mg/kg ev lento, diluído em SF, em 20 minutos

Se não melhorar

Fenobarbital 20 mg/kg ev lento, diluído em SF, em 30 minutos

Repetir 2 doses extras de 5 mg/kg, com intervalo de 20 minutos, **se não melhorar**,

Se ceder, iniciar 24h depois, manutenção com Fenobarbital, na dose de 3 a 5 mg/kg/dia, de 12/12h

Se não melhorar, tentar:

Midazolam

Dose de ataque - 0,15 a 0,3mg/kg

Manutenção ev contínuo - 0,05 mg/kg/h, reajustar de 15 em 15 minutos até controlar a crise, (até 1,4 mg/kg/h), manter por 12 horas e reduzir gradualmente, de 15 em 15 minutos.

CORPO ESTRANHO
NAS VIAS
RESPIRATÓRIAS

CORPO ESTRANHO NAS VIAS RESPIRATÓRIAS

O corpo estranho nas vias respiratórias, acontece com frequência nas crianças pequenas de 1 a 4 anos, mais frequentemente no sexo masculino e deve ser evocado de maneira sistemática, perante toda a dificuldade respiratória obstrutiva aguda (sibilância ou estridor, cianose, e retracção torácica, apneia, etc).

A noção precisa de aspiração de corpo estranho é rara, sobretudo em crianças pequenas, com ausência de testemunhas.

Esta circunstância implica, por isso, elevado índice de suspeita.

Quando é presenciado, sempre há referência a um episódio de engasgamento, seguido de tosse intensa.

O agente responsável é qualquer objecto de pequenas dimensões (peças de jogos ou de brinquedos, balões, tampa de esferográfica, tipo bic, feijões, amendoim, botões, pílula de relógio, etc).

De um modo geral, os sinais e sintomas dependem da natureza, tamanho, localização e grau de obstrução do corpo estranho nas vias respiratórias e, se se trata duma situação antiga ou recente.

Conduta:

1. Corpo Estranho Antigo e Desconhecido

Rinorreia purulenta unilateral fétida	Infecções respiratórias de repetição sempre com a mesma localização radiológica
↓	↓
Corpo estranho intranasal	Corticóides e antibióticos 8 a 10d
↓	↓
Extracção	Broncoscopia rígida sob anestesia geral e extracção

2. Corpo Estranho Recente e/ou Conhecido

- Obstrução nasal unilateral = corpo estranho intranasal → extracção com pinça
- Asfixia aguda, paragem respiratória ou dispneia alta com tiragem/estridor, disфонia, cianose = corpo estranho na laringe.

Se a criança está em apneia e tiver > 1 ano, proceder à manobra de Heimlich (forte e brusca compressão epigástrica com os punhos, de baixo para cima).

Se tiver < 1 ano, proceder à percussão forte no dorso.

- Supraglote → extracção com pinça sob laringoscopia.
 - Subglote → intubar com uma sonda e empurrar para um brônquio, seguido de extracção por broncoscopia rígida.
- Alternância de dispneia laríngea com dispneia asmátiforme = corpo estranho traqueal → traqueo-broncoscopia rígida.

- d) Tosse, por vezes sem dispneia = corpo estranho brônquico → Rx (atelectasia, enfisema, desvio do mediastino e imagem do próprio corpo estranho, se este fôr radiopaco) → broncoscopia rígida.

Chama-se a atenção para as situações intermitentes, em que, após um episódio de sufocação, tosse persistente e cianose, a criança pode apresentar-se assintomática, reiniciando sintomas posteriormente.

O Rx de tórax PA e perfil e/ou cervical é muito importante para o diagnóstico, podendo visualizar-se o corpo estranho, se for radiopaco ou as alterações do RX (atelectasia ou insuflação).

Interconsulta com ORL e/ou pneumologista e, quando necessário, endoscopia.

CRIANÇA MALTATRADA

CRIANÇA MALTRATADA

Conceito

Trata-se de qualquer forma de actuação física e/ou emocional, inadequada e não acidental, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças e adolescentes/jovens e pessoas mais velhas, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder.

Constituindo uma patologia de abordagem multifacetada, por equipas multidisciplinares, espera-se que o médico não perca a oportunidade de fazer o diagnóstico precoce, o tratamento e seguimento de eventuais lesões físicas e o encaminhamento adequado.

Fisiopatologia dos maus-tratos

É classicamente considerada uma tríade de factores e situações de risco:

1 - Factores inerentes aos pais

- Antecedentes de maus-tratos na sua própria infância
- Mães com menos de 20 anos, solteiras e sem apoio familiar

- Personalidade imatura e impulsiva
- Maior vulnerabilidade ao stress
- Fraca tolerância às frustrações
- Atraso mental
- Mudança frequente de companheiro(a)
- Mudança frequente de residência
- Antecedentes de criminalidade
- Toxicodependência (alcoolismo e outras drogas)

2 - Factores de risco inerentes às crianças

- Crianças nascidas de uma gravidez não desejada ou gemelar
- Crianças que sofreram separação da mãe no período neonatal
- Crianças que não correspondem às expectativas dos pais
- Crianças < 3anos
- Crianças deficientes ou portadoras de doença crónica
- Crianças hiperactivas, teimosas ou com outras alterações do comportamento

3 - Situações de crise → precipitantes

- Perda de emprego
- Agravamento das dificuldades económicas
- Morte de um familiar
- Diagnóstico de doença grave num familiar
- Separação ou divórcio dos pais
- Depressão da mãe ou qualquer outro acontecimento, que perturbe, o já instável equilíbrio familiar.

Tipologia dos maus-tratos

A violência para com as crianças manifesta-se como maus-tratos físicos (que no limite, se traduzem por infanticídio), abuso emocional ou psicológico, abuso sexual,

negligência, exploração no trabalho, exercício abusivo de autoridade, tráfico de crianças e adolescentes/jovens. As crianças e os jovens podem ser maltratados por um dos progenitores ou por ambos, pelos padrastos e madrastas, por um(a) cuidador(a), uma pessoa conhecida e *raramente por um estranho*.

Pela sua frequência e relevância, apenas serão abordadas as seguintes formas:

1 - Maus-tratos físicos - qualquer acção não acidental por parte dos pais ou pessoa com responsabilidade, poder ou confiança, que provoque ou possa provocar na criança ou adolescente/jovem, dano físico, lesões traumáticas (fracturas, equimoses, hematomas, hemorragias retinianas), sufocação, intoxicação e síndrome da criança abandonada.

Entre nós, é frequente a “criança batida,” com o corpo marcado por cicatrizes de formas e idades diferentes.

2 - Abuso emocional ou psicológico - acto de natureza intencional, caracterizado pela ausência ou inadequação persistente, activa ou passiva, do suporte afectivo e do reconhecimento das necessidades emocionais da criança ou jovem adolescente, tudo fazendo para diminuir a sua auto-estima, como sendo: insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, culpabilização, crítica, etc.

3 - Abuso sexual - O abuso sexual traduz-se pelo envolvimento da criança ou adolescente em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem adolescente mais velho, numa situação de poder ou de autoridade sobre aquele.

O mais frequente é ser intra-familiar e de forma repetida ao longo da infância.

São exemplo desse tipo de abuso:

- ✓ Obrigar a criança/jovem a presenciar conversa ou escritos obscenos
- ✓ Espectáculos ou objectos pornográficos ou actos de carácter exibicionista
- ✓ Utilização do menor em fotografias, filmes, gravações pornográficas ou em práticas sexuais de relevo
- ✓ A realização de coito (penetração oral, anal e/ou vaginal). Considera-se violação sempre que há penetração.

- Até aos 5-6 anos, o pénis erecto do adulto não consegue penetrar a vagina, pelo que é considerado atentado ao pudor.

- Dos 6 aos 9 anos, embora possa haver penetração, há lacerações extensas e desgarros do períneo e vagina.

- A partir dos 10 anos, diminui a gravidade das lesões traumáticas perineais e vaginais, começando o risco da gravidez.

4 - Negligência - Constitui um comportamento passivo de omissão, relativamente aos cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto, saúde, segurança, educação, estimulação e apoio.

Pode ser **voluntária** (com a intenção de causar dano) ou **involuntária** (incompetência dos pais para assegurar os cuidados necessários e adequados.)

Inclui diversos tipos como:

- Negligência intra-uterina
- Negligência física
- Negligência emocional
- Negligência escolar
- Mendicidade
- Abandono

Em Cabo Verde temos algumas crianças negligenciadas e vivendo na rua. Neste grupo, os acidentes domésticos e atropelamentos, agravam ainda mais a sua situação.

5 - Síndrome de Munchausen por Procuração - É um quadro clínico em que a mãe da criança (a maioria com doenças do foro psiquiátrico) está sempre implicada, simulando ou causando doença no (a) filho(a).

O cenário habitual é o de um pai que tem um papel passivo e distante.

Esta situação é perpetrada em crianças incapazes ou não desejosas de identificar a agressão e o agressor.

Etiopatogénese

Existem várias possibilidades:

- História clínica inventada
- Falsificação dos resultados ou do nome do titular de exames complementares
- Lesão traumática em condições especiais
- Simulação de febre
- Convulsões provocadas por sufocação
- Coloração de fezes e urina com sangue, simulando rectorragias e hematúria

Diagnóstico de maus-tratos

As manifestações clínicas são muito variadas, dependendo do tipo de mau trato, não existindo lesões patognomónicas, pelo que temos de estar atentos e ter um elevado índice de suspeita diagnóstica.

Uma anamnese cuidada e um exame físico minucioso, serão os passos decisivos.

São sinais evocadores, entre outros: **criança mal-cuidada, malnutrida, com calendário vacinal desactualiza-**

do, sinais de pavor ou timidez sempre que um adulto se aproxima.

Atenção a uma história clínica inverosímil, com contradições, diferentes versões, discrepância entre a história e o tipo de lesões observadas e, atraso na procura de cuidados médicos.

Conduta a seguir:

- Internamento para avaliação e protecção (*sempre que a situação se justifique*)
- Investigação radiológica (sistemática em crianças com menos de 2 anos, procurando fracturas ou calo ósseo).
- Fazer o diagnóstico diferencial, importante sobretudo pelas consequências e implicações sociais e legais que daí possam advir, podendo haver necessidade de efectuar outros exames complementares, de acordo com cada situação.
- Contactar o ICCA ou a Procuradoria de Menores
- Afastar a criança do meio familiar, até esclarecimento da situação, se o agressor for um membro da família
- Tomar condutas específicas para cada caso, de acordo com a avaliação de eventuais lesões.
- Reabilitação da família por entidades para isso vocacionadas (é um imperativo).

Em caso de violação sexual, seguir o seguinte protocolo:

1 - Exame sexual – *O mais precocemente possível. Não confundir com exames ginecológicos, feitos pelos ginecologistas e com objectivos diferentes, o que não quer dizer que não possam ser chamados a intervir de forma complementar.*

Quesitos obrigatórios:

- Pesquisar a existência de esperma e/ou sangue na vagina, no ânus (tanto em meninas como em meninos), nas roupas da vítima e eventual colheita de amostras para exame laboratorial.
- Observar existência de equimoses, escoriações, unhas, mordeduras, lacerações, incluindo as do períneo, ânus, vulva e vagina.
- Pesquisar presença de distorção do ânus, pregas engrossadas ou seu desaparecimento, fissuras profundas, dilatações varicosas e o tónus do ânus, devem ser pesquisadas.
- Referir e descrever sinais próprios de desfloramento – lacerações himeneais, orifício himeneal permeável aos dedos indicador e médios justapostos, presença de esperma nos genitais, para lá do introito vaginal. O **desfloramento** será classificado como **recente** se houver **sinais inflamatórios nos bordos das lacerações** e, caso contrário, como **não recente**. Mais tardiamente podem aparecer sinais de gravidez que confirmam o desfloramento.
- Sem sinais de desfloramento
- Presença de hímen complacente – orifício himeneal permeável aos dedos indicador e médio justapostos, mas sem lacerações dos bordos.
- Presença de lacerações nos bordos do hímen, mas orifício himeneal não permeável aos dedos indicador e médios justapostos → sinais de atentado ao pudor ou tentativa de desfloramento.

2 – Prevenção das infecções sexualmente transmissíveis

- Recolha imediata de sangue para sorologia para Sífilis, VIH, Hepatites B e C (para conhecimento do estado sorológico no momento de atendimento e posterior comparação).

- Agendamento do retorno para acompanhamento psicológico e repetir a serologia para Sífilis (após 30 d) e para HIV (após 3 meses)
- Fazer profilaxia das IST não virais

Profilaxia das ISTs não virais		
ISTs não virais	Crianças e Adolescentes < 45kg	Adolescentes > 45kg
Sífilis	Penicilina benzatínica- 50.000UI/kg IM, dose única. Se alergia: Eritromicina- 50mg/kg/dia VO, de 6/6h durante 15d.	2,4milhões UI, dose única, IM. Ou 500mg 6/6h, VO durante 15d.
Gonorreia	Ceftriaxona 125mg IM, dose única.	250mg IM, dose única
Clamídia	Azitromicina 20mg/kg VO, dose única. Ou Eritromicina 50mg/kg/d VO 6/6h durante 14d.	1g VO dose única Ou 500mg 6/6h, vo durante 14d
Tricomoníase	Metronidazol 15mg/kg/d 8/8h durante 7d. Ou Secnidazol 10mg/kg VO dose única.	2g dose única, VO. Ou Secnidazol ou Tinidazol 2g VO, dose única.

Profilaxia da Hepatite B (vítima não vacinada ou com esquema vacinal incompleto)

- Administrar **Imunoglobulina hiperimune** para hepatite B - **0,06ml/kg IM** - dose única (dose máxima 5 ml), nas primeiras 48h, até no máximo, 14dias.
- Iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B.

Profilaxia da infecção pelo HIV

- Conhecer a sorologia do agressor (teste rápido para HIV)
- Contactar a Procuradoria de Menores, com a maior brevidade possível.

O uso de antiretrovirais deve ser iniciado no menor prazo possível, com limite de 72h após a violação sexual.

Recomenda-se a associação Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC), havendo ainda a possibilidade de escolha de uma terceira droga entre o Nelfinavir (NFV) e o Ritonavir (RTV).

Profilaxia da infecção pelo VIH			
ARV	Crianças	Adolescentes	Dose Máxima
Zidovudina (AZT)	90-180mg/m ² de 12/12h	300mg de 12/12h	300mg de 12/12h
Lamivudina (3TC)	4mg/kg de 12/12h	150mg de 12/12h	150mg de 12/12h
Lopinavir+Ritonavir	230mg/m ² de 12/12h	400mg de 12/12h	400mg de 12/12h

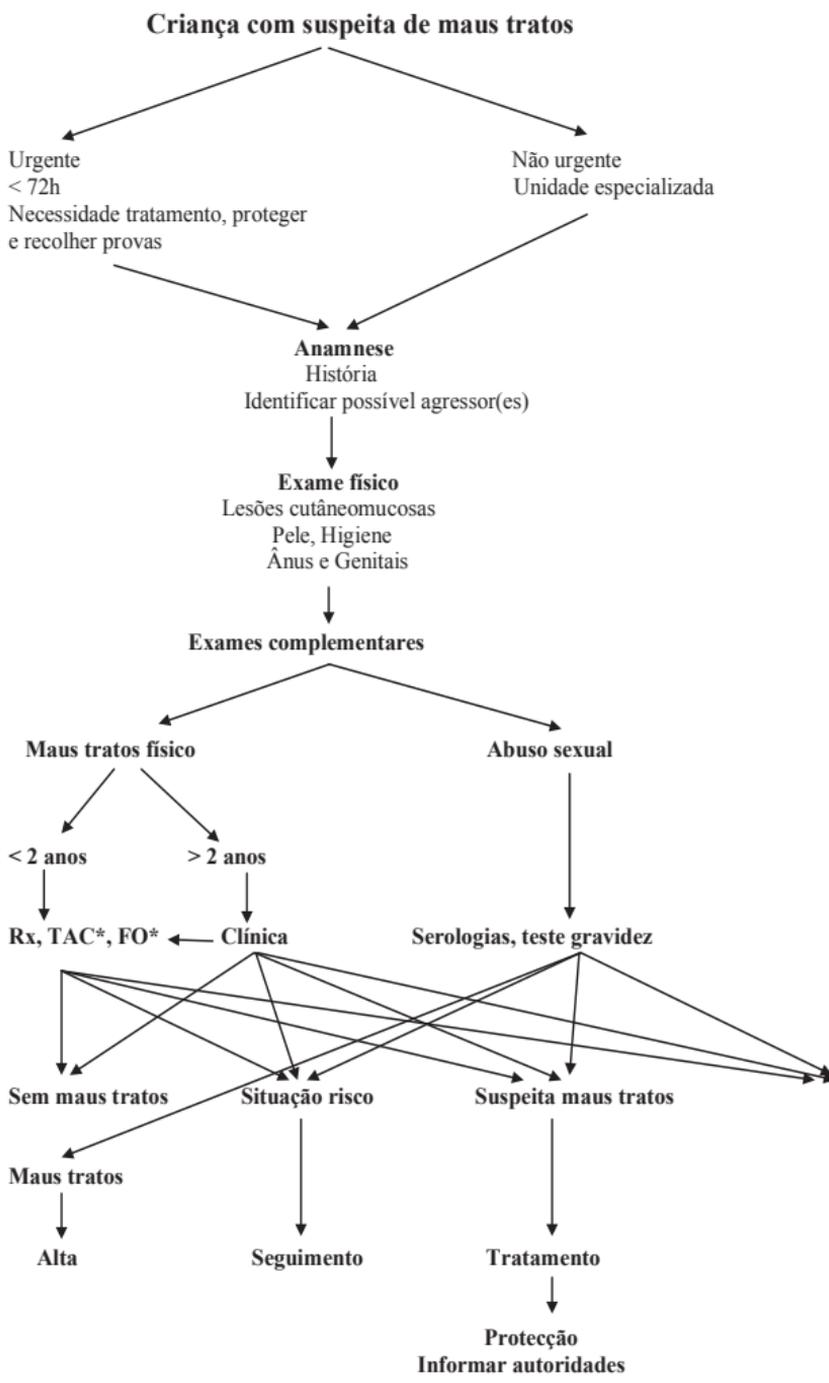
O tratamento deve ser mantido durante 4 semanas consecutivas, sem interrupção.

3 – Prevenção da gravidez

- Anticoncepcional oral (utilizar a pílula combinada, existente na estrutura de saúde): 2 cp 12/12h ou 4 cp dose única, até 72h após coito desprotegido.
- Levonorgestrel (cp 0,75mg) - 2 cp.VO, dose única ou 1cp de 12/12h, se a vítima está a fazer Nelfinavir ou Ritonavir que diminuem o nível sérico dos estrogénios

Em caso de gravidez por violação, propôr IVG.

4 – Promoção da recuperação física, psicológica e social



**Se a situação clínica o justificar*

DOR ABDOMINAL
NA
CRIANÇA

DOR ABDOMINAL NA CRIANÇA

Conceito

Dor abdominal aguda - crise dolorosa abdominal não diagnosticada, com duração inferior a uma semana.

A dor abdominal recorrente (DAR) ou crónica é a que ocorre em 3 ou mais episódios, ao longo de um período superior a 3 meses, com intensidade suficiente para interferir com as actividades quotidianas da criança.

Clínica

A dor abdominal é um sintoma multifacetado e constitui uma das queixas mais frequentes em idade pediátrica, que engloba um largo espectro de situações.

Dor abdominal aguda

Interessa diagnosticar em tempo útil, se se está perante um abdómen agudo (situação clínica em que existem sintomas abdominais agudos que sugerem a probabilidade de risco de vida para o doente) ou, se a dor reflecte patologia extra-abdominal.

Uma história clínica detalhada e um exame objectivo correcto, fornecem muita informação.

Devemos caracterizar a dor abdominal, tendo em conta os seguintes aspectos:

- Início – insidioso ou agudo
- Causalidade – relação causa/efeito: trauma, relação com alimentos, doença prévia
- Duração – constante ou intermitente
- Localização
- Sintomas associados – febre, vómitos, diarreia, queixas urinárias, etc.
- Factores de alívio ou agravamento

Dor abdominal aguda de causa cirúrgica

É prudente considerar qualquer dor abdominal aguda intensa e contínua, com duração superior a 4h, como potencialmente cirúrgica.

Procurar:

- Sinais de irritação peritoneal: dor e defesa
Chama-se a atenção para a delicadeza na palpação abdominal a fim de evitar exacerbação desnecessária do sofrimento no doente (apendicite aguda, perfuração do intestino, peritonite, trauma, etc)
- Sinais de oclusão intestinal: vómitos, paragem de gases e fezes, silêncio abdominal ou hiper-peristaltismo (invaginação intestinal, volvo)
- Presença de sangue nas luvas, ao toque rectal
- Características do pulso

Dor abdominal aguda de causa orgânica, mas não cirúrgica

- Cólicas no lactente, até aos 3 meses de idade
- Obstipação
- Gastroenterite aguda

- Amigdalite estreptocócica
- Hepatite aguda
- Infecção urinária aguda
- Pneumonia da base
- Adenite mesentérica (ex. adenovirus)
- Crise de falciformação

Exames complementares

Hemograma

Urina tipo II , com pesquisa de nitritos e pigmentos biliares

RX tóraco-abdominal

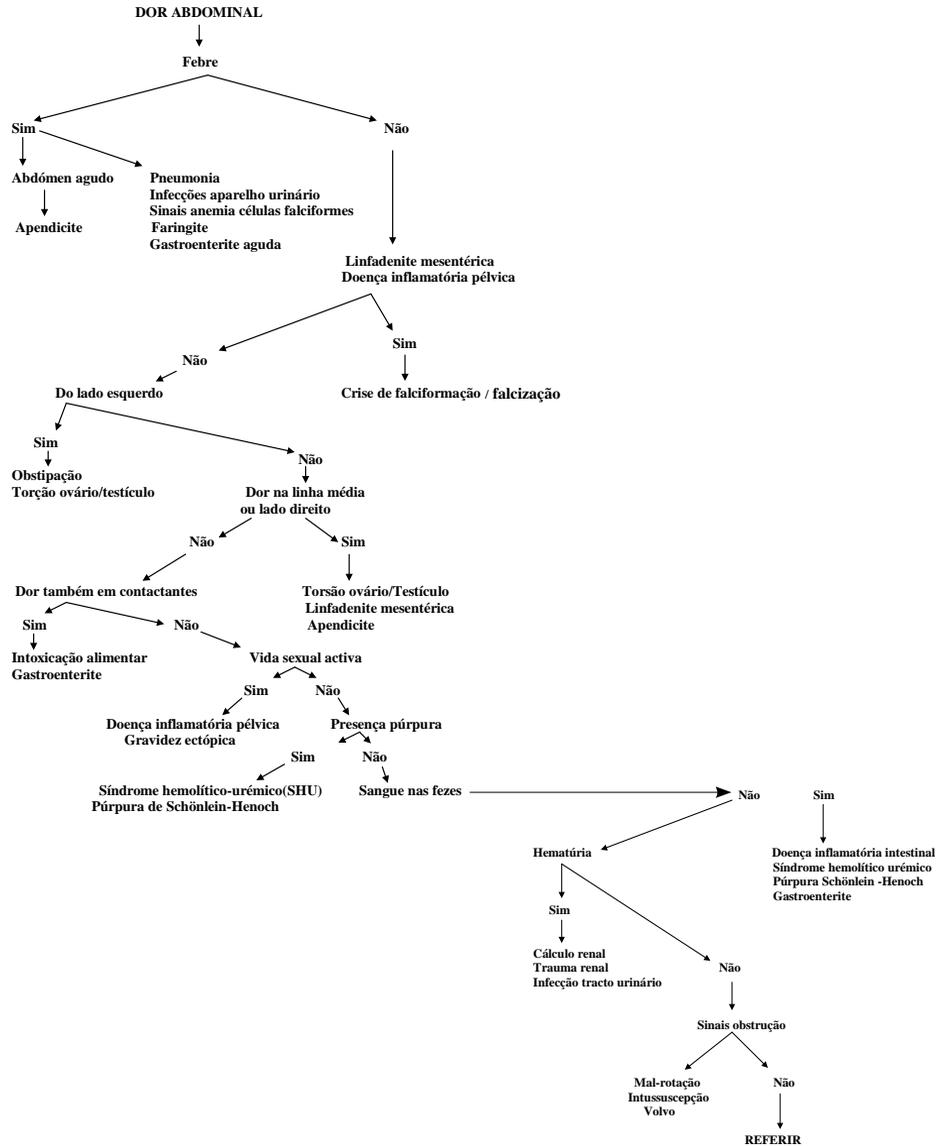
Ecografia Abdomino-pélvica

Tratamento

Dependendo da idade da criança, da história clínica, do exame físico e dos exames complementares, são várias as situações que podem debutar com um quadro de abdômen agudo e, a conduta deve ser tomada, em função da etiologia.

Em qualquer circunstância não mascarar a dor. Os anti-espasmódicos e os analgésicos estão contra-indicados.

Cirurgia imediata	Urgência cirúrgica relativa	Não cirúrgica
Apendicite aguda	Obstrução intestinal	GEA
Peritonite	Oclusão intestinal	Adenite mesentérica
Invaginação intestinal	Malformações congênitas (atrésias, bandas)	Pneumonia da base
Hernia encarcerada / estrangulada	Abcesso intraperitoneal	Hepatite
Rotura de órgão sólido	Ingestão de corpo estranho	Obstipação
Malrotação intestinal c/ volvo		Aerofagia
Divertículo de Meckel		Ingestão corpo estranho
Enterocolite necrosante (quando há evidências de perfuração intestinal)		Púrpura Henoch-Schönlein



Dor Abdominal Recorrente (DAR)

A DAR pode estar associado a uma causa orgânica (5 a 33% dos casos, conforme se tenha ou não acesso a exames endoscópicos ou radiológicos) ou funcional.

As variáveis que apontam para um diagnóstico funcional são o exame físico normal e a ausência de sinais de alarme relativamente a doença orgânica - **critérios de Roma II** (ver quadro).

Critérios de Roma II	
Sinais de alarme: Causas orgânicas de DAR	
o	Dor bem localizada, longe do umbigo
o	Dor que condiciona despertar nocturno
o	Vômitos
o	Alteração dos hábitos intestinais
o	Diarreia crónica grave
o	Atraso do crescimento
o	Perda de peso
o	Rectorragias, febre, artralgias ou exantema
o	Fístula/fissura anal
o	Alterações menstruais (adolescentes)
o	Hemorragia oculta
o	Alterações laboratoriais (sangue e urina)
o	História familiar de doença péptica
o	Idade < 4 anos

Diagnóstico

Os **critérios de Roma** permitem diagnosticar as doenças gastrointestinais funcionais, com base nos sintomas, recorrendo apenas à história clínica e ao exame físico (**fazer sempre a palpação abdominal**), sem utilização de exames complementares. Estes deverão ser realizados quando houver os sinais de alarme de doença orgânica e dependem da hipótese formulada (mais frequente entre nós tem sido: obstipação, giardíase, amebíase, litíase, hidronefrose e neoplasias. Não esquecer situações menos frequentes como doença inflamatória intestinal, intolerância à lactose e doença celíaca).

Exames complementares - de forma individualizada, tendo em conta a história clínica e a suspeita diagnóstica:

- Hemograma completo com VS
- Urina tipo II
- Exame parasitológico das fezes
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes
- Ecografia abdominal /renal
- Endoscopia digestiva alta e baixa

Considerações sobre o Tratamento:

O mais importante é a definição diagnóstica.

O tratamento deve ser baseado na etiologia.

Evitar tratar apenas o sintoma.

**GASTROENTERITE AGUDA
(GEA/DESIDRATAÇÃO)**

GASTROENTERITE AGUDA (GEA/DESIDRATAÇÃO)

Conceito

Quadro clínico resultante da inflamação aguda das mucosas do estômago e intestino, que se traduz por vômito e diarreia, por vezes acompanhados de dor abdominal e febre.

Há uma perda intestinal aumentada de nutrientes, água e electrólitos. Apresenta uma evolução autolimitada, com duração média de 5 dias e máxima de 14 dias.

Etiologia

Nos países industrializados a causa mais frequente de gastroenterite é o **rotavirus**.

Em Cabo Verde, o nº de casos estacionário nos últimos 5 anos (cerca de 12 000), com carácter sazonal e comportamento benigno, faz-nos pensar numa etiologia predominantemente viral, facto também apoiado pelos dados da vigilância epidemiológica activa, implementado desde 2005 em que a % de coproculturas positivas para agentes bacterianos é de 10%, tendo-se identificado por ordem de frequência: E coli, Shigella spp, Shigella flexneri, Shigella sonnei, Pasteurella mucocida, Salmonella arizone.

Manifestações clínicas

Depende de vários factores: aleitamento materno exclusivo ou não, idade, estado imunitário, estado nutricional, características do agente infeccioso, etc..

No exame físico, é fundamental pesquisar os sinais de desidratação.

A desidratação terá de ser classificada quanto ao **grau** e ao **tipo** (ver quadros)

Quadro 1 - Avaliação clínica do grau de desidratação

Sinais	Ligeira	Moderada	Grave
Pulso	Cheio	Rápido	Filiforme
TA sistólica	Normal	Normal ou ↓	Choque
Diurese	↓	↓↓	Oligo-anúria
Língua	Ligeiramente seca	Seca	Muito seca
Fontanela Anterior	Normal	Deprimida	Muito deprimida
Olhos	Normal	Encovoados	Muito encovoados
Prega cutânea	Ausente	Desfaz lentamente	Desfaz lentamente
Pele	Normal	Fria	Fria, pegajosa
Estado Geral	Bom	Intranquilo/Irritável	Letárgico/inconsciente
Lágrimas	Presente	Ausente	Ausente
Perda ponderal	< 5%	5 - 10%	> 10%

Quadro 2 - Sinais físicos consoante o tipo de desidratação

Sinais físicos	Isotónica	Hipotónica	Hipertónica
Pele	Fria	Rápido	Quente
Temperatura	↓	↓↓	Satisfatório
Turgor	Seca	pegajosa	Espessada, pastosa
Língua	Seca	Pastosa	Muito seca, avidez pela água
Olhos	Encovoados	Encovoados	Pouco encovoados
Fontanela	Deprimida	Deprimida	Normal
Psiquismo	Prostrado	Letárgico	Muito irritado
Pulso	Rápido	Rápido	+/- Normal
TA	↓	↓↓	+/- Normal

Exames complementares (nos casos graves)

Urina tipo II → densidade < 1,020, cilindros hialinos, granulados, alguns leucócitos e hemácias e albuminúria 30 a 100mg/dl, traduzem desidratação.

Ureia/creatinina

Hemograma com plaquetas

Ionograma

Tratamento

A principal complicação da gastroenterite é a desidratação e a desnutrição aguda, pelo que o tratamento visa, antes de mais, gerir esses aspectos.

Os antibióticos só têm indicação em casos muito seleccionados.

1. Medidas dietéticas

- Não interromper o aleitamento materno.
- Evitar bebidas muito açucaradas
- Evitar chás
- Retomar o regime alimentar habitual, após 4h de rehidratação. (Preferir arroz, trigo, banana e yogurte natural). Quando a diarreia se prolonga, pensar na possibilidade de intolerância transitória a lactose e substituir o leite de vaca por leite de soja e yogurte natural.

2. Rehidratação

A maioria das vezes o tratamento é feito no ambulatório ou com internamento de curta duração. As crianças com desidratação, deverão permanecer na estrutura sanitária até à rehidratação completa (entre 4 a 48 h).

Usar soro de hidratação oral - eficaz em 90% dos casos.
Recorrer a gastroclise se a criança não aceita a oferta.

Nos casos de insucesso da via oral devido a vômitos persistentes (3% dos casos), usar a via endovenosa e, voltar a via oral, logo que a criança passe a tolerá-la.

Administração oral de SRO

- Sem sinais de desidratação – 10 ml/Kg por cada dejeção ou 20 ml/Kg por cada vômito
- Desidratação leve: 30 – 50 ml/Kg durante 4 h + 10 ml/kg por cada dejeção ou 20 ml/Kg por cada vômito.

Indicações para internamento

- Desidratação moderada a grave
- Insucesso hidratação oral
- Casos sociais

Na desidratação grave e/ou outra classificação de doença grave, a criança deverá ser transferida imediatamente para o Hospital, depois de iniciar a rehidratação

Que soro utilizar por via endovenosa?

Utilizar Ringer, Soro fisiológico a 0,9% ou Soro a ½.

O mais importante é a velocidade das reposições hidroelectrolíticas em função do tipo e gravidade da desidratação.

O volume total é calculado segundo a regra de Holiday-Segar:

- peso até 10kg→100ml/kg;
- peso entre 10-20kg→1000ml+50ml por cada kg acima de 10kg;
- Peso acima de 20kg→1500ml+20ml por cada kg acima de 20kg deve ser subdividido por períodos de 8 ou 12h.

A reposição deve ser feita de acordo com as perdas, que serão quantificadas.

Na suspeita de desidratação hipertónica ou hipernatremica, as particularidades a considerar são:

- A velocidade de infusão e a concentração de sódina solução - 75meq/l.

- O SGF1:1 serve perfeitamente. O volume de 120 a 150 ml/kg/ deve ser administrado em **48h**.
- Quando o doente tiver diurese franca, acrescenta-se ao soro, o K⁺ e o Ca⁺ basais.
- Em caso de choque (raro nesse tipo de desidratação), pode-se fazer uma fase rápida com SF a 0,9%→20ml/kg a correr em 1 h, seguido de reavaliação. Se necessário, repetir a fase rápida e depois passar para SGF 1:1.

No recém- nascido (de termo)

Devemos ter em conta os volumes para o período neonatal, quando preparamos o soro de manutenção:

- 1º dia de vida - 70 a 80ml/kg/d
- 2º dia de vida - 80 a 90ml/kg/d
- 3º-7º dia de vida - 90 a 100ml/kg/d
- 2ª semana de vida - 100 a 120ml/kg/d

Nos RN pré-termo, adiciona-se 10 ml/kg à dose diária estimada para o RN de termo.

Monitorização da hidratação

- Sinais vitais (FR, FC)
- Balanço hídrico (ofertas e perdas)
- Registo do peso cada 12h
- Medição da diurese

A medicação sintomática (antidiarreica e antiemética) está contra- indicada

3 . Antibioticoterapia

São restritas as suas indicações.

Avaliar a sua introdução após a rehidratação:

a) No Recém Nascido

b) Nos doentes imunossuprimidos ou com infecção generalizada:

Ceftriaxone- 100 mg/kg/dia, dose única EV, 10d
(atenção ao RN com ícterícia nas quais deve-se usar
Cefotaxime 100 mg/kg/dia 6/6h)

+

Gentamicina- 5 a 7 mg/kg/dia, dose única EV, 7 a 10
d (só iniciar após rehidratação e controle de ureia)

c) Disenteria

Se houver suspeita de Shigellose:

- **Acido Nalidíxico** 50mg/kg/d de 6/ 6h (não administrar em RN) ou **Amoxicilina + Ácido clavulânico**
- **Ceftriaxone** 100mg/kg/dia, dose única EV, 5d

Se houver suspeita de Salmonelose:

1ª escolha - **Cloranfenicol** 100 mg/kg/dia de 6/6h
14 dias

2ª escolha - **Ceftriaxone** 100mg/kg/d 14 dias

3ª escolha - **Amoxicilina + Ácido clavulânico**

d) Cólera

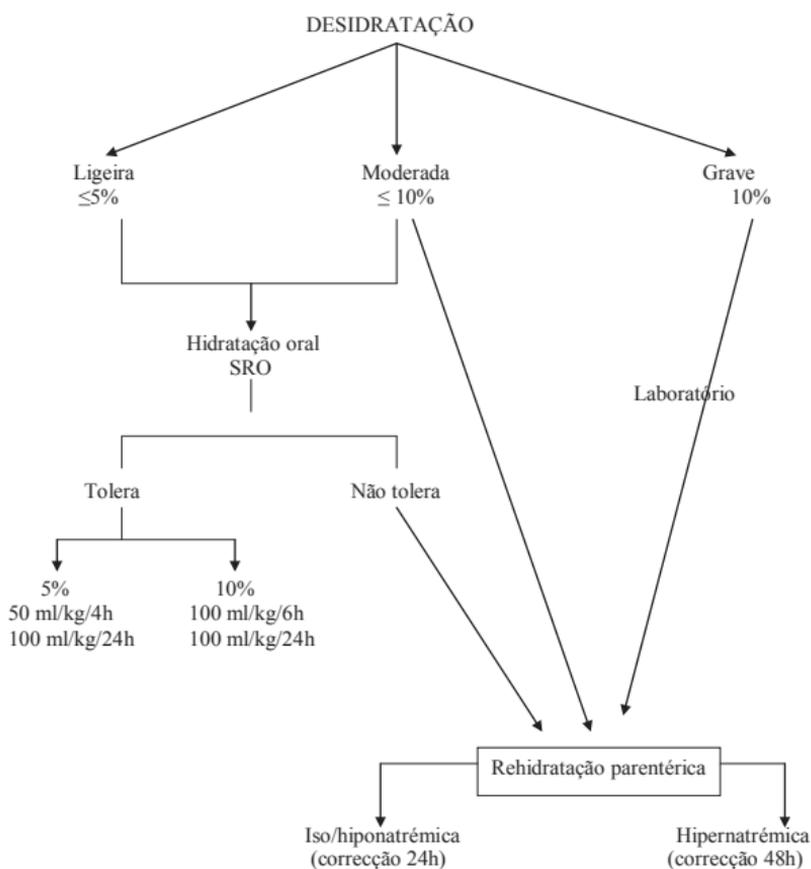
Doxiciclina, Cotrimoxazol ou Eritromicina, de acordo com eventual teste de sensibilidade antibiótica.

4. Suplemento de zinco 10 a 14dias

- Até aos 6meses – 10 mg/d = 1/2 comp
- 6 meses ou mais – 20 mg/d = 1comp

5. Alimentação

- Reintrodução precoce, sem restrições, logo que se corrija a desidratação
- Manter o aleitamento materno
- Não diluir o leite ou utilizar fórmulas especiais (sem lactose, hidrolizados).



**GLOMERULONEFRITE
DIFUSA AGUDA (GNDA)**

GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA (GNDA)

Conceito

Processo inflamatório (origem imunológica), que acomete os glomérulos de ambos os rins, sendo considerado seqüela tardia, de uma estreptococcia (tipo beta-hemolítico do grupo A)

Diagnóstico

Ter sempre presente essa patologia nas crianças que procuram os serviços de saúde por edema, hematúria, oligúria, dispneia, hipertensão e sinais de ICC, referindo infecção estreptocócica da pele ou da orofaringe, nos últimos 10 a 30 dias.

Surge habitualmente em crianças entre os 3 e 7 anos de idade, com período de latência de 7 a 14 dias, após amigdalite ou faringite e de 4 a 6 semanas após infecção cutânea.

Os sintomas e/ou sinais podem não estar todos presentes.

Exames complementares de diagnóstico

Exame sumário de urina com albuminúria (+ ou ++), hematúria (+++) e cilindrúria (eritrócitos e leucócitos)

Complemento sérico (C3) diminuído em 96 a 98% dos casos.

TASO elevado

Ureia e creatinina geralmente elevados

Anemia, hipercaliémia e hiponatrémia

Tratamento

• Medidas gerais

Repouso

Restrição hídrica → 20ml/kg/dia + diurese do dia anterior + perdas insensíveis

Restrição de Na⁺ enquanto houver oligúria, edema e hipertensão

Restrição proteica e de potássio, se houver retenção azotada

Controlo da diurese, peso e tensão arterial.

• Medicamentos

- Penicilina procaínica 10 d (infecção estreptocócica ainda em fase activa)

- Penicilina benzatínica IM 600000U < 25kg, 1200000U ≥ 25KG **ou** Eritromicina 30mg/kg/d de 6/6h, 10d, nos alérgicos à Penicilina (**sempre**)

- Furosemida 2 mg/kg/d ev, indicado no edema com hipertensão sintomática, oligúria e dispneia. Passar a via oral de 12/12, logo que a situação esteja hemodinamicamente estabilizada e depois, só uma dose, de manhã.

Baixar a dose progressivamente, até parar.

- Nifedipina 0,25-0,50 mg/kg (dose ataque), 0,50 a 1mg/kg/d em 3 a 4 doses VO ou sub-lingual (dose manutenção) **ou**

- Hidralazina 0,5 a 2 mg/kg/d EV, IM ou VO, se hipertensão arterial diastólica ≥ 100 mmHg

Complicações

- Insuficiência cardíaca congestiva, por hipervolemia
- Encefalopatia hipertensiva
- Insuficiência renal aguda

Prognóstico

A evolução é favorável, na maioria dos casos

A oligúria melhora em 2 semanas. A hematúria macroscópica regride em menos de um mês e a hematúria microscópica pode persistir 6 a 12 meses.

A proteinúria diminui rapidamente, para desaparecer em menos de um mês.

A diurese, ureia e creatinina normalizam em 10 a 15 dias.

A normalização da fracção C3 do complemento, ocorre entre 6 a 8 semanas.

Em regra, não há recidiva hematúrica.

ICTERÍCIA
DO
RECÉM-NASCIDO

ICTERÍCIA DO RECÉM-NASCIDO

Conceito

Coloração amarelada da pele e escleróticas, que resulta do aumento dos níveis de bilirrubina, no período neonatal. A icterícia à custa da bilirrubina indirecta, é a mais frequente. A importância deriva da possibilidade de originar lesões do sistema nervoso central, de grau variável e de carácter irreversível. *Não deve ser negligenciado.*

O primeiro passo é distinguir a icterícia fisiológica da patológica:

Icterícia fisiológica

- Presente em 50% dos RN.
- Início > 24 a 48h, com pico no 3º- 4º dia vida no RN termo e, 5º- 6º no RN pré-termo.
- Dura até 7dias no RN termo e, até 2-4 semanas no RN pré-termo, sendo mais prolongada nos amamentados ao peito;
- Bilirrubina indirecta \leq 12 mg/dl no RN termo e, 15 mg/dl no RN pré-termo.
- Não é acompanhada de anemia

- Exacerbada pela presença de policitemia, hematomas, atraso na eliminação do mecónio, sangue deglutido e desidratação.

Icterícia patológica

- Início antes das 24h de vida (icterícia precoce)
- Icterícia no RN doente
- Persistência para além da 1ª semana no RN de termo e, 15 dias de vida, no prematuro (icterícia prolongada)
- Subida de bilirrubinemia total > 5mg/dl/dia
- Billirrubina directa > 2 mg/dl
- Bilirrubina total > 15 mg/dl no RN de termo e > 12mg/dl no pré-termo
- Fezes acólicas e urina escura (colúria)

Causas de icterícia patológica

- ✓ Incompatibilidade sanguínea do grupo ABO ou Rh
- ✓ Septicemia
- ✓ Infecção urinária
- ✓ Cefalohematoma gigante
- ✓ Anomalia dos eritrócitos
- ✓ Estenose Hipertrófica do Píloro
- ✓ Hipotiroidismo (Raro)
- ✓ Defeitos enzimáticos

A icterícia por incompatibilidade Rh, manifesta-se nas primeiras 24h de vida.

Uma mãe Rh negativa, sensibilizada por eritrócitos Rh positivos do feto, produz anticorpos que, passando através da placenta, vão hemolizar também os eritrócitos do filho.

Na icterícia por incompatibilidade ABO, os anticorpos produzidos por uma mãe do grupo O vão hemolisar os eritrocitos do feto (e do RN) grupo A ou B.

Os casos AO são mais severos que BO. A incompatibilidade AB é pouco frequente e menos grave.

A destruição massiva dos glóbulos vermelhos, liberta grande quantidade de bilirrubina que o fígado não consegue conjugar. A bilirrubina não conjugada ou indirecta, é transportada no sangue ligada à albumina. Se a quantidade de bilirrubina é tão alta que a capacidade de transporte fica ultrapassada, a bilirrubina livre pode difundir para dentro das células, especialmente as células cerebrais dos núcleos da base, muito sensíveis à bilirrubina e, impregná-las, ficando com lesão permanente – Kernicterus (encefalopatia que evolui em 3 fases: 1ª – letargia, hipotonia e dificuldade sucção; 2ª – hipertonia com opistótonus, choro agudo, febre e convulsões; 3ª – hipotonia. A longo prazo, pode surgir surdez sensorial e atraso mental. Bilirrubina indirecta > 20mg/dl, representa risco de Kernicterus. No prematuro, metade desse valor já pode ser decisivo.

Clínica

Uma boa história clínica é fundamental para orientar o nosso raciocínio.

No exame físico, é bom apreciar a **intensidade** e a **extensão** da icterícia, cuja progressão é cefalocaudal.

É visível clinicamente a partir de 7 mg/dl. Se se estende até aos pés, o valor da bilirrubina provavelmente é >15 mg/dl. Também deve-se valorizar o estado geral da criança, a presença de eventual hepatoesplenomegalia e/ou fezes descoloradas, que podem dar pistas diagnósticas importantes.

ICTERÍCIA NEONATAL

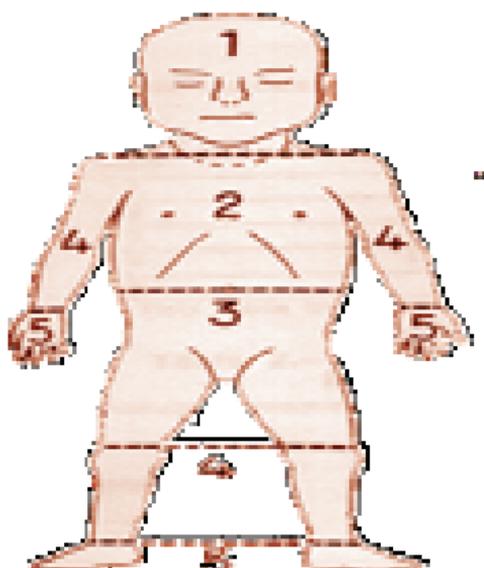


FIG. ZONAS DE KRAMER

Progressão cefalo-caudal
proporcional ao aumento da bilirrubina sérica.

Zonas do corpo.

Zona I: Abrange a cabeça e pescoço.

Zona II: Zona I + tronco até umbigo.

Zona III: Zona II + até raiz da coxa.

Zona IV: Zona III + antebraços, braços, pernas e pés.

Zona V: Zona IV + palmas de mãos e plantas dos pés.

6 - 9- 12 -15 ou mais.

As principais formas clínicas:

- Icterícia fisiológica
- Icterícia do prematuro
- Icterícia do aleitamento materno
- Icterícia por hemólise
- Hemólises constitucionais
- Infecções

Factores que aumentam a toxicidade de bilirrubina

- Prematuridade
- Hipoalbuminémia
- Hipotermia
- Infecção
- Hipoglicémia,
- Acidose
- Hipoxia
- Medicamentos

Investigação laboratorial básica, a nível hospitalar.

Todo o RN com critérios que excluem icterícia fisiológica, devem ser investigados, pelo que deverão ser transferidos para o Hospital:

- Bilirrubina total e directa
- Hemograma completo
- Contagem de reticulócitos
- Grupo sanguíneo e Rh na mãe e no RN
- Teste de Coombs directo no RN e indirecto da mãe

Estes exames permitem definir ou sugerir a causa da icterícia e determinarão quais os novos exames que deverão ser realizados, nos casos não esclarecidos (Ver figura mais adiante).

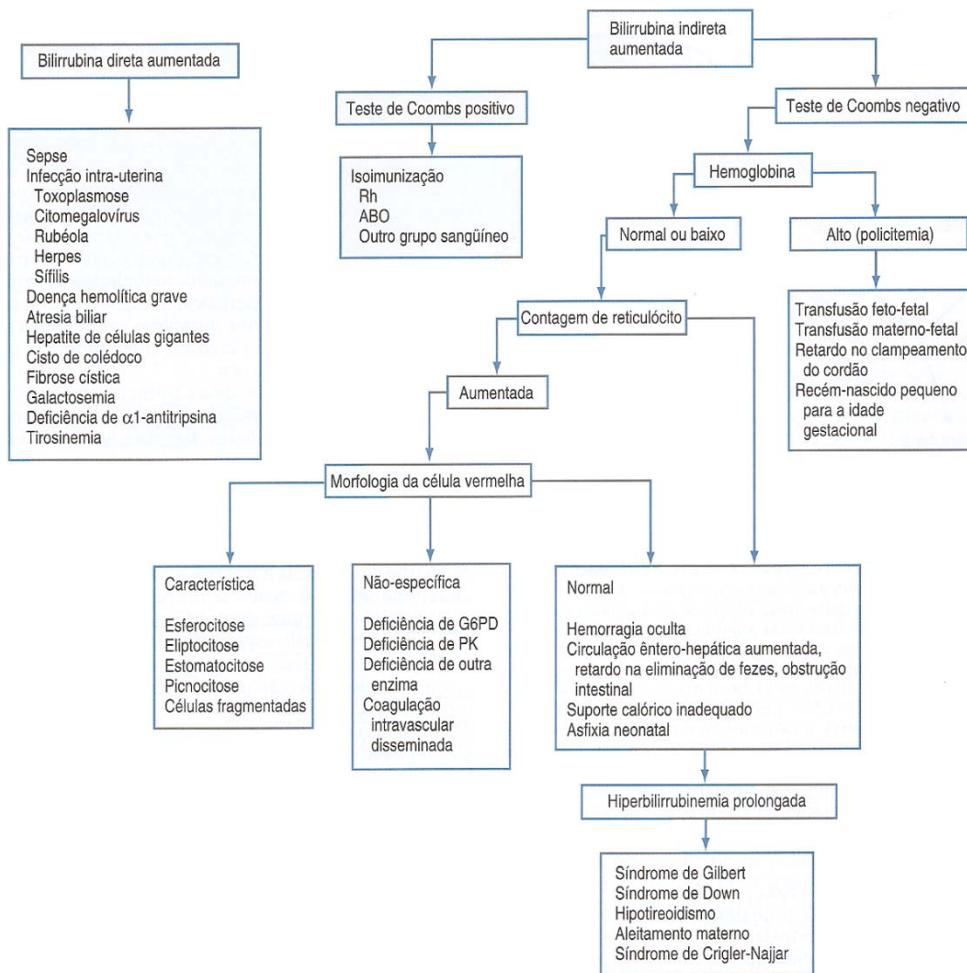


Figura 91-7. Abordagem esquemática para o diagnóstico da icterícia neonatal. G6PD = glicose-6-fosfato desidrogenase; PK = piruvato-quinase (De Oski FA: Differential diagnosis of jaundice. In Tausch HW, Ballard RA, Avery MA [editores]: *Schaffer and Avery's Diseases of the Newborn*, 4

Tratamento

Depende das causas e dos níveis de bilirrubina

- Evitar o frio, jejum prolongado, anoxia, desidratação e acidose.
- Tratar os factores causais, sempre que possível.

Os instrumentos terapêuticos mais importantes são:

1 - A luz solar, antes das 10h e depois das 16h

2 - A fototerapia (ver quadro 1)

- A fototerapia deve ser feita com luz branca ou azul, de preferência, lâmpadas fluorescentes a uma distância da pele inferior a 45cm (ideal 30cm), exposição máxima com a criança nua, com protector negro nos olhos e testículos, alternando dorso/ventre de forma contínua ou intermitente, conforme a intensidade da icterícia.

- Vigiar regularmente a temperatura e aumentar a oferta de aporte hídrico (1ml/kg/hora) ou leite materno em 10 a 20% para prevenir a desidratação.

Indicações da Fototerapia:

- Hiperbilirrubinemia por incompatibilidade ABO
- Prematuro com icterícia fisiológica exagerada (≥ 10 mg/dl)
- Icterícias por septicemia
- Incompatibilidade Rh (tem alguma utilidade, quando não for possível EST)

3 - A exsanguíneo-transfusão (EST) - *quadro 1*

- Especialmente nos casos de incompatibilidade Rh

- Hemólises severas, com bilirrubina > 5mg/dl no sangue do cordão ou aumento > 1mg/dl/h ou ainda > 20 mg/dl, são indicações absolutas
- Encefalopatia
- Ausência de resposta à fototerapia
- Hemólise grave *in útero*

Após EST, manter fototerapia e determinar bilirrubina de 4/4h.

Quadro 1

Indicações de Fototerapia e EST

Bilirrubina sérica mg/dl	Peso nascer	< 24 h	24 - 48h	48 - 72h	>72h
< 5	Qualquer				
5 -9	Qualquer	Fototerapia se hemólise			
10 - 14	< 2500g	EST se hemólise	Fototerapia		
	>2500g				
15 a 19	< 2500g	EST	EST	Fototerapia ou EST	
	>2500g			Fototerapia ou EST Fototerapia	
≥ 20	Qualquer	Exsanguíneo-transfusão			

INFECCÃO
DO TRACTO URINÁRIO (ITU)

INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO (ITU)

Conceito e importância

Consiste na multiplicação de bactérias no aparelho urinário. A importância da ITU advém, não só da sua frequência, mas também de poder ser o sinal revelador de malformação do aparelho urinário, que contribui para cerca de 21% dos casos de insuficiência renal crónica na 1ª década da vida e de insuficiência renal crónica e HTA no adulto.

Há quatro formas básicas de ITU's:

Pielonefrite (com envolvimento do parênquima renal)

Pielite (infecção urinária alta sem envolvimento do parênquima renal),

Cistite (envolvimento da bexiga) e

Bacteriúria assintomática (urocultura positiva sem manifestação alguma de infecção, quase exclusivamente em meninas).

A pielonefrite pode manifestar-se como um episódio isolado, recorrente ou persistente, deixando sequela - **cicatriz renal pielonefrítica** - em 5 a 10% das crianças com

menos de 2 anos, condicionando mais tarde hipertensão arterial.

Etiopatogenia

Os germens mais frequentes são a **E.coli**, **Klebsiella** e **Proteus**. As bactérias atingem o aparelho urinário, mais frequentemente, por via ascendente e menos por via hematogênea. Nos recém nascidos, os germens responsáveis são os da infecção materno-fetal.

Apresentação clínica

1 - Período Neonatal

- Irritabilidade
- Perda de Peso
- Hiperactividade
- Recusa alimentar
- Hipotermia
- Hematúria
- Sepsis
- Icterícia prolongada

2 - Lactente e crianças até 2-3 anos

Febre a esclarecer é a queixa mais frequente. Podem apresentar os sintomas inespecíficos acima citados.

3 - Pré-Escolar e Escolar – Começam a referir queixas dirigidas ao aparelho urinário: disúria, polaquiúria, aparecimento de incontinência urinária e/ou enurese nocturna, dor lombar e/ou abdominal, febre, etc.

Confirmação Laboratorial

- **Urina Tipo II** (Sumário de Urina) com leucocitúria (leucócitos > 10/campo, no sexo masculino e leucócitos > 50/campo, no sexo feminino) e piúria (sugestivo)

- **Multistix-8** – Pesquisa de Nitritos (a presença de bactérias na urina, reduz os nitratos a nitritos, excepto proteus) e Leucócitos.

Nitritos – Valor predictivo positivo 65%; valor predictivo negativo 98%.

- **Cultura de urina** se nitritos positivo e, se nitritos negativo, sempre que a clínica o justificar.

Tratamento

Nos RN e lactentes, toda a infecção urinária febril deve ser tratada, à priori, como pielonefrite.

O tratamento empírico deve ser iniciado, após a colheita da amostra de urina para a cultura e antibiograma.

Nos menores de 6 meses e em crianças de qualquer idade, com Sépsis associada: Ceftriaxona - 100 mg/kg/dia ev, dose única, 10 dias + Gentamicina - 5 a 7 mg/kg/dia ev dose única, 5 a 7 dias.

A antibioticoterapia deve ser feita por via parentérica, passando a oral (Cefixime, Cefuroxime ou Amoxicilina + Ácido Clavulânico, de acordo com o antibiograma, sempre que possível), após 48h de apirexia e melhoria clínica significativa.

A partir dos 6 meses e sem Sépsis, e sem intolerância gástrica, fazer Amoxicilina + Ácido Clavulânico 50mg/kg/dia ou Cefixime 8mg/kg/dia, durante 10 a 14 dias ou Ceftriaxona 100 mg/kg/dia IM dose única diária, durante 10 dias.

A bacteriúria assintomática é benigna e não carece de tratamento.

Nas crianças com mais de 2 anos, em que as queixas são mais valorizadas e dirigidas, a infecção urinária pode ser tratada ambulatorialmente:

Infecção urinária alta

- Amoxicilina + Ácido Clavulânico – 75 a 90mg/kg/dia de 8/8h 10 dias.
- Cefuroxime – 30 mg/kg/dia 12/12h ou Cefixime 8mg/kg/dia.

Infecção urinária baixa

- Nitrofurantoína 3 a 5 mg/kg/dia, 5 a 7 dias
- Ácido Nalidíxico 50 mg/kg/dia, de 6/6h, 10 dias
- Sulfametoxazol + Trimetroprim → 8-10mg/kg/dia (de Trimetoprim) de 12/12h, durante 10 dias

Seguimento

Evitar as recorrências:

- a) - Identificar e corrigir as causas subjacentes da ITU.
Daí a importância da investigação por imagem em todos os casos, com Ultrasonografia e Uretrocistografia miccional, após urocultura de controle negativa.
Dependendo dos achados, far-se-á o acompanhamento clínico (cada 3 – 6 meses) ou o encaminhamento para a Urologia, para tratamento cirúrgico (RVU grau III, IV ou V e processos obstrutivos das vias urinárias)
- b) - Instituir a quimioprofilaxia, até realização de uretrocistografia miccional

Nitrofurantoina 1-2mg/kg/dia, à noite (1ª escolha)

Trimetroprim 1-2 mg/kg/dia, à noite

- Nos portadores de refluxo vesico-ureteral (RVU) grau IV ou V.
- ITU recorrente.
- Litíase.
- Obstrução.

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

Conceito

Intoxicação é definida como a acção exercida por substância tóxica (veneno) no organismo e, o conjunto de perturbações daí resultantes.

Trata-se de uma situação extremamente frequente no serviço de urgência.

Ocorrem, geralmente, no domicílio e atingem mais o grupo etário de 1 a 5 anos, de forma acidental.

A intoxicação voluntária acontece no grupo > 6anos, particularmente nos adolescentes.

O quadro clínico é variado, dependendo do agente tóxico.

Em Cabo-Verde os agentes mais frequentes são:

- Petróleo
- Lixívia
- Creolina
- Detergente para a loiça
- “Azeite de purga.”
- Bebidas alcoólicas
- Intoxicações alimentares

- Medicamentos (diazepam, prometazina)
- Plantas alucinogénicas (degustação de “comida de boneca”, “comigo ninguém pode”, ”berbidjaca”)
- Ácido sulfúrico
- Insecticidas organo-fosforados
- Gás de cozinha

As eventuais intoxicações por medicações tradicionais (“ramedi di terra”), não serão abordadas, por não terem sido estudadas cientificamente.

Diagnóstico

É difícil naqueles casos em que não existe registo da intoxicação, pelos pais ou acompanhantes.

Suspeitar naqueles casos de instalação mais ou menos súbita, especialmente em crianças previamente saudáveis e que muitas vezes ficaram sózinhas em casa.

Questionar uso de drogas entre os familiares e, se necessário, solicitar aos acompanhantes que retornem ao domicílio, para investigar a falta de algum medicamento.

Os sintomas particularmente associados às intoxicações são: alterações psíquicas (agitação, delírio, alucinações), alterações neurológicas (sonolência, coma, movimentos anormais, convulsões), sialorreia, sudorese, midríase, miose, vômitos, diarreia, etc.

Tratamento

1 - Reanimação

- Manutenção das vias aéreas permeáveis, com aspiração de secreções e ventilação adequada (O₂ e intubação se necessário).
- Estabilização cardiovascular (acesso venoso, se compromisso circulatório administrar SF 20 ml/kg se estiver em choque, se arritmia administrar fármacos antiarrítmicos).

- Suporte às condições neurológicas (convulsões, distúrbios da consciência – manter via área permeável, administrar O₂ e determinar glicemia)
- Tratamento dos distúrbios hidro-eletrolíticos

Em simultâneo, obter informação sobre:

- Nome do produto tóxico ou embalagem do mesmo
- Tempo decorrido desde o contacto com o tóxico
- Via de intoxicação: digestiva, inalatória, contacto com pele e mucosas
- Quantidade estimada
- Presença de vômitos
- Possíveis alergias ou intolerâncias
- Outras doenças

2 – Descontaminação (diminuir absorção do tóxico)

- **Banho** - Nos casos em que tenha havido contacto com a pele, remover a roupa e lavar a superfície corpórea com água abundante.
- Em caso de contacto ocular, fazer irrigação demorada com água e encaminhar ao Serviço de Oftalmologia.
- **Lavagem gástrica** – Não deve ser feita de rotina. Está contra-indicada na ingestão de cáusticos e derivados de petróleo e se diátese hemorrágica, coma ou convulsões.

Só tem indicação na ingestão de substâncias potencialmente fatais, cuja urgência na remoção contra-indique qualquer atraso: opiáceos, antidepressivos tricíclicos, estricnina, cânfora. De referir a necessidade de proteger antes as vias aéreas com intubação endotraqueal.

A lavagem deve ser realizada com SF (0.9%) ou água morna, utilizando grandes volumes -1 a 5 litros, por sonda/tubo de grande calibre.

Manter o paciente em posição de Trendelemburg, com decúbito lateral esquerdo.

- **Carvão activado** (*técnica de eleição*) - Dose de 0.5 a 1.0 g/kg (máximo de 25g) a cada 4 horas, por SNG e associado a 100 - 200 ml de água, nas primeiras 12 horas. Em seguida passar para 6/6 horas por 36 a 48 horas.

É útil na maioria das ingestões, excepto na ingestão de metais pesados, álcool, cáusticos e hidrocarbonetos.

Procedimentos a seguir:

- a) Proteger a via área e, se paciente inconsciente, intubação endotraqueal prévia.
- b) Colocar sonda orogástrica de grande calibre e confirmar sempre a situação da mesma.
- c) Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com a cabeça mais baixa.
- d) Aspirar o conteúdo gástrico
- e) Administrar uma dose de carvão activado e esperar 5 minutos.
- f) Administrar 10 ml/kg (Max. 300ml) de SF a 38°C
- g) Aspirar o conteúdo gástrico e administrar de novo, carvão activado.
- h) Continuar até que o fluído de lavagem seja claro (até 2l).
- i) Administrar nova dose de carvão activado ou antidoto, se indicado.

- **Limpeza intestinal**

Purgantes salinos – administrar após carvão activado.
Sulfato de magnésio (250 mg/kg a cada 12 horas).

3 - Aumento da excreção do tóxico já absorvido.

- Diurese forçada - Glicose a 10% e diuréticos (Manitol ou Furosemida).
(contra-indicado nos casos de Insuficiência Renal aguda e Insuficiência Cardíaca congestiva).

4 - Antídotos – São poucos os tóxicos em que existe a opção de utilização de antídotos.

A seguir alguns exemplos:

INTOXICAÇÕES	ANTÍDOTO	DOSE
Neurolépticos, Fenotiazínicos, Metoclopramida	Biperideno	0,15mg/kg, IM. Repetir após 6 h, se persistirem as queixas
Opiáceos	Naloxone	0,1mg/kg ev ou sc
Benzodiazepénicos	Flumazenil	0,2 a 0,3ml ev em 15 seg. Repetir 0,1 ml em intervalos de 1 min, até melhorar
Insecticidas organofosforados e Carbamatos	Atropina	0,03 a 0,05mg/kg ev ou im. Repetir cada 15 ou 30 min, até melhorar ou atropinização. Em regra manter 48 h
Anticolinérgicos	Fisostigmina	0,02mg/kg/dose ev lento ou diluído em SF
Coma insulínico, overdose de B2 bloqueante, antagonista Ca ⁺	Glucagon	0,03-0,01mg/kg de 20/20min ev, im ou sc. (máximo 1mg)
Paracetamol	N-acetilcisteína	140mg/kg seguido de 70 mg/kg 4/4h (17 doses)
Anticoagulantes cumarínicos	Vit K	25-50mg/dia, im ou ev

Tratamento específico de alguns Síndromes Tóxicas

- **Intoxicação por petróleo** (risco de pneumonite/pneumonia química).

Não fazer lavagem gástrica

Não dar carvão activado

Não dar antibiótico ou corticóide profilacticamente
Na ausência de dificuldade respiratória e não tendo
havido indução do vômito, fica em observação no
CS durante 12h.

**Enviar à urgência hospitalar, sempre que haja vômito
ou indução de vômito ou sinais de dificuldade respi-
ratória.**

Vigilância durante 12h.

- **Intoxicação alcoólica aguda** (risco de convulsões, hipoglicemia, hipotermia):

Ingestão < 2h :

Esvaziamento gástrico, por sonda orogástrica

Ingestão > 2h :

Glicémia capilar <45 → glicose a 10%, 4ml/kg, se-
guido de glicose a 5% em perfusão.

Glicémia > 45 → glicose a 5% (2/3 das necessidades
diárias)

Doente em coma: **Naloxona**, ev ou im

- 0.2mg/kg (crianças com < **20kg**)
- 2mg/dose (crianças com > **20kg**), podendo ser repe-
tido 3 min depois, várias vezes.

É desejável a determinação da alcoolemia, que tem a se-
guinte relação com as manifestações clínicas :

- Incoordenação → 0,5 a 1,5mg/ml
- Sonolência → 1,5 a 3mg/ml (risco de hipoglicemia)
- Estupor → 3 a 5mg/ml (risco de convulsões)
- Coma \geq 5mg/ml

***Enviar para o hospital, sempre que haja estupor ou
coma.***

No transporte para o hospital, o doente deve manter soro glicosado a 10%, para prevenir hipoglicemia.

Vigilância durante 12h.

▪ **Intoxicação por Benzodiazepinas**

- ✓ Criança com sonolência, ataxia, descoordenação e fala arrastada
- ✓ Risco de depressão respiratória
- ✓ Transferir para o hospital, aonde poderá receber Flumazenil → 10 µg/kg/dose (maximo 1mg) ev.
- ✓ A evolução clínica é em regra boa.
- ✓ Não esquecer a hipótese de se tratar de uma intoxicação não acidental, nas crianças com mais de 6 anos e adolescentes.

▪ **Intoxicação por cáusticos** (alcalinos 80% e ácidos 20%) → **Todos os casos devem ser internados.**

- ✓ Hidratação
- ✓ Analgesia – Paracetamol 20mg/kg/dose de 6/6h em SOS; Morfina
- ✓ Antiulcerosos (Cimetidina)
- ✓ Antibiótico se necessário
- ✓ Metilprednisolona – 1 a 2mg/kg/dia, antes de transferir para o hospital, se edema labial ou suspeita de edema laríngeo. *Contraindicado em caso de perfuração ou sangramento.*
- ✓ Não fazer lavagem gástrica
- ✓ Não provocar o vômito
- ✓ Não dar carvão activado ou neutralizante
- ✓ Não dar leite ou água, pois a lesão já está estabelecida.
- ✓ A endoscopia é obrigatória dentro de 36h após a ingestão ou, esofagograma com contraste hidrossolúvel, para caracterizar as lesões a nível do esófago e do estômago.

▪ Intoxicação por organofosforados

É gravíssima e quase sempre letal, pelo que a actuação no local pode ser salvadora:

1º- aspirar secreções da orofringe, administrar O₂ e ventilar, se necessário, com ambu

2º- dar banho, se contaminação por via cutânea.

3º- lavagem gástrica, se ingestão recente

4º- administrar carvão activado

5º- **Atropina** 0,03 a 0,05mg/kg ev ou im. Repetir cada 15 ou 30 min até melhoria ou atropinização (taquicardia, midríase, língua seca). Manter, em regra, até 48h.

6º- transferir para o hospital, mantendo atropinização de 15/15min durante o percurso

7º- no hospital, manter a criança na Sala de Observação, continuando a atropinização, até ficar midriática, taquicárdica e com a língua seca, em regra, durante 48h,

5 - *Nos casos não contemplados especificamente, por serem menos graves ou mais raros, fazer tratamento sintomático.*

**MENINGITE BACTERIANA
AGUDA**

MENINGITE BACTERIANA AGUDA

Conceito

Processo inflamatório das meninges e vasos cerebrais, provocado pela infecção bacteriana do sistema nervoso central. Os agentes infecciosos chegam ao SNC, mais comumente, por via hematogênea, mas a meningite pode ser decorrente de mastoidites, focos paranasais, otite média (excepcional), trauma craniano e de malformações do SNC, como o mielomeningocele.

Trata-se de uma doença muito grave, que pode levar à morte ou deixar sequelas graves para toda a vida, pelo que devemos estar atentos ao seu reconhecimento atempado, pois trata-se de uma emergência.

Quando há atingimento do parênquima cerebral, falamos de **encefalite**.

Há doentes que têm evidências de envolvimento meníngeo e parenquimatoso e, nesses casos, falamos em **meningoencefalite** (mais frequentemente causados por *enterovirus*, *virus da parotidite*, *virus da herpes*, etc).

Etiologia

Há uma distribuição etária característica dos vários agentes de meningite (ver quadro).

Nos recém-nascidos, predominam *E. coli* K1, *Streptococcus* do grupo B e *Listeria monocytogenes*.

A meningite por *Hemofilus influenza* ocorre mais entre os 3 meses e os 3 anos.

As meningites meningocócicas e pneumocócicas têm incidência mais elevada no 1º ano de vida, raras vezes antes dos 3 meses, mas podem atingir qualquer idade. 80% das infecções meningocócicas ocorrem antes dos 3 anos.

Todas as meningites ocorrem esporadicamente, mas só a meningocócica pode adoptar forma epidémica.

Nesse contexto, o serviço de vigilância epidemiológica integrada das doenças, em resposta, vem implementando desde 2005, a vigilância activa de agentes etiológicos da meningite, através do Laboratório Nacional de Referência, integrado no HAN, tendo sido identificados por ordem de frequência: *Streptococcus*, *Hemofilus influenza*, *Neisseria meningitidis* w135, *Neisseria meningitidis* e *Neisseria meningitidis* grupo A.

Faixa etária	Agentes mais frequentes
Recém-nascidos até 3 meses	1º <i>Escherichia coli</i> , presente na região perineal da mãe; 2º <i>Streptococcus agalactiae</i> , geralmente colonizando o canal vaginal materno, 3º <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Klebsiella</i> spp, <i>Streptococcus pneumoniae</i> .
3 meses a 3 anos	<i>Haemophilus influenzae</i> do tipo B, seguida por <i>Neisseria meningitidis</i> e <i>Streptococcus pneumoniae</i> .
3 a 10 anos	<i>Neisseria meningitidis</i> , seguida pelo <i>Streptococcus pneumoniae</i> .
> 10 anos e adultos	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , geralmente associado a um foco infeccioso.

Apresentação clínica

Os sinais e sintomas não dependem do tipo de gérmem mas, em grande parte, da idade do doente, da duração

da doença e utilização previa de antibióticos (meningite decapitada).

No RN e em lactentes, o quadro clínico é pouco característico. É a criança que “não está bem”. Merecem destaque, os seguintes sintomas: febre elevada, vômitos, prostração, irritabilidade, choro persistente, gemido, recusa alimentar, fontanela abaulada, olhar fixo, convulsões (não esquecer convulsões subtis) ou coma.

Em crianças maiores, é frequente o achado de: mal estar, cefaleia, vômitos, convulsões e sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca).

Na presença de síndrome purpúrica, a etiologia meningocócica deve ser considerada, até prova em contrário.

Nenhum sinal é patognomônico de meningite, nenhum teste substitui a argúcia e o senso clínico do médico, na identificação de uma criança com manifestações precoces de meningite.

Diagnóstico

A suspeita clínica inicial deve ser confirmada com a avaliação laboratorial do líquido cefaloraquidiano (LCR), que deve ser colhido de imediato (excepto nas crianças em estado grave, shock e na suspeita de hipertensão intracraniana), devendo ser solicitado o exame citoquímico e bacteriológico directo e cultural, com eventual TSA. Se o líquido for turvo, colher sangue para hemocultura e iniciar Terapêutica Antibiótica empírica, antes do resultado laboratorial que, tipicamente, revela presença de microrganismos no exame bacteriológico directo e cultural, pleiocitose com neutrofilia, glicorráquia baixa (<40 mg/dl), hiperproteïnorráquia (100 a 500 mg/dl).

Nas situações de suspeita de meningite, em que a criança irá ser transferida, poderá ser administrada 1 dose de Ceftriaxone IM.

Além de LCR, outros exames a solicitar são: hemograma, PCR, glicemia, ecografia transfontanelar e em casos seleccionados e de acordo com a evolução clínica do doente (sinais focais, coma após 72h de tratamento, meningite de repetição, otite média crónica, aumento do perímetro cefálico), a TAC deve ser solicitada.

Diagnóstico diferencial – Além dos germens acima referidos, muitos outros microrganismos podem causar infecção/infestação generalizada do SNC, com manifestações clínicas semelhantes.

Importa lembrar alguns:

- Vírus
- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Treponema pallidum* (sífilis)
- *Cryptococos*, cândidas e aspergilus (nos imunodeprimidos)
- Toxoplasma (nos imunodeprimidos)
- *Taenia solium* - neurocisticercose

A determinação da causa específica, passa pelo exame cuidadoso do LCR e de outros exames, em função da suspeita clínica.

Tratamento hospitalar

1 - De suporte

- Cabeceira da cama elevada a 30°, com cabeça centralizada
- Dieta adequada para a idade e o estado clínico. Usar SNG quando não for possível a via oral.
- Hidratação - oferta hídrica normal, a não ser quando suspeitamos de secreção inapropriada de hormona antidiurética, em que devemos reduzir para 50–70 ml/kg/dia.

2 – **Corticoterapia** (nos casos de exame directo positivo para Hib)

- Dexametazona → 0,15 mg/kg/dose, de 6/6 h, durante 2 a 4 dias.
A 1ª dose deve ser feita 30 - 60 minutos antes da administração inicial do antibiótico
Uma alternativa eficaz é 0,4mg/kg/dose de 12/12h por 2 dias.

3 – Antibioticoterapia

- 0 – 2 meses
Cefotaxime 200 a 300 mg/kg/dia de 8/8h na 1ª semana de vida e de 6/6 h, após 7 dias de vida + **Ampicilina** 200 mg/kg/dia ev, de 12/12h na 1ª semana de vida e de 6/6 h nas crianças com idade compreendida entre 2ª e 4ª semana de vida e **Gentamicina** 5 mg/kg/ dia, de 12/12 h (7 a 10 dias). O tratamento deve ser efectuado durante 21 dias.
- ≥ 2 meses e ≤ 2 anos
1ª escolha – Ceftriaxona 100 mg/kg/dia (ou 100 mg/kg/dose de 12/12 h nas 1^{as} 24 h) + **Gentamicina** 5 a 7 mg/kg/dia.
2ª escolha – Penicilina Cristalizada 400.000U/kg/dia, ev de 4/4h, associada a **Cloranfenicol** 100 mg/kg/dia, ev de 6/ 6h.
- > 2 anos
Penicilina cristalizada – 400.000UI/kg/dia, ev de 4/4h, associada ao **Cloranfenicol** 100 mg/kg/dia, ev de 6/6h.

Em todos os casos, após a confirmação do agente etiológico pela cultura, manter apenas o antibiótico mais específico para o gérmen isolado.

Se o exame bacteriológico for negativo, mas a suspeita clínica e laboratorial for de meningite bacteriana, manter o tratamento, pelo menos, 10 dias.

Avalia-se a evolução pela clínica e evolução do PCR.
Só se justifica repetir PL, em casos de evolução desfavorável e nas meningites por Pneumococo.

Se suspeita de complicações, realizar TAC crânio-encefálica.

Duração do tratamento antibiótico

Pneumococo	21 dias
Meningococo	7 dias
Haemophilus	10 a 14 dias
S. agalactiae ou Listeria	14 – 21 dias
Bacilos Gram	21 dias

Complicações

- Crises convulsivas
- Hipertensão intracraniana
- Herniação cerebral ou cerebelar
- Paralisia dos nervos cranianos
- Trombose dos seios venosos
- Coleções subdurais
- Empiemas subdurais
- Ventriculites
- Abscessos cerebrais

Sequelas

- Perda auditiva (10 a 20%)
- Amaurose
- Sinais neurológicos focais
- Atraso intelectual
- Epilepsia

4 - Isolamento

Isolar o doente nas 24 - 48 h iniciais, nos casos de etiologia meningocócica ou a *Haemophilus influenzae*.

5 - Profilaxia dos contactos

A. *Haemophilus influenzae*.

- Contactos íntimos < 5 anos, não vacinados
- Adultos (excepto grávidas), que tenham estado em contacto com crianças < 5A

Profilaxia dos contactos Hemophilus

	Rifampicina (dose única diária/4 dias)	Ceftriaxona IM (dose única)
Adultos	600 mg	200 mg
> 1 mês	20 mg/kg	125 mg
< 1 mês	10 mg/kg	125 mg

B. *Neisseria meningitidis*

- Contactos íntimos
- Doentes tratados com Penicilina e Cloranfenicol, antes da alta hospitalar.

Profilaxia dos contactos Meningococo

	Rifampicina (dose 12/12h durante 2 dias)	Ceftriaxona IM (dose única)
Adultos	600 mg	200 mg
> 1 mês	10 mg/kg	125 mg
< 1 mês	5 - 10 mg/kg	125 mg

Prognóstico

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado, contribuíram para a diminuição da mortalidade e a prevenção das sequelas.

Uma avaliação cuidadosa da capacidade auditiva, deve ser feita a todos os doentes, antes ou logo após a alta hospitalar.

OTITES

OTITES

A - Otite externa

Conceito

Infecção do canal auditivo externo. O estreitamento congénito ou adquirido do CAE predispõe a esta infecção.

O agente etiológico mais frequente é o S. aureus. A Pseudomona aeruginosa e outros germens são mais frequentes nos indivíduos imunodeprimidos e nos que praticam natação. Típicamente, observa-se oclusão parcial ou completa do canal auditivo externo (CAE) pela secreção ou edema. Nas crianças mais pequenas, deve ser excluído a presença de corpo estranho.

Quando o edema dificulta a penetração da medicação, a drenagem ou lavagem, deve ser considerada.

A cultura da secreção purulenta pode ser uma ajuda ao Tratamento.

Diagnóstico

Otalgia, secreção purulenta, espessamento dos tecidos do CAE e periauricular e dor à pressão do tragus, por manipulação do lóbulo da orelha.

Tratamento

Local: Solução 1% de Ácido acético, Gentamicina, Clo-ranfenicol ou Ofloxacina 0,3% (gotas), podem ser eficazes, durante 5 a 10 dias.

Sistémico (nos casos moderados a graves):

1. Oral: Amoxicilina + ácido clavulânico ou Oxacilina (anti-estafilococo).
2. Parentérica (casos graves ou imunodeprimidos): Oxacilina (anti-estafilococo), Ciprofloxacina (anti-pseudomonas).

B - Otite média aguda

Conceito

Inflamação de natureza infecciosa, geralmente bacteriana, do ouvido médio e anexos.

É a infecção bacteriana mais comum em idade pediátrica e a principal causa de uso de antimicrobianos em crianças. O espectro da doença inclui: **otite media aguda (OMA)**, **Otite supurada**, inflamação não infecciosa acompanhada por derrame - **Otite media não supurada ou secretória; otite media crónica.**

Etiopatogenia

Há obstrução tubária com comprometimento da ventilação do ouvido médio, inflamação, derrame estéril, com posterior infecção bacteriana por secreção nasofaríngea infectada, que ocorre por aspiração, durante o choro ou obstrução nasal.

Agentes etiológicos mais frequentes, segundo dados da literatura médica mundial: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

Nos RN os agentes mais frequentes são: Estafilococos aureus e bacilos entéricos Gram negativos.

As infecções víricas são factores favorecedores de OMA. Considerando a OMA um processo fundamentalmente bacteriano, discute-se o papel etiológico dos vírus, uma vez que vírus respiratórios podem ser encontrados também, nos exsudados do ouvido médio.

Clínica da OMA

O pico de incidência e prevalência ocorre entre os 6 e os 20 meses de idade. Há várias formas clínicas de apresentação da doença:

- Febre + otalgia (traduzida habitualmente pelo acordar súbito, com choro persistente, várias horas após sono profundo, irritabilidade diurna injustificada e prolongada).
É bom lembrar, no entanto, que **nem toda a otalgia significa otite** e esta pode cursar sem otalgia. Em geral a **otalgia** também está associada à inflamação do ouvido externo- **otite externa**, ou pode ser **dor referida**, conseqüente ao envolvimento da orofaringe, dos dentes, da articulação temporomandibular ou das parótidas.
- Febre isolada (embora possa haver otite sem febre)
- Coriza, rinofaringite que se prolonga para além dos 10 dias
- Tímpano difusamente congestionado ou distendido e/ou otorreia por perfuração timpânica
- Coriza associada a diarreia ou diarreia isolada

Na ausência de otorreia é obrigatório proceder a otoscopia, sem a qual não se estabelece o diagnóstico. A membrana timpânica pode estar opalescente, abaulada e/ou hiperemiada. Numa fase inicial, pode estar apenas retraída.

O exame otoscópico deve ser sistemático, em toda a criança com infecção das vias aéreas superiores, mesmo sem otalgia.

Tratamento ambulatorial

- Desobstrução nasal com soro fisiológico
- Antipiréticos/analgésicos (Paracetamol ou Ibuprofeno) durante 24 - 48h em crianças saudáveis com > 2 anos, sem factor de mau prognóstico. Se não resolver, instituir terapêutica antibiótica.
- Tratamento antibiótico:
 - 1ª Linha – Amoxicilina 80 a 100mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10 dias.
 - 2ª Linha – Amoxicilina + ácido clavulânico 50mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10 dias.

Controlo após 3 dias de tratamento.

Se boa evolução, completa os 10 dias de tratamento;

Se evolução desfavorável, dependendo da clínica, considerar a introdução do antibiótico de 2ª linha ou interconsulta com ORL, para tímpanocentese, miringotomia ou eventual internamento.

Sempre que possível, adequar o tratamento antibiótico ao Antibiograma (TSA)

Se alergia aos beta-lactâmicos :

- Eritromicina – 30-50 mg/kg/dia, de 6/6h (crianças < 6 meses)
- Azitromicina – 10mg/kg/dia, dose única diária, durante 3 dias (crianças >6 meses).

Quando internar?

- RN e lactentes < 3 meses
- Casos complicados com: mastoidite, meningite, otoantrite, paralisia do facial e ainda os imunodeprimidos.
- Medicação com Ceftriaxone 100 mg/kg/dia + Gentamicina 5-7 mg/kg/dia, durante 10 a 21 dias, conforme etiologia e evolução.

C - Otite média crónica

Conceito

Supuração crónica, intermitente ou contínua, com ou sem odor fétido, em geral com perfuração da membrana timpânica e granulações no ouvido médio, decorrentes de má evolução de uma otite média aguda, que persiste por mais de 1 mês.

Agentes etiológicos: pseudomonas, colibacilos, estafilococos e proteus.

Conduta

Não tapar o ouvido. Não usar cotonetes.

Secar e Limpar com mechas secas de algodão ou pano limpo, pelo menos 3 vezes por dia.

Norfloxacina – instilar 2 gotas no ouvido, 3 vezes por dia, durante duas semanas.

Quando encaminhar à ORL?

- OMA que não melhora após 1ª e 2ª linha de antibióticos e/ou surgimento de complicações, altura em que uma paracentese ou meringotomia, com colheita do exsudado para cultura e antibiograma, é pertinente.
- Otites de repetição ou otite seromucosa crónica, em que uma etiologia alérgica ou uma hipertrofia das adenóides, deve ser considerada, havendo eventual necessidade de adenoidectomia e/ou colocação de tubos de ventilação.
- Suspeita de presença de corpo estranho (às vezes mais perigoso pelas tentativas de extracção mal realizadas do que pela sua presença):
 - Mais de 3 episódios de OMA, em 3 meses.
 - Mais de 4 episódios de OMA, em 12 meses.

- Presença de líquido no ouvido médio, após 3 meses do episódio agudo.
- Membrana timpânica retraída e/ou com perfuração mantida por 6 semanas.
- Presença de complicações→déficit auditivo.

PNEUMONIAS
VS
BRONCOPNEUMONIAS

PNEUMONIAS/BRONCOPNEUMONIAS

Conceito

Processo inflamatório, quase sempre infeccioso, de evolução geralmente inferior a 15 dias, que acomete o parênquima pulmonar (alvéolos e/ou infiltração do tecido intersticial pulmonar).

Nas infecções descendentes, associam-se frequentemente exsudados inflamatórios dos pequenos brônquios e bronquíolos.

Etiologia

Em todas as idades, exceptuando o período neonatal, os vírus são mais frequentes.

A incidência precisa de pneumonia bacteriana não é conhecida, pois a sua investigação teria de ser invasiva e cruenta.

O diagnóstico etiológico de presunção, baseia-se na clínica, epidemiologia local, aspectos radiológicos e idade do doente. Os factores predisponentes são: a idade, o baixo peso ao nascer, o estado nutricional e imunitário, o tipo de aleitamento, a anemia de células falciformes e condições particulares do ambiente (habitação, fumo de tabaco, de lenha, etc.)

Em Cabo Verde não temos dados epidemiológicos. Segundo a literatura médica, os germens microbianos mais frequentes, como causa de pneumonia adquirida na comunidade, em relação com a idade, constam do seguinte quadro:

Germes microbianos mais frequentes / idade

RN	1 a 3 Meses	> 3M a ≤ 5A	> 5 A
Streptococcus grupo B	Virus sincicial respiratório	Virus sincicial respiratório	Mycoplasma pneumoniae
E. Coli	Virus parainfluenza	Virus parainfluenza	S. pneumoniae
S. pneumoniae	Adenovirus	Adenovirus	Clamydia
H. influenza tipo B	S. pneumoniae	S. pneumoniae	Streptococcus pyogenes
	S. aureus	Mycoplasma pneumoniae	
	Clamydia	S. aureus	
	H. influenza tipo B		

Anamnese

Valorizar:

- Antecedentes de doença respiratória (Asma brônquica, Fibrose Quística, etc.), cardiopatia congénita, imunodeficiência, drepanocitose ou hospitalizações prévias.

- História de contágio.
- Características e evolução da tosse, dificuldade respiratória, pieira, vômitos, diarreia e recusa alimentar
- Medicação em curso e alergias medicamentosas
- Situação familiar

Formas de apresentação clínica

Contornos diferentes, conforme a idade do doente, o agente etiológico e a gravidade da doença.

As manifestações clínicas são diversas, inespecíficas e subtis, sobretudo no *período neonatal*, em que o *gemido e a taquipneia podem ser os únicos sinais*.

Maiores de um mês: tosse, em geral acompanhado de febre. Crianças mais velhas podem queixar-se de dor abdominal e/ou dor torácica.

Diagnóstico sindrômico (critérios da OMS/Estratégia AIDI)

- História clínica de febre e/ou tosse
- Exame físico
 - $FR \geq 60/\text{min}$ – 0 a <2meses
 - $FR \geq 50/\text{min}$ – 2m a <12meses
 - $FR \geq 40/\text{min}$ – 1 a 5 anos

(Criança a dormir sossegada ao colo da mãe e fora de um pico febril).

- Sinais característicos ao exame físico do aparelho respiratório: submacicez à percussão, sopro tubário, diminuição do murmúrio vesicular, roncos, ferveores ou sibilos à auscultação.

Critérios de gravidade e internamento - OMS

0 a 2 meses	CLASSIFICAÇÃO	TRATAMENTO
AVALIAÇÃO		
<ul style="list-style-type: none"> - Sinais de perigo: não mama, sonolento, convulsões, estridor etc. - Tiragem e taquipnéia sem sinais de perigo - Sem tiragem e taquipnéia 	<ul style="list-style-type: none"> Doença muito grave pneumonia grave tosse ou resfriado 	<ul style="list-style-type: none"> Internamento Internamento Cuidados em casa
3 a 59 meses		
<ul style="list-style-type: none"> - Sinais de perigo: não bebe líquidos, sonolento, convulsões, estridor, desnutrição. - Tiragem e taquipnéia sem sinais de perigo - Taquipnéia sem tiragem - Sem tiragem e taquipnéia 	<ul style="list-style-type: none"> Doença muito grave pneumonia grave pneumoniaantibióticos em casa tosse ou resfriado 	<ul style="list-style-type: none"> Internamento Internamento Cuidados em casa

RX de torác: indicado nos casos muito grave, ou se há suspeita de complicações como derrame pleural e pneumotórax.

Exames complementares

Quando possível, confirmar de imediato o diagnóstico por Rx, nos casos clínicos moderados ou graves, para descartar complicações: derrame pleural, pneumatocelos, abscessos, atelectasias, pneumotórax e piopneumotórax.

Nos casos sem critério de gravidade, não se recomenda Rx de rotina.

Hemograma, PCR, VS, são pouco específicos e de escassa utilidade na orientação terapêutica.

Nas infecções por Pneumococo há, frequentemente, leucocitose muito elevada com neutrofilia e, na infecção a *Clamydia trachomatis*, eosinofilia.

Tratamento ambulatorial

- Medidas gerais (antipiréticos, hidratação e alimentação adequada)**Pneumonia bacteriana**
- Crianças de 3 meses a 5 anos, sem critério de gravidade:
 - **Amoxicilina** - 80 a 100 mg/kg/dia, de 8/8h, durante 7 a 10 dias

Alternativas :

- **Cefuroxime axetil** - 30 mg/kg/dia, de 12/12h, durante 10 dias
- **Amoxicilina + Ác. Clavulânico** - 50mg/kg/dia, de 8/8h, durante 7-10dias
- Criança com mais de 5 anos:
 - **Penicilina procaínica** - 1.200.000 unidades IM/dia, durante 7 dias **ou**
 - **Amoxicilina** - 80 a 100mg/kg/dia, de 8/8h **ou** **Cefuroxime axetil**, **ou** ainda
 - **Amoxicilina + Ácido Clavulânico. Pneumonia atípica**
 - **Eritromicina** - 40 mg/kg/dia, 6/6h, 14 dias **ou**
 - **Claritromicina** - 15 mg/kg/dia, 12/12h, 14 dias **ou**
 - **Azitromicina** - 10 mg/kg/dia, durante 5 dias.

Nota: Consulta de controlo dentro de 72h e, se evolução desfavorável, encaminhar ao hospital.

Indicações de hospitalização de crianças com pneumonia:

- Idade < 6 meses (principalmente < 2 meses)
- Prematuridade ou baixo peso ao nascer
- Tiragem subcostal
- Sinais de hipoxemia
- Co-morbidades: anemia, cardiopatia, pneumopatia crónica, desnutrição e outras
- Recusa a ingerir líquidos
- Desidratação
- Convulsões/apneia
- Sinais radiológicos de gravidade: derrame pleural, pneumatocele ou abscesso
- Falha do tratamento ambulatorial
- Problema social

Tratamento hospitalar

- ✓ Medidas gerais (antipiréticos, hidratação e alimentação adequada)
- ✓ Monitorização dos sinais vitais
- ✓ O₂ por catéter nasal, quando necessário, por forma a manter uma saturação $\geq 92\%$
- ✓ Iniciar Terapêutica antibiótica empírica, o mais precocemente possível:

RN e lactentes com menos de 3 meses

- **Ampicilina** - 100mg/kg/dia ev + **Gentamicina** 5 a 7mg/kg/dia, durante 10dias
- **Eritromicina** - 50mg/kg/dia, oral, de 6/6h, durante 10dias, se houver suspeita de Chlamydia

Crianças de 3 meses a 5anos

- **Penicilina cristalizada** - 100000U/kg/dia, de 4/4h **ou**

- **Ampicilina** - 100 mg/kg/dia, ev de 6/6h, durante 10 dias

Após melhoria do quadro clínico (em regra 3 dias), passar para IM e VO respectivamente, por mais **5 dias**.

Não modificar a Terapêutica antibiótica nas primeiras 72h, excepto nos casos de deterioração clínica marcada ou complicações.

Na ausência de melhoria, reconsiderar a etiologia ou modificar o Tratamento, alargando a cobertura antibiótica.

No grupo etário 3 meses a 2 anos, se a evolução não for favorável, suspeitar de:

- **Haemophilus** e tratar com *Cloranfenicol* - 100mg/kg/dia, durante 14 dias, inicialmente ev, passando a via oral, logo que o estado clínico permita; **ou**
- **Staphylococcus** (sobretudo se coexiste infecção da pele e/ou tecido celular subcutâneo; presença de derrame pleural ou enfisema) e tratar com *Flucloxacilina* 100 - 200mg/kg/dia, ev de 8/8h.

Complicações

- Atelectasia (sobretudo pneumonias virais)
- Derrame pleural
- Pneumatocele
- Piopneumotórax
- Infecção associada (otite, meningite, sinusite, sepsis)

Não há necessidade de Rx de controlo, quando a evolução clínica é favorável

Nas pneumonias complicadas, repetir Rx 4 semanas após alta.

Não esquecer a Tuberculose, se não houver resposta ao Tratamento, com os esquemas indicados

POLITRAUMATISMO
NA
CRIANÇA

POLITRAUMATISMO NA CRIANÇA

Conceito

O uso do termo traumatismo envolve a noção de uma condição médica, com risco definido e factores de protecção que podem ser usados para definir estratégias de prevenção.

Os traumatismos representam uma das principais causas, evitáveis, de morbilidade e mortalidade pediátricas.

Os traumatismos **em casa (domésticos)** representam 80% e afectam, predominantemente, os menores de 3 anos, enquanto que os traumatismos na **rua**, predominam nos maiores de 6 anos.

Etiologia

Em Cabo Verde, a **queda** (de casa, de escada...), é a causa mais comum em qualquer idade, seguida de **traumatismos por veículo a motor**, em crianças de 5 a 9 anos (atropelamentos de pedestres sobretudo) e **queimaduras**.

Fisiopatologia

Os traumatismos na criança são, com frequência, politraumatismos, uma vez que a menor dimensão do corpo

da criança, favorece que as forças traumáticas se distribuam por uma área maior, originando lesões multisistêmicas.

Por outro lado, o **traumatismo craniano (TC)** é muito comum, devido ao predomínio da cabeça em relação à restante superfície corporal da criança.

O TC ocorre por dois mecanismos principais: o **impacto** e o movimento de **aceleração/desaceleração** dele resultante. A lesão primária do traumatismo é mecânica e directamente responsável pela destruição do tecido cerebral.

Podem ocorrer fracturas, concussão, contusão ou laceração de vasos e/ou nervos e, lesões secundárias de edema cerebral, hipóxia ou isquémia.

O **traumatismo torácico** na criança é geralmente fechado devido ao impacto brusco e violento e, dado à elevada distensibilidade da caixa torácica, raramente há evidência externa de traumatismo.

Com mais frequência há lesão do **mediastino**, da qual pode resultar laceração de vasos ou da árvore traqueobrônquica, com consequente hemotórax, pneumotórax ou ainda, pneumomediastino, manifestando-se este como enfisema subcutâneo.

O **traumatismo abdominal** é também fechado na maioria dos casos mas, mais frequente que o torácico, porque o abdómen está muito pouco protegido.

O **rim** é o segundo órgão mais atingido, depois do crânio, seguido do **baço**, 3º órgão a sofrer traumatismo, por ordem de frequência.

Os traumatismos ortopédicos na criança, tem características próprias, pelas particularidades da estrutura óssea – a cortical do osso é porosa e menos quebradiça que a do adulto, pelo que é frequente a **fractura em ramo verde**.

Anamnese

É fundamental uma boa anamnese, com a descrição o mais exacta possível, das circunstâncias do traumatismo. Se houver desproporção entre o traumatismo e as lesões encontradas, procurar **factores predisponentes** como epilepsia, doenças da coagulação, atraso mental ou maus-tratos.

Manifestações clínicas

T.Craniano → vômitos, perda de consciência, sonolência, agitação, por vezes convulsões, reflexos assimétricos, parésias, descerebração e descorticação, são as mais frequentes.

Traumatismo torácico → dor torácica e dificuldade respiratória

Traumatismo abdominal → dor abdominal, hematúria, aerofagia e regurgitação podem estar presentes.

Traumatismo dos membros → impotência funcional do membro atingido, com dor e outros sinais inflamatórios.

Exame Objectivo

Na admissão do doente traumatizado, a primeira prioridade deve ser a avaliação das funções vitais, o chamado **ABC** (Airway, Breathing, Circulation) do coma.

Nas situações de traumatismo, acrescenta-se um **D** (Disability) e um **E** (Exposure).

D - avalia a capacidade funcional do doente, a qual está relacionada com a escala de Glasgow: (ver página seguinte).

Escala pediátrica de coma (Glasgow)		
Abertura dos olhos	Espontânea	4
	À estimulação verbal	3
	À Dor	2
	Ausente	1
Resposta motora	Espontânea	6
	Ao tacto	5
	À Dor	4
	Flexão anormal à dor	3
	Extensão anormal à dor	2
	Ausente	1
Discurso verbal >2 anos	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriado	3
	Imcompreensível	2
	Ausente	1
Resposta verbal < 2 anos	Sorriso social; segue objectos e sons	5
	Choro Consolável	4
	Choro persistente inapropriado	3
	Agitação	2
	Ausente	1
Total		15

E - alerta para a necessidade de observar o doente traumatizado, completamente despido, a fim de não passar despercebida, nenhuma área de traumatismo.

O exame neurológico deve ser exaustivo na procura de sinais focais:

- A assimetria das **pupilas** é um sinal de alarme para **hematoma epidural** (a pupila do lado da hemorragia está dilatada e fixa).
- O **hematoma subdural** manifesta-se mais por **parésias**.
- A **postura e o padrão respiratório**, dão pistas sobre o prognóstico do doente.

Pesquisar na cabeça:

Hematomas, feridas, afundamentos e soluções de continuidade, sugestivas de fractura. Equimose periorbitária, otorragia, otorraquia, epistaxis e rinorráquia, são sinais indirectos de fractura dos ossos da base do crânio.

Tórax: Assimetrias? Dispneia? Crepitação subcutânea?

Abdómen: Observação após esvaziamento do estômago, com sonda nasogástrica. Feridas?

Contusões? Hematomas? Dor à descompressão? Auscultação silenciosa? Hematúria?

Aparelho locomotor: Atenção à coluna vertebral (não esquecer o colar cervical).

Examinar cuidadosamente os membros e todas as articulações. Avaliar a estabilidade da pelve e procurar sinais de lesão genito-urinária: lesão uretral (contraindicada algaliação), equimoses escrotais e labiais.

Não esquecer que as fracturas podem provocar lesões vasculares a jusante, pelo que devemos vigiar os pulsos e o tempo de recoloração ou preenchimento capilar (normal até 2seg).

Todo o politraumatizado depois de avaliado, deve ser classificado segundo a Escala Pediátrica de Trauma, que permite quantificar a gravidade dos doentes objectivando o seu prognóstico.

Escala pediátrica de trauma

Elementos de análise	Categoria do doente		
	-1	+1	+2
Peso	< 10 kg	10-15 kg	> 20 kg
Vias aéreas	Não permeáveis	Permeáveis	Normais
TA sistólica	< 50 mmHg	50-90 mmHg	> 90 mmHg
Pulso	Filforme ou ausente	palpável na femural	palpável no punho
SNS	Camatoso	Obnubilado	Acordado
Esqueleto	# Abertas / múltiplas	# Fechadas	Sem #
Feridas	Major ou penetrantes	Menores	Não

→ Fractura

Mais de 8 pontos → 0% de mortalidade; Menos de 0 pontos → 100% mortalidade

Conduta a seguir:

Transferir o doente para o hospital central, após a sua estabilização e tomando as devidas precauções em relação à imobilização de eventuais fracturas (incluindo o colar cervical) e, à prevenção do choque hipovolémico.

Exames Complementares (em função do exame objectivo):

- Rx do crânio e /ou TAC crânio-encefálico → quando há risco moderado: idade < 2 anos, perda de conhecimento, vômitos, cefaleias, traumatismo da face ou maus tratos).
- TAC crânio-encefálico – Se exame neurológico anormal, fractura aberta, alterações graves da consciência.
- Rx tóraco-abdominal.
- Pesquisa de hematúria microscópica com fita reactiva
- Rx dos membros e TAC da coluna.

Tratamento curativo / reabilitação

Abordagem multidisciplinar.

A sua instituição depende do tipo de traumatismo e órgão lesado.

TCE:

- Ligeiro:

- Observação rigorosa no domicílio, com orientação aos pais
- Repouso

- Moderado a grave:

- Observação rigorosa
- Repouso no leito, com a cabeceira elevada a 30°

- Controle dos sinais vitais
- Medicação sintomática
- Hdratação parenteral
- Suporte O₂
- Tratamento da hipertensão intracraniana
- Anticonvulsivantes, se necessário

Os pacientes vítimas de TCE (traumatismo crânio-encefálico), devem ser observados de maneira rigorosa, por uma equipe treinada:

- **Posição:** Estes pacientes devem ser posicionados, preferencialmente, com a cabeceira elevada (30°), para melhorar o retorno venoso e com isto evitar hipertensão intracraniana (HIC).
Em caso de vômitos, posicionar lateralmente para evitar aspiração de secreções.
- **Observação:** Monitorização dos sinais vitais e neurológicos, de hora em hora ou de 2 em 2 horas. Qualquer anormalidade deve ser prontamente relatada.
- **Sonda vesical** e sonda nasogástrica, nos pacientes comatosos.
- **Via oral suspensa**
- **Analgésicos/Antitérmicos/Antieméticos:** Administra-se Paracetamol e Metoclopramida de rotina, pois sabe-se que a dor, hipertermia e um episódio de vômito, podem aumentar a pressão intracraniana (PIC) e, serem até, factores agravantes do quadro neurológico.
- **Proteção da mucosa gástrica:** o paciente vítima de TCE está sob risco de desenvolver úlcera de stress e, por isso, administra-se *Cimetidina oral ou ev*, de 12/12 horas.
- **Anticonvulsivante:** É administrado para tratamento de qualquer paciente, independente da lesão, que tenha apresentado um episódio de crise convulsiva,

após o trauma.

Utiliza-se de rotina a Fenitoína (250 mg/5 ml). Administra-se uma dose de ataque de 15-20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg dia, de 8/8 horas.

Para cessar a crise inicial, administra-se **Diazepam** ev, tendo em atenção os sinais de depressão respiratória.

- **Manitol:** É um agente hiperosmolar, que reduz de maneira transitória a PIC.

Não deve ser administrado em pacientes com hipotensão arterial.

Os corticóides não estão indicados em paciente com TCE.

Controlo de traumatismos

O termo **prevenção de acidentes** foi substituído por **controlo de traumatismos**, já que acidente está conotado a um evento que ocorre por acaso, uma fatalidade, quando na verdade, a maioria dos traumatismos são previsíveis e, os factores de risco bem identificados.

A **prevenção primária** é possível com medidas modificadoras do ambiente, tornando-os saudáveis e com menos riscos para o desenvolvimento das crianças.

A **prevenção secundária e a terciária** exigem serviços médicos e cuidados apropriados, em termos de tratamento e reabilitação.

QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

As queimaduras representam um dos acidentes domésticos mais frequentes em Cabo Verde.

Além de ser importante causa de morbidade, com internamentos hospitalares prolongados, podem deixar sequelas permanentes, num número significativo de crianças.

Em Cabo Verde, em regra, tem sido accidental, por negligência, falta de supervisão das crianças e trabalho doméstico, sendo os agentes causais mais frequentes, líquidos quentes (água, sopa, óleo, etc), fogo (chamas) e queimaduras eléctricas.

Clínica

Como ocorre com qualquer tipo de trauma, a atenção inicial deve dirigir-se às vias aéreas, à respiração e à circulação. As queimaduras na pele são evidentes ao exame físico, mas importa classificar o queimado em **grave, moderado** ou **ligeiro**, antes de se definir a conduta a seguir.

Crítérios de gravidade (parâmetros):

- A. **Extensão** – uma queimadura exprime-se em % de superfície corporal (ver figura1).

- B. **Profundidade** – 1º, 2º ou 3º grau, conforme se limita à epiderme, atinge a derme ou vai além da hipoderme, respectivamente.
- C. **Localização** – face, mãos, pés, períneo e áreas articulares, implicam maior gravidade, pela possibilidade de sequelas estéticas e/ou funcionais.
Queimaduras circulares nos membros, representam perigo de compromisso circulatório, pelo que merecem atenção especial.
- D. **Agente causal** – as queimaduras pelo fogo são potencialmente mais graves, contudo, o factor importante de gravidade é o tempo de contacto entre o agente causal e o indivíduo.
- E. **Idade do queimado** – o factor mais importante, que diferencia a criança do adulto, é a grande superfície corporal em relação ao peso, determinante de grande importância no equilíbrio hidro-electrolítico e na regulação da temperatura corporal, onde ainda pesa a menor espessura do tecido celular subcutâneo.
- F. **Doenças associadas**

Conhecendo os aspectos acima descritos podemos classificar uma queimadura em grave, moderada ou ligeira. (*ver quadro*)

Grave	Moderada	Ligeira
<ul style="list-style-type: none"> • Inalação • $\geq 30\%$ • 3º Grau $> 10\%$ • Face, Mãos, Períneo • Queimaduras eléctricas • Queimaduras químicas • Traumatismo associado 	<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 15\% < 30\%$ • 3º Grau $\leq 10\% > 2\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • $< 15\%$ • 3º Grau $< 2\%$

TRATAMENTO

As queimaduras **ligeiras** podem ser tratadas no ambulatório.

- Estimular a hidratação oral.
- Analgesia se absolutamente necessário.

- Lavagem com clorexidina – cetrimida a 0,5% + soro fisiológico (mornos).
- Limpeza dos restos cutâneos **sem rebentar as flictenas íntegras.**
- Penso com gaze gorda ou sulfadiazina argêntica
- Profilaxia do tétano, se não houver vacinação prévia.

As queimaduras **moderadas**, podem ser tratadas num centro de saúde com unidade de internamento ou no Hospital Regional

*As queimaduras **graves** devem ser transferidas para o Hospital*

Tratamento das queimaduras moderadas ou graves

1º Estabelecer via de perfusão endovenosa

2º Perfusão de lactato de Ringer - volume total nas primeiras 24h, estimado da seguinte forma: $3\text{ml} \times \% \text{ queim} \times \text{peso kg}$ antes da queimadura. Metade desse volume deve correr em 8h, contado a partir da hora do acidente e a outra metade nas 16h seguintes.

Controle do débito urinário $> 1\text{ml/kg/hora}$, do estado de consciência, dos sinais vitais e da circulação periférica.

3º Analgesia com paracetamol e sedação, se necessário, com diazepam – 0,1 a 0,2mg/kg/dose ev ou rectal.

4º Algiação vesical (se for queimadura do períneo ou $> 30\%$).

5º Colocar SNG (em SOS ou se queimadura $> 30\%$).

6º Cuidados com a área queimada:

- Lavagem com cetrimida a 0,5% + soro fisiológico (mornos).
- Limpeza dos restos cutâneos **sem rebentar as flictenas.**
- Penso com gaze gorda ou Sulfadiazina Argêntica ou Bacitracina.

- Penso aberto nas queimaduras da face e do períneo
- Aplicação de Betadine creme, na face.
- Cuidados especiais com os pensos nas zonas de flexão, para prevenir cicatrizes retrácteis e das mãos e pés, para evitar sinequias.

7º Isolar o doente, quando a situação o indicar

8º Profilaxia do tétano, se não for vacinado previamente

9º Transferir o doente, quando necessário

ANTIBIOTICOS SISTÉMICOS

A causa mais comum de morte entre os doentes queimados é a infecção, pelo que há que respeitar escrupulosamente as regras de assepsia, desde o primeiro contacto com o doente.

Nenhum acesso venoso deve ser mantido por mais de 7 dias.

Há controvérsia sobre a eficácia de Penicilina profiláctica durante 5 dias.

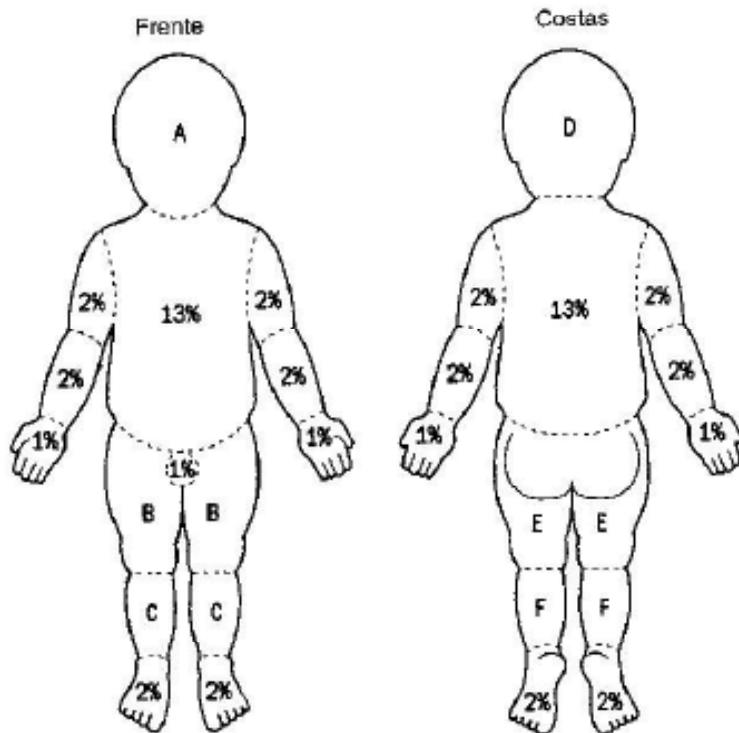
Uma vez que a zona de coagulação das queimaduras é avascularizada, nem os mecanismos de defesa do próprio organismo, nem os antimicrobianos sistémicos, são eficazes no combate às bactérias nessa região.

Devem ser aplicados à queimadura agentes anti-bacterianos tópicos

O agente tópico de 1ª escolha é a **Sulfadiazina argêntica**. A **Solução de nitrato de prata** a 0,5% é uma alternativa. Decidir quando uma criança queimada se encontra séptica e necessitando de antibiótico sistémico, nem sempre é uma tarefa fácil. É preciso estar vigilante, para se reconhecer os sinais evocadores de infecção e tratá-la adequada e atempadamente.

Gráfico para calcular a percentagem da superfície corporal queimada

Calcular a área total queimada somando a percentagem da área da superfície corporal afectada como ilustrado na figura (recorrer `a tabela para áreas A - F as quais se alteram de acordo com a idade da criança.



Por idade em anos				
Área	0	1	5	10
Cabeça (A/D)	10%	9%	7%	6%
Coxa (B/E)	3%	3%	4%	5%
Perna (C/F)	2%	3%	3%	3%

REANIMAÇÃO NEONATAL

REANIMAÇÃO NEONATAL

Da qualidade e da aplicação de medidas que envolvem um nascimento difícil, depende a qualidade de toda uma vida!

Colocar a criança num campo estéril, em decúbito dorsal, num lugar aquecido e secá-la enquanto se estimula o tórax.

As acções a realizar devem ser feitas, de acordo com o esquema A- B - C- D, de forma sistematizada, para melhor eficácia:

A – Aspiração das vias aéreas – aspiração de secreções com um catéter mole, estéril. Começar pela boca, seguido das narinas, o mais cedo possível, de preferência após a saída da cabeça, antes de terminado o parto.

B – (do inglês **Breath = respiração**) – ventilação através de ambú pediátrico (ou respiração boca a boca na falta de ambú);

Oxigénio a 2 L/min. Se não respira e há pessoal treinado, intubar o doente. Certificar-se de que o tubo está mesmo na traqueia e não no esófago.

C – Circulação – se após as etapas A e B a criança ainda mantém FC <100, manter a ventilação e fazer massagem cardíaca.

Quando há paragem cardio-respiratória, é necessário que para cada 3 massagens, se faça 1 ventilação (1,2,3-ventile).

D – Drugs = medicamentos

O tratamento farmacológico é o último recurso.

Nunca interromper as acções de reanimação para preparar os medicamentos. Será sempre necessário o apoio de uma segunda pessoa.

Administrar em sequência, de acordo com o esquema de reanimação a seguir:

- **Adrenalina 1:10.000** → diluir 1ml em 9ml de água destilada – passar 0,1 - 0,3ml/kg ev, intracardíaco ou endotraqueal.
Pode ser repetido de 5 em 5 min. Se a FC continuar <60 bpm, fazer expansão de emergência com SF → 10 a 20ml/kg
- **Bicarbonato de Na⁺ a 8,4%** → 2mEq/kg (1ml = 1mEq), diluído em igual quantidade de soro glicosado a 5% ev lento, na ocorrência de acidose metabólica e quando a ressuscitação for prolongada.
Deve ser dado, só depois do restabelecimento da ventilação efectiva.

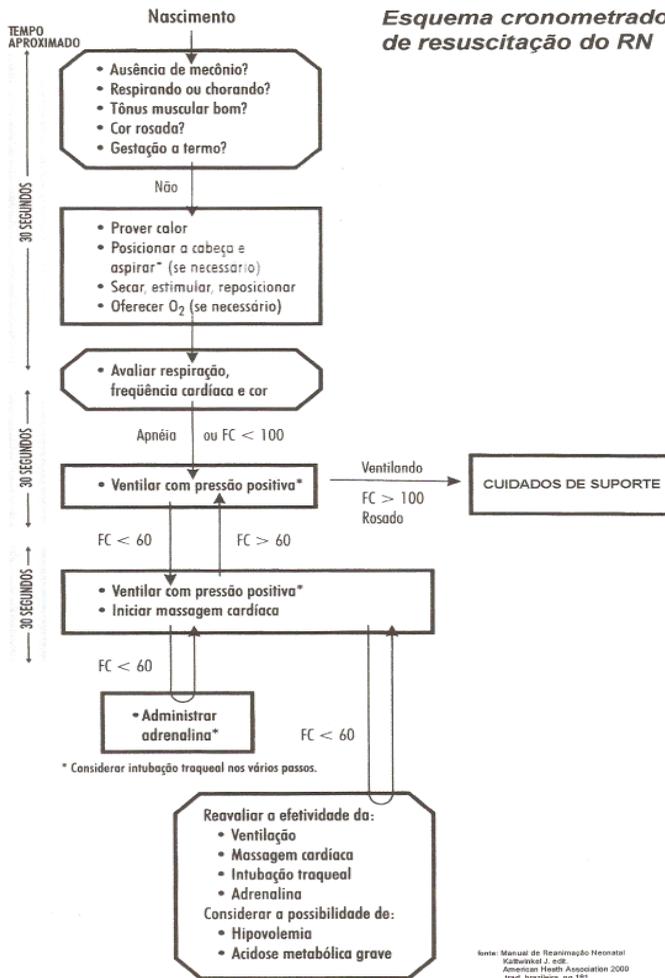
Quando parar de reanimar? (na impossibilidade de ventilação assistida):

Após 20 min sem frequência cardíaca e 45 min sem respiração espontânea.

RECURSOS

- 1 Médico
- 1 enfermeiro

Esquema cronometrado de ressuscitação do RN



Fonte: Manual de Reanimação Neonatal
Kathwinkal J. ed.
American Health Association 2000
trad. brasileira, pg 181

- O₂
- Ambú pediátrico
- 2 seringas com:
 - 0,1ml de adrenalina (1:1000) + 0,9 ml de água destilada
 - 10 ml de bicarbonato de sódio + 10 ml de SG a 5%
- Soro fisiológico
- Tubos traqueais calibre 2,5 / 3 e 3,5

SEPSIS NEONATAL

SEPSIS NEONATAL

Conceito

Sepsis é a resposta sistémica do organismo à infecção. Trata-se de uma das causas da **síndrome de resposta inflamatória sistémica (SRIS)**, embora existam causas não infecciosas.

Se não reconhecido precocemente e tratado adequadamente, pode evoluir para sepsis grave, **choque séptico** (sepsis com hipotensão), **síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (SDMO)** e morte.

Sepsis neonatal - Infecção bacteriana sistémica, que ocorre nos 1^{os} 28 dias de vida.

Sepsis precoce - Quando surge nas primeiras 72h e vida :

- ✓ Infecção do líquido amniótico.
- ✓ Adquirida intra-parto.
- ✓ Passagem pelo canal de parto → exposição a flora vaginal e colonização cutâneo-mucosa.
- ✓ Agentes mais frequentes: E.coli e Estreptococo do grupo B.

Sepsis tardia - Quando surge entre as 72h e os 28 dias de vida. (Sepsis neonatal tardia / nosocomial):

- ✓ Mais comum após 1ª semana de vida
- ✓ Foco identificável: meningite +++
- ✓ Transmissão horizontal
- ✓ Agentes responsáveis: Pneumococo, Estreptococo grupo B, Estafilococo, Pseudomona e Klebsiella

Septicemia - Sepsis clínica, com hemocultura positiva. Contudo, hemocultura negativa não exclui sepsis.

No recém-nascido (RN) e, sobretudo no pré-termo, a exposição aos microrganismos do canal de parto, a imaturidade do sistema imunológico, os traumatismos da pele, a menor eficácia da barreira cutâneo-mucosa, os procedimentos invasivos, o internamento prolongado, a presença de outros RN infectados, obrigam a um elevado grau de suspeição clínica e instituição precoce de tratamento empírico, tendo em conta os factores de risco existentes.

Diagnóstico Precoce

O diagnóstico precoce assenta em três pressupostos:

1- Factores de risco

➤ Materno e do periparto

- Mãe com infecção urinária ou ginecológica
- Ruptura prolongada de membranas (bolsa de água) > 18h
- Taquicardia fetal > 160
- Hipertonia uterina
- Líquido amniótico fétido
- Leucocitose materna > 15000

- Febre intraparto: temp > 37,8°
- Parto traumático
- Parto pré-termo espontâneo

➤ Do recém-nascido (RN)

- RN pré-termo ou de muito baixo peso
- Gemelar
- Sexo masculino
- Índice de Apgar < 6
- Procedimentos invasivos

2 – Etiologia

A. Bacteriana

Estreptococo Grupo A

E. coli

E. fecalis

Listeria

Klebsiella

H. influenza

B. Viral

C. Micótica

3 – Sinais clínicos sugestivos

Frequentemente, as manifestações clínicas de sepsis neonatal são muito variadas e pouco específicas, traduzindo-se por:

- Sensação de o “RN não estar bem”
- Intolerância alimentar, vômitos, diarreia, distensão abdominal
- Sucção fraca ou recusa do seio materno
- Letargia, irritabilidade, queixume
- Hipotermia ou hipertermia

- Pele marmoreada, cianose, palidez, icterícia, púrpura
- Taquicardia ou bradicardia
- Apneia ou taquipneia, agravamento do padrão respiratório
- Hipotonia ou hipertonia
- Fontanela anterior tensa
- Convulsões
- Hepatoesplenomegalia
- Hiperglicemia

4 - Avaliação laboratorial

- Hemocultura
- Urocultura
- Exame do liquor - citoquímico, bacteriológico directo e cultural
- A punção lombar deve ser executada em todo o RN com suspeita de sepsis, uma vez que 20 a 25% das sepsis podem estar associado a meningite.
- Hemograma completo, glicémia, PCR
- Rx tórax

A associação de marcadores de infecção: PCR > 1,6mg/dl e leucócitos > 25000/mm³ ou < 5000/mm³, é um indicador precoce de infecção, antecipando-se à hemocultura.

Tratamento hospitalar

Considerando a elevada morbidade e mortalidade da sepsis e a inespecificidade do quadro clínico, justifica-se iniciar o tratamento empírico, enquanto se aguardam os exames culturais, tendo em conta os factores de risco associados aos marcadores de infecção já referidos.

1ª opção:

Ampicilina 200mg/kg/dia , ev de 12/12 horas, na pri-

meira semana de vida e de 8/8 horas nas crianças com idade > 7 dias + **Gentamicina** (5mg/kg/ dia), ev diário

2ª opção:

Cefalosporina de 3ª geração (**Ceftriaxona**, 100 mg/kg/dia, cada 12 ou 24 horas ou **Cefotaxima** 100mg/kg/dia, ev de 6/6h).

A Ceftriaxona também pode ser administrada por via IM.

A duração do tratamento não deve ser inferior a 14 dias, podendo chegar a 21 dias, nos casos com meningite associada.

Reavaliação às 48-72h de vida: se as culturas forem negativas, os exames laboratoriais estiverem dentro dos parâmetros normais e não houver sinais clínicos, pode-se interromper a antibioterapia.

A antibioterapia dirigida é feita de acordo com o resultado do antibiograma.

SÍNDROME FEBRIL
NA
CRIANÇA

SÍNDROME FEBRIL NA CRIANÇA

A febre é o sintoma que motiva maior número de consultas, tanto no ambulatório como na Urgência.

A maioria ocorre em crianças com menos de 3 anos de idade. A metodologia da abordagem de uma criança com febre, varia conforme a duração da mesma e o grupo etário.

Para fins práticos, é útil ter uma classificação dos síndromes febris, após anamnese cuidada e exame físico minucioso.

1. Febre com sinais de localização específica – Tratamento específico. A doença respiratória é a mais frequente. A maior parte é de etiologia viral, auto limitada, demorando em média 5 dias. Não esquecer a possibilidade de paludismo.

2. Febre recente (até 7d) sem sinais localizatórios - 2 a 5% terá bacteriemia oculta (presença de hemoculturas positivas para bactérias patogénicas, numa criança febril, mas sem ar séptico e sem foco de infecção identificado).

O grupo mais susceptível é de crianças < 3 anos, malnutridas, com febre mantida, leucócitos < 5000 ou > 15000 e anemia. Quanto menor a idade, maior o risco.

Segundo alguns autores, febre que não desce 0.8°C em 2 horas, após administração de paracetamol, em crianças entre os 2 meses e 6 anos, sugere bacteriemia oculta.

Os agentes etiológicos mais frequentes da bacteriemia oculta são os *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* e *Samonella*.

3. Febre prolongada de origem indeterminada – FPOI – mais de 7d de duração, em que os exames preliminares são negativos

Nesses casos deveremos internar o doente para investigação, ter uma atitude conservadora, com monitorização clínica e, utilização criteriosa e racional dos meios complementares ao nosso dispor, como segue:

Fase I – Ambulatorial

- Anamnese
- Exame objectivo
- Exames complementares:

1ª linha

- Hemograma e VS
- PCR
- Gota espessa
- Serologia para dengue
- Urina tipo II
- Urocultura

2ª linha

- Widal
- Rosa de Bengala
- Rx do Tórax
- Mantoux

QUADRO 162-1. Considerações Diagnósticas para a Febre de Origem Indeterminada em Crianças

Abscessos: Abdominal, cerebral, dental, hepático, pélvico, perirrenal, retal, subfrênico.	Toxoplasmose
Diabetes insipidus (refrogênico e não refrogênico)	Triquinose
Infecções	Tripanosomíase
Bactérias	Larva migrans visceral (toxocara)
Causadas por organismos específicos	Doenças reumatológicas
Actinomicose	Doença de beçhet
Bartonella henselae (doença da arranhadura do gato)	Dermatomiosite juvenil
Brucelose	Artrite reumatóide juvenil
Campylobacter	Febre reumática
Francisella tularensis (Tularemia)	Lúpus eritematoso sistêmico
Listeria monocytogenes (Listeriose)	Doenças por hipersensibilidade
Meningococemia (crônica)	Febre medicamentosa
Mycoplasma pneumoniae	Pneumonite por hipersensibilidade
Febre de mordedura do rato (Streptobacillus moniliformis;	Pancreatite
Forma estreptobacilar da febre da mordedura do rato)	Doença do soro
Salmonella	Doença de Weber-Christian
Tuberculose	Neoplasias
Yersiníose	Mixoma atrial
Infecções localizadas	Granuloma de colesterol
Abscessos: Abdominal, cerebral, dental, hepático, pélvico, perirrenal, retal, subfrênico.	Doença de Hodgkin
Colangite	Pseudotumor inflamatório
Endocardite infecciosa	Leucemia
Mastoidite	Limfoma
Osteomielite	Neuroblastoma
Pneumonia	Tumor de Wilms
Pielonefrite	Doenças granulomatosas
Sinusite	Doenças de Crohn
Espiroquetas	Hepatite granulomatosa
Borrelia burgdorferi (doença de Lyme)	Sarcoidose
Febre recorrente (Borrelia recurrentis)	Doenças familiares hereditárias
Leptospirose	Displasia ectodérmica anidrótica
Febre de mordedura do rato (Spirillum minus; forma espirilar da febre da mordedura do rato)	Doença de Fabry
Sífilis	Disautonomia familiar
Doenças fúngicas	Febre familiar do mediterrâneo
Blastomicose (extrapulmonar)	Hipertrigliceridemia
Coccidiodomicose (disseminada)	Ictiose
Histoplasmose (disseminada)	Crise falcêmica
Chlamydia	Diversos
Linfogranuloma venéreo	Hepatite crônica activa
Peitacose	Diabetes insipidus (nefrogênico e não nefrogênico)
Riquétsia	Febre factícia
Ehrlichia canis	Febre hipotalâmica central
Febre Q	hiperostose cortical infantil
Febre maculosa das Montanhas Rochosas	Doença intestinal inflamatória
Tife causado por carapato	Doença de Kawasaki
Vírus	Doença de Kikuchi-Fujimoto
Citomegalovírus	Pancreatite
Vírus das hepatites	Febre periódica
HIV	Envenenamento
Mononucleose infecciosa (Vírus Espstein-Barr)	Embolia pulmonar
Doenças parasitárias	Tromboflebite
Amebíase	Tireotoxicose
Babesiose	Febre recorrente ou recidivante
Giardíase	Ver Quadro 161-1
Malária	Febre não diagnosticada
	Persistente
	Recorrente
	Resolvida

Fase II – Internamento

- Hemocultura
- Repetir exames da Fase I
- Sorologias específica (HIV, Fasciola, Brucela, Toxoplasma)
- Função hepática
- Urocultura
- Rx dos seios perinasais/mastóides
- Punção lombar

Fase III – Outros exames

- TAC
- Biopsia
- Endoscopia
- Ecografia

Enquanto se investiga, só se deve baixar a febre caso a criança não a tolerar (desconforto) ou tiver história de convulsão febril, $\text{tax} > 38,5^\circ$, encefalopatia ou cardiopatia. A febre pode ser útil no controlo da infecção, aumentando a produção de interferon e a capacidade bactericida dos neutrófilos.

Deve-se recorrer a medidas antitérmicas gerais:

- a) Remoção da roupa
- b) Ambiente pouco aquecido
- c) Banho morno (não usar água gelada nem álcool)
- d) Oferecer líquidos frescos
- e) Repouso
- f) Paracetamol (de preferência) $\rightarrow 20$ a 40 mg/kg/dia, rectal ou vo, de 8/8 h.

Alternativas: AAS - 50 mg/kg/dia, 6/6h oral (contraindicado na varicela e influenza).

- Ibuprofeno - 5 a 10 mg/kg/dose de 8/8 horas.

Os Antipiréticos são também analgésicos, pelo que podem mascarar os dados clínicos.

O diagnóstico da FPOI exige rigor e perícia.

As provas terapêuticas com antibióticos não são permitidas, porque podem mascarar o curso de uma doença infecciosa, induzindo a erros diagnósticos. São exceções os tuberculostáticos, numa criança gravemente doente, com hipótese de tuberculose, AAS ou outro anti-inflamatório não esteróide, numa criança com suspeita de Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ).

Quanto mais prolongada for a febre, maiores serão as probabilidades de ser uma doença do tecido conectivo ou neoplasia.

Estudos feitos concluíram que na FPOI (ver quadro em baixo):

- 35 a 50% - Infecção
- 16 a 20% - Conectivite
- 10% - Neoplásico
- 10% - Doenças comuns, com apresentação atípica.
- 10% - Sem diagnóstico

SÍNDROME NEFRÓTICO

SÍNDROME NEFRÓTICO

Conceito – Define -se como síndrome nefrótica, a associação de:

- Proteinúria $\geq 40\text{mg}/\text{m}^2/\text{h} = 50\text{mg}/\text{kg}/\text{d} = 2\text{mg}/\text{dl}$
- Hipoalbuminemia ($< 2,5\text{g}/\text{dl}$)
- Hiperlipidemia (colesterol e triglicerídeos elevados)
- Edema

Etiologia

A maioria das crianças (90%) apresenta uma forma de síndrome nefrótica idiopática.

Os restantes 10% apresentam síndrome nefrótica secundária, relacionado a doenças glomerulares, tais como, nefropatia membranosa ou glomerulonefrite membranoproliferativa e outras.

Fisiopatologia

Aumento da permeabilidade renal à filtração das proteínas, que induz à proteinúria maciça e hipoalbuminemia. A causa do aumento da permeabilidade não é conhecida.

Apresentação clínica do síndrome nefrótica idiopático

Grupo etário mais frequente - 2 a 6 anos, com predomínio do sexo masculino (2:1)

Edema discreto periorbitário e nas extremidades inferiores, que desaparece ao longo do dia, *por vezes indevidamente diagnosticado como uma crise alérgica.*

Com o passar do tempo, o edema torna-se generalizado, evoluindo para ascite, derrame pleural e edema genital, levando a diagnóstico diferencial com glomerulonefrite aguda ou crônica, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca congestiva e desnutrição proteica.

Na criança com idade inferior a 8 anos, a base histológica caracteriza-se em 90 % por lesões mínimas – síndrome nefrótico puro.

Síndrome nefrótico congénito

Crianças que desenvolvem síndrome nefrótico nos 3 primeiros meses de vida, são consideradas como portadoras de **síndrome nefrótica congénita** (causa genética, infecções como sífilis, rubéola, toxoplasmose, citomegalovirus, HIV, hepatite B, Amiloidose, Diabetes mellitus, Artrite reumatóide, doenças infecciosas, secundária a drogas (Captopril, AINE, Sais de ouro), secundário a neoplasias (Hodgkin, Linfomas).

Síndrome nefrótico secundário

O síndrome nefrótico também ocorre como característica secundária de muitas formas de doenças glomerulares (nefropatia membranosa, glomerulonefrite membrano proliferativa, glomerulonefrite pós-infecciosa, nefrite lúpica, púrpura de Henoch-Schönlein).

Em geral, deve ser considerada em doentes acima de 8 anos, com hematúria, hipertensão, disfunção renal, sintomatologia extrarenal (exantema, artralgiias) ou com níveis reduzidos de complemento sérico.

As complicações mais frequentes da fase aguda do síndrome nefrótico são:

- Insuficiência renal aguda, secundária ou não à hipovolémia
- Peritonite primária por pneumococo e acidentes tromboembólicos.

Laboratório

- Exame sumário de urina
- (proteinúria 3 a 4+, hematúria microscópica em 20% dos casos)
- Proteinúria de 24h superior a 40mg/m²/h
- Ureia/creatinina pode estar aumentado, se houver hipovolémia
- C3 (normal na nefrose pura, alterada na secundária)
- Proteínas totais e fracção albumina (< 2,5g%)
- Perfil lipídico, colesterol e triglicéridos elevados
- Se os dados laboratoriais iniciais apontarem para uma nefrose secundária, prossegue-se a investigação no sentido de apurar a etiologia.

Tratamento

- Dieta hiposódica (enquanto houver edema e hipertensão), normoproteica e normocalórica
- Antibióticos: dependentes do local da infecção e do possível agente etiológico (geralmente as infecções desencadeiam as recaídas de síndrome nefrótica).
- Diuréticos são indicados nos casos de edema e hipertensão arterial, de forma criteriosa:
 - Hidroclorotiazida → 1 a 4mg/kg/dia ou
 - Furosemida → 1 a 4mg/kg/dia ou
 - Espironolactona → 1 a 2mg/kg/dia ou
 - Associação de Hidroclorotiazida ou Furosemida com Espironolactona nas situações graves ou refractárias.

- Albumina 20% → 0,5 a 1 g/kg ev durante 2h, seguida de Furosemida 1 a 2mg/kg (nos casos de hipoalbuminemia intensa). Pode ser repetido uma ou duas vezes se necessário.
- Suplemento de Ca⁺ e Vit D em doses profiláticas
- Corticoterapia
 - Prednisolona → 2mg/kg/dia, dose única de manhã, durante 4 a 6 semanas

Se não houver resposta:

- Metilprednisolona em bolus 30 mg/kg em dias alternados, até 3 bolus

Se proteinúria negativa – corticosensível:

- 1,5mg/kg/dia, em dias alternados, durante 4 a 6 semanas.
- Reduzir 0,5mg/kg/semana de prednisona, até a suspensão desta.

Se proteinúria positiva, depois de 8 semanas de corticoterapia – corticoresistente.

Quando o edema é discreto a moderado, pode ser tratado em regime ambulatorial.

O síndrome nefrótico secundário, deve ser tratado de acordo com as causas.

Cenários após a suspensão do tratamento

- **Remissão total** – Em 80 a 90%, nas lesões mínimas
- **Recidiva** – proteinúria (albustix) +++ ≥ 3 dias consecutivos. Se acontece até um mês após a suspensão da prednisolona – **corticodependente**
- **Recidivas múltiplas** ≥ 2 em 6 meses ou ≥ 4 em 12 meses

Tratamento das Recaídas:

Prednisolona → 60mg/m²/dia, até ausência de proteinúria por 3 dias consecutivos; e

40mg/m² em dias alternados, durante 4 semanas.

Depois desmame lento

Os casos corticoresistentes e cortidependentes devem fazer tratamento com **Ciclofosfamida** 2 a 3mg/kg/dia, em média durante 2 meses e nunca superior a 6 meses.

A biópsia renal está indicada, à partida, no síndrome nefrótico não puro, isto é, com hematúria e/ou hipertensão e nos casos resistentes ao tratamento com corticóide ou ciclofosfamida, altura em que o doente deverá ser encaminhado para o Nefrologista.

CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREOIDE

Portaria SAS/MS nº 7, de 03 de janeiro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Para a elaboração deste Protocolo foram realizadas buscas, em 08/02/2013, nas bases de dados Medline/Pubmed, Embase e sistema Cochrane, sem restrição de data de publicação.

Na base Medline/Pubmed foram utilizados os unitermos thyroid cancer, radioiodine therapy in thyroid cancer, EBRT in thyroid cancer, ultrasound in thyroid nodule. A busca foi limitada a humanos e artigos na língua inglesa. Não houve restrição de data. Esta busca resultou em 350 artigos que foram revisados.

Os mesmos unitermos foram utilizados para pesquisa na base de dados Embase e não foram encontrados artigos adicionais com esta estratégia. Foi também acessada a base de dados da Crochane, na qual não foi encontrada nenhuma revisão sistemática.

Foram excluídos estudos similares, com delineamento inadequado do desfecho analisado ou com tempo de seguimento curto e relatos de casos.

Além disso, foram consultados livros-texto de endocrinologia, diversos artigos publicados em revistas indexadas, consensos e guidelines nacionais e internacionais.

No total, 102 referências foram utilizadas e acrescentadas duas publicações, uma sobre a incidência do câncer no Brasil e a outra, sobre a classificação de tumores malignos, todas devidamente referidas neste Protocolo.

2 INTRODUÇÃO

O Carcinoma Diferenciado da Tireoide (CDT) é a neoplasia maligna endócrina de maior prevalência no mundo (1). Entende-se como CDT, o tumor maligno da tireoide de origem epitelial, sendo o carcinoma papilífero o principal representante desta categoria. Além do carcinoma papilífero, incluem-se dentro do grupo de CDT o carcinoma folicular e o carcinoma de células de Hürthle.

Estudos epidemiológicos recentes mostram um aumento progressivo na incidência de CDT em diferentes regiões do mundo ao longo das últimas décadas (2,3,4). Este aumento é observado tanto em homens quanto em mulheres e envolve casos de diferentes tamanhos de tumores. Segundo Brito e cols., a incidência de casos no Brasil é de 1,16 e 5,27 por 100.000 habitantes na população masculina e feminina, respectivamente (5). Estimativa recente da incidência do câncer, feita pelo INCA, prevê um total de 10.590 novos casos para 2012, também válido para 2013, representando o câncer da tireoide, excluindo-se o câncer não melanótico de pele, a terceira à sexta neoplasia maligna mais frequente entre a população feminina brasileira, dependendo da região geográfica considerada (6).

Segundo consensos de especialistas da Associação Americana de Tireoide (ATA), da Associação Europeia de Tireoide (ETA) e do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, o tratamento inicial do CDT consiste de ressecção da tireoide (tireoidectomia), seguida de tratamento complementar com iodo radioativo (radioiodoterapia - RIT) em casos selecionados (7,8,9).

Consultores: Rossana Corbo Ramalho de Mello e Maria Cristina Ferreira Drummond

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

A radioterapia externa e a quimioterapia têm papel restrito no tratamento do CDT e serão comentadas especificamente.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C73 – Neoplasia maligna da glândula tireoide

4 DIAGNÓSTICO

O câncer da tireoide apresenta-se comumente como nódulo detectado pela palpação ou detectado pela ultrassonografia cervical. Embora os nódulos tireoidianos sejam comuns, com prevalência entre 4% a 50%, dependendo dos procedimentos diagnósticos utilizados e da idade das pessoas, o câncer da tireoide é raro (10). Os nódulos impalpáveis ao exame físico e diagnosticados por meio da ultrassonografia ou outro método de imagem são denominados de “incidentalomas”. Os nódulos impalpáveis têm a mesma chance de malignidade do que nódulos palpáveis do mesmo tamanho (11). Em geral, somente nódulos com 1 cm ou mais de diâmetro devem ser investigados, pois têm maior potencial de albergar uma neoplasia maligna. No entanto, indivíduos com nódulos de dimensões inferiores com características suspeitas à ultrassonografia, tais como, a presença de linfonodomegalia cervical, história de irradiação da cabeça e pescoço ou história de câncer em parentes de primeiro grau devem ser submetidos à propedêutica (7,12). É fundamental um exame físico cuidadoso com palpação da região cervical, caracterização do nódulo quanto à consistência, fixação a outras estruturas cervicais e avaliação da presença de disfonia secundária à paralisia de corda vocal (13,14). O objetivo da avaliação do nódulo tireoidiano é estabelecer o risco de câncer por meio de métodos que sejam acurados, precisos, além de seguros e custo-efetivos (12).

O paciente com diagnóstico de doença nodular tireoidiana deve ter a dosagem de hormônio tireotrófico (TSH), com o objetivo de avaliar a função tireoidiana. Na presença de níveis inferiores aos valores considerados normais, recomenda-se a realização de captação e cintilografia com radioisótopo para investigar a possibilidade de hiperfunção tireoidiana. A incidência de neoplasia maligna neste tipo de nódulo é rara, não havendo indicação de realização de punção guiada pela ultrassonografia (12).

Os níveis de TSH têm sido relacionados ao risco de câncer da tireoide em pacientes com doença nodular. Boelaert e cols. (15), em um estudo prospectivo no Reino Unido, no qual foram avaliados 1.500 pacientes, concluíram que o nível de TSH em pacientes com doença nodular tireoidiana, mesmo nos limites da normalidade, constituiu-se em fator preditivo independente da presença de malignidade tireoidiana. O mesmo estudo concluiu que o gênero, idade e tipo de bócio ao diagnóstico são também fatores preditores independentes para neoplasia maligna.

Inexistem evidências que apoiem a recomendação da dosagem rotineira de tireoglobulina na avaliação pré-operatória dos pacientes com doença nodular tireoidiana. Quanto à calcitonina, embora recomendados por alguns autores, com o objetivo de diagnosticar o câncer medular da tireoide em estágios iniciais, ainda é objeto de debate na literatura no que tange ao custo-efetividade (7,9).

A ultrassonografia é uma técnica disseminada e, na atualidade, o exame de primeira linha para detectar e caracterizar a doença nodular tireoidiana, devendo ser realizada em todos pacientes com diagnóstico ou suspeita de doença nodular. Algumas características ultrassonográficas são associadas com malignidade: hipocogenicidade, microcalcificações, ausência de halo periférico, bordas irregulares, aspecto sólido, fluxo intranodular e a forma (altura

maior que a profundidade nos eixos longitudinal e transversal, respectivamente). Com exceção da linfonomegalia cervical suspeita, nenhum achado à ultrassonografia isolado ou em combinação é suficientemente sensível ou específico na identificação de nódulos malignos. Cada uma destas características isoladamente tem baixo valor preditivo positivo (7,11).

Na avaliação de um nódulo tireoidiano, os seguintes elementos deverão constar na descrição do laudo ultrassonográfico:

- » volume da glândula, ecogenicidade e vascularidade;
- » número de nódulos e com as seguintes descrições para cada um deles: dimensões, forma, ecogenicidade, presença e quantificação do conteúdo líquido, características das bordas, presença de halo periférico, ocorrência de calcificações e suas características, padrão vascular ao doppler (periférico ou central) e presença e caracterização de linfadenomegalia(s) (16).

Moon and cols. demonstraram em estudo retrospectivo que a presença de pelo menos um achado sugestivo de malignidade à ultrassonografia teve sensibilidade de 83,3%, especificidade de 74% e acurácia diagnóstica de 78,0%, sendo que esta última foi dependente do tamanho do nódulo (17).

Em relação às dimensões dos nódulos, um estudo retrospectivo publicado em 2013, envolvendo 4.955 pacientes e 7.000 nódulos tireoidianos puncionados, analisou a relação entre o tamanho do nódulo à ultrassonografia e o risco de malignidade, por meio dos resultados da citologia e da cirurgia. O tamanho do nódulo relacionou-se com o risco absoluto de malignidade em um modelo não linear para diâmetros até 2,0 cm, o que não foi demonstrado para nódulos com diâmetros maiores. No entanto, a ocorrência dos tipos histológicos raros e do carcinoma folicular aumentou proporcionalmente com as dimensões dos nódulos (diâmetro igual ou maior do que 4,0 cm), sendo que a ocorrência da histologia papilífera prevaleceu nos menores (18).

Há grande discussão na literatura sobre a relação entre tireoidite de Hashimoto e carcinoma da tireoide, com diferentes prevalências entre estudos populacionais. Esta discordância se deve às diferentes metodologias de avaliação adotadas, pois aquelas que utilizaram a citologia obtida por meio de punção por agulha fina não comprovam esta associação. No entanto, as baseadas nos resultados histológicos das tireoidectomias sugerem uma relação entre as duas condições, provavelmente devido a viés de seleção (19).

Outra controvérsia relaciona-se à prevalência de malignidade e a conduta nos pacientes com múltiplos nódulos tireoidianos. Frates e cols., por meio de estudo de coorte prospectivo de 1.985 pacientes e 3.483 punções dirigidas pela ultrassonografia de nódulos com diâmetros acima de 10 mm, concluíram que a probabilidade de câncer da tireoide não difere entre pacientes com nódulos únicos daqueles que apresentam nódulos múltiplos. (20) A chance de malignidade foi independente do número de nódulos. Para uma exclusão segura de malignidade em uma glândula com múltiplos nódulos com 10 mm ou mais de diâmetro, os autores não recomendam a punção de um único nódulo. (20) Segundo a orientação da ATA, em seu último guideline, na presença de dois ou mais nódulos com mais de 10 mm devem ser puncionados preferencialmente aqueles que apresentam características ultrassonográficas suspeitas (7).

A biópsia por agulha fina (PAAF) guiada pela ultrassonografia é um importante meio diagnóstico dos nódulos tireoidianos, sendo um método sensível no diagnóstico diferencial entre lesões malignas e benignas. É o procedimento de escolha na avaliação dos nódulos tireoidianos (7,9). Trata-se de um método efetivo na identificação de pacientes candidatos à cirurgia com suspeita de presença de malignidade. A PAAF mostrou-se igualmente factível e com acurácia semelhante independente das dimensões dos nódulos, incluindo a proporção de aspirados não diagnósticos, que não diferiu nos nódulos com diâmetros maiores (18).

No estudo retrospectivo de Boelaert e cols., a PAAF demonstrou uma sensibilidade de 88% e especificidade de 82% e apenas 1% de resultados falsos negativos no diagnóstico de doença maligna e maior chance de doença maligna no nódulo isolado (15).

Uma coorte retrospectiva da Clínica Mayo avaliou o valor preditivo da PAAF nos pacientes com citologia suspeita ou indeterminada submetidos à cirurgia, e a conclusão foi que tanto nódulos isolados ou múltiplos estão associados ao aumento do risco de malignidade. Confirmou que a PAAF é uma ferramenta efetiva para definir os candidatos à cirurgia neste grupo de pacientes, com valor preditivo positivo de 76% (21).

Gharib e cols. em revisão da literatura sobre os resultados da PAAF encontraram uma sensibilidade média de 83%, especificidade de 92%, 5% de falsos positivos e 5% de falsos negativos (22).

Com o objetivo de padronizar a terminologia dos laudos citológicos das punções da tireoide, tem sido adotado nos EUA desde 2007, e também no Brasil, o denominado Sistema de Bethesda para os laudos de citopatologia da tireoide. Esta medida foi de grande importância, pois facilitou a comunicação entre os citopatologistas, endocrinologistas e outros profissionais da saúde. Além disso, tem permitido pesquisas na área de epidemiologia, patologia, diagnóstico e tratamento das doenças tireoidianas, especialmente as neoplasias. São seis categorias gerais, e para cada uma delas há uma estimativa do risco de malignidade, conforme demonstrado no Quadro 1 (23). Não serão discutidas neste Protocolo as características de cada categoria diagnóstica e as condutas a serem adotadas em cada uma delas. Vale ressaltar, no entanto, que a tireoidectomia total está indicada nos pacientes categorizados como “suspeita de malignidade” e “malignos”, e cirurgias menos extensas, como a lobectomia, são preconizadas para pacientes com exames citológicos classificados na categoria “suspeita de neoplasia folicular”. Nesta categoria, têm sido utilizados marcadores moleculares (BRAF, RAS, RET/PTC e outros) para auxiliar na definição diagnóstica. No Brasil, esta conduta está restrita a alguns centros de pesquisas (7,12).

Bongiovanni e cols. em meta-análise publicada em 2012 avaliaram o impacto desta nova classificação na conduta frente aos indivíduos com nódulos, a variabilidade das categorias entre as instituições e a variação do percentual de malignidade em cada uma delas. A conclusão foi de que o Sistema Bethesda tem alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo, comprovando seu valor na conduta clínica destes pacientes. (24)

Quadro 1 - Sistema Bethesda: correlação do resultado citopatológico e o risco de malignidade em tireoide.

CATEGORIA DIAGNÓSTICA	RISCO DE MALIGNIDADE (%)
Não diagnóstica ou insatisfatória	1-4
Benigna	0-3
Atipia de significado indeterminado ou lesão folicular de significado indeterminado	5-15
Neoplasia folicular ou suspeita de neoplasia folicular	15-30
Suspeita de malignidade	60-75
Maligna	97-99

Modificado de Cibas ES, Ali S Z, 2009. (23)

A ULTRASSONOGRAFIA COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO

O nódulo de tireoide é um achado frequente na população. São clinicamente evidentes em cerca de 4% a 7% das mulheres e 1% dos homens adultos. Grande parte destes nódulos é de natureza benigna, porém malignidade pode ser encontrada em cerca de 10% nos adultos e em até 26% nas crianças. (7,25,26)

A ultrassonografia é o método de escolha para a avaliação dos nódulos tireoideanos. Possui sensibilidade de quase 100%, sendo superior aos outros métodos de imagem. Apresenta custo relativamente baixo, é de fácil execução, não necessita preparo para o exame e não apresenta riscos para o indivíduo. Permite diferenciar nódulos sólidos, nos quais a incidência de malignidade é maior do que nos nódulos císticos e mistos, nos quais prevalece a benignidade. Quando associado ao uso do doppler, observa-se que determinados padrões de vascularização, como, por exemplo, predomínio vascular na periferia do nódulo, sugerem benignidade. Por outro lado, os carcinomas diferenciados se apresentam com vascularização periférica e central, em geral com predomínio desta última. As informações obtidas pelo exame ultrassonográfico podem conduzir à suspeita

de malignidade e devem constar em todo laudo de ultrassonografia na avaliação de um nódulo tireoideano. A presença de nódulo tireoideano impalpável em indivíduos de alto risco, cuja tireoide foi previamente irradiada (radioterapia externa da região cervical por outras causas, como linfoma e tumor de laringe) ou com exposição a acidentes radiológicos ou radioativos, cursa com maior risco de malignidade. Nos indivíduos que receberam radioterapia externa em cabeça e pescoço, sugere-se que seja realizada ultrassonografia anual até 5 anos após o término da radioterapia. (7,8,27,28)

Características do nódulo: tamanho, multinodularidade e vascularização:

Nódulos únicos com contornos irregulares, nódulo dominante em bócios multinodulares, nódulos com tamanho maior que 4 cm, vascularização intranodular e relação entre a medida transversa do nódulo e a longitudinal maior que 1 cm sugerem tratar-se de nódulo suspeito, com grande chance de malignidade (7,8,28,29).

Ecogenicidade:

A baixa ecogenicidade (nódulo sólido hipoecoico) é uma característica relevante, com valor preditivo positivo para malignidade que pode variar de 50% a 63%. Os isoecoicos podem ser malignos em 7% a 25% dos casos, e a malignidade está presente em apenas 4% dos casos de nódulos hiperecoicos. Os carcinomas diferenciados de tireoide totalmente sólidos podem ser malignos em até 95% dos casos (25,30-32).

Presença de halo:

Um halo bem definido e completo sugere benignidade. Quando ele é irregular e parcial, a possibilidade de malignidade deve ser considerada (27,31).

Calcificações:

As calcificações no nódulo tireoideano podem ser observadas tanto em nódulos benignos quanto malignos. As macrocalcificações, especialmente na periferia do nódulo (sinal da casca do ovo), são características de benignidade. Já as microcalcificações encontradas no carcinoma papilífero de tireoide representam os corpos psamomatosos formados pela calcificação de trombos intratumorais ou infarto das extremidades de papilas malignas. A presença de microcalcificações tem alto valor preditivo positivo para malignidade. (27,31)

Presença e aspecto dos linfonodos cervicais:

Os linfonodos cervicais aumentados são achados frequentes, muitas vezes decorrentes de infecções crônicas do trato respiratório superior. Nos tumores diferenciados da tireoide, em especial o carcinoma papilífero, cuja disseminação é por via linfática, a presença de linfonodos aumentados pode indicar acometimento metastático. O estudo ultrassonográfico da região cervical é útil na avaliação de linfonodo suspeito de malignidade; confirma o diagnóstico, quando associado à punção aspirativa e dosagem de tireoglobulina no aspirado; e é importante no seguimento e avaliação da resposta terapêutica. (33)

As diferenças observadas à ultrassonografia entre linfonodos reacionais e os suspeitos de malignidade já estão bem esclarecidas (34,35): Linfonodos ovalados ou alongados (razão eixo curto/eixo longo menor do que 0,5 ou 0,7), apresentando hilo hiperecogênico central, de ecotextura hipocogênica uniforme e localizados no 1/3 superior do pescoço (regiões submentoniana, submandibular e jugular superior) são compatíveis com linfonodos reacionais. Os linfonodos arredondados (razão eixo curto/eixo longo maior do que 0,5 ou 0,7), com estrutura heterogênea, hipoecoico com perda do hilo, localizados no 1/3 inferior do pescoço (níveis IV, V e VI) são fortemente suspeitos de metástases de carcinoma diferenciado. Calcificações finas podem ser encontradas em metástases de carcinoma papilífero em 50%–69% dos casos. (7,36)

5 ESTADIAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação da extensão neoplásica pelo sistema TNM tem como objetivo o prognóstico do CDT (37). Nesta classificação, os pacientes são divididos de acordo com faixa etária: acima ou abaixo de 45 anos. Os quadros 2 e 3 descrevem os critérios desse estadiamento.

Quadro 2 – Critérios de estadiamento – TNM

CATEGORIA TNM	CRITÉRIOS
Tx	O tumor primário não pode ser avaliado.
T0	Não há evidência de tumor primário.
T1a	Tumor com diâmetro de 1 cm ou menos em sua maior dimensão e limitado à tireoide.
T1b	Tumor com diâmetro de mais de 1 cm e com até 2 cm em sua maior dimensão e limitado à tireoide.
T2	Tumor com diâmetro mais de 2 cm e até 4 cm em sua maior dimensão e limitado à tireoide.
T3	Tumor com mais de 4 cm restrito à tireoide ou qualquer tumor com mínima extensão extratireoidiana.
T4a	Tumor de qualquer tamanho que se estende além da cápsula tireoidiana e invade tecidos moles subcutâneos, laringe, traqueia, esôfago ou nervo laríngeo recorrente.
T4b	Tumor com invasão de fáscia pré-vertebral ou vasos mediastinais ou envolve a artéria carótida.
Nx	Linfonodos regionais não podem ser avaliados.
N0	Ausência de metástases em linfonodos regionais.
N1a	Metástases linfáticas em nível VI (compartimento central).
N1b	Metástases em outros linfonodos cervicais unilaterais, bilaterais ou contralaterais (níveis I, II, III, IV ou V) ou em linfonodo retrofaríngeo ou mediastinal superior.
M0	Ausência de metástase(s) à distância.
M1	Presença de metástase(s) à distância.

Adaptado de UICC. TNM – Classificação de Tumores Malignos (37).

Quadro 3 – Estágios tumorais segundo a Classificação TNM

ESTÁGIO	IDADE ABAIXO DE 45 ANOS	IDADE ACIMA DE 45 ANOS
I	Qualquer T, qualquer N, M0.	T1a, T1b, N0, M0.
II	Qualquer T, qualquer N, M1.	T2, N0, M0.
III		T3, N0, M0. T1, T2, T3, N1a, M0.
IVA		T1, T2, T3, N1b, M0. T4a, N0, N1, M0.
IVB		T4b, qualquer N, M0.
IVC		Qualquer T, qualquer N, M1.

Adaptado de UICC. TNM – Classificação de Tumores Malignos (37).

O CDT tem excelente prognóstico, mesmo em casos de doença metastática. A taxa média de sobrevida em 10 anos de pacientes com carcinoma papilífero ultrapassa 95% nos casos de doença restrita à tireoide (38). Em pacientes com doença metastática, esta sobrevida é reduzida de maneira significativa (70% e 64% em 10 e 15 anos, respectivamente); entretanto este aumento da taxa de mortalidade é mais lento do que o observado em outras neoplasias malignas (39). Em cerca de 40% dos casos de CDT já se observam metástases linfáticas ao diagnóstico (40). Este fato proporciona consequências como altas taxas de recidiva locoregional, aumento da incidência de retratamento, alta morbidade, potencial redução da qualidade de vida (41) e possível redução na sobrevida (42).

Recentemente, o papel da resposta ao tratamento inicial tem sido alvo de discussão. Estudos retrospectivos mostram que o tratamento inicial do CDT possui forte correlação com o risco de recidiva em longo prazo (43), reiterando a ideia de que um tratamento inicial adequado é capaz de reduzir a morbi-mortalidade de maneira significativa. Dessa forma, com o objetivo de prever o risco de recidiva, existe recente proposta para o *reestadiamento* dos pacientes após tratamento inicial definido, classificando-os de acordo com a resposta ao mesmo (43). Uma crítica a esse modelo é o fato da necessidade de radioablação em todos os pacientes para se alcançar esta resposta.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO:

Em relação ao estadiamento do CDT, os pacientes podem ser estratificados de acordo com os potenciais de riscos de recidiva e de mortalidade relacionada ao tumor. Os critérios disponíveis se baseiam em dados posteriores ao tratamento inicial. Com o objetivo de prever o risco de recidiva tumoral, a ATA propõe que os pacientes sejam classificados como sendo de baixo, intermediário e alto risco (7).

Os pacientes são considerados de baixo risco quando não apresentam doença metastática, tiveram toda doença macroscópica removida, não apresentavam evidência de invasão tumoral local de tecidos ou estruturas adjacentes, não possuem tumores de variantes histológicas sabidamente agressivas e não apresentaram captação de radioiodo em local que não o leito cirúrgico em cintilografia de corpo inteiro (PCI) realizada após a radioiodoterapia inicial.

São classificados como de risco intermediário aqueles pacientes que tenham quaisquer das seguintes características: invasão microscópica de estruturas adjacentes, presença de variantes histológicas agressivas ou com invasão vascular, presença de metástase(s) linfática(s) ou que cursaram com captação extraleito tireoidiano de radioiodo na PCI após dose ablativa.

Por fim aqueles indivíduos nos quais há presença de doença residual local macroscópica após o tratamento cirúrgico, tumor com invasão local grosseira evidente ou doença metastática à distância são descritos como de alto risco (7).

De forma semelhante o consenso da ETA estratifica os pacientes como de muito baixo risco, baixo risco e risco elevado (9) com o objetivo de definir critérios quanto ao benefício de tratamento complementar com radioiodo.

6 TRATAMENTO

A modalidade terapêutica dos tumores malignos da glândula tireoide varia com o tipo histológico e o estadiamento. No caso do CDT, deve-se também levar em consideração a análise dos fatores de risco.

6.1 CIRURGIA

A extensão da cirurgia nos tumores malignos da tireoide, em especial o carcinoma papilífero, sempre foi motivo de debate (44). A opção cirúrgica deve levar em conta não somente a remoção do tumor primário e de suas metástases locoregionais, como também reduzir a morbidade do procedimento. De acordo com as tendências atuais e os consensos citados anteriormente, as condutas cirúrgicas também baseiam-se nos fatores prognósticos de mortalidade e recorrência.

A base teórica que apoia as intervenções cirúrgicas mais extensas fundamenta-se no fato de que os tumores papilíferos são comumente multifocais e bilaterais, além de permitirem a ablação com iodo radioativo e o monitoramento por meio da dosagem de tireoglobulina. A tireoidectomia total e lobectomia, quando realizadas por cirurgiões experientes, não mostram diferenças comparativas em relação à morbidade. Porém, Bilimoria and cols avaliaram os dados de 52.173 pacientes com o diagnóstico de carcinoma papilífero da tireoide operados nos EUA no período de 1985-1998, concluindo que a tireoidectomia total, quando comparada com a lobectomia, foi associada com diminuição do risco de mortalidade e da recorrência tumoral para tumores de todas as dimensões, exceto para lesões menores que 1 cm de diâmetro. (45)

Segundo a ATA, a tireoidectomia total está indicada, devido ao aumento de risco de malignidade, em pacientes com citologia indeterminada em tumores maiores que 4cm, quando existe alto grau de atipia celular ou quando a biopsia é suspeita de carcinoma papilífero da tireoide (em qualquer tamanho de nódulo). Uma cirurgia mais ampla também estaria indicada em pacientes com história familiar de câncer da tireoide e naqueles expostos previamente a radiação ionizante. (7)

Nos pacientes com diagnóstico de carcinoma maiores que 1 cm, o tratamento inicial é a tireoidectomia total, a não ser que haja alguma contraindicação para o procedimento. A lobectomia poderia ser realizada em pacientes com tumores menores que 1 cm (T1a), unifocais, totalmente intratireoidianos, papilíferos clássicos, sem história familiar ou de irradiação prévia, sem metástase (46).

Segundo a experiência do *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*, a lobectomia é aceitável também em pacientes com tumor menor que 4 cm (T1,T2), totalmente incluído no tecido tireoideano, sem metástases linfonodais e sem doença contralateral confirmada por ultrassonografia (43).

Em determinadas situações pode ser necessária a complementação da tireoidectomia, especialmente quando não há o diagnóstico pré-operatório de câncer. Muitos tumores são multifocais, e a incidência de novos focos no lobo contralateral é elevada, segundo alguns estudos. Por outro lado, há pacientes em que o estadiamento pós-operatório os inclui nos tumores de risco e, portanto, candidatos ao tratamento com iodo radioativo, para a qual a tireoidectomia total é pré-requisito. (47,48,49,50)

A presença de linfonodos cervicais acometidos no carcinoma papilífero da tireoide é freqüente, variando entre 20% a 50% dos casos e pode estar presente mesmo nos tumores menores que 1 cm. (40,51,52)

Em revisão publicada por Mazzaferri (53), as metástases linfonodais foram encontradas em 36% de 8.029 adultos com carcinoma papilífero, 17% dos tumores foliculares e em mais de 80% das crianças. Ainda há controvérsia sobre o valor prognóstico da presença de metástases, mas publicações recentes têm apontado para uma associação com maiores taxas de recorrência e menor sobrevida (54).

As metástases do compartimento central nem sempre são detectadas pelos métodos de imagem, e em tumores classificados como T1 e T2 a freqüência de metástases nesta região chega a 30% (55).

Embora a presença de linfonodos não seja muito valorizada nos pacientes de baixo risco, alguns autores chamam a atenção para o fato de que em pessoas mais velhas (acima de 45 anos) pode haver maior risco de recorrência, especialmente naquelas com múltiplas metástases ou extravasamento da cápsula do linfonodo (56,57).

Em muitos pacientes, as metástases linfonodais somente são observadas durante o ato cirúrgico. As metástases do compartimento central não são detectadas no pré-operatório pelos métodos habituais utilizados e mesmo pela palpação durante o ato operatório. Existem controvérsias quanto à indicação da abordagem do compartimento central, isto é, se este deve sempre ser abordado profilaticamente ou apenas quando existem evidências de acometimento linfonodal (55,58).

A dissecação de linfonodos centrais refere-se à excisão sistemática dos linfonodos pré-larígeos, peritraqueais e paratraqueais que estão no nível VI do pescoço, podendo ser unilateral ou bilateral. Na cirurgia profilática ou eletiva, esta conduta é realizada na ausência de anormalidades linfonodais detectadas por meio do exame clínico ou de imagem (44).

Para pacientes com tumores pequenos, não invasivos, aparentemente sem metástases ganglionares, a dissecação profilática do compartimento central (níveis VI e VII) traria maior morbidade à cirurgia, quando realizada por profissionais menos experientes. O esvaziamento linfático dos compartimentos laterais (níveis II, III, IV e V) nos pacientes com metástases linfáticas evidentes, reduz o risco de recorrência e possível mortalidade (59).

Os dados atuais são insuficientes quanto à comprovação de benefício da dissecação profilática do nível central em diminuir a persistência ou recorrência da neoplasia, devido às limitações dos estudos existentes e os resultados conflitantes. A orientação da ATA é de que este procedimento deverá ser realizado nos pacientes previamente diagnosticados com metástases linfonodais, naqueles com tumores classificados como T3 ou T4. Para pacientes com tumores menores, não invasivos e aparentemente sem linfonodos acometidos, o risco-benefício deverá ser considerado individualmente (7,44).

6.2 RADIOIODOTERAPIA (RIT)

A radioiodoterapia tem duas finalidades (60):

- » radioablação: utilizada após a tireoidectomia total, com o objetivo de destruir tecido tireoidiano remanescente, em geral tecido normal, e facilitar o acompanhamento com a dosagem de tireoglobulina sérica. Em geral são utilizadas atividades de 1.100 a 3.700 MBq (30 a 100 mCi); e
- » terapêutica: além de buscar destruir tecido remanescente, elimina micrometástases locoregionais e metástases à distância. Em geral são utilizadas atividades acima de 3.700 MBq (100 mCi).

AVALIAÇÃO INICIAL E INDICAÇÕES

O paciente candidato à RIT deverá ser avaliado pelo médico assistente sob o ponto de vista de sua condição clínica atual e indicação do tratamento. É fundamental que sejam apresentadas informações referentes ao tratamento

cirúrgico: extensão da cirurgia, complicações, presença de doença residual ou metastática conhecida e a dose iodo radioativo indicada. O laudo com o diagnóstico histopatológico deverá estar disponível, assim como as lâminas e blocos, caso haja necessidade de se proceder à revisão de lâminas ou exames complementares, como de imunohistoquímica ou outros marcadores tumorais.

À anamnese e ao exame físico, devem ser avaliados os seguintes aspectos: data do diagnóstico, apresentação inicial da doença, extensão do tumor, ausência ou presença de metástases, resultados de exames pré-operatórios, resultados de exames citológicas e histopatológicos, tipo de cirurgia realizada, complicações pós-operatórias, uso de levotiroxina e outros tratamentos realizados (cirurgias prévias, radioiodoterapia, radioterapia externa e outros). Na individualização do risco, é importante investigar sobre a história familiar de neoplasias malignas da tireoide, exposição prévia à radiação ionizante, uso de medicamentos e demais fatores que possam interferir no êxito da RIT, como ingestão de medicamentos ricos em iodo, exposição recente a contraste iodado e presença de doença hipotálamo-hipofisária.

É importante avaliar a indicação de RIT de acordo com critérios de risco de recidiva e mortalidade pelo CDT (7,9).

Os pacientes considerados como de muito baixo risco pela ETA (ou de baixo risco pela ATA) possivelmente não serão beneficiados com o tratamento com iodo radioativo, devendo manter-se apenas sob controle clínico e seguimento (descrito adiante).

Pacientes considerados de alto risco são sabidamente favorecidos com a RIT. Dessa forma, devem ser encaminhados para dose terapêutica aqueles com doença residual local ou com metástase(s) à distância iodocaptante(s).

O benefício da RIT sobre as recidiva e mortalidade em pacientes considerados como de baixo risco pela ETA (risco intermediário pela ATA) é questionável, não havendo consenso sobre a indicação de tratamento nesta população (9). No entanto, não se questiona que a ablação de tecidos remanescentes nestes indivíduos facilita a avaliação da extensão da doença e seguimento clínico (61). Portanto, na falta de dados na literatura que subsidiem a indicação precisa de RIT, em pacientes com tumores restritos à glândula tireoidiana ou com mínima invasão capsular, de tamanho inferior a 4 cm e com presença ou sem metástase(s) linfática(s) apenas em compartimento central (nível VI), a indicação de radioiodoterapia deve ser avaliada segundo critérios particulares de cada paciente. O objetivo principal da RIT é a redução do risco de desfechos desfavoráveis relacionados ao tumor e não apenas facilitar o seguimento. Esta recomendação se justifica também no objetivo de se evitar complicações precoces e tardias relacionadas à exposição ao radioiodo (62,63).

Após a confirmação da indicação do tratamento com radioiodo, os pacientes devem ser encaminhados a Serviço de Medicina Nuclear. Com o objetivo de estimar o volume de tecido remanescente ou de doença metastática, assim como a sua avidéz por iodo, poderão ser solicitados exames de captação cervical e pesquisa de corpo inteiro (PCI) com baixas doses de radioiodo. Uma vez que o potencial de metástase(s) à distância é baixo em pacientes considerados de risco baixo/intermediário, a PCI pré-tratamento pode ser prescindida na maioria dos pacientes, sem impacto significativo na mudança do planejamento terapêutico. Tal medida visa também a evitar potencial prejuízo ao tratamento por efeito *stunning* (64). Também deverão ser solicitados para avaliação pré-tratamento: dosagens séricas de tireoglobulina estimulada (vide a seguir, em “Preparo para a RIT”) e de anticorpos antitireoglobulina, hemograma, cálcio e fósforo.

Exames direcionados à avaliação de doença metastática previamente conhecida ou recém-diagnosticada pelos exames iniciais podem ser solicitados (cintilografia óssea, radiografia simples, tomografia computadorizada ou ressonância magnética), uma vez que a ressecção cirúrgica das metástases deve ser preferida ao tratamento com radioiodo, sempre que possível (65,66). Demais exames complementares que possam contribuir na avaliação de comorbidades que interfiram direta ou indiretamente com a RIT devem ser solicitados, como espirometria em pacientes com metástases pulmonares difusas e avaliação de função renal em pacientes com insuficiência renal crônica.

Em casos em que há indícios clínicos, laboratoriais, ou em exames de imagem de tecido remanescente ou de doença residual local de volume considerável, a realização de ultrassonografia da região cervical com *dopplerfluxometria* pode ser útil na sua quantificação. Nestes casos deve-se avaliar a possibilidade de ressecção cirúrgica deste tecido, uma vez que a eficácia de ablação é reduzida (67).

PREPARO PARA A RADIOIODOTERAPIA

O preparo para a terapia com radioiodo tem como objetivo aumentar a eficácia do tratamento. A principal medida relacionada à eficácia é a elevação dos níveis de TSH. A elevação deste hormônio estimulante pode ser obtida pela interrupção do uso de levotiroxina, induzindo hipotireoidismo endógeno (causando elevação fisiológica do TSH), ou pela administração exógena de TSH recombinante humano (TSHrh).

Estudos em pacientes considerados de baixo/intermediário risco mostram que ambas as alternativas possuem valores semelhantes de eficácia na ablação de tecidos remanescentes (68). Outro ponto importante, é que não houve impacto negativo do uso de TSHrh nas taxas de recidiva de doença em pacientes cuja ablação foi realizada com TSHrh (69).

O uso de TSHrh tem sido utilizado para a ablação de tecido remanescente tireoidiano em pacientes de baixo/intermediário risco no Brasil, EUA, Europa e outros países (70-76), porém a evidência é escassa. Assim, o emprego de TSHrh na RIT de pacientes com doença metastática não foi regulamentado no SUS.

Outra questão a ser considerada no preparo para a radioiodoterapia deve ser relativamente a dieta pobre em iodo, cuja ingestão diária deverá estar abaixo de 50 mcg/dia. Inexiste consenso sobre o tempo necessário de dieta. Dessa forma, os pacientes devem ser recomendados a mantê-la por um período de pelo menos duas semanas antes da RIT, período este que pode sofrer variação de acordo com a região geográfica analisada (maior ou menor aporte regular de iodo na dieta e no ambiente). Essa medida tem como objetivo aumentar a avidéz pelo iodo do tecido a ser tratado e deverá ser instituída independente do tipo de preparo, seja pela suspensão da tiroxina ou pelo uso do TSH recombinante. (77-80)

Os pacientes devem também ser orientados a evitar riscos de contaminação por outras fontes externas de iodo não radioativo, também aquele encontrado em tinturas, esmaltes e produtos cosméticos específicos.

Por fim, os pacientes com indicação de RIT devem ser orientados a manter de forma regular tratamentos de possíveis comorbidades durante todo o período de pré e per tratamento com radioiodo.

ATIVIDADE DE RADIAÇÃO ADMINISTRADA

A atividade a ser administrada de radioiodo em pacientes com CDT varia de acordo com o objetivo do tratamento. É importante salientar que a terapia deve ser a mais eficaz possível com o menor risco de exposição à radiação necessária.

Nos pacientes de baixo risco que sejam considerados como tendo benefício clínico com a RIT, o objetivo do tratamento é promover a ablação de tecido remanescente. Esta ablação pode ser definida como a ausência de captação de radioiodo em leito tireoidiano em estudo cintilográfico, ou a ausência de níveis séricos detectáveis de tireoglobulina estimulada (7).

Apesar de tendências no passado de se prescrever atividades mais elevadas para radioablação (7,9,64,68), estudos recentes mostram que atividades em torno de 1.110 MBq (30 mCi), com indução de hipotireoidismo, são capazes de promover ablação de tecido remanescente de maneira não diferente ao observado com atividades de 3.700 MBq (100 mCi) (75,81-84). Dessa forma, os pacientes considerados de baixo/intermediário risco (tumor restrito à glândula tireoidiana ou com mínima invasão capsular, de tamanho inferior a 4 cm, com presença ou não de metástases linfáticas apenas em compartimento central) e em que não houver suspeita de doença residual microscópica, e que poderiam se beneficiar do tratamento com radioiodo, devem receber atividades entre 1.110 e 3.700 MBq (30 e 100 mCi). Nos casos de pacientes também de baixo/intermediário risco, porém em que há suspeita de doença microscópica residual, ou em que fatores de possível pior prognóstico se mostrem presentes (como, por exemplo, presença de variantes histológicas de maior agressividade), recomenda-se neste Protocolo o emprego de ablação com atividade mínima de 3.700 MBq (100 mCi) (7,9,68).

Nos casos de doença residual macroscópica evidente ou de metástases à distância, o tratamento com radioiodo se relaciona de maneira significativa com benefício na morbi-mortalidade (39,83). Apesar de não haver consenso sobre a melhor atividade de radiação a ser administrada nesses casos, valores não inferiores a 7.400 MBq (200 mCi), mas não ultrapassando valores radiotóxicos para a medula óssea, devem ser empregados.

Devido ao risco de edema peritumoral e conseqüente compressão de estruturas nobres adjacentes, dependendo da localização e extensão da doença a ser tratada, anti-inflamatórios, esteroides ou não, poderão ser empregados por ocasião da RIT.

MEDIDAS DE RADIOPROTEÇÃO INTRA E EXTRA-HOSPITALARES

Devido ao potencial risco decorrente de exposição à radiação de pacientes, parentes, profissionais da saúde e população em geral, todos os procedimentos realizados que envolvam exposição interna ou externa a material radioativo devem seguir as recomendações de segurança publicadas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN (resoluções CNEN 3.0 e CNEN 6.05, disponíveis em <http://www.cnen.gov.br/seguranca/normas/mostranorma.asp?op=305>), pela Agência Internacional de Energia Atômica – IAAE (Relatório de Segurança nº 63 da Agência Internacional de Energia Atômica, disponível em http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/pub1417_web.pdf) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (RDC 38/Medicina Nuclear 2008, disponível em <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=31277&word=>).

6.3 RADIOTERAPIA EXTERNA

O tratamento clássico do carcinoma diferenciado da tireoide é a tireoidectomia seguida do uso de iodo radioativo, nos casos selecionados, como descrito anteriormente. O uso da radioterapia externa sempre foi objeto de controvérsias, uma vez que não há estudos suficientes para comprovar a sua eficácia.

Alguns grandes centros de radioterapia (85) mostram que pacientes idosos (acima de 60 anos) que apresentam extensão tumoral extratireoidiana se beneficiam da radioterapia, com melhora da sobrevida e controle local da doença. Outros autores consideram que, mesmo os pacientes com extensão extratireoidiana mínima, com idade superior aos 60 anos também poderiam ser tratados com a radioterapia externa, mas isto não é aceito por todos os autores, por não existirem evidências consistentes na literatura mundial (86).

Segundo o consenso da ATA e da Associação Britânica de Tireoide, a radioterapia externa estaria indicada nos pacientes com idade superior a 45 anos, que apresentem extensão extratireoidiana volumosa à cirurgia, pacientes com tumor residual e pouca resposta ao iodo radioativo e em pacientes acima de 60 anos, com doença extensa (pT4) e grande disseminação linfonodal, mesmo sem evidência de doença macroscópica. (87,88)

É necessária uma seleção criteriosa dos pacientes de alto risco, para assegurar que os benefícios em reduzir a recorrência sejam superiores à toxicidade conseqüente à radioterapia externa (88,89).

Outras indicações da radioterapia externa seriam na(s) metástase(s) óssea(s) dolorosa(s), em que o alívio da dor é o maior benefício obtido, e metástase(s) em área(s) crítica(s) ou sujeita(s) a fratura ou fenômeno compressivo, em que a cirurgia não é possível. São exemplos destas lesões as que acometem o sistema nervoso central, vértebra, linfonodo subcarinal ou pelve (87).

A técnica de radioterapia externa é individualizada e conforme a conduta institucional adotada.

6.4 QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia antineoplásica pode ser empregada como uma medida paliativa para 25% dos casos sintomáticos de carcinoma diferenciado da tireoide recorrente inoperável ou metastático, padrão folicular ou misto, que não concentram Iodo-131. Segundo o único estudo de fase III publicado, a doxorubicina é o fármaco classicamente empregado no tratamento paliativo, em monoterapia, com resultados terapêuticos modestos: taxa de resposta de 31% e sobrevida de 15% em 2 anos (90).

Estudos clínicos preliminares sugerem que a associação de interferona alfa-2b à doxorubicina (91) ou a monoterapia com sorafenibe (92,93,94), sunitinibe (95), vandetanibe (96) ou vemurafenibe (97) são tratamentos experimentais, e seu emprego fora de ensaios clínicos não pode ser recomendado até que estudos comparativos (fase III) demonstrem sua segurança e eficácia. Visto não haver evidência de claro benefício global em termos de sobrevida, o Ministério da Saúde não recomenda o uso desses medicamentos para pacientes com carcinoma diferenciado da tireoide. Quando houver evidências suficientes para serem analisadas, eles deverão ser submetidos à CONITEC para esta indicação.

7 SEGUIMENTO

Os pacientes cuja administração de levotiroxina foi suspensa para a elevação de TSH devem ter este medicamento reintroduzido por ocasião da alta hospitalar.

Após terem recebido o tratamento com radioiodo, independentemente da atividade radioativa da dose administrada, da classificação de risco, da presença ou não de doença residual ou metástase(s) conhecida(s), todos os pacientes devem ser avaliados por meio de PCI, realizada 7 a 10 dias após terem recebido o radiofármaco. A realização de PCI após dose terapêutica é capaz de evidenciar foco(s) de doença metastática desconhecido(s) previamente, alterando a conduta terapêutica futura (98).

Posteriormente à terapia ablativa, os pacientes devem ser orientados a manter o uso contínuo de levotiroxina, com o objetivo de manter níveis de TSH adequados para a prevenção de recidiva e controle de doença residual. Os níveis de TSH a serem atingidos variam de acordo com o objetivo de supressão hormonal e devem ser individualizados conforme o balanço entre o potencial de risco de desfechos desfavoráveis relacionados à neoplasia e efeitos adversos de supressão do TSH (Quadro 4) (99).

Quadro 4 – Esquema de terapia de reposição de levotiroxina

RISCO RELACIONADO À REPOSIÇÃO DE T4	RISCO DE RECIDIVA E PROGRESSÃO TUMORAL		
	Alto	Intermediário	Baixo
Alto	Menos de 0,1 mU/L, caso doença persistente ou metastática; 0,1-0,5mU/L, por 5-10 anos, caso livre de doença.	0,5-1,0mU/L, caso livre de doença por 5-10 anos, depois 1,0-2,0 mU/L.	1,0-2,0 mU/L
Intermediário	Menos de 0,1 mU/L, caso doença persistente ou metastática; 0,1-0,5mU/L, por 5-10 anos, caso livre de doença.	0,1-0,5mU/L, caso livre de doença por 5-10 anos, depois 1,0-2,0 mU/L.	1,0-2,0 mU/L
Baixo	Menos de 0,1 mU/L, caso doença persistente ou metastática; 0,1-0,5mU/L, por 5-10 anos caso livre de doença.	0,1-0,5mU/L, caso livre de doença por 5-10 anos, depois 0,3-2,0 mU/L.	1,0-2,0 mU/L

Extraído de Biodi & Cooper, 2010 (99).

A tireoglobulina é um marcador tumoral específico e muito útil no seguimento dos pacientes com tumores diferenciados da tireoide. Usualmente a dosagem de tireoglobulina é feita pelo método imunométrico. Com este método, a presença de anticorpos antitireoglobulina causa grande interferência, resultando em níveis falsamente baixos do marcador. Portanto, existe sempre a necessidade da dosagem dos anticorpos antitireoglobulina concomitante à da tireoglobulina. As dosagens devem ser feitas de preferência no mesmo laboratório, com a utilização do mesmo ensaio durante o seguimento do paciente. Após a tireoidectomia total e ablação com radioiodo, a tireoglobulina habitualmente torna-se indetectável e sua presença deve alertar para possíveis recidivas. (7,9)

É importante ressaltar que, naqueles pacientes submetidos à tireoidectomia total, mas que não se submeteram à ablação com iodo radioativo como complementação do tratamento, o seguimento deverá ser feito por meio da ultrassonografia cervical e pelos níveis séricos de tireoglobulina, sendo que, nesta situação específica, deverá ser valorizada a elevação deste marcador, ao longo do tempo (7).

Em relação ao seguimento posterior, os pacientes devem ser reavaliados de acordo com o potencial de risco de recidiva (Quadro 5). Nesse sentido, critérios de re-estratificação do risco poderão ser empregados (43). Seis a doze meses após a RIT, os pacientes considerados como de baixo/intermediário risco devem ter a dosagem de tireoglobulina estimulada, com interrupção de levotiroxina. A fim de confirmar a eficácia da ablação dos remanescentes, a PCI com baixas doses de radioiodo poderá ser indicada. Pacientes considerados de alto risco devem ser submetidos à reavaliação por meio de dosagens de tireoglobulina, anticorpos antitireoglobulina e PCI após 6 meses da RIT. No quadro 5 estão demonstradas as condutas propostas de acordo com a resposta à terapêutica inicial.

Quadro 5 - Reavaliação 6–12 meses após o tratamento inicial

RESPOSTA EXCELENTE	RESPOSTA ACEITÁVEL	RESPOSTA INCOMPLETA
Todos os critérios:	Qualquer um dos seguintes:	Qualquer um dos seguintes:
Tireoglobulina suprimida e estimulada	Tireoglobulina suprimida abaixo de 1 ng/ml e estimulada entre 1 e 10 ng/ml.	Tireoglobulina suprimida acima de 1 ng/ml e estimulada acima de 10 ng/ml.
Ultrassonografia cervical sem evidência	Ultrassonografia cervical com alterações não específicas com linfonodos estáveis com abaixo de 1 cm.	Tireoglobulina em elevação
Estudos de imagem ou de medicina nuclear negativos (quando indicados).	Exame de imagem ou de medicina nuclear com alterações não específicas, entretanto não completamente normal.	Evidência de doença persistente ou novas lesões em exames de imagem ou de medicina nuclear.

Adaptado de Tuttle RM, 2010 (43).

O acompanhamento ambulatorial deverá ser anual ou em intervalos menores em casos específicos, por meio da realização de ultrassonografia de região cervical e dosagens de tireoglobulina e anticorpos antitireoglobulina em uso de levotiroxina.

O tempo de seguimento depende de presença ou não de recorrência da doença. Quanto maior o tempo sem evidência de recorrência, maior a chance de cura. Inexiste definição sobre o tempo necessário de seguimento destes pacientes; a maioria dos autores considera como 10 anos o tempo mínimo de acompanhamento dos casos de carcinoma de tireoide. Pacientes com indícios de respostas incompletas aos tratamentos iniciais, a pesquisa de recidiva locorregional ou de metástase(s) à distância deve ser realizada por meio de outros métodos de imagem. Uma vez detectada a recidiva local, linfática ou doença metastática, o tratamento deverá ser individualizado de acordo com fatores relacionados à doença como: extensão, localização, tipo histológico e aqueles relacionados ao paciente como comorbidades, risco cirúrgico e expectativa de vida. As principais opções terapêuticas nesses casos são a ressecção cirúrgica, nova RIT e radioterapia externa (100).

Há relato de regressão espontânea após resposta bioquímica incompleta à RIT inicial de doentes com câncer da tireoide (103); e, nos pacientes com persistência de doença local ou metastática, a RIT poderá ser novamente empregada enquanto houver indícios de captação de iodo pela(s) lesão(ões) (7).

Entretanto, uma parcela dos pacientes com doença persistente ou metastática cursa com refratariedade à RIT e progressão da doença. Nesses casos, estudos com o uso de substâncias indutoras de rediferenciação tumoral não mostrou resultados significativos (101,102), ficando como perspectiva a inclusão de pacientes em estudos clínicos envolvendo medicamento de alvo molecular e inibidor de vias de proliferação celular (104). O acompanhamento nestes casos não tem tempo pré-determinado.

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Pessoas com suspeita ou diagnóstico de nódulo(s) tireoidiano(s) devem ter acesso a consultas com profissionais experientes em doenças da tireoide e à propedêutica básica, em especial a ultrassonografia de qualidade e punção por agulha fina por ela guiada. No seguimento dos pacientes é fundamental a garantia dos exames de TSH, tireoglobulina e anticorpos antitireoglobulina. Os pacientes com alta suspeita ou com diagnóstico de tumor maligno com fatores pré-operatórios de risco intermediário ou alto devem ser priorizados para o atendimento nos serviços em seu município de origem ou na região de saúde, para realização dos tratamentos necessários. Independentemente da localidade do primeiro atendimento, que poderá ocorrer nas unidades básicas de saúde, unidades secundárias ou hospitais credenciados do SUS, públicos ou privados, devem estar garantidas, quando necessárias, as avaliações por especialistas nas áreas de endocrinologia e de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia ou cirurgia geral. Cabe à Regulação estabelecer mecanismos e fluxos assistenciais que garantam o acesso à rede assistencial em tempo oportuno e com qualidade, por meio da contratação de serviços ambulatoriais e hospitalares, instalação de complexos reguladores que permitam a disponibilização de agendas, a priorização de pacientes e a autorização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

É essencial que sejam estabelecidos mecanismos de controle, avaliação e auditoria, que possam sistematicamente verificar a adequação da assistência aos pacientes, especialmente no que se refere à qualidade dos procedimentos realizados e aos intervalos de tempo entre o diagnóstico e os tratamentos, especialmente os cirúrgicos. São fundamentais o monitoramento da oferta de exames propedêuticos pelos estabelecimentos de saúde credenciados do SUS, públicos e privados, a avaliação da qualidade dos exames de imagem e os resultados das citologias dos nódulos puncionados.

Em relação às citologias, os seguintes dados devem ser avaliados: percentual de pacientes que tiveram os exames com material insuficiente, citologias inconclusivas e as correlações entre resultados das citologias e os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas.

É importante criar mecanismos para a busca ativa de pacientes com resultados alterados na rede assistencial, com o objetivo de agilizar o acesso aos serviços referenciais para a continuidade da avaliação e tratamento adequado.

Os procedimentos cirúrgicos devem ser previamente autorizados por uma instância do complexo regulador, que terá como atribuições verificar a adequação da solicitação, direcionar o paciente para o hospital mais qualificado para a realização do procedimento indicado e monitorar o tempo de espera. As cirurgias devem ser executadas preferencialmente em hospitais habilitados em oncologia como UNACON ou CACON e por equipes capacitadas que possam garantir o acompanhamento dos pacientes no pós-operatório imediato e tardio, tratar as complicações e realizar, quando necessário, o seguimento e a complementação do tratamento.

Nos hospitais que não possuam Serviço de Medicina Nuclear, o fluxo para acesso à RIT deverá ser previamente definido pelo respectivo Gestor local do SUS, com a garantia desta modalidade de tratamento, assim como os exames propedêuticos necessários, na especialidade em questão.

O tratamento com iodo radioativo deverá ser autorizado previamente por equipe capacitada, que avaliará a pertinência da solicitação, conforme o estabelecido neste Protocolo. A equipe autorizadora verificará o preenchimento correto do Laudo para Emissão de AIH, no caso de pacientes candidatos a doses elevadas de iodo radioativo, ou o Laudo para Emissão de APAC, nas indicações para o uso de doses ambulatoriais. Devem constar em ambas as modalidades de solicitações: dados de identificação do paciente, descrição da cirurgia realizada (tireoidectomia total ou complementação de tireoidectomia parcial, associadas ou não ao esvaziamento cervical) – a tireoidectomia total é premissa obrigatória para solicitação da RIT; resultado do exame anatomopatológico; código da CID; estágio do tumor (pela Classificação TNM) e o código do procedimento relativo à dose de iodo radioativo solicitada. Recomenda-se que seja estabelecida rotina para a solicitação do exame de pesquisa de corpo inteiro (PCI), a ser realizada no período pós-dose, que será autorizada simultaneamente ao tratamento com iodo radioativo.

Em caso de solicitação de tratamento para recidiva tumoral local ou metástase(s), o médico solicitante deve informar os procedimentos cirúrgicos já realizados e outro(s) tratamento(s) anterior(es) - RIT, radioterapia

externa e quimioterapia. Devem ser anexados os resultados dos exames de TSH, tireoglobulina e anticorpos antitireoglobulina e dos exames de imagem que comprovem a doença metastática, assim como o código do procedimento correspondente à dose de iodo indicada.

O SUS contempla todos os procedimentos cirúrgicos (estes na média e na alta complexidade), radioterápicos e quimioterápicos necessários ao tratamento do carcinoma diferenciado da tireoide.

Especificamente à RIT, são os seguintes os códigos correspondentes que devem ser solicitados no Laudo para Emissão de APAC e AIH:

- » 03.04.09.005-0 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (30 mCi) – APAC/SIA-SUS
- » 03.04.09.006-9 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (50 mCi) – APAC/SIA-SUS
- » 03.04.09.002-6 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (100 mCi) – AIH/SIH-SUS
- » 03.04.09.001-8 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (150 mCi) – AIH/SIH-SUS
- » 03.04.09.003-4 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (200 mCi) – AIH/SIH-SUS
- » 03.04.09.004-2 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (250 mCi) – AIH/SIH-SUS

Na indicação do tratamento ambulatorial com dose baixa (30 mCi a 50 mCi), com o objetivo de ablação de remanescentes tireoidianos pós-cirúrgicos em pacientes de baixo risco (conforme descrição no item 6.2 - Atividade de radiação administrada), será necessário o preenchimento do Laudo para Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), com todas as informações descritas anteriormente. Também nesta opção terapêutica, deve-se realizar a pesquisa de corpo inteiro (PCI) pós- dose.

O hospital ou serviço no qual o paciente foi submetido à radioiodoterapia será responsável pela assistência ao paciente e complicações advindas do tratamento. Caberá à regulação e ao controle e avaliação analisar a execução dos procedimentos, por meio da produção registrada nos sistemas SIA/SUS e SIH/SUS, a verificação *in loco* das condições de realização e os prazos entre a autorização e execução dos mesmos, além da adequação entre o tratamento autorizado e o efetivamente realizado e sua dose.

Relativamente à quimioterapia, excetuando-se a talidomida para o tratamento do mieloma múltiplo, do mesilato de imatinibe para a quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal (GIST), da leucemia mieloide crônica e da leucemia aguda cromossoma Philadelphia positivo e do trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama inicial e locorregionalmente avançado, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

O procedimento da tabela do SUS compatível com quimioterapia do carcinoma da tireoide é o seguinte:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

03.04.02.036-2 - Quimioterapia do carcinoma de tireoide avançado.

A levotiroxina está na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), inserida no elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Sua disponibilização é de responsabilidade dos municípios e o acesso dá-se por meio das Unidades Básicas de Saúde ou demais estabelecimentos designados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

9 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal, dos potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados a tratamento preconizado neste Protocolo.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sipos JA, Mazzaferri EL. Thyroid cancer epidemiology and prognostic variables. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists)* 2010; 22(6): 395-404.
2. Chen AY, Jemal A, Ward EM. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988-2005. *Cancer* 2009; 115(16): 3801-3807.
3. Colonna M, Bossard N, Guizard AV, et al. Descriptive epidemiology of thyroid cancer in France: incidence, mortality and survival. *Annales d'endocrinologie* 2010; 71(2): 95-101.
4. Wang Y, Wang W. Increasing Incidence of Thyroid Cancer in Shanghai, China, 1983-2007. *Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health* 2012; ahead of pub.
5. Brito Ados S, Coeli CM, Barbosa Fdos S, et al. Estimates of thyroid cancer incidence in Brazil: an approach using polynomial models. *Cadernos de saude publica* 2011 / Ministerio da Saude, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica; 27(7): 1441-1444.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da Incidência de Câncer no Brasil – 2012. Rio de Janeiro. INCA, 2011. 118p.
7. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19(11): 1167-1214.
8. Maia AL, Ward LS, Carvalho GA, et al. (Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: Brazilian consensus). *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 2007; 51(5): 867-893.
9. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, et al. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *European Journal of Endocrinology / European Federation of Endocrine Societies* 2006; 154(6): 787-803.
10. Aschebrook-Kilfoy B, Ward MH, Sabra MM, et al. Thyroid cancer incidence patterns in the United States by histologic type, 1992–2006. *Thyroid*. 2011; 21:125–134.
11. Hagag P, Strauss S, Weiss M. Role of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in evaluation of non palpable thyroid nodules. *Thyroid*. 1998; 8: 989-995.
12. Pacini f, Castagna MG, Brilli L, Pentheroudakis G. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2012; 23(suppl 7):117-119.
13. Vaisman A, Orlov S, Yip J, Orlov D. Thyroid Cancer: Latest Approaches to Canada's Fastest Growing Cancer. *UTMJ*. 2010; 87(3):161-165.
14. Pacini F, Vorontsova T, Demidchik EP, et al. Post-Chernobyl thyroid carcinoma in Belarus children and adolescents: comparison with naturally occurring thyroid carcinoma in Italy and France. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997; 82(11):3563-3569.
15. Boelaert K, Horacek J, Holder RL et al. Serum thyrotropin concentration as a novel predictor of malignancy in thyroid nodules investigated by fine-needle aspiration. *J Clin Endo Metab*. 2006; 91:4295-4301.
16. Gharib H, Papini E, Paschke R. AACE/AME/ETA –Thyroid Nodule Guideline. *Endocr Pract*. 2010; 16(supl).
17. Moon W J, Jung SL, Lee JH. Benign and Malignant Thyroid Nodules: US Differentiation Multicenter Retrospective Study. *Radiology*. 2008; 247(3):762-770.
18. Kamran SC, Marqusee E, Kim MI. Thyroid Nodule Size and Prediction of Cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98(2):564-570.
19. Jankovic B, Le KT, Hershman JM. Hashimoto's Thyroiditis and Papillary Thyroid Carcinoma: Is There a Correlation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98(2):474-482.
20. Frates C, Benson CB, Doubilet PM. Prevalence and Distribution of Carcinoma in Patients with Solitary and Multiple Thyroid Nodules on Sonography. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91(9):3411-3417.
21. Castro MR, Espiritu RP, Bahn RS. Predictors of Malignancy in Patients with Cytologically Suspicious Thyroid Nodules. *Thyroid*. 2011; 21(11):1191-98.
22. Gharib H, Papini E, Valcavi R, et al.; AACE/AME Task Force on Endocr Pract. 2006; 12:63-102.
23. Cibas ES, Ali S Z. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid*. 2009; 19 (11):1159-

- 1165.
24. Bongiovanni M, Spitale A, Faquin W. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: A meta-Analysis. *Acta Cytologica*. 2012;56:333-339.
 25. Coltera MD. Evaluation and imaging of a thyroid nodule. *SurgOncolClinN Am*, 2008;17: 37-56.
 26. AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologist and Associazione Medici Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *EndocrPrac*, 2006; 12:63-102).
 27. Tae HJ, Lim DJ, Bae KH et al. Diagnostic Value of ultrasonography to distinguish between benign and malignant lesions in the management of thyroid nodules. *Thyroid* 2007;17(5):461-6.
 28. Frates MC, Benson CB, Charboneau JW et al. Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement. *Radiology* 2005;237 (3):794-800.
 29. McCoy KL, Jabbour N, Ogilvie JB et al. The incidence of cancer and rate of false negative cytology in thyroid nodules greater than or equal to 4 cm in size. *Surgery* 2007; 142(6): 837-44.
 30. Lee MJ, Kim EK, Kwak JY, Partially cystic thyroid nodules on ultrasound: probability of malignancy and sonographic differentiation. *Thyroid*. 2009 Apr;19(4):341-6.
 31. Hegedus L. Thyroid ultrasound. *EndocrinolMetabolClin North Am*, 2001; 30:339-60.
 32. de Camargo RY, Tonimori EK. Usefulness of ultrasound in the diagnosis and management of well-differentiated thyroid carcinoma. *Arq Bras Endocrinol Metabolism*, 2007; 17:1269-76).
 33. Ahuja, AT Ying M, Ho SY, Antonio G, Lee YP, King AD, Wong KT. Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. *Cancer Imaging*. 2008; 8(1): 48.
 34. Biscolla RP. Investigação de Linfonodos em Pacientes em Seguimento por Carcinoma Diferenciado de Tireoide. *Arq Bras EndocrinolMetab* 2007;51/5:813-817.
 35. Dessler A, Rappaport Y, Blank A, Marmor S, Weiss J, Graif. Cystic appearance of cervical lymph nodes is characteristic of metastatic papillary thyroid carcinoma. *J Clin Ultrasound* 2003;1:21-5.
 36. Kuna S. Ultrasonographic differentiation of benign from malignant neck lymphadenopathy in thyroid cancer. *J Ultrasound Med* 2006;25:1531-7.
 37. União Internacional Contra o C ncer. TNM – Classifica o de Tumores Malignos. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de C ncer, 2012. Xxv, 325p. (7^a Edi o).
 38. Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM, et al. A National Cancer Data Base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995. *Cancer* 1998; 83(12): 2638-2648.
 39. Huang IC, Chou FF, Liu RT, et al. Long-term outcomes of distant metastasis from differentiated thyroid carcinoma. *Clinical Endocrinology* 2012; 76(3): 439-447.
 40. Grebe SK, Hay ID. Thyroid cancer nodal metastases: biologic significance and therapeutic considerations. *Surgical Oncology Clinics of North America* 1996; 5(1): 43-63.
 41. Pelttari H, Sintonen H, Schalin-Jantti C, et al. Health-related quality of life in long-term follow-up of patients with cured TNM Stage I or II differentiated thyroid carcinoma. *Clinical Endocrinology* 2009; 70(3): 493-497.
 42. Smith VA, Sessions RB, Lentsch EJ. Cervical lymph node metastasis and papillary thyroid carcinoma: Does the compartment involved affect survival? Experience from the SEER database. *Journal of Surgical Oncology* 2012. Ahead of pub.
 43. Tuttle RM, Tala H, Shah J, et al. Estimating risk of recurrence in differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy and radioactive iodine remnant ablation: using response to therapy variables to modify the initial risk estimates predicted by the new American Thyroid Association staging system. *Thyroid* 2010; 20(12): 1341-1349.
 44. McLeod DAS, Sawka AM, Cooper DS. Controversies in primary treatment of low –risk papillary thyroid cancer. *The Lancet*. v.381,p.1046-57,2013).
 45. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Ko CY et al. Extent of surgery affects survival for papillary thyroid cancer. *Ann Surg*. v.246,p.375-381,2007.
 46. Mazzaferri EL. Long-term outcome of patients with differentiated thyroid carcinoma: effect of therapy. *Endocr Pract* 6:469–476, 2000.

47. Pacini F, Elisei R, Capezzone M, Miccoli P, Molinaro E, Basolo F, Agate L, Bottici V, Raffaelli M, Pinchera A. Contralateral papillary thyroid cancer is frequent at completion thyroidectomy with no difference in low- and high-risk patients. *Thyroid* 11, 2001:877–881.
48. Kim ES, Kim TY, Koh JM, Kim YI, Hong SJ, Kim WB, Shong YK Completion thyroidectomy in patients with thyroid cancer who initially underwent unilateral operation. *Clin Endocrinol (Oxf)* 61, 2004:145–148.
49. Pasiaka JL, Thompson NW, McLeod MK, Burney RE, Macha M. The incidence of bilateral well-differentiated thyroid cancer found at completion thyroidectomy. *World J Surg* 16, 1992:711–716; discussion 716–717.
50. Kim ES, Kim TY, Koh JM, Kim YI, Hong SJ, Kim WB, Erdem E, Gulcelik MA, Kuru B, Alagol H Comparison of completion thyroidectomy and primary surgery for differentiated thyroid carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 29, 2003: 747–749).
51. Bonnet S, Hartl DM, Trvagli J.P Lymph node dissection for thyroid cancer . *J.Visc Surg.*2010;147:155-9.
52. Gimm O, Rath FW, Dralle H Pattern of Lymph node metastasis in papillary thyroid carcinoma. *Endocrine Reviews*, December 2011,32(6):798-826).
53. Mazzaferri EL. Management of a solitary nodule. *N Engl J Med.* v. 328, 1993: 353-559).
54. Tuttle RM, Ball DW, Byrd D . Thyroid Carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw.* v.8, n.1, 2010:.1228-1274.
55. Bonnet S, Hartl D, Leboulleu S et al. Prophylactic Lymph Node Dissection for Papillary Thyroid Cancer Less than 2cm: Implications for Radioiodine Treatment. *J Clin Endocrinol Metabol.* v.94, 2009:.1162-1167.
56. Zaydfudim V, Feurer ID, Griffin MR, Phay JE. The impact of lymph node involvement on survival in patients with papillary and follicular thyroid carcinoma. *Surgery* 144, 2008:1070–1077; discussion 1077–1078.
57. Podnos YD, Smith D, Wagman LD, Ellenhorn JD. The implication of lymph node metastasis on survival in patients with well-differentiated thyroid cancer. *Am Surg* 71, 2005:731–734.
58. White ML, Gauger PG, Doherty GM. Central lymph node dissection in differentiated thyroid cancer. *World J Surg* 31, 2007:895–904.
59. Gemenjager E, Perren A, Seifert B, Schuler G, Schweizer I, Heitz PU. Lymph node surgery in papillary thyroid carcinoma. *J Am Coll Surg* 197, 2003:182–190.
60. Marilee Carballo¹ and Roderick M. Quiros To Treat or Not to Treat: The Role of Adjuvant Radioiodine Therapy in Thyroid Cancer Patients. *Journal of Oncology.* Volume 2012, Article ID 707156, 11 pages.
61. Rondeau G, Tuttle RM. Similarities and differences in follicular cell-derived thyroid cancer management guidelines used in Europe and the United States. *Seminars in Nuclear Medicine* 2011; 41(2): 89-95.
62. Hyer SL, Newbold K, Harmer CL. Early and late toxicity of radioiodine therapy: detection and management. *Endocr Pract* 2010; 16(6): 1064-1070.
63. Sawka AM, Thabane L, Parlea L, et al. Second primary malignancy risk after radioactive iodine treatment for thyroid cancer: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid* 2009; 19(5): 451-457.
64. Muratet JP, Giraud P, Daver A, et al. Predicting the efficacy of first iodine-131 treatment in differentiated thyroid carcinoma. *J Nucl Med* 1997; 38(9): 1362-1368.
65. Pak H, Gourgiotis L, Chang WI, et al. Role of metastasectomy in the management of thyroid carcinoma: the NIH experience. *Journal of Surgical Oncology* 2003; 82(1): 10-18.
66. Zetting G, Fueger BJ, Passler C, et al. Long-term follow-up of patients with bone metastases from differentiated thyroid carcinoma -- surgery or conventional therapy? *Clinical Endocrinology* 2002; 56(3): 377-382.
67. Rosario PW, Maia FF, Cardoso LD, et al. Correlation between cervical uptake and results of postsurgical radioiodine ablation in patients with thyroid carcinoma. *Clinical Nuclear Medicine* 2004; 29(6): 358-361.
68. Pacini F, Ladenson PW, Schlumberger M, et al. Radioiodine ablation of thyroid remnants after preparation with recombinant human thyrotropin in differentiated thyroid carcinoma: results of an international, randomized, controlled study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2006; 91(3): 926-932.
69. Tuttle RM, Brokhin M, Omry G, et al. Recombinant human TSH-assisted radioactive iodine remnant ablation achieves short-term clinical recurrence rates similar to those of traditional thyroid hormone withdrawal. *J Nucl Med* 2008; 49(5): 764-770.

70. Klubo-Gwiedzinska J, Burman KD, Van Nostrand D, et al. Radioiodine treatment of metastatic thyroid cancer. *Thyroid* 2012; 22(3): 310-317.
71. Robbins RJ, Driedger A, Magner J. Recombinant human thyrotropin-assisted radioiodine therapy for patients with metastatic thyroid cancer who could not elevate endogenous thyrotropin or be withdrawn from thyroxine. *Thyroid* 2006; 16(11): 1121-1130.
72. Rudavsky AZ, Freeman LM. Treatment of scan-negative, thyroglobulin-positive metastatic thyroid cancer using radioiodine 131I and recombinant human thyroid stimulating hormone. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1997; 82(1): 11-14.
73. Hans G, Paz-Filho G. Uso do TSH Humano Recombinante no Câncer Diferenciado de Tireóide. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007;51/5.
74. Luster M, Felbinger R, Dietlein M, Reiners C. Thyroid hormone withdrawal in patients with differentiated thyroid carcinoma: a one hundred thirty-patient pilot survey on consequences of hypothyroidism and a pharmacoeconomic comparison to recombinant thyrotropin administration. *Thyroid* 2005;15:1147-55.
75. Schlumberger M, Catargi B, Borget I et al. Strategies of Radioiodine Ablation in Patients with Low-Risk Thyroid Cancer. *N Engl J Med* 366;18 nejm.org may 3, 2012.
76. BRATS. O uso da Tireotrofina alfa no diagnóstico e acompanhamento do Câncer de tireóide. Brasília-DF. Dezembro de 2008. Disponível em <http://www.saude.gov.br/rebrats>.
77. Pluijmen MJ, Eustatia-Rutten C, Goslings BM, et al. Effects of low-iodide diet on postsurgical radioiodide ablation therapy in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Clinical Endocrinology* 2003; 58(4): 428-435.
78. Maxon HR, Thomas SR, Boehringer A, Drilling J, Sperling MI, Sparks JC, et al. Low iodine diet in I-131 ablation of thyroid remnants. *Clin Nucl Med* 1983;8:123-6.
79. Morris LF, Wilder MS, Waxman AD, Braunstein GD. Reevaluation of the impact of a stringent low-iodine diet on ablation rates in radioiodine treatment of thyroid carcinoma. *Thyroid* 2001;11:749-55.
80. Harjai KJ, Licata AA. Effects of amiodarone on thyroid function. *Ann Intern Med* 1997;126:63-73.
81. Barbaro D, Boni G, Meucci G, et al. Radioiodine treatment with 30 mCi after recombinant human thyrotropin stimulation in thyroid cancer: effectiveness for postsurgical remnants ablation and possible role of iodine content in L-thyroxine in the outcome of ablation. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2003; 88(9): 4110-4115.
82. Rosario PW, Reis JS, Barroso AL et al. Efficacy of low and high 131I doses for thyroid remnant ablation in patients with differentiated thyroid carcinoma based on post-operative cervical uptake. *Nuclear Medicine Communications* 2004; 25(11): 1077-1081.
83. Alexander EK, Larsen PR. Radioiodine for Thyroid Cancer — Is Less More? *N Eng J Med* 366;18 nejm.1732 org may 3, 2012.
84. Qiu ZL, Song HJ, Xu YH, et al. Efficacy and survival analysis of 131I therapy for bone metastases from differentiated thyroid cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2011; 96(10): 3078-3086.
85. Brierley J, Tsang R, Panzarella T, Bana N. Prognostic factors and the effect of treatment with radioiodine and external beam radiation on patients with differentiated thyroid cancer seen at a single institution over 40 years. *Clinical Endocrinology* 2005;63: 418-27.
86. Sia MA, Tsang RW, Panzarella T, Brierley JD. Differentiated thyroid cancer and extra thyroidal extension: prognosis and the role of external beam radiotherapy. *Journal of Thyroid Research* 2010;183461).
87. Cooper D, Doherty GM, Haugen BR et al. The American Thyroid Association (ATA) guidelines taskforce on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* vol 19, no. 11, 2009.
88. Beckery J. Update on external beam radiation therapy in Thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*, August 2011, 96(8):2289-2295.

89. Schwartz DI, Lobo MJ et al. Postoperative external beam radiotherapy for differentiated thyroid cancer: Outcomes and morbidity with conformal treatment. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, vol. 74, no. 4, pp. 1083–1091, 2009.
90. Shimaoka K, et al. A randomized trial of doxorubicin versus doxorubicin plus cisplatin in patients with advanced thyroid carcinoma. *Cancer*, 1985; 56(9):2155-60.
91. Argiris A, et al. A phase II trial of doxorubicin and interferon alpha 2b in advanced, non-medullary thyroid cancer. *Invest New Drugs*, 2008; 26(2):183-8.
92. Kloos RT, et al. Phase II trial of sorafenib in metastatic thyroid cancer. *J Clin Oncol*, 2009; 27(10):1675-84.
93. Chen L, et al. Response to sorafenib at a low dose in patients with radioiodine-refractory pulmonary metastases from papillary thyroid carcinoma. *Thyroid*, 2011; 21(2):119-24.
94. Schneider TC, et al. Long-term analysis of the efficacy and tolerability of sorafenib in advanced radio-iodine refractory differentiated thyroid carcinoma: final results of a phase II trial. *Eur J Endocrinol*, 2012; 167(5):643-50.
95. Carr LL, et al. Phase II study of daily sunitinib in FDG-PET-positive, iodine-refractory differentiated thyroid cancer and metastatic medullary carcinoma of the thyroid with functional imaging correlation. *Clin Cancer Res*, 2010; 16(21):5260-8.
96. Leboulleux S, et al. Vandetanib in locally advanced or metastatic differentiated thyroid cancer: a randomised, double-blind, phase 2 trial. *Lancet Oncol*, 2012; 13(9):897-905.
97. Kim K, et al. Clinical Responses to Vemurafenib in Patients with Metastatic Papillary Thyroid Cancer Harboring V600EBRAF Mutation. *Thyroid*, 2013; (no prelo).
98. Fatourech V, Hay ID, Mullan BP, et al. Are posttherapy radioiodine scans informative and do they influence subsequent therapy of patients with differentiated thyroid cancer? *Thyroid* 2000; 10(7): 573-577.
99. Biondi B, Cooper DS. Benefits of thyrotropin suppression versus the risks of adverse effects in differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2010; 20(2): 135-146.
100. Brierley JD. Update on external beam radiation therapy in thyroid cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2011; 96(8): 2289-2295.
101. Coelho SM, Corbo R, Buescu A, et al. Retinoic acid in patients with radioiodine non-responsive thyroid carcinoma. *Journal of Endocrinological Investigation* 2004; 27(4): 334-339.
102. Kebebew E, Lindsay S, Clark OH, et al. Results of rosiglitazone therapy in patients with thyroglobulin-positive and radioiodine-negative advanced differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19(9): 953-956.
103. Vaismam F, Momesso DA, Bulzico D, Pessoa, CHCN, Corbo R, Vaisman MRM. Spontaneous remission in thyroid cancer patients after biochemical incomplete response to initial therapy. *Clinical Endocrinology (Oxford. Print)*, v. 76, p. no-no, 2012.
104. Schlumberger M, Sherman SI. Approach to the patient with advanced differentiated thyroid cancer. *European Journal of Endocrinology* 2012; 166(1): 5-11.

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO

Portaria SAS/MS nº 1.219, de 4 de novembro de 2013.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 30/08/2012 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para leucemia mieloide crônica (“Chronic Myeloid Leukemia”): (systematic review (ti) OR meta-analysis (pt) OR meta-analysis (ti) OR systematic literature review (ti) OR (systematic review (tiab) AND review (pt)) OR consensus development conference (pt) OR practice guideline (pt) OR cochrane database syst rev (ta) OR acp journal club (ta) OR health technol assess (ta) OR evid rep technol assess summ (ta)) OR ((evidence based(ti) OR evidence-based medicine (mh) OR best practice* (ti) OR evidence synthesis (tiab)) AND (review (pt) OR diseases category(mh) OR behavior and behavior mechanisms (mh) OR therapeutics (mh) OR evaluation studies(pt) OR validation studies(pt) OR guideline (pt))) OR ((systematic (tw) OR systematically (tw) OR critical (tiab) OR (study selection (tw)) OR (predetermined (tw) OR inclusion (tw) AND criteri* (tw)) OR exclusion criteri* (tw) OR main outcome measures (tw) OR standard of care (tw) OR standards of care (tw)) AND (survey (tiab) OR surveys (tiab) OR overview* (tw) OR review (tiab) OR reviews (tiab) OR search* (tw) OR handsearch (tw) OR analysis (tiab) OR critique (tiab) OR appraisal (tw) OR (reduction (tw) AND (risk (mh) OR risk (tw)) AND (death OR recurrence))) AND (literature (tiab) OR articles (tiab) OR publications (tiab) OR publication (tiab) OR bibliography (tiab) OR bibliographies (tiab) OR published (tiab) OR unpublished (tw) OR citation (tw) OR citations (tw) OR database (tiab) OR internet (tiab) OR textbooks (tiab) OR references (tw) OR scales (tw) OR papers (tw) OR datasets (tw) OR trials (tiab) OR meta-analy* (tw) OR (clinical (tiab) AND studies (tiab)) OR treatment outcome (mh) OR treatment outcome (tw))) NOT (letter (pt) OR newspaper article (pt) OR comment (pt)).

Entre 296 artigos encontrados e selecionados para revisão, foram incluídos 119 estudos clínicos e revisões sistemáticas; e não foram considerados 71 artigos sobre doenças fora do escopo deste Protocolo, 52 revisões narrativas ou estudos opinativos, 40 estudos de ciência básica ou pré-clínica, 6 publicações com dados preliminares de estudos publicados na íntegra posteriormente, 4 estudos farmacoeconômicos não aplicáveis ao Brasil e 4 estudos descritivos de série de casos.

2 INTRODUÇÃO

A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma doença mieloproliferativa caracterizada pelo acúmulo excessivo de células mieloides de aparência normal. Ela ocorre com uma incidência anual de 1,0 a 1,5/100.000 habitantes, afetando principalmente adultos, entre 50 e 55 anos. No Brasil, em 2012, foram registrados 81.001 procedimentos de quimioterapia de LMC do adulto, no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA-SUS, apontando para uma prevalência anual de cerca de 10.125 casos desta doença. E casuísticas brasileiras indicam que a mediana de idade na apresentação da doença é, no mínimo, dez anos mais baixa que a encontrada na literatura internacional, com mediana de idade ao diagnóstico entre 40 e 46 anos (1-3).

Embora os sintomas iniciais possam incluir letargia, perda de peso, sangramento anormal, suores, anemia ou esplenomegalia, em países mais desenvolvidos, 50% dos pacientes são assintomáticos e são diagnosticados como consequência de exames de sangue realizados por motivos não relacionados(2).

Consultores: Martha Mariana de Almeida Santos Arruda, Rafael Henriques Jácomo e Jane de Almeida Dobbin

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

A LMC é caracterizada pela presença do cromossoma Philadelphia (Ph+) e do oncogene que o codifica, presentes na grande maioria das células mieloides e em alguns linfócitos. O cromossoma Ph+ resulta de uma translocação recíproca (9; 22)(q34; q11) que justapõe o oncogene 1 c-abl (ABL1) no cromossoma 9, com o gene da região *breakpoint cluster* (BCR) no cromossoma 22, gerando o gene fusionado BCR-ABL1, que apresenta atividade citoplasmática aumentada de tirosinoquinase ABL1(4).

A história natural da LMC é classicamente compreendida em três fases(2,5): Seguindo-se a uma fase crônica inicial e progressiva, com uma duração média de 4 a 5 anos, instala-se uma fase de transformação (acelerada) de duração variável, que antecede a fase terminal, denominada fase blástica (aguda).

A fase crônica é caracterizada por marcada hiperplasia medular e manutenção da capacidade de maturação das células mieloides, cujas manifestações no sangue periférico podem ser temporariamente controladas por quimioterapia com, por exemplo, bussulfano, hidroxiureia ou alfa-interferona, mas sem alterar a evolução natural da doença na maioria dos doentes(6-8). Sendo uma das poucas neoplasias malignas desencadeadas por um oncogene único (BCR-ABL), a introdução na última década dos medicamentos inibidores de tirosinoquinases (ITQ), como os mesilato de imatinibe, dasatinibe e nilotinibe, permitiu melhor resultado terapêutico, com retardo duradouro na progressão da doença(2, 9,10).

A fase de transformação da LMC tem por característica a presença de uma das seguintes condições(2,11):

- » Neutrofilia persistente ou em elevação;
- » Esplenomegalia persistente ou crescente, em vigência de tratamento;
- » Trombocitose persistente (acima de 1.000.000/mm³) em vigência de tratamento;
- » Trombocitopenia persistente (abaixo de 100.000/mm³) e não relacionada ao tratamento;
- » Evolução citogenética clonal em comparação ao cariótipo inicial, traduzida por aparecimento de novas anomalias cromossômicas (além da translocação cromossômica 9;22) ao exame de citogenética;
- » Basofilia igual ou superior a 20% no sangue periférico; ou
- » Contagem de blastos entre 10% e 19% no sangue periférico ou na medula óssea.

A fase blástica caracteriza-se pela verificação de pelo menos uma das seguintes características(2,11):

- » Presença de 20% ou mais de blastos no sangue periférico ou na medula óssea; ou
- » Proliferação extramedular de células blásticas, podendo haver formação tumoral (cloroma).

A taxa atuarial de progressão para fase de transformação e crise blástica entre doentes com LMC em fase crônica tardia, tratados com mesilato de imatinibe após falha ao uso de interferona e citarabina, foi de 39% e 24% em seis anos, respectivamente. No entanto, em doentes com LMC na fase crônica que receberam mesilato de imatinibe como tratamento inicial, a taxa de progressão para fase de transformação ou fase blástica em 6 anos foi de apenas 7%, sendo observada taxa anual de progressão de 1,5%, 2,8%, 1,6%, 0,9%, 0,5% e 0%, entre os anos 1 a 6, respectivamente(12,13).

A única alternativa terapêutica com possibilidade de cura para a LMC é o transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico (TCTH-AL), mas a morbidade e mortalidade associadas a este procedimento, assim como a eficácia e tolerância aos ITQ, resultaram em que a indicação preferencial do TCTH-AL passou a reservar-se para a falha ao tratamento medicamentoso da LMC em fase crônica ou de transformação, ou na reversão da fase blástica para uma destas.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C92.1 Leucemia mieloide crônica.

4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O diagnóstico de LMC requer a demonstração da presença de pelo menos um dos seguintes: cromossoma Philadelphia em exame citogenético; translocação t(9;22)(q34;q11) em leucócitos do sangue periférico ou da medula óssea – convencional ou por método molecular de hibridização *in situ* - ou produto do rearranjo BCR-ABL no sangue periférico, por reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) (2, 14). No entanto, nem sempre há associação entre achados da citogenética e expressão molecular do gene fusionado BCR-ABL1(15), pelo que a presença de umas das alterações citadas pode ser tomada como evidência de LMC, na presença de quadro clínico-laboratorial compatível, que pode incluir as seguintes características, com ou sem sintomas constitucionais:

- » Leucocitose neutrofílica, com ou sem desvio à esquerda;
- » Trombocitose;
- » Medula óssea hipercelular, com hiperplasia granulocítica;
- » Esplenomegalia.

A classificação da LMC adotada neste Protocolo é feita como proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) segundo características clínicas e laboratoriais em três fases(2):

a) Fase Crônica:

- » Proporção de blastos inferior a 10% na medula óssea ou no sangue periférico;
- » Ausência de características de fase de transformação ou blástica.

b) Fase de transformação (uma das seguintes características):

- » Leucocitose persistente ou em elevação ou esplenomegalia persistente ou crescente, na vigência do tratamento;
- » Trombocitose persistente (acima de 1 milhão/mm³) e não controlada pelo tratamento;
- » Trombocitopenia persistente (abaixo de 100 mil/mm³) e não relacionada ao tratamento;
- » Basofilia no sangue periférico igual ou superior a 20%;
- » Evolução clonal comparativamente ao cariótipo do diagnóstico; ou
- » Presença de 10%–19% de blastos na medula óssea ou no sangue periférico.

c) Fase Blástica (uma das seguintes características):

- » Presença de blastos representando 20% ou mais das células nucleadas da medula óssea ou dos leucócitos do sangue periférico; ou
- » Proliferação extramedular de blastos.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Idade acima de 19 ou mais anos; e
- » Diagnóstico inequívoco de LMC.

NOTA: Doentes de LMC com menos de 19 anos devem ser incluídos no protocolo específico estabelecido pelo Ministério da Saúde.

6 CENTRO DE REFERÊNCIA

Doentes adultos com diagnóstico de LMC devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia ou hospitais habilitados como exclusivos em hematologia, com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial.

7 TRATAMENTO

A LMC pode ser tratada com hidroxiureia, alfa-interferona isolada ou em combinação com citarabina, inibidores de tirosinoquinase (imatinibe, dasatinibe ou nilotinibe) e TCTH-AL.

O medicamento de eleição para o tratamento da LMC é o mesilato de imatinibe, ITQ que produz respostas citogenética e molecular mais expressivas e é mais bem tolerado do que a alfa-interferona(16-21), tendo sido incorporado no SUS em 2001. Outros medicamentos inibidores de tirosinoquinase, como o dasatinibe e o nilotinibe, são alternativas atuais à falha terapêutica ou intolerância ao imatinibe(22-25). Tais medicamentos apresentam indicações e perfis próprios de toxicidade e que pode ser superada pela redução de dose com preservação da eficácia do tratamento(26-28).

Estudos retrospectivos, ensaios clínicos de fase II e dados preliminares de estudos comparativos entre o imatinibe e o dasatinibe ou o nilotinibe no tratamento inicial da LMC, com tempo mediano de seguimento de dois anos, mostram que estes medicamentos, se comparados ao imatinibe, produzem mais rapidamente resposta molecular, citogenética e hematológica(24,29-36); uma comparação indireta sugeriu a mesma vantagem para o uso inicial do nilotinibe frente ao dasatinibe(37). No entanto, a heterogeneidade na definição dos desfechos clínicos relevantes nesses estudos limita a validade externa e a comparabilidade entre os parâmetros de eficácia neles obtidos(38-40), não havendo demonstração de que o uso inicial de dasatinibe ou de nilotinibe resulte em menor taxa de progressão para fase blástica ou maior sobrevida global do que se empregados após uma falha terapêutica ao tratamento inicial com imatinibe – conduta utilizada na prática médica e preconizada neste Protocolo, mas não adotada como controle nos estudos com o dasatinibe ou o nilotinibe(31,35); e o tempo de seguimento dos sujeitos da pesquisa é curto para avaliar se o uso inicial de dasatinibe ou nilotinibe pode promover menor risco de morte por LMC do que o uso do imatinibe.

O tratamento curativo da LMC é o transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas (TCTH-AL), não sendo recomendado o transplante de células-tronco hematopoéticas autólogas(41-44). Recomenda-se realizar tipagem HLA dos pacientes para a busca de seus potenciais doadores, conforme os critérios vigentes do Sistema Nacional de Transplantes(44). Na fase crônica, a taxa de sobrevida em 5 anos após TCTH-AL varia entre 25% e 70%, comparável à observada com uso de imatinibe (88% em 6 anos)(45-47).

A experiência de serviços de referência nacionais com o TCTH-AL para LMC entre 1983-2003 mostrou que a sobrevida global, sobrevida livre de doença, mortalidade relacionada ao transplante e incidência de recaída foram 49%, 50%, 45% e 25%, respectivamente, e que a idade e o intervalo entre o diagnóstico e o transplante não influenciaram a eficácia do procedimento(48). A indicação de TCTH-AL pode ser reservada para os casos de LMC em fase crônica com perda da resposta citogenética/molecular durante tratamento com alfa-interferona, imatinibe ou outro ITQ, ou em fase de transformação(43,49-51), mesmo que esta seja por reversão da fase blástica.

7.1 LINHAS TERAPÊUTICAS

O tratamento medicamentoso da LMC deve ser feito observando-se a fase da doença, finalidade do tratamento e critérios objetivos de segurança e eficácia, consistindo em:

- » Hidroxiureia, para citorredução temporária, em todas as fases da LMC;
- » Alfa-Interferona, para controle da doença na fase crônica, em doentes que permanecem em remissão com o uso deste fármaco, ou quando houver contra-indicação para uso de ITQ, como na gravidez, na falha terapêutica ao uso de ITQ e na impossibilidade ou contra-indicação de TCTH-AL;
- » Imatinibe, para controle da doença nas fases crônica, de transformação e blástica, em doentes sem tratamento prévio com inibidor de tirosinoquinases;
- » Dasatinibe, para controle da doença nas fases crônica, de transformação e blástica, em doentes que apresentaram falha terapêutica ou intolerância ao uso do imatinibe ou do nilotinibe e não houver possibilidade ou indicação de TCTH-AL;
- » Nilotinibe, para controle da doença nas fases crônica e de transformação, em doentes que apresentaram falha terapêutica ou intolerância ao uso do imatinibe ou do dasatinibe e não houver condições clínicas para

TCTH-AL;

- » Quimioterapia com outros antileucêmicos, quando houver falha terapêutica ou intolerância ao uso de inibidores de tirosinoquinases e não houver possibilidade ou indicação de TCTH-AL.

O uso alternativo de um inibidor de tirosinoquinase após falha terapêutica anterior a dois fármacos desta mesma classe terapêutica pode induzir respostas de curta duração em alguns pacientes (108), cujo significado clínico não se encontra definido na literatura médica, não podendo, assim, ser protocolado como terapia de 3ª linha.

7.1.1 HIDROXIUREIA

O uso de hidroxureia substituiu largamente o uso do bussulfano na obtenção de respostas clínicas e hematológicas transitórias. Como não resulta em respostas citogenética ou molecular, hoje em dia pode ser empregada no tratamento da LMC com intuito de citorredução inicial ou de palição(52):

Doses:

- » LMC em todas as fases, para controle sangüíneo: Iniciar com 2g/dia por via interna (oral) e manter 1-2g/dia. Doses iniciais de 3 a 4g/dia podem ser usadas por períodos curtos, nos casos de doentes com leucometria muito elevada. A dose de manutenção é ajustada conforme a leucometria, devendo ser interrompida se o número de leucócitos estiver abaixo de $2.500/\text{mm}^3$ e o de plaquetas, de $100.000/\text{mm}^3$, voltando-se à dose de manutenção quando as contagens tenderem aos valores normais.

Toxicidade:

Além de mielossupressão, os eventos adversos associados ao uso de hidroxureia incluem sintomas gastrintestinais (estomatite, náusea, vômito, diarreia e constipação) e dermatológicos (hiperpigmentação, erupção maculopapular, eritema periférico e facial, úlceras cutâneas, atrofia da pele e unhas, descamação cutânea e lesões similares à dermatomiosite).

7.1.2 ALFA-INTERFERONA

O tratamento com alfa-interferona é reservado para LMC em fase crônica, associada ou não à citarabina, quando o uso de ITQ for contraindicado ou não houver evidência de resposta hematológica em até seis meses de uso. A alfa-interferona isolada ou em combinação com citarabina ou hidroxureia pode resultar em resposta clínica e hematológica em 70%-80% dos casos, resposta citogenética completa em 5%-15% e taxa de sobrevida em 5 anos de 57%, com relatos de resposta completa molecular em 5%-10% duradouras, mesmo anos após a suspensão do tratamento(53-66). Respostas citogenéticas são esperadas com 12 meses de tratamento e a este ponto a conduta deve ser modificada se não houver evidência de resposta citogenética. O tratamento permite redução ou estabilidade da mielofibrose associada à LMC, fator limitante para indicação ulterior de TCTH-AL(67,68).

Doses:

- » LMC em fase crônica: $5.000.000 \text{ UI}/\text{m}^2/\text{dia}$ (dose máxima de $9.000.000 \text{ UI}/\text{dia}$), via subcutânea, contínuo, podendo, ou não, ser associada à citarabina, $20 \text{ mg}/\text{m}^2/\text{dia}$ por via subcutânea durante 10 dias a cada mês(69). Doses menores de alfa-interferona ($2.500.000 \text{ UI}/\text{m}^2/\text{dia}$ ou $3.000.000 \text{ UI}/\text{m}^2$ durante 5 dias semanais) podem ser usadas, com maior tolerância e sem prejuízo para a eficácia do tratamento(70,71). Este esquema visa a reduzir a granulocitopoese, e busca-se manter uma leucometria próxima a $2.500/\text{mm}^3$. No dia 1 de cada ciclo de citarabina, a leucometria deve ser superior a $2.000/\text{mm}^3$, a contagem de neutrófilos, maior que $1.500/\text{mm}^3$ e a plaquetometria, maior que $100.000/\text{mm}^3$. O uso de alfa-interferona pegulada não é recomendado, pois, apesar de ativo no tratamento da LMC, não resulta em eficácia (tempo para progressão ou sobrevida global) superior a alfa-interferona convencional(72,73).
- » A dose máxima diária preconizada de alfa-interferona pode ser alcançada pela administração escalonada de doses crescentes, de acordo com o grau de tolerância apresentado pelo doente.

Toxicidade:

Neutropenia ou úlceras orais persistentes devem motivar redução de dose.

NOTA: O efeito antitumoral da alfa-interferona sobre células-tronco da LMC não ocorre com os inibidores de tirosinoquinase, imatinibe, dasatinibe e nilotinibe(74). Estes, a despeito de resultarem em maiores taxas de resposta citogenética e molecular, devem ser usados continuamente, e a doença invariavelmente recai com a suspensão do medicamento(75); não se conhece caso de LMC curado pelo uso de inibidores de tirosinoquinase.

7.1.3 MESILATO DE IMATINIBE (1ª LINHA)

Como já dito, o tratamento da LMC com Mesilato de Imatinibe é o de eleição, por resultar respostas citogenética e molecular mais expressivas e ser mais bem tolerado do que a alfa- interferona(16-21), sendo utilizado nas seguintes situações:

- » Doentes recém-diagnosticados, sem tratamento prévio, inclusive candidatos a TCTH-AL enquanto aguardam a realização do transplante;
- » Doentes em tratamento com outros medicamentos (alfa-interferona isolada ou em associação com citarabina) que não atingiram resposta citogenética/molecular completa ou que não toleraram o tratamento com interferona (toxicidade clínica em grau 3 ou 4 e que perdure por mais de duas semanas);
- » Doentes sem resposta hematológica ou com progressão hematológica durante o tratamento com alfa-interferona;
- » Doentes que apresentam recidiva citogenética/molecular ou hematológica após TCTH-AL, quando a infusão de linfócitos do doador for inapropriada, impossível ou ineficaz; ou
- » Doentes que evoluam para fase de transformação ou blástica durante o tratamento com alfa-interferona ou após TCTH-AL.

O mesilato de imatinibe deve ser iniciado o mais precocemente possível, na dose preconizada, após o diagnóstico de LMC ou após falha ao tratamento com interferona, havendo vantagem com o escalonamento de dose no caso de resposta terapêutica inicial inadequada (76-78). A adesão ao tratamento e manutenção da intensidade de dose maior que 300 mg/dia são condições diretamente associadas à maior probabilidade de resposta citogenética/molecular e sobrevida livre de doença com imatinibe(79).

Doses:

- » LMC em fase crônica: 400 mg/dia ao dia por via oral, em dose única, com água, independentemente do escore de risco, durante a maior refeição do dia(80,81); escalonar para 600 mg/dia (em duas tomadas, uma pela manhã e a outra à noite), após três meses se houver uma resposta inadequada, perda da resposta anterior ou progressão da doença(76,77).
- » LMC em fase de transformação ou em fase blástica: 600 mg/dia por via oral (em duas tomadas, uma pela manhã e a outra à noite), com água; escalonar para 800 mg/dia (em duas tomadas, uma pela manhã e a outra à noite) após quatro semanas, se houver boa tolerância, mas uma resposta inadequada(82); interromper após três meses se não houver resposta.

Interação medicamentosa:

Apesar de que o uso do imatinibe associado a outros medicamentos em um estudo clínico não tenha resultado em variabilidade farmacocinética clinicamente relevante(83), o uso concomitante de indutores fortes de CYP3A4 (como a dexametasona, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e rifamicinas) pode reduzir os níveis séricos de nilotinibe e deve ser evitado. O imatinibe é um inibidor de CYP3A4 e seu uso aumenta o nível sérico de substratos desta enzima, requerendo cautela no uso associado com alprazolam, bloqueadores dos canais de cálcio do tipo diidropiridina,

ciclosporina, ergotamina, estatinas, fentanila, quinidina, sirolimo, tacrolimo e varfarina. Doentes que necessitem de anticoagulação devem receber heparina ao invés de varfarina(84).

Toxicidade:

Os eventos adversos mais comumente associados ao imatinibe incluem edema periorbital ou de membros inferiores, náusea, vômito, mialgia, diarreia, erupção cutânea e hepatotoxicidade (elevação de enzimas hepáticas e insuficiência hepática).

Em caso de toxicidade não hematológica do imatinibe, a dose diária pode ser reduzida ao mínimo de 300mg/dia, pois doses abaixo desta não apresentam efeito terapêutico. Se o grau de toxicidade impõe a suspensão temporária do medicamento, pode-se, superado o efeito tóxico, reiniciá-lo com a dose diária mínima (300mg/dia) e, progressivamente, aumentá-la até a dose diária que o doente tolera, no limite da respectiva dose diária preconizada.

7.1.4 DASATINIBE (2ª LINHA)

O dasatinibe pode ser empregado na falha terapêutica (após escalonamento de dose) ou intolerância ao mesilato de imatinibe, sendo usado exclusivamente com o nilotinibe como medicamentos de 2ª linha terapêutica.

Ficam, assim, as seguintes indicações do dasatinibe, como alternativa ao nilotinibe:

a) Doentes em fase crônica que apresentaram resistência ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Ausência de resposta hematológica completa após três meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de qualquer resposta citogenética após 06 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de resposta citogenética parcial após 12 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de resposta citogenética completa após 18 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta hematológica ou citogenética com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta molecular; ou
- » Progressão para fase de transformação ou fase blástica durante tratamento com mesilato de imatinibe.

b) Doentes em fase de transformação ou blástica que apresentaram resistência ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Ausência de resposta hematológica completa ou citogenética completa/molecular completa com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta hematológica ou citogenética/molecular com mesilato de imatinibe; ou
- » Progressão para fase blástica durante tratamento com mesilato de imatinibe.

c) Doentes que apresentaram intolerância ao mesilato de imatinibe, evidenciada por uma das seguintes condições:

- » Toxicidade não hematológica maior do que ou igual ao grau 3, que não responde ao tratamento sintomático ou redução temporária da dose; ou
- » Toxicidade hematológica grau 4, com uma duração superior a 7 dias.

Doses:

- » LMC em fase crônica: 100 mg/dia por via oral, em dose única, pela manhã ou à noite, durante ou não uma das refeições(85,86). Escalonar para 140 mg/dia após três meses, se houver uma resposta inadequada, perda da resposta anterior ou progressão da doença.
- » LMC em fase de transformação ou na fase blástica: 140 mg/dia por via oral, em dose única, pela manhã ou à noite, durante ou não uma das refeições(87,88). Escalonar para 180 mg ao dia após quatro semanas, se

houver uma resposta inadequada; interromper após três meses se não houver resposta.

Interação medicamentosa:

O uso concomitante de indutores fortes de CYP3A4 pode reduzir os níveis séricos de dasatinibe e deve ser evitado (ex: dexametasona, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e rifamicinas); inibidores CYP3A4 (ex: cetoconazol, itraconazol, claritromicina, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir e voriconazol) podem aumentar os níveis séricos do dasatinibe e devem ser evitados.

Toxicidade:

Os eventos adversos observados em 20% ou mais dos doentes tratados com dasatinibe por resistência ou intolerância ao mesilato de imatinibe incluem: dor musculoesquelética, cefaleia, infecção, diarreia, fadiga, erupção cutânea, dispneia, artralgia, hemorragia, edema superficial, derrame pleural, dor abdominal e náusea. Segundo informação recente (Neil P. Shah, apresentação oral, abstract 6506, ASCO 2012), não publicada, os eventos adversos graves e a incidência observada nos estudos clínicos foram: neutropenia (36,4%), plaquetopenia (23,6%), anemia (12,7%), hipofosfatemia (9,9%), infecção (6,1%), derrame pleural (5,3%), diarreia (4,3%), fadiga (4,3%), hemorragia (3,0%), dor musculoesquelética (3,0%), dor abdominal (2,5%) e dispneia (2,4%).

Histórico de asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doenças autoimunes, sangramento gastrointestinal, uso de aspirina ou anticoagulantes implica em maior risco com uso do dasatinibe, medicamento associado à ocorrência de derrame pleural e pericárdico, sangramento e infecções(89-92).

7.1.5 NILOTINIBE (2ª LINHA)

O nilotinibe pode ser empregado na falha terapêutica ou intolerância ao mesilato de imatinibe, após escalonamento de dose(93), sendo usado exclusivamente com o dasatinibe como medicamentos de 2ª linha terapêutica.

O uso do nilotinibe para doentes com LMC em fase blástica, resistentes ou intolerantes ao mesilato de imatinibe, conta com estudo de fase II(94) e não pode ser recomendado até corroboração independente dos resultados de eficácia.

Ficam, assim, as seguintes indicações do nilotinibe, como alternativa ao dasatinibe:

a) Doentes em fase crônica que apresentaram resistência ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Ausência de resposta hematológica completa após três meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de qualquer resposta citogenética após 06 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de resposta citogenética parcial após 12 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de resposta citogenética completa após 18 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta hematológica ou citogenética com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta molecular; ou
- » Progressão para fase de transformação durante o tratamento com mesilato de imatinibe.

b) Doentes em fase de transformação que apresentaram resistência ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Ausência de resposta hematológica completa ou citogenética completa/molecular completa com mesilato de imatinibe; ou
- » Perda de resposta hematológica ou citogenética/molecular com mesilato de imatinibe.

c) Doentes em fase crônica ou de transformação que apresentaram intolerância ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Toxicidade não hematológica maior do que ou igual ao grau 3, que não responde ao tratamento sintomático ou redução temporária da dose; ou
- » Toxicidade hematológica grau 4, com uma duração superior a 7 dias.

Doses:

- » LMC em fase crônica: 400 mg, duas vezes ao dia, com intervalo de 12 horas entre as doses, por via oral, no mínimo de duas horas após a ingestão de algum alimento e aguardar pelo menos uma hora para se alimentar novamente; as cápsulas devem ser engolidas inteiras, com água.
- » LMC em fase de transformação: O mesmo que para a fase crônica

Interação medicamentosa:

O uso concomitante de indutores fortes de CYP3A4 pode reduzir os níveis séricos de nilotinibe e deve ser evitado (ex: dexametasona, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e rifamicinas); inibidores CYP3A4 (ex: cetoconazol, itraconazol, claritromicina, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir e voriconazole) podem aumentar os níveis séricos do nilotinibe e devem ser evitados.

O nilotinibe prolonga o intervalo QT, pode produzir arritmias ventriculares e foi associado à ocorrência de morte súbita. Deve ser evitado em doentes com hipocalemia, hipomagnesemia ou síndrome do QT longo.

Antes do início do tratamento e periodicamente devem ser monitorizados os níveis séricos de potássio e magnésio. Deve-se obter um eletrocardiograma basal, sete dias após o início do tratamento com nilotinibe após três meses iniciais e sempre que ocorrer modificação da dose ou quando clinicamente indicado durante o tratamento. Se ocorrer prolongamento do intervalo QT durante o tratamento (QTc maior que 0,48 segundos), as seguintes medidas precisam ser adotadas: 1) suspender o nilotinibe e avaliar níveis séricos de potássio e magnésio, corrigindo se forem subnormais; 2) avaliar se há uso concomitante de medicamentos inibidores CYP3A4; 3) reintroduzir o nilotinibe após duas semanas, na dose original, se o intervalo QTc for menor que 0,45 segundos, ou com dose reduzida para 400 mg/dia, se o intervalo QTc estiver entre 0,45 e 0,48 segundos; 4) caso o intervalo QTc esteja prolongado (maior que 0,48 segundos) mesmo com redução da dose, o nilotinibe deve ser permanentemente suspenso(95).

Toxicidade:

Os eventos adversos observados em 10% ou mais dos doentes tratados com nilotinibe incluem erupção cutânea, prurido, náusea, vômito, fadiga, cefaleia, constipação, diarreia e mialgia. Os eventos adversos graves mais comuns são relacionados à mielossupressão: anemia, neutropenia e trombocitopenia.

Antecedente de diabetes mellitus e pancreatite são contra-indicações relativas para o uso do nilotinibe, uma vez que este medicamento pode acarretar elevação dos níveis séricos de lipase, bilirrubinas e glicose.

7.1.6 OUTROS QUIMIOTERÁPICOS

Os esquemas quimioterápicos de doentes com LMC intolerantes ou com doença resistente aos inibidores de tirosinoquinase devem ser selecionados segundo indicação ou não de TCTH-AL, capacidade funcional, condições clínicas e decisão do doente.

7.1.7 QUADRO RESUMO DA QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO - RESUMO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO					
FASE	LINHA	MEDICAMENTO	DOSE		OBSERVAÇÃO
Todas	NA	Hidroxiureia	Inicial	Manutenção	Para citorredução.
			2g/dia	1-2g/dia	Dose inicial de 3-4g/dia se necessário, mas por curto tempo.
Crônica	1a	Imatinibe	400mg/dia	NA	Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 600mg/dia.
		Interferona	5 milhõesUI/ m ² /dia	NA	Alternativa ao Imatinibe. Máximo de 9 milhões UI/dia.
	2a	Dasatinibe	100mg/dia	NA	Alternativa ao Nilotinibe. Dose máxima de 140mg/dia.
		Nilotinibe	800mg/dia	NA	Alternativa ao Dasatinibe. Dose máxima de 800mg/dia.
	3a	Qualquer	NA	NA	Conduta da responsabilidade do hospital.
Transformação (acelerada)	1a	Imatinibe	600mg/dia	NA	Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 800mg/dia.
	2a	Dasatinibe	140mg/dia	NA	Alternativa ao Nilotinibe. Dose máxima de 140mg/dia.
		Nilotinibe	800mg/dia	NA	Alternativa ao Dasatinibe. Dose máxima de 800mg/dia.
	3a	Qualquer	NA	NA	Conduta da responsabilidade do hospital.
Blástica (aguda)	1a	Imatinibe	600mg/dia	NA	Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 800mg/dia.
	2a	Dasatinibe	140mg/dia	NA	Dose máxima de 140mg/dia.
	3a	Qualquer	NA	NA	Conduta da responsabilidade do hospital.

NA = não se aplica

8 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

8.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A compreensão da fisiopatologia da LMC e o aperfeiçoamento dos meios diagnósticos introduziram novos conceitos no monitoramento dos doentes tratados de LMC - resposta clínica, hematológica, resposta citogenética e resposta molecular – assim definidos:

Resposta Hematológica:

- » Normalização das contagens celulares com leucócitos abaixo de 10.000/mm³;
- » Basofilia inferior a 5% no sangue periférico;
- » Plaquetometria abaixo de 450.000/mm³;
- » Ausência de células imaturas (a partir de mielócitos) no sangue periférico.

Resposta Citogenética (em um mínimo de 20 metáfases):

- » Completa: Ausência do cromossoma Philadelphia;
- » Parcial: 1%-35% de metáfases com cromossoma Philadelphia;

- » Menor: 36%-65% de metáfases com cromossoma Philadelphia;
- » Mínima: 66%-95% de metáfases com cromossoma Philadelphia;
- » Ausente: mais de 95% de metáfases com cromossoma Philadelphia.

Resposta Molecular (PCR quantitativo em sangue periférico):

- » Completa: transcrito BCR-ABL indetectável;
- » Maior: redução da quantificação dos transcritos igual ou superior a 3 log, conforme Escala Internacional de mRNA do BCR-ABL (BCR-ABL/ABL menor ou igual a 0,1%);
- » Incompleta: relação BCR-ABL/ABL superior a 0,1%.

Os resultados terapêuticos devem ser avaliados pelos critérios de resposta hematológica e resposta citogenética/molecular(96,97). O tratamento visa à obtenção de resposta ótima, caracterizada:

- a) Resposta hematológica completa, em três meses;
- b) Resposta citogenética menor (até 65% de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 03 meses;
- c) Resposta citogenética parcial (até 35% de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 06 meses;
- d) Resposta citogenética completa (ausência de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 12 meses;
- e) Resposta molecular maior (relação BCR-ABL/ABL menor ou igual a 0,1%), em 18 meses.

São critérios de falha terapêutica:

- a) Ausência de resposta hematológica completa, em três meses;
- b) Ausência de resposta citogenética (acima de 95% de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 06 meses;
- c) Ausência de resposta citogenética parcial (acima de 35% de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 12 meses;
- d) Ausência de resposta citogenética completa (presença de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 18 meses; ou
- e) Quando houver perda da resposta hematológica completa ou de resposta citogenética completa/molecular completa obtida anteriormente.

Os seguintes exames devem ser realizados para monitoramento:

- a) Exame clínico do baço, linfonodos e manifestações sugestivas de cloroma: ao diagnóstico e a cada retorno ao médico.
- b) Hemograma: ao diagnóstico e a cada 15 dias até obtenção e confirmação de resposta clínica e hematológica completa. A partir deste ponto, a cada três meses ou em intervalos menores, a critério médico.
- c) Função hepática (ALT/TGP, AST/TGO, bilirrubinas totais e frações): ao diagnóstico, a cada 15 dias no primeiro mês e uma vez nos segundo e terceiro meses de tratamento. Após o terceiro mês de tratamento, trimestralmente ou em intervalos menores, se necessário.
- d) Mielograma e exame de citogenética: ao diagnóstico, aos três meses e aos seis meses de tratamento, e a cada seis meses até a resposta citogenética completa ser obtida e confirmada. Daí então a cada 12 meses, principalmente nos casos em que a monitoração molecular não for possível. Sempre deve ser realizada nos casos de alterações inesperadas nos índices hematimétricos e nas suspeitas clínicas de falha ao tratamento. Até a obtenção e a confirmação de resposta citogenética completa, deve ser feita por meio de exame de citogenética clássica em amostras de medula óssea. Após obtenção de resposta citogenética completa, pode ser feita, preferencialmente, por citogenética clássica em amostras de medula óssea ou, nos casos em que uma amostra de medula óssea não for possível, por técnica de hibridização fluorescente in situ em amostras de sangue periférico.
- e) Exame molecular (quantificação dos transcritos BCR-ABL1 por RT-PCR): a cada três meses após resposta citogenética completa obtida e confirmada. Após a obtenção e a confirmação de resposta molecular maior, pode ser realizado a cada seis meses. Realizar em amostras de sangue periférico.

As técnicas de hibridização fluorescente in situ podem ser usadas para monitorar resposta clínica e hematológica (resposta completa: até 10% células marcadas) ou resposta citogenética (resposta completa: até 1% de células marcadas), mas a sensibilidade do método não permite avaliar se houve resposta molecular maior(98).

Mutações no domínio quinase do BCR-ABL podem ser identificadas em 50% a 90% dos doentes com LMC resistente ao imatinibe(99), mas também em doentes que se encontram em resposta citogenética completa ao tratamento(100). Ensaios in vitro sugerem menor sensibilidade ao nilotinibe para as mutações E255K/V, Y253H ou F359C/V e menor sensibilidade ao dasatinibe com as mutações F317L ou V299L; a mutação T315I está presente em 4% a 15% dos casos de LMC resistentes ao imatinibe e pode conferir resistência ao dasatinibe e ao nilotinibe(14). No entanto, a presença de mutação não é condição suficiente ou necessária para a ocorrência de resistência clínica aos inibidores de tirosinoquinase(101-104), havendo mecanismos fisiopatológicos ainda não totalmente elucidados, envolvidos na falha terapêutica ao imatinibe(105,106). Assim, a despeito da opinião provisória de especialistas(4,107), até que estudos clínicos prospectivos demonstrem a utilidade prática do sequenciamento genético no planejamento terapêutico de doentes com LMC, não se recomenda a pesquisa de mutação BCR-ABL para uso rotineiro no acompanhamento ou seleção do tratamento desses doentes.

8.2. CRITÉRIOS DE MUDANÇA OU INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

a) Resposta sub-ótima:

Quando na avaliação da resposta terapêutica não for caracterizada resposta ótima, mas não houver critério para falha terapêutica, considera-se resposta sub-ótima ao tratamento. Nestes casos, não há necessidade absoluta de modificação imediata da linha terapêutica, podendo haver escalonamento de dose nos doentes em uso de imatinibe.

b) Falha terapêutica:

O tratamento medicamentoso deve ser modificado sempre que constatada falha terapêutica(97), pela ocorrência de um dos critérios descritos anteriormente, observando-se as seguintes etapas:

- » Nos doentes com LMC em fase crônica recebendo alfa-interferona, interromper e iniciar mesilato de imatinibe;
- » Nos doentes com LMC em qualquer fase recebendo mesilato de imatinibe, escalonar a dose deste medicamento;
- » Nos doentes com LMC em fase crônica ou de transformação recebendo mesilato de imatinibe em dose escalonada, interromper e iniciar dasatinibe ou nilotinibe, na dose recomendada;
- » Nos doentes com LMC em fase crônica ou de transformação recebendo dasatinibe ou nilotinibe, interromper e iniciar terapia de terceira linha conforme conduta hospitalar;
- » Nos doentes com LMC em fase blástica recebendo mesilato de imatinibe em dose escalonada, interromper e iniciar dasatinibe, na dose recomendada;
- » Nos doentes com LMC em fase blástica recebendo dasatinibe, interromper e iniciar terapia de terceira linha conforme conduta hospitalar.

Embora estudos retrospectivos de series de casos mostrem que o dasatinibe ou o nilotinibe possam ter aplicação clínica após falha terapêutica ao tratamento com imatinibe e a um destes outros dois medicamentos (88,108), não há evidência científica suficiente (estudos de fase II, estudo de fase III ou meta-análise de estudos de eficácia) para recomendar o uso do nilotinibe ou do dasatinibe para doentes que apresentem falha terapêutica ao uso de um destes fármacos.

c) Toxicidade:

Neutropenia grau 3-4 pelos parâmetros do National Cancer Institute - NCI, de uso internacional (neutrófilos abaixo de $1.000/\text{mm}^3$):

- » Mesilato de imatinibe: interromper até contagem de neutrófilos maior que $1.500/\text{mm}^3$ e reiniciar com dose de 400 mg. Se houver recorrência da neutropenia grau 3-4, interromper e reiniciar com dose de 300 mg.
- » Dasatinibe: interromper até contagem de neutrófilos maior que $1.000/\text{mm}^3$. Na LMC em fase crônica, se

a recuperação ocorrer em uma semana, reintroduzir na dose de 100 mg/dia; se ocorrer em mais de uma semana, reintroduzir na dose de 80 mg/dia. Na LMC em fase de transformação ou na fase blástica, se ocorrer nas seis primeiras semanas e houver celularidade na medula óssea menor que 10% e menos que 5% de blastos, reintroduzir na dose de 140 mg/dia para o primeiro episódio, 100 mg/dia para o segundo episódio e 80 mg/dia para o terceiro episódio; se ocorrer após as seis primeiras semanas e houver celularidade na medula óssea maior que 10% e com mais que 5% de blastos, interromper permanentemente o dasatinibe.

- » Nilotinibe: interromper até contagem de neutrófilos maior que 1.000/mm³; se a recuperação ocorrer em duas semanas, reintroduzir na dose recomendada; se ocorrer em mais de duas semanas, reintroduzir com dose de 400 mg/dia.

Trombocitopenia grau 3-4 pelos parâmetros do National Cancer Institute - NCI, de uso internacional) (plaquetas abaixo de 50.000/uL):

- » Mesilato de imatinibe: interromper até plaquetometria maior que 75.000/mm³ e reiniciar com dose de 400 mg. Se houver recorrência da trombocitopenia grau 3-4, interromper e reiniciar com dose de 300 mg.
- » Dasatinibe: interromper até plaquetometria maior que 50.000/mm³. Se o primeiro episódio ocorrer nos primeiros dois meses de tratamento, reintroduzir na dose de 100 mg/dia; se ocorrer após o segundo mês ou se tratar do segundo episódio de trombocitopenia grau 3-4, reintroduzir na dose de 80 mg/dia. Em doentes com LMC em fase de transformação ou em fase blástica, interromper até plaquetometria maior que 20.000/mm³; se ocorrer nas seis primeiras semanas e houver celularidade na medula óssea menor que 10% e menos que 5% de blastos, reintroduzir na dose de 140 mg/dia para o primeiro episódio, 100 mg/dia para o segundo episódio e 80 mg/dia para o terceiro episódio; se ocorrer após as seis primeiras semanas e houver celularidade na medula óssea maior que 10% e com mais que 5% de blastos, interromper permanentemente o dasatinibe.
- » Nilotinibe: interromper até plaquetometria maior que 50.000/mm³; se a recuperação ocorrer em duas semanas, reintroduzir na dose recomendada; se ocorrer em mais de duas semanas, reintroduzir com dose de 400 mg/dia.

Havendo novo episódio de trombocitopenia após redução de dose, ou sangramento, a continuidade do tratamento com o medicamento fica a critério médico.

Toxicidade não hematológica:

- » Hepatotoxicidade (bilirrubinas 3 vezes acima do limite superior normal (LSN) ou AST ou ALT 5 vezes acima do LSN): suspender o medicamento até bilirrubinas 1,5 vez abaixo do LSN e AST e ALT 2,5 abaixo do LSN e reintroduzir com redução de dose (mesilato de imatinibe: 300 mg/dia, LMC fase crônica e 400 mg/dia, LMC fase de transformação ou blástica; nilotinibe: LMC em qualquer fase, 400 mg/dia). Não há orientação segura para uso do dasatinibe ou do nilotinibe na vigência de disfunção hepática.
- » Elevação de lipase ou amilase acima de 2 vezes o LSN: suspender o nilotinibe e reintroduzi-lo com dose reduzida (LMC em fase crônica: 300 mg/dia; LMC em fase de transformação: 400 mg/dia), quando os níveis de lipase e amilase forem iguais ou menores que 1,5 LSN.
- » Outra toxicidade não hematológica grau 3 ou 4 pelos parâmetros do National Cancer Institute - NCI, de uso internacional: interrupção definitiva do tratamento em curso e mudança do esquema terapêutico.
- » Redução da capacidade funcional do doente para os níveis 3 ou 4 da escala de Zubrod (OMS), evidência de má adesão ao tratamento ou agravamento de comorbidade devem motivar avaliação multiprofissional do doente e decisão compartilhada sobre a continuidade ou interrupção do tratamento.

9 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O tratamento da LMC é contínuo e não é recomendada a tentativa de suspensão definitiva do tratamento com ITQ, mesmo obtida resposta citogenética completa/molecular completa de longa duração.

Orientações sobre cuidados pós-tratamento aplicam-se aos pacientes em remissão completa da doença, após TCTH-AL(45,109,110). A natureza dos cuidados vai depender de fatores individuais, devendo ser indicada uma rotina de

retorno ao hospital para consultas ambulatoriais frequentes nas semanas e meses seguintes ao término do tratamento.

A equipe médica fornecerá instruções específicas ao acompanhamento diário do doente, incluindo:

- » necessidade de uso de medicamentos para controle sintomático;
- » informações sobre o reconhecimento e a prevenção de infecções;
- » manifestações de anemia, que pode requerer tratamento medicamentoso ou transfusões de hemácias;
- » efeitos adversos de longo prazo dos esquemas de condicionamento para TCTH-AL, como catarata, infertilidade e câncer secundário; manifestações da doença crônica do enxerto versus hospedeiro, que pode afetar o fígado, pele ou o trato digestivo; e efeitos adversos de longo prazo de medicamentos utilizados para o tratamento de complicações do transplante;
- » manifestações de síndrome metabólica, condição clínica cujo risco está aumentado entre sobreviventes de LMC.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com 19 ou mais anos e diagnóstico de leucemia mieloide crônica devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial/acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem decrescente - primeira linha maior do que segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica), entre outras. Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

NOTA 1 - O mesilato de imatinibe (para uso em 1ª linha), padronizado neste Protocolo, é, hoje, adquirido pelo Ministério e fornecido pelas Secretarias de Saúde para os hospitais e, por estes, aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Assim, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de outros medicamentos contra a leucemia mieloide crônica, observando o presente Protocolo, que eles, livremente, padronizem, adquiram e forneçam, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento, inclusive aqueles de 1ª linha terapêutica, compatíveis com o mesilato de imatinibe, seja o hospital público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

NOTA 2 - Os seguintes procedimentos se encontram na tabela do SUS e são autorizados por APAC para a quimioterapia da leucemia mieloide crônica do adulto:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
03.04.03.007-4	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica - Qualquer Fase - Controle Sangüíneo
03.04.03.011-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 1ª Linha
03.04.03.022-8	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 2ª Linha
03.04.03.012-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 3ª Linha
03.04.03.015-5	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação – 1ª Linha
03.04.03.014-7	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação – 2ª Linha
03.04.03.013-9	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação – 3ª Linha
03.04.03.009-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 1ª linha
03.04.03.008-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 2ª linha
03.04.03.010-4	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 3ª Linha

12 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento Mesilato de Imatinibe preconizado neste Protocolo.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bortolheiro TC, Chiattonne CS. Leucemia Mieloide Crônica: história natural e classificação. Rev Bras Hematol Hemoter. 2008;30(Suppl.1):3-7.
- Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, S. JE, A. PS, H. S, et al., eds. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues 4a. ed. Lion: IARC 2008.
- de Campos MG, Arantes Ade M, de Oliveira JS, Chauffaille Mde L. Chronic myeloid leukemia: a disease of youth in Brazil. Leuk Res. 2010 Apr;34(4):542-4.
- ABHH, SBP, SBP. Leucemia mieloide crônica. In: de Souza CA, Pagnano KBB, Bendit I, Conchon M, Freitas CMBM, Coelho AM, et al., eds. Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB/CFM 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Conduas do INCA - Leucemia Mieloide Crônica. Rev Bras Cancerologia. 2003;49(1):5-8.
- Hehlmann R, Heimpel H, Hasford J, Kolb HJ, Pralle H, Hossfeld DK, et al. Randomized comparison of busulfan and hydroxyurea in chronic myelogenous leukemia: prolongation of survival by hydroxyurea. The German CML Study Group. Blood. 1993 Jul 15;82(2):398-407.
- Hehlmann R, Heimpel H, Hasford J, Kolb HJ, Pralle H, Hossfeld DK, et al. Randomized comparison of interferon-alpha with busulfan and hydroxyurea in chronic myelogenous leukemia. The German CML Study Group. Blood. 1994 Dec 15;84(12):4064-77.
- ICSGCML. A prospective comparison of alpha-IFN and conventional chemotherapy in Ph+ chronic myeloid leukemia. Clinical and cytogenetic results at 2 years in 322 patients. The Italian Cooperative Study Group on Chronic Myeloid Leukemia. Haematologica. 1992 May-Jun;77(3):204-14.
- Druker BJ, Guilhot F, O'Brien SG, Gathmann I, Kantarjian H, Gattermann N, et al. Five-year follow-up of patients receiving imatinib for chronic myeloid leukemia. N Engl J Med. 2006 Dec 7;355(23):2408-17.
- Kantarjian H, Giles F, Wunderle L, Bhalla K, O'Brien S, Wassmann B, et al. Nilotinib in imatinib-resistant CML and Philadelphia chromosome-positive ALL. N Engl J Med. 2006 Jun 15;354(24):2542-51.
- Xu Y, Wahner AE, Nguyen PL. Progression of chronic myeloid leukemia to blast crisis during treatment with imatinib mesylate. Arch Pathol Lab Med. 2004 Sep;128(9):980-5.
- Hochhaus A, Druker B, Sawyers C, Guilhot F, Schiffer CA, Cortes J, et al. Favorable long-term follow-up results over 6 years for response, survival, and safety with imatinib mesylate therapy in chronic-phase chronic myeloid

- leukemia after failure of interferona-alpha treatment. *Blood*. 2008 Feb 1;111(3):1039-43.
13. Hochhaus A, O'Brien SG, Guilhot F, Druker BJ, Branford S, Foroni L, et al. Six-year follow-up of patients receiving imatinib for the first-line treatment of chronic myeloid leukemia. *Leukemia*. 2009 Jun;23(6):1054-61.
 14. Jones D, Kamel-Reid S, Bahler D, Dong H, Elenitoba-Johnson K, Press R, et al. Laboratory practice guidelines for detecting and reporting BCR-ABL drug resistance mutations in chronic myelogenous leukemia and acute lymphoblastic leukemia: a report of the Association for Molecular Pathology. *J Mol Diagn*. 2009 Jan;11(1):4-11.
 15. Keating A, Wang XH, Laraya P. Variable transcription of BCR-ABL by Ph+ cells arising from hematopoietic progenitors in chronic myeloid leukemia. *Blood*. 1994 Apr 1;83(7):1744-9.
 16. Branford S, Rudzki Z, Harper A, Grigg A, Taylor K, Durrant S, et al. Imatinib produces significantly superior molecular responses compared to interferona alfa plus cytarabine in patients with newly diagnosed chronic myeloid leukemia in chronic phase. *Leukemia*. 2003 Dec;17(12):2401-9.
 17. Hahn EA, Glendenning GA, Sorensen MV, Hudgens SA, Druker BJ, Guilhot F, et al. Quality of life in patients with newly diagnosed chronic phase chronic myeloid leukemia on imatinib versus interferona alfa plus low-dose cytarabine: results from the IRIS Study. *J Clin Oncol*. 2003 Jun 1;21(11):2138-46.
 18. Hughes TP, Kaeda J, Branford S, Rudzki Z, Hochhaus A, Hensley ML, et al. Frequency of major molecular responses to imatinib or interferona alfa plus cytarabine in newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2003 Oct 9;349(15):1423-32.
 19. Muller MC, Gattermann N, Lahaye T, Deininger MW, Berndt A, Fruehauf S, et al. Dynamics of BCR-ABL mRNA expression in first-line therapy of chronic myelogenous leukemia patients with imatinib or interferona alpha/ara-C. *Leukemia*. 2003 Dec;17(12):2392-400.
 20. O'Brien SG, Guilhot F, Larson RA, Gathmann I, Baccarani M, Cervantes F, et al. Imatinib compared with interferona and low-dose cytarabine for newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2003 Mar 13;348(11):994-1004.
 21. Cortes J, De Souza C, Ayala-Sanchez M, Bendit I, Best-Aguilera C, Enrico A, et al. Current patient management of chronic myeloid leukemia in Latin America: a study by the Latin American Leukemia Net (LALNET). *Cancer*. 2010 Nov 1;116(21):4991-5000.
 22. Kantarjian H, Pasquini R, Hamerschlak N, Rousselot P, Holowiecki J, Jootar S, et al. Dasatinib or high-dose imatinib for chronic-phase chronic myeloid leukemia after failure of first-line imatinib: a randomized phase 2 trial. *Blood*. 2007 Jun 15;109(12):5143-50.
 23. Kantarjian H, Pasquini R, Levy V, Jootar S, Holowiecki J, Hamerschlak N, et al. Dasatinib or high-dose imatinib for chronic-phase chronic myeloid leukemia resistant to imatinib at a dose of 400 to 600 milligrams daily: two-year follow-up of a randomized phase 2 study (START-R). *Cancer*. 2009 Sep 15;115(18):4136-47.
 24. Rosti G, Palandri F, Castagnetti F, Breccia M, Levato L, Gugliotta G, et al. Nilotinib for the frontline treatment of Ph(+) chronic myeloid leukemia. *Blood*. 2009 Dec 3;114(24):4933-8.
 25. Abbott BL. Dasatinib: from treatment of imatinib-resistant or -intolerant patients with chronic myeloid leukemia to treatment of patients with newly diagnosed chronic phase chronic myeloid leukemia. *Clin Ther*. 2012 Feb;34(2):272-81.
 26. Santos FP, Kantarjian H, Fava C, O'Brien S, Garcia-Manero G, Ravandi F, et al. Clinical impact of dose reductions and interruptions of second-generation tyrosine kinase inhibitors in patients with chronic myeloid leukaemia. *Br J Haematol*. 2010 Aug;150(3):303-12.
 27. Breccia M, Tiribelli M, Alimena G. Tyrosine kinase inhibitors for elderly chronic myeloid leukemia patients: A systematic review of efficacy and safety data. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2012 Oct;84(1):93-100.
 28. Yood MU, Oliveria SA, Cziraky M, Hirji I, Hamdan M, Davis C. Adherence to treatment with second-line therapies, dasatinib and nilotinib, in patients with chronic myeloid leukemia. *Curr Med Res Opin*. 2012 Feb;28(2):213-9.
 29. Cortes JE, Jones D, O'Brien S, Jabbour E, Ravandi F, Koller C, et al. Results of dasatinib therapy in patients with early chronic-phase chronic myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2010 Jan 20;28(3):398-404.
 30. Kantarjian H, Shah NP, Hochhaus A, Cortes J, Shah S, Ayala M, et al. Dasatinib versus imatinib in newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2010 Jun 17;362(24):2260-70.

31. Saglio G, Kim DW, Issaragrisil S, le Coutre P, Etienne G, Lobo C, et al. Nilotinib versus imatinib for newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2010 Jun 17;362(24):2251-9.
32. Jabbour E, Kantarjian H, O'Brien S, Shan J, Quintas-Cardama A, Faderl S, et al. The achievement of an early complete cytogenetic response is a major determinant for outcome in patients with early chronic phase chronic myeloid leukemia treated with tyrosine kinase inhibitors. *Blood*. 2011 Oct 27;118(17):4541-6; quiz 759.
33. Jabbour E, Kantarjian HM, O'Brien S, Shan J, Quintas-Cardama A, Garcia-Manero G, et al. Front-line therapy with second-generation tyrosine kinase inhibitors in patients with early chronic phase chronic myeloid leukemia: what is the optimal response? *J Clin Oncol*. 2011 Nov 10;29(32):4260-5.
34. Ferdinand R, Mitchell SA, Batson S, Tumor I. Treatments for chronic myeloid leukemia: a qualitative systematic review. *J Blood Med*. 2012;3:51-76.
35. Kantarjian HM, Shah NP, Cortes JE, Baccarani M, Agarwal MB, Undurraga MS, et al. Dasatinib or imatinib in newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia: 2-year follow-up from a randomized phase 3 trial (DASISION). *Blood*. 2012 Feb 2;119(5):1123-9.
36. Radich JP, Kopecky KJ, Appelbaum FR, Kamel-Reid S, Stock W, Malnassy G, et al. A randomized trial of dasatinib 100 mg vs imatinib 400 mg in newly diagnosed chronic phase chronic myeloid leukemia. *Blood*. 2012 Aug 28.
37. Signorovitch JE, Wu EQ, Betts KA, Parikh K, Kantor E, Guo A, et al. Comparative efficacy of nilotinib and dasatinib in newly diagnosed chronic myeloid leukemia: a matching-adjusted indirect comparison of randomized trials. *Curr Med Res Opin*. 2011 Jun;27(6):1263-71.
38. Kantarjian H, O'Brien S, Jabbour E, Shan J, Ravandi F, Kadia T, et al. Impact of treatment end point definitions on perceived differences in long-term outcome with tyrosine kinase inhibitor therapy in chronic myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2011 Aug 10;29(23):3173-8.
39. Cross NC, White HE, Muller MC, Saglio G, Hochhaus A. Standardized definitions of molecular response in chronic myeloid leukemia. *Leukemia*. 2012 Oct;26(10):2172-5.
40. Rogers G, Hoyle M, Thompson Coon J, Moxham T, Liu Z, Pitt M, et al. Dasatinib and nilotinib for imatinib-resistant or -intolerant chronic myeloid leukaemia: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2012;16(22):1-410.
41. Collaboration CAT. Autologous stem cell transplantation in chronic myeloid leukaemia: a meta-analysis of six randomized trials. *Cancer Treat Rev*. 2007 Feb;33(1):39-47.
42. Gale RP, Hehlmann R, Zhang MJ, Hasford J, Goldman JM, Heimpel H, et al. Survival with bone marrow transplantation versus hydroxyurea or interferona for chronic myelogenous leukemia. The German CML Study Group. *Blood*. 1998 Mar 1;91(5):1810-9.
43. Hehlmann R, Hochhaus A, Kolb HJ, Hasford J, Gratwohl A, Heimpel H, et al. Interferona-alpha before allogeneic bone marrow transplantation in chronic myelogenous leukemia does not affect outcome adversely, provided it is discontinued at least 90 days before the procedure. *Blood*. 1999 Dec 1;94(11):3668-77.
44. BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Portaria GM/MS Nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.
45. Reiter E, Greinix HT, Keil F, Brugger S, Rabitsch W, Schulenburg A, et al. Long-term follow-up of patients after related- and unrelated-donor bone marrow transplantation for chronic myelogenous leukemia. *Ann Hematol*. 1999 Nov;78(11):507-13.
46. Silver RT, Woolf SH, Hehlmann R, Appelbaum FR, Anderson J, Bennett C, et al. An evidence-based analysis of the effect of busulfan, hydroxyurea, interferona, and allogeneic bone marrow transplantation in treating the chronic phase of chronic myeloid leukemia: developed for the American Society of Hematology. *Blood*. 1999 Sep 1;94(5):1517-36.
47. Olsson-Stromberg U, Simonsson B, Ahlgren T, Bjorkholm M, Carlsson K, Gahrton G, et al. Comparison of busulphan, hydroxyurea and allogeneic bone marrow transplantation (BMT) in chronic myeloid leukaemia: BMT prolongs survival. *Hematol J*. 2004;5(6):462-6.
48. de Souza CA, Vigorito AC, Ruiz MA, Nucci M, Dullely FL, Funcke V, et al. Validation of the EBMT risk score in chronic myeloid leukemia in Brazil and allogeneic transplant outcome. *Haematologica*. 2005 Feb;90(2):232-7.

49. Jabbour E, Cortes J, Kantarjian H, Giralto S, Andersson BS, Giles F, et al. Novel tyrosine kinase inhibitor therapy before allogeneic stem cell transplantation in patients with chronic myeloid leukemia: no evidence for increased transplant-related toxicity. *Cancer*. 2007 Jul 15;110(2):340-4.
50. Kantarjian H, O'Brien S, Talpaz M, Borthakur G, Ravandi F, Faderl S, et al. Outcome of patients with Philadelphia chromosome-positive chronic myelogenous leukemia post-imatinib mesylate failure. *Cancer*. 2007 Apr 15;109(8):1556-60.
51. Saussele S, Lauseker M, Gratwohl A, Beelen DW, Bunjes D, Schwerdtfeger R, et al. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (allo SCT) for chronic myeloid leukemia in the imatinib era: evaluation of its impact within a subgroup of the randomized German CML Study IV. *Blood*. 2010 Mar 11;115(10):1880-5.
52. CMLTCG. Hydroxyurea versus busulphan for chronic myeloid leukaemia: an individual patient data meta-analysis of three randomized trials. Chronic myeloid leukemia trialists' collaborative group. *Br J Haematol*. 2000 Sep;110(3):573-6.
53. Allan NC, Richards SM, Shepherd PC. UK Medical Research Council randomised, multicentre trial of interferon- α n1 for chronic myeloid leukaemia: improved survival irrespective of cytogenetic response. The UK Medical Research Council's Working Parties for Therapeutic Trials in Adult Leukaemia. *Lancet*. 1995 Jun 3;345(8962):1392-7.
54. Ohnishi K, Ohno R, Tomonaga M, Kamada N, Onozawa K, Kuramoto A, et al. A randomized trial comparing interferon- α with busulfan for newly diagnosed chronic myelogenous leukemia in chronic phase. *Blood*. 1995 Aug 1;86(3):906-16.
55. BCSG. Low-dose interferon- α 2b combined with hydroxyurea versus hydroxyurea alone for chronic myelogenous leukemia. The Benelux CML Study Group. *Bone Marrow Transplant*. 1996 May;17 Suppl 3:S19-20.
56. Hehlmann R, Heimpel H, Hossfeld DK, Hasford J, Kolb HJ, Loffler H, et al. Randomized study of the combination of hydroxyurea and interferon α versus hydroxyurea monotherapy during the chronic phase of chronic myelogenous leukemia (CML Study II). The German CML Study Group. *Bone Marrow Transplant*. 1996 May;17 Suppl 3:S21-4.
57. Shepherd PC, Richards SM, Allan NC. Progress with interferon in CML--results of the MRC UK CML III study. *Bone Marrow Transplant*. 1996 May;17 Suppl 3:S15-8.
58. CMLTCG. Interferon α versus chemotherapy for chronic myeloid leukemia: a meta-analysis of seven randomized trials: Chronic Myeloid Leukemia Trialists' Collaborative Group. *J Natl Cancer Inst*. 1997 Nov 5;89(21):1616-20.
59. BCSG. Randomized study on hydroxyurea alone versus hydroxyurea combined with low-dose interferon- α 2b for chronic myeloid leukemia. The Benelux CML Study Group. *Blood*. 1998 Apr 15;91(8):2713-21.
60. Ohnishi K, Tomonaga M, Kamada N, Onozawa K, Kuramoto A, Dohy H, et al. A long term follow-up of a randomized trial comparing interferon- α with busulfan for chronic myelogenous leukemia. The Kouseisho Leukemia Study Group. *Leuk Res*. 1998 Sep;22(9):779-86.
61. Giles FJ, Shan J, Chen S, Advani SH, Supandiman I, Aziz Z, et al. A prospective randomized study of alpha-2b interferon plus hydroxyurea or cytarabine for patients with early chronic phase chronic myelogenous leukemia: the International Oncology Study Group CML1 study. *Leuk Lymphoma*. 2000 Apr;37(3-4):367-77.
62. Tothova E, Fricova M, Kafkova A, Stecova N, Guman T, Raffac S, et al. Hematological and cytogenetic response of interferon α 2b alone and combined interferon α plus cytarabine as a first-line treatment in chronic myeloid leukemia. *Neoplasma*. 2000;47(2):125-8.
63. Tothova E, Fricova M, Stecova N, Svorcova E, Guman T, Raffac S, et al. (The 6M 12M trial--study of the effectiveness and tolerance of treatment in chronic myeloid leukaemia with a combination of interferon α and cytarabine). *Vnitr Lek*. 2000 Jul;46(7):391-4.
64. Baccarani M, Rosti G, de Vivo A, Bonifazi F, Russo D, Martinelli G, et al. A randomized study of interferon- α versus interferon- α and low-dose arabinosyl cytosine in chronic myeloid leukemia. *Blood*. 2002 Mar 1;99(5):1527-35.
65. Hehlmann R, Berger U, Pffirmann M, Hochhaus A, Metzgeroth G, Maywald O, et al. Randomized comparison

- of interferona alpha and hydroxyurea with hydroxyurea monotherapy in chronic myeloid leukemia (CML-study II): prolongation of survival by the combination of interferona alpha and hydroxyurea. *Leukemia*. 2003 Aug;17(8):1529-37.
66. Kuhr T, Burgstaller S, Apfelbeck U, Linkesch W, Seewann H, Fridrik M, et al. A randomized study comparing interferona (IFN alpha) plus low-dose cytarabine and interferona plus hydroxyurea (HU) in early chronic-phase chronic myeloid leukemia (CML). *Leuk Res*. 2003 May;27(5):405-11.
 67. Buesche G, Hehlmann R, Hecker H, Heimpel H, Heinze B, Schmeil A, et al. Marrow fibrosis, indicator of therapy failure in chronic myeloid leukemia - prospective long-term results from a randomized-controlled trial. *Leukemia*. 2003 Dec;17(12):2444-53.
 68. Buesche G, Freund M, Hehlmann R, Georgii A, Ganser A, Hecker H, et al. Treatment intensity significantly influencing fibrosis in bone marrow independently of the cytogenetic response: meta-analysis of the long-term results from two prospective controlled trials on chronic myeloid leukemia. *Leukemia*. 2004 Sep;18(9):1460-7.
 69. Deenik W, van der Holt B, Verhoef GE, Schattenberg AV, Verdonck LF, Daenen SM, et al. High-vs low-dose cytarabine combined with interferona alfa in patients with first chronic phase chronic myeloid leukemia. A prospective randomized phase III study. *Ann Hematol*. 2007 Feb;86(2):117-25.
 70. Penarrubia MJ, Odriozola J, Gonzalez C, Massague I, Miguel A, Gonzalez San Miguel JD, et al. A randomized study of intermediate as compared with high doses of interferona-alpha for chronic myeloid leukemia: no differences in cytogenetic responses. *Ann Hematol*. 2003 Dec;82(12):750-8.
 71. Kluin-Nelemans HC, Buck G, le Cessie S, Richards S, Beverloo HB, Falkenburg JH, et al. Randomized comparison of low-dose versus high-dose interferona-alfa in chronic myeloid leukemia: prospective collaboration of 3 joint trials by the MRC and HOVON groups. *Blood*. 2004 Jun 15;103(12):4408-15.
 72. Michallet M, Maloisel F, Delain M, Hellmann A, Rosas A, Silver RT, et al. Pegylated recombinant interferona alpha-2b vs recombinant interferona alpha-2b for the initial treatment of chronic-phase chronic myelogenous leukemia: a phase III study. *Leukemia*. 2004 Feb;18(2):309-15.
 73. Lipton JH, Khoroshko N, Golenkov A, Abdulkadyrov K, Nair K, Raghunadharao D, et al. Phase II, randomized, multicenter, comparative study of peginterferona-alpha-2a (40 kD) (Pegasys) versus interferona alpha-2a (Roferon-A) in patients with treatment-naïve, chronic-phase chronic myelogenous leukemia. *Leuk Lymphoma*. 2007 Mar;48(3):497-505.
 74. Chomel JC, Turhan AG. Chronic myeloid leukemia stem cells in the era of targeted therapies: resistance, persistence and long-term dormancy. *Oncotarget*. 2011 Sep;2(9):713-27.
 75. Perrotti D, Jamieson C, Goldman J, Skorski T. Chronic myeloid leukemia: mechanisms of blastic transformation. *J Clin Invest*. 2010 Jul;120(7):2254-64.
 76. Kantarjian HM, Larson RA, Guilhot F, O'Brien SG, Mone M, Rudoltz M, et al. Efficacy of imatinib dose escalation in patients with chronic myeloid leukemia in chronic phase. *Cancer*. 2009 Feb 1;115(3):551-60.
 77. Petzer AL, Wolf D, Fong D, Lion T, Dyagil I, Masliak Z, et al. High-dose imatinib improves cytogenetic and molecular remissions in patients with pretreated Philadelphia-positive, BCR-ABL-positive chronic phase chronic myeloid leukemia: first results from the randomized CELSG phase III CML 11 "ISTAHIT" study. *Haematologica*. 2010 Jun;95(6):908-13.
 78. Breccia M, Alimena G. The current role of high-dose imatinib in chronic myeloid leukemia patients, newly diagnosed or resistant to standard dose. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Sep;12(13):2075-87.
 79. Marin D, Bazeos A, Mahon FX, Eliasson L, Milojkovic D, Bua M, et al. Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol*. 2010 May 10;28(14):2381-8.
 80. Baccarani M, Rosti G, Castagnetti F, Haznedaroglu I, Porkka K, Abruzzese E, et al. Comparison of imatinib 400 mg and 800 mg daily in the front-line treatment of high-risk, Philadelphia-positive chronic myeloid leukemia: a European LeukemiaNet Study. *Blood*. 2009 May 7;113(19):4497-504.
 81. Gafter-Gvili A, Leader A, Gurion R, Vidal L, Ram R, Shacham-Abulafia A, et al. High-dose imatinib for newly diagnosed chronic phase chronic myeloid leukemia patients--systematic review and meta-analysis. *Am J*

- Hematol. 2011 Aug;86(8):657-62.
82. Hehlmann R, Lauseker M, Jung-Munkwitz S, Leitner A, Muller MC, Pletsch N, et al. Tolerability-adapted imatinib 800 mg/d versus 400 mg/d versus 400 mg/d plus interferona-alpha in newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2011 Apr 20;29(12):1634-42.
 83. Schmidli H, Peng B, Riviere GJ, Capdeville R, Hensley M, Gathmann I, et al. Population pharmacokinetics of imatinib mesylate in patients with chronic-phase chronic myeloid leukaemia: results of a phase III study. *Br J Clin Pharmacol*. 2005 Jul;60(1):35-44.
 84. Yin OQ, Gallagher N, Fischer D, Zhao L, Zhou W, Leroy E, et al. Effects of nilotinib on single-dose warfarin pharmacokinetics and pharmacodynamics: a randomized, single-blind, two-period crossover study in healthy subjects. *Clin Drug Investig*. 2011;31(3):169-79.
 85. Shah NP, Kantarjian HM, Kim DW, Rea D, Dorlhiac-Llacer PE, Milone JH, et al. Intermittent target inhibition with dasatinib 100 mg once daily preserves efficacy and improves tolerability in imatinib-resistant and -intolerant chronic-phase chronic myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2008 Jul 1;26(19):3204-12.
 86. Latagliata R, Breccia M, Castagnetti F, Stagno F, Luciano L, Gozzini A, et al. Dasatinib is safe and effective in unselected chronic myeloid leukaemia elderly patients resistant/intolerant to imatinib. *Leuk Res*. 2011 Sep;35(9):1164-9.
 87. Li J, Xu G, Yu S, He L, Guo L. Dasatinib treatment for imatinib resistant or intolerant patients with chronic myeloid leukaemia. *J Int Med Res*. 2011;39(2):337-47.
 88. Saglio G, Hochhaus A, Goh YT, Masszi T, Pasquini R, Maloisel F, et al. Dasatinib in imatinib-resistant or imatinib-intolerant chronic myeloid leukemia in blast phase after 2 years of follow-up in a phase 3 study: efficacy and tolerability of 140 milligrams once daily and 70 milligrams twice daily. *Cancer*. 2010 Aug 15;116(16):3852-61.
 89. de Lavallade H, Punnialingam S, Milojkovic D, Bua M, Khorashad JS, Gabriel IH, et al. Pleural effusions in patients with chronic myeloid leukaemia treated with dasatinib may have an immune-mediated pathogenesis. *Br J Haematol*. 2008 May;141(5):745-7.
 90. Quintas-Cardama A, Kantarjian H, Ravandi F, O'Brien S, Thomas D, Vidal-Senmache G, et al. Bleeding diathesis in patients with chronic myelogenous leukemia receiving dasatinib therapy. *Cancer*. 2009 Jun 1;115(11):2482-90.
 91. Sillaber C, Herrmann H, Bennett K, Rix U, Baumgartner C, Bohm A, et al. Immunosuppression and atypical infections in CML patients treated with dasatinib at 140 mg daily. *Eur J Clin Invest*. 2009 Dec;39(12):1098-109.
 92. Breccia M, Latagliata R, Stagno F, Luciano L, Gozzini A, Castagnetti F, et al. Charlson comorbidity index and adult comorbidity evaluation-27 scores might predict treatment compliance and development of pleural effusions in elderly patients with chronic myeloid leukemia treated with second-line dasatinib. *Haematologica*. 2011 Oct;96(10):1457-61.
 93. Tanaka C, Yin OQ, Sethuraman V, Smith T, Wang X, Grouss K, et al. Clinical pharmacokinetics of the BCR-ABL tyrosine kinase inhibitor nilotinib. *Clin Pharmacol Ther*. 2010 Feb;87(2):197-203.
 94. Giles FJ, Kantarjian HM, le Coutre PD, Baccarani M, Mahon FX, Blakesley RE, et al. Nilotinib is effective in imatinib-resistant or -intolerant patients with chronic myeloid leukemia in blastic phase. *Leukemia*. 2012 May;26(5):959-62.
 95. Etienne G, Milpied B, Rea D, Rigal-Huguet F, Tulliez M, Nicolini FE. (Guidelines for the management of nilotinib (Tasigna)-induced side effects in chronic myelogenous leukemia: recommendations of French Intergroup of CML (Fi-LMC group)). *Bull Cancer*. 2010 Aug;97(8):997-1009.
 96. Baccarani M, Saglio G, Goldman J, Hochhaus A, Simonsson B, Appelbaum F, et al. Evolving concepts in the management of chronic myeloid leukemia: recommendations from an expert panel on behalf of the European LeukemiaNet. *Blood*. 2006 Sep 15;108(6):1809-20.
 97. Baccarani M, Castagnetti F, Gugliotta G, Palandri F, Soverini S. Response definitions and European Leukemianet Management recommendations. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2009 Sep;22(3):331-41.
 98. Buno I, Wyatt WA, Zinsmeister AR, Dietz-Band J, Silver RT, Dewald GW. A special fluorescent in situ hybridization technique to study peripheral blood and assess the effectiveness of interferona therapy in chronic myeloid leukemia. *Blood*. 1998 Oct 1;92(7):2315-21.
 99. Jabbour E, Jones D, Kantarjian HM, O'Brien S, Tam C, Koller C, et al. Long-term outcome of patients with chronic

myeloid leukemia treated with second-generation tyrosine kinase inhibitors after imatinib failure is predicted by the in vitro sensitivity of BCR-ABL kinase domain mutations. *Blood*. 2009 Sep 3;114(10):2037-43.

100. Chu S, Xu H, Shah NP, Snyder DS, Forman SJ, Sawyers CL, et al. Detection of BCR-ABL kinase mutations in CD34+ cells from chronic myelogenous leukemia patients in complete cytogenetic remission on imatinib mesylate treatment. *Blood*. 2005 Mar 1;105(5):2093-8.
101. Corbin AS, La Rosee P, Stoffregen EP, Druker BJ, Deininger MW. Several Bcr-Abl kinase domain mutants associated with imatinib mesylate resistance remain sensitive to imatinib. *Blood*. 2003 Jun 1;101(11):4611-4.
102. Willis SG, Lange T, Demehri S, Otto S, Crossman L, Niederwieser D, et al. High-sensitivity detection of BCR-ABL kinase domain mutations in imatinib-naive patients: correlation with clonal cytogenetic evolution but not response to therapy. *Blood*. 2005 Sep 15;106(6):2128-37.
103. Khorashad JS, Anand M, Marin D, Saunders S, Al-Jabary T, Iqbal A, et al. The presence of a BCR-ABL mutant allele in CML does not always explain clinical resistance to imatinib. *Leukemia*. 2006 Apr;20(4):658-63.
104. Sherbenou DW, Wong MJ, Humayun A, McGreevey LS, Harrell P, Yang R, et al. Mutations of the BCR-ABL kinase domain occur in a minority of patients with stable complete cytogenetic response to imatinib. *Leukemia*. 2007 Mar;21(3):489-93.
105. Mahon FX, Belloc F, Lagarde V, Chollet C, Moreau-Gaudry F, Reiffers J, et al. MDR1 gene overexpression confers resistance to imatinib mesylate in leukemia cell line models. *Blood*. 2003 Mar 15;101(6):2368-73.
106. Zhang WW, Cortes JE, Yao H, Zhang L, Reddy NG, Jabbour E, et al. Predictors of primary imatinib resistance in chronic myelogenous leukemia are distinct from those in secondary imatinib resistance. *J Clin Oncol*. 2009 Aug 1;27(22):3642-9.
107. Soverini S, Hochhaus A, Nicolini FE, Gruber F, Lange T, Saglio G, et al. BCR-ABL kinase domain mutation analysis in chronic myeloid leukemia patients treated with tyrosine kinase inhibitors: recommendations from an expert panel on behalf of European LeukemiaNet. *Blood*. 2011 Aug 4;118(5):1208-15.
108. Quintas-Cardama A, Kantarjian H, Jones D, Nicaise C, O'Brien S, Giles F, et al. Dasatinib (BMS-354825) is active in Philadelphia chromosome-positive chronic myelogenous leukemia after imatinib and nilotinib (AMN107) therapy failure. *Blood*. 2007 Jan 15;109(2):497-9.
109. an Waas M, Neggers SJ, van der Lelij AJ, Pieters R, van den Heuvel-Eibrink MM. The metabolic syndrome in adult survivors of childhood cancer, a review. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2010 Apr;32(3):171-9.
110. Jung HS, Myung SK, Kim BS, Seo HG. Metabolic syndrome in adult cancer survivors: a meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012 Feb;95(2):275-82.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

HIDROXIUREIA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de HIDROXIUREIA para o tratamento da Leucemia Mieloide Crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição temporária das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » melhora temporária da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de hidroxureia na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com hidroxureia;
- » a hidroxureia é excretada no leite humano. Pelo o potencial de causar reações adversas sérias em lactentes, deve-se decidir entre suspender a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe;
- » efeitos adversos da hidroxureia - depressão da medula óssea (leucopenia, anemia e trombocitopenia); estomatite, anorexia, náusea, vômitos, diarreia e constipação; erupções maculopapulares, eritema facial e periférico, ulceração da pele, hiperpigmentação, eritema, atrofia da pele e unhas, descamação, pápulas violáceas e alopecia em alguns pacientes após vários anos de terapia de manutenção diária (longa duração) com a hidroxureia; câncer de pele tem sido raramente observado; letargia, raros casos de cefaleia, tontura, desorientação, alucinações e convulsões; elevação dos níveis séricos de ácido úrico, ureia e creatinina; Febre, calafrios, mal-estar, astenia e elevação de enzimas hepáticas; raramente pode ocorrer reações pulmonares agudas (infiltrados pulmonares difusos, fibrose e dispneia).
- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.
- » Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____	Data: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável: _____	CRM: _____	UF: _____
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ALFA- INTERFERONA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de Interferona Alfa para o tratamento da Leucemia Mieloide Crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » chance de controle da doença por longo prazo.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de interferona alfa na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico. No entanto, o interferona alfa pode ser a opção mais segura de tratamento caso ocorra gravidez, em comparação com os medicamentos antineoplásicos alternativos.
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com interferona alfa;
- » não existe dados sobre a excreção do interferona alfa no leite humano. Como muitos medicamentos são excretados no leite humano e pelo o potencial de causar reações adversas sérias em lactentes, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe;
- » efeitos adversos do interferona alfa - Sintomas gerais: a maioria dos pacientes apresenta sintomas semelhantes aos de gripe, tais como: fadiga, febre, calafrios, anorexia, mialgia, cefaleia, artralgias e sudorese. Estes sintomas são geralmente reduzidos ou eliminados pelo uso do paracetamol e tendem a diminuir com a continuação do tratamento, embora esta possa levar à letargia, fraqueza e fadiga. Trato gastrointestinal: anorexia, náuseas, vômitos, alterações do paladar, boca seca, perda de peso, diarreia e dor abdominal leve a moderada, constipação, flatulência; foram relatados casos isolados de reativação de úlcera péptica e sangramento gastrointestinal sem risco de vida para o paciente; alterações das funções hepáticas, caracterizadas por elevação de transaminases, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica e bilirrubina. Sistema nervoso: parestesia, tontura, vertigem, distúrbios visuais, diminuição da capacidade mental, esquecimento, depressão, sonolência, confusão, distúrbios de comportamento, como ansiedade e nervosismo, e distúrbios do sono; complicações raras incluem comportamento suicida, sonolência profunda, convulsões, coma, reações adversas cerebrovasculares, impotência transitória e retinopatia isquêmica. Sistemas cardiovascular e pulmonar: episódios de hipotensão e hipertensivos passageiros, edema, cianose, arritmias, palpitações e dor no peito; tosse e dispnéia de caráter moderado raramente foram observadas. Pele, mucosas e anexos: reações cutâneas no local da administração, reagramento de herpes labial, exantema, prurido, ressecamento cutâneo e das mucosas, rinorreia, epistaxe e alopecia. Raramente observou-se diminuição da função renal, elevações dos níveis séricos de ureia, creatinina e ácido úrico. Pode ocorrer leucopenia transitória, trombocitopenia e anemia.
- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	_____	Data:	_____
Nome do paciente:	_____		
Cartão Nacional de Saúde:	_____		
Nome de responsável legal:	_____		
Documento de identificação do responsável legal:	_____		
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente			
Médico responsável:	CRM:	UF:	
_____ Assinatura e carimbo do médico			
Data: _____			

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

MESILATO DE IMATINIBE

Eu, _____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de MESILATO DE IMATINIBE para o tratamento da leucemia mieloide crônica (LMC).

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____(nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » chance de controle da doença por longo prazo;
- » melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » o mesilato de imatinibe é utilizado para o tratamento da LMC em fases crônica, de transformação e blástica;
- » o mesilato de imatinibe não pode ser usado durante a gravidez pelo risco de má-formação do feto;
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com mesilato de imatinibe;
- » o mesilato de imatinibe é excretado no leite humano. Devido à incerteza sobre a segurança do medicamento em lactentes, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe.
- » efeitos adversos: astenia, cefaleia, tontura, alterações no paladar, parestesia, insônia, náuseas, vômitos, diarreia, mialgia, câibras musculares, artralgia, erupção cutânea, edemas superficiais periorbitários ou dos membros inferiores, alopecia, conjuntivite, hiperlacrimação, dispneia, epistaxe, neutropenia, trombocitopenia e anemia são frequentes. Raramente ocorrem derrame pleural, ascite, edema pulmonar e aumento rápido de peso com ou sem edema superficial, desidratação, hiperuricemia, hipocalcemia, gota, hipofosfatemia, hipercalemia, hiponatremia, depressão, ansiedade, diminuição da libido, confusão mental, hemorragia cerebral, síncope, neuropatia periférica, hipoestesia, sonolência, enxaqueca, comprometimento da memória, edema macular, papiledema, hemorragia retiniana, hemorragia vítrea, glaucoma, vertigem, zumbido, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, taquicardia, pericardite, tamponamento cardíaco, hematoma, hipertensão, hipotensão, rubor, extremidades frias, tromboembolismo, fibrose pulmonar, pneumonite intersticial, hemorragia gastrointestinal, melena, ascite, úlcera gástrica, gastrite, eructação, boca seca, colite, diverticulite, obstrução intestinal, pancreatite, icterícia, hepatite, hiperbilirrubinemia, insuficiência hepática, petéquias, sufusão, aumento da sudorese, urticária, onicoclase, reações de fotossensibilidade, púrpura, hipotricose, queilite, hiperpigmentação da pele, hipopigmentação da pele, psoríase, dermatite esfoliativa, erupções bolhosas, angioedema, erupção cutânea vesicular, síndrome de Stevens-Johnson, dermatose neutrofilica febril aguda (síndrome de Sweet), dor ciática, rigidez articular e muscular, necrose avascular, osteonecrose de quadril, insuficiência renal, dor renal, polaciúria, hematúria, ginecomastia, edema escrotal, menorragia, dor no mamilo e disfunção sexual.
- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Devo informar ao meu médico qualquer uso de medicamentos, suplementos nutricionais ou produtos naturais durante o uso do mesilato de imatinibe.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____	Data: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		

Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável: _____	CRM: _____	UF: _____

Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

DASATINIBE

Eu, _____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de DASATINIBE para o tratamento da leucemia mieloide crônica (LMC).

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____(nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » chance de controle da doença por longo prazo;
- » melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » o dasatinibe é utilizado para o tratamento da LMC em fases crônica, de transformação e blástica;
- » o dasatinibe não pode ser usado durante a gravidez pelo risco de má-formação do feto;
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com dasatinibe;
- » o dasatinibe pode ser excretado no leite humano. Devido à incerteza sobre a segurança do medicamento em lactentes, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe.
- » as seguintes situações podem ser sinais de efeitos secundários graves e devem ser imediatamente comunicadas ao seu médico: dor no peito, dificuldade em respirar, tosse e desmaio; hemorragias inesperadas ou formação de manchas arroxeadas na pele sem ter tido uma lesão; presença de sangue no vômito, nas fezes ou na urina; fezes enegrecidas; sinais de infecção, como febre ou calafrios.
- » efeitos adversos muito frequentes (afetam mais de 1 doente em cada 10): Infecções, incluindo infecção bacteriana, viral e fúngica; Coração e pulmões: falta de ar, tosse; Problemas digestivos: diarreia, náuseas e vômitos; Pele, cabelo, olhos e sintomas gerais: erupção na pele, febre, inchaço em volta das mãos e dos pés, dores de cabeça, sensação de cansaço ou fraqueza, hemorragia; Dor: dores musculares, dor abdominal (barriga); Os exames podem mostrar: baixo número de plaquetas, baixo de número de glóbulos brancos (neutropenia), anemia, líquido em volta dos pulmões.
- » efeitos adversos frequentes (afetam 1 a 10 doentes em cada 100): Infecções: pneumonia, infecção viral por herpes, infecção das vias respiratórias superiores, infecção grave do sangue ou dos tecidos (incluindo desfechos fatais); Coração e pulmões: palpitações, insuficiência cardíaca congestiva, disfunção cardíaca, pressão arterial elevada, pressão sanguínea aumentada nas artérias que fornecem sangue aos pulmões; Problemas digestivos: perda do apetite, alteração do paladar, acúmulo de líquido no abdome, inflamação do cólon (intestinos), prisão de ventre, azia, ulceração na boca, gastrite; Pele, cabelo, olhos e sintomas gerais: aumento de peso por retenção de líquidos, inchaço (edema) generalizado, perda de peso, sensação de formigamento, prurido, pele seca, acne, inflamação da pele, ruído persistente nos ouvidos, queda de cabelo, transpiração excessiva, alterações da visão (incluindo visão turva e visão distorcida), secura ocular, hematomas (manchas arroxeadas), depressão, insônia, vermelhidão, tonturas, sonolência; Dor: dor nas articulações, fraqueza muscular, dor no peito, dor em volta das mãos e dos pés, arrepios, rigidez nos músculos e nas articulações, espasmos musculares; Os exames podem mostrar: líquido em volta do coração, líquido nos pulmões, arritmia, neutropenia febril, alterações em todas as células sanguíneas, hemorragia gastrointestinal, níveis elevados de ácido úrico no sangue.
- » efeitos secundários pouco frequentes (afetam 1 a 10 doentes em cada 1.000): Coração e pulmões: ataque cardíaco (incluindo desfechos fatais), inflamação da membrana que reveste o coração (pericardite), ritmo cardíaco irregular, dor no peito por falta de fornecimento de sangue ao coração (angina), pressão arterial baixa, estreitamento das vias respiratórias que pode provocar dificuldades em respirar, asma; Problemas digestivos: inflamação do pâncreas, úlcera péptica, inflamação do tubo digestivo, abdome (barriga) inchado, fissura na pele do canal anal, dificuldade em engolir, inflamação da vesícula biliar, bloqueio dos ductos biliares; Pele, cabelo, olhos e sintomas gerais: reações alérgicas, incluindo nódulos vermelhos e moles na pele (eritema nodoso), ansiedade, confusão, alterações do humor, diminuição do desejo sexual, desmaios, tremor, inflamação do olho que provoca vermelhidão ou dor, uma doença na pele caracterizada por placas vermelhas, moles e bem definidas, acompanhadas de febre de início rápido e elevação do número de células brancas no sangue (dermatose neutrofílica febril aguda), sensibilidade à luz, alteração na coloração da pele, inflamação do tecido subcutâneo, úlceras na pele, bolhas na pele, alterações nas unhas, alterações nos pés e mãos, insuficiência renal, aumento da frequência em urinar, aumento das mamas nos homens, menstruações irregulares, desconforto e fraqueza geral, intolerância à temperatura; Dor: inflamação das veias que pode provocar vermelhidão, sensibilidade ao toque e inchaço, inflamação do tendão; Cérebro: perda de memória; Os exames podem mostrar: resultados

anormais nos testes sanguíneos e possível diminuição da função dos rins, pela destruição rápida de células tumorais (síndrome de lise tumoral), níveis baixos de albumina no sangue, hemorragia no cérebro, atividade elétrica irregular do coração, aumento do coração, inflamação do fígado, presença de proteínas na urina, creatinafosfoquinase aumentada (uma enzima normalmente encontrada no coração, no cérebro e nos músculos esqueléticos).

- » efeitos adversos raros (afetam 1 a 10 doentes em cada 10.000): Coração e pulmões: aumento do ventrículo direito no coração, inflamação do músculo do coração, conjunto de condições que resultam na interrupção do fornecimento de sangue ao músculo cardíaco (síndrome coronariana aguda); Problemas digestivos: obstrução do intestino; Pele, cabelo, olhos e sintomas gerais: convulsões, inflamação do nervo ótico que pode provocar perda total ou parcial da visão, diminuição da visão, manchas azul-arroxeadas na pele; Cérebro: AVC (acidente cerebrovascular), episódio temporário de disfunção neurológica provocado por perda de fluxo sanguíneo, paralisia do nervo facial; Os exames podem mostrar: produção insuficiente de células vermelhas do sangue.
- » outros efeitos adversos que foram comunicados (frequência desconhecida) incluem: inflamação dos pulmões, alterações nos vasos sanguíneos que fornecem sangue aos pulmões e coágulos de sangue nos vasos sanguíneos (trombose).
- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Devo informar ao meu médico qualquer uso de medicamentos, suplementos nutricionais ou produtos naturais durante o uso do dasatinibe.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____	Data: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

NILOTINIBE

Eu, _____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de NILOTINIBE para o tratamento da leucemia mieloide crônica (LMC).

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____(nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » chance de controle da doença por longo prazo;
- » melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » o nilotinibe é utilizado para o tratamento da LMC em fases crônica e de transformação, mas não em fase blástica;
- » o nilotinibe não pode ser usado durante a gravidez pelo risco de má-formação do feto;
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com nilotinibe;
- » o nilotinibe pode ser excretado no leite humano. Devido à incerteza sobre a segurança do medicamento em lactentes, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe.
- » as seguintes situações podem ser sinais de efeitos secundários graves e devem ser imediatamente comunicadas ao seu médico: aumento de peso rápido, inchaço das mãos, tornozelos, pés ou face; dor no peito, pressão arterial elevada, ritmo cardíaco irregular, coloração azul nos lábios, língua ou pele; dificuldade em respirar, tosse, chiado no peito, inchaço dos pés ou pernas; hemorragias inesperadas ou formação de manchas arroxeadas na pele sem ter tido uma lesão; presença de sangue no vômito, nas fezes ou na urina; fezes enegrecidas; sinais de infecção, como febre ou calafrios; visão turva, perda de visão; dor abdominal, náuseas, obstipação, abdome distendido; pele e olhos amarelos, urina de cor escura; sede excessiva, elevado volume urinário, aumento do apetite com perda de peso, cansaço; dor, desconforto, fraqueza ou câibras nos músculos das pernas, úlceras nas pernas ou braços que cicatrizam lentamente ou que não cicatrizam, e mudanças visíveis de cor (azulada ou palidez) ou diminuição da temperatura afetando todo um membro (perna ou braço) ou sua extremidade (dedos dos pés e das mãos).

Se sentir qualquer um destes efeitos, informe o seu médico imediatamente.

- » efeitos adversos muito frequentes (podem afetar mais de 1 em cada 10 doentes): dores de cabeça; cansaço; dor muscular; prurido, eritema, urticária; náuseas; nível elevado de bilirubina no sangue (disfunção hepática); nível elevado de lipase no sangue (disfunção pancreática).
- » efeitos adversos frequentes (podem afetar até 1 em 10 doentes): diarreia, vômitos, desconforto abdominal, desconforto gástrico após as refeições, flatulência, inchaço ou distensão do abdome; dor óssea, dor nas articulações, espasmos musculares, dor nas extremidades, dor nas costas, dor ou desconforto num lado do corpo; irritação, inchaço, secreção, prurido ou vermelhidão nos olhos, olhos secos; vermelhidão da pele, pele seca, acne, verrugas, diminuição da sensibilidade da pele; perda de apetite, alterações do paladar, aumento de peso; perda de cabelo; tontura, insônia, ansiedade; suores noturnos, sudorese excessiva; palpitações (sensação de batimento car
- » efeitos adversos pouco frequentes (podem afetar até 1 em 100 doentes): lesões dolorosas na pele; inchaço nas pálpebras; sangramento do nariz; sintomas gripais; sensação de formigamento ou adormecimento na pele; alterações visuais; sensação de alteração de temperatura do corpo (incluindo sensação de calor e sensação de frio); placas espessadas da pele vermelhas e descamação.
- » outros efeitos adversos que foram comunicados (frequência desconhecida) incluem: perda de memória, humor alterado ou depressivo, perda de energia, sensação geral de mal-estar; infecção bacteriana da pele; monilíase oral; bolhas, quistos na pele, pele oleosa, adelgaçamento da pele, manchas escuras da pele, descoloração da pele; sensibilidade aumentada da pele; sensibilidade dentária, hemorragia (sangramento), sensibilidade e aumento do tamanho das gengivas; boca seca, garganta inflamada e aftas; tremores; dor e inchaço de articulações (gota); fraqueza muscular; inconsciência; dificuldade e dor ao urinar, sensação exagerada de necessidade de urinar; produção de urina frequente, cor anormal da urina; sensação de endurecimento do peito, períodos menstruais extensos, inchaço dos mamilos; dores de cabeça graves, acompanhadas por náuseas, vômitos

e sensibilidade à luz; azia; desenvolvimento mamário nos homens; síndrome das pernas inquietas (uma vontade irresistível de mover uma parte do corpo, normalmente as pernas, acompanhada por sensações desconfortáveis).

- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.
- » Devo informar ao meu médico qualquer uso de medicamentos, suplementos nutricionais ou produtos naturais durante o uso do nilotinibe.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____	Data: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B NO ADULTO

Portaria SAS/MS nº 956, de 26 de setembro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 30/01/2012 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para linfoma difuso de grandes células B (“Diffuse Large B-Cell Lymphoma”): (systematic review (ti) OR meta-analysis (pt) OR meta-analysis (ti) OR systematic literature review (ti) OR (systematic review (tiab) AND review (pt)) OR consensus development conference (pt) OR practice guideline (pt) OR cochrane database syst rev (ta) OR acp journal club (ta) OR health technol assess (ta) OR evid rep technol assess summ (ta)) OR ((evidence based(ti) OR evidence-based medicine (mh) OR best practice* (ti) OR evidence synthesis (tiab)) AND (review (pt) OR diseases category(mh) OR behavior and behavior mechanisms (mh) OR therapeutics (mh) OR evaluation studies(pt) OR validation studies(pt) OR guideline (pt))) OR ((systematic (tw) OR systematically (tw) OR critical (tiab) OR (study selection (tw)) OR (predetermined (tw) OR inclusion (tw) AND criteri* (tw)) OR exclusion criteri* (tw) OR main outcome measures (tw) OR standard of care (tw) OR standards of care (tw)) AND (survey (tiab) OR surveys (tiab) OR overview* (tw) OR review (tiab) OR reviews (tiab) OR search* (tw) OR handsearch (tw) OR analysis (tiab) OR critique (tiab) OR appraisal (tw) OR (reduction (tw)AND (risk (mh) OR risk (tw)) AND (death OR recurrence))) AND (literature (tiab) OR articles (tiab) OR publications (tiab) OR publication (tiab) OR bibliography (tiab) OR bibliographies (tiab) OR published (tiab) OR unpublished (tw) OR citation (tw) OR citations (tw) OR database (tiab) OR internet (tiab) OR textbooks (tiab) OR references (tw) OR scales (tw) OR papers (tw) OR datasets (tw) OR trials (tiab) OR meta-analy* (tw) OR (clinical (tiab) AND studies (tiab)) OR treatment outcome (mh) OR treatment outcome (tw))) NOT (letter (pt) OR newspaper article (pt) OR comment (pt)).

Entre 103 referências encontradas, as 64 mais recentes (últimos cinco anos) foram selecionadas para revisão, das quais foram incluídos 22 estudos clínicos e meta-análises referentes a tratamento; e não foram considerados 20 estudos de ciência básica ou pré-clínica; 13 artigos sobre doenças fora do escopo deste Protocolo; 7 revisões narrativas ou estudos opinativos; e 2 textos sobre produtos sem registro na ANVISA.

2 INTRODUÇÃO

Os linfomas (Doença de Hodgkin e Linfomas não Hodgkin) constituem um grupo de doenças neoplásicas malignas que se originam de células do sistema imunológico. Os Linfomas não Hodgkin (LNH) agressivos compreendem um grupo biológica e clinicamente heterogêneo de hemopatias malignas. Destes, o Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGC B) é o mais comum, correspondendo a cerca de 40% dos novos casos diagnosticados e a cerca de 30% de todos os casos de LNH. Juntamente com o Linfoma de Burkitt, o LDGC B é dos mais incidentes em indivíduos HIV positivos(1-4).

O LDGC B pode-se manifestar nos linfonodos ou sítios extra-nodais, como osso, pele, tireoide, trato gastrointestinal (TGI), sistema nervoso central (SNC) e testículo. A taxa de resposta completa (RC) a diversos tratamentos do LDGC B, encontrada em muitos estudos, varia entre 70% e 80%; e, há 25 anos, o tratamento padrão, com um índice de cura dos doentes adultos com LDGC B de 30% a 40%, é o CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona)(5-7).

Consultores: Jane de Almeida Dobbin e Carlos Chiatonne

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

O Rituximabe é um anticorpo monoclonal quimérico contra o antígeno CD 20 presente na superfície dos linfócitos B normais e neoplásicos, que, quando associado ao CHOP (R-CHOP), conforme demonstrado estatisticamente, aumenta os percentuais de RC, de SLD e de sobrevida global (SG). Os resultados estatísticos conhecidos de pesquisas feitas com o R-CHOP mostram um aumento de 20,6% na taxa de RC e uma diminuição de 31% no risco de morte em 04 anos. Um estudo da University of British Columbia (Vancouver, Canadá) mostrou que doentes com linfomas agressivos de célula B tratados com R-CHOP tiveram uma melhora absoluta de 18% na sobrevida livre de doença (SLD) em 02 anos e de 25% na sobrevida global (SG), quando comparado aos esquemas semelhantes ao CHOP, resultando numa diminuição de aproximadamente 50% no risco de morte nos primeiros 02 anos do diagnóstico(8-10).

As taxas de SLD e SG dos doentes tratados com o R-CHOP permanecem estatisticamente superiores no seguimento de 05 anos. Em revisões sistemáticas envolvendo doentes de LDGC B, o uso associado na quimioterapia com finalidade curativa apresentou um impacto de mais de 11% de probabilidade de sobrevida em 36 meses. Quando comparados CHOP versus R-CHOP, os seguintes resultados se apresentaram no estudo GELA (idosos): 53% versus 36% vivos em 07 anos; no estudo E4494 (idosos): 74% versus 63% vivos em 02 anos; e no estudo MinT (adultos): 95% versus 86% vivos. A quimioterapia com Rituximabe, no Canadá, aumentou a sobrevida em 2 anos para idosos (67% vs 40%) e adultos (87% vs 69%) com LDGC B(11-13).

Não se recomenda o uso de Rituximabe em doentes de LDGC B com anti-HIV positivo, mesmo em associação a terapia anti-retroviral muito ativa e antibióticoterapia profilática, particularmente se os doentes apresentam contagem baixa de linfócitos CD4(14,15).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C83.3 Linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células, reticulossarcoma ou sarcoma de células reticulares.

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

O diagnóstico de LDGC B é estabelecido pela biopsia do tumor e, ao exame imuno-histoquímico ou de citometria de fluxo, a identificação de antígenos de linfócitos B (CD 19, 20, 22 e 79a), CD 45 e IgM de superfície(3,6,16).

Os seguintes exames são necessários para a avaliação inicial do doente e da extensão da doença (estadiamento):

- » Exame físico;
- » Hemograma completo com contagem de plaquetas e reticulócitos;
- » Teste de Coombs;
- » Desidrogenase láctica sérica;
- » Beta-2-microglobulina;
- » Exame sorológico para hepatite do tipo B e C;
- » Exame sorológico para HIV;
- » Biopsia de medula óssea;
- » Tomografia computadorizada (TC) tóraco-abdômino-pélvica ou Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT); e
- » Exame do líquido em caso de infiltração linfomatosa da medula óssea, SNC ou estrutura na cabeça e pescoço.

O sistema de estadiamento preconizado é dado pela classificação - TNM – Classificação de Tumores Malignos – UICC (Ann Arbor)(17), em quatro estágios tumorais (estádios):

ESTÁDIO	EXTENSÃO DA DOENÇA	SUBESTÁDIO
I	Cadeia linfonodal única. Localização/órgão extralinfático único, localizado.	IE
II	Duas ou mais cadeias linfonodais, mesmo lado do diafragma. Local/órgão extra-linfático único, localizado, com seus linfonodos regionais, com ou sem outras cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma.	IIIE
III	Cadeias linfonodais em ambos os lados do diafragma com ou sem local/órgão extralinfático único, localizado.	IIIE
	Baço.	IIIS
	Ambos.	IIIE+S
IV	Comprometimento difuso ou multifocal de órgão(s) extralinfático(s) com ou sem linfonodo(s) regional(ais); órgão extralinfático isolado e linfonodos não regionais.	
Qualquer	Sem perda de peso/febre/sudorese.	A
	Com perda de peso/febre/sudorese.	B

Com a finalidade de estimar prognóstico, recomenda-se registrar o número de fatores de risco segundo o Índice Prognóstico Internacional (IPI), entre os seguintes: Idade maior do que 60 anos, estágio III ou IV, acometimento de mais de um sítio extra-nodal, performance status maior do que 2 e dosagem sérica de desidrogenase láctica além do limite máximo normal.

De acordo com o número de fatores presentes, classificam-se os seguintes grupos de risco(2,6):

- » Baixo risco: 0 ou 1 fator de risco;
- » Risco intermediário-baixo: 2 fatores de risco;
- » Risco intermediário-alto: 3 fatores de risco;
- » Alto risco: 4 ou 5 fatores de risco.

O IPI foi desenvolvido a partir de informações históricas sobre o tratamento de doentes com linfoma antes da introdução do rituximabe. Para doentes tratados com esquemas terapêuticos, quimioterápicos, contendo este medicamento, um agrupamento mais simples fornece boa discriminação prognóstica(18):

- » Baixo risco: nenhum fator de risco;
- » Risco intermediário: 1 ou 2 fatores de risco;
- » Alto risco: 3, 4 ou 5 fatores de risco.

Nos doentes com LDGC e infecção por HIV, o diagnóstico prévio de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA) e presença de 3 ou mais fatores de risco pelo IPI parecem indicar pior prognóstico(4).

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Idade de 18 ou mais anos.
- » Diagnóstico inequívoco de LDGC B.

Nota: Doentes com LDGC B com menos de 18 anos devem ser avaliados e tratados segundo protocolos institucionais.

6 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

6.1 QUIMIOTERAPIA DE 1ª LINHA

6.1.1 CHOP

- » Ciclofosfamida – 750mg/m² – EV - Dia 1
- » Doxorubicina – 50mg/m² – EV – D1
- » Vincristina – 1,4mg/m² (máximo de 2mg) – EV – D1
- » Prednisona – 40mg/m² – VO – D1 a D5

Intervalo de 21 dias

Total de ciclos = 06, podendo ser 08, se não se alcançar RC após o 4º ciclo ou se houver doença residual após o 6º ciclo. Porém, o tratamento deve ser suspenso na ausência de resposta após o 4º ciclo ou se houver progressão da doença na vigência da quimioterapia.

NOTA: O CHOP aqui descrito, caracterizado como CHOP-21, pode ser substituído pelo CHOP-14. Embora haja outros esquemas quimioterápicos de 1ª linha, o CHOP deve ser considerado o de escolha(5).

6.1.2 R-CHOP

Indicado para doentes com mais de 18 anos de idade e diagnóstico histopatológico de LDGC B CD 20 positivo de novo (ou seja, sem ser por evolução de outro tipo de linfoma), excluindo-se linfoma primário cerebral; em estágio III ou IV, ou em estágio I ou II com sintomas B ou com doença volumosa (maior do que 7,5 cm); sem tratamento prévio; e com resultado de exame sorológico negativo para HIV e incompatível com hepatite tipo B e tipo C ativa(9,10). O Rituximabe não é indicado se o CHOP é contra-indicado.

O esquema terapêutico consiste no CHOP (o mesmo do item 6.1.1) associado ao rituximabe (375mg/m² – EV – D1 – antes dos demais quimioterápicos), administrado em intervalo de 21 dias por um total de seis (se se alcançar RC ao 4º ciclo) a oito ciclos (se não se alcançar RC após o 4º ciclo ou se houver doença residual após o 6º ciclo). Porém, o tratamento deve ser suspenso na ausência de resposta após o 4º ciclo ou se houver progressão da doença na vigência da quimioterapia.

6.2 QUIMIOTERAPIA DE 2ª LINHA

Indicada em caso de ausência de resposta após o 4º ciclo, ausência de RC após o 8º ciclo ou progressão na vigência da quimioterapia de 1ª linha, ou à primeira recidiva, utilizando-se esquemas terapêuticos como DHAP, ESHAP, EPOCH, ICE, MINE, com objetivo de identificar casos de doença sensível à quimioterapia e que possam se beneficiar de transplante autólogo de células tronco hematopoéticas (7,19-21).

O total de ciclos é 06, podendo ser 08, se não se alcançar RC após o 4º ciclo ou se houver doença residual após o 6º ciclo, porém, o tratamento deve ser suspenso na ausência de resposta após o 4º ciclo ou se houver progressão da doença na vigência da quimioterapia. O número total de ciclos dependerá da resposta clínica obtida, tolerância do paciente e tratamento subsequentemente indicado – transplante de células-tronco hematopoéticas ou radioterapia.

6.3 QUIMIOTERAPIA DE 3ª LINHA

Indicada com intuito paliativo em casos selecionados, quando houver ausência de resposta, progressão clínica ou recidiva após a quimioterapia de 2ª linha em doente com capacidade funcional classificada como Zubrod 0, 1 ou 2(19,22). Utiliza-se esquema terapêutico não utilizado anteriormente como de 2ª linha.

Total de ciclos = 06, podendo ser 08, se não se alcançar RC após o 4º ciclo ou se houver doença residual após os 06 ciclos. Porém, o tratamento deve ser suspenso na ausência de resposta após o 4º ciclo ou se houver progressão da doença na vigência da quimioterapia.

6.4 FATOR ESTIMULANTE DE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS

Reservado para os casos de doentes intensamente neutropênicos, em intervalo de quimioterapia (fora do nadir) e impedidos de receber a quimioterapia programada(23). Caso as neutropenias (fora do nadir) se repetirem em pelo menos dois ciclos consecutivos, comprovadas por hemograma, pode-se adotar o tratamento profilático com o fator estimulante.

6.5 TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH)

A indicação de TCTH autólogo se faz para doentes com recidiva sensível à quimioterapia de 2ª linha, medicamente aptos para o procedimento.

O uso do rituximabe no tratamento inicial não limita a indicação de TCTH, mas pacientes primariamente refratários ou com recidiva resistente ao tratamento de 2ª linha não se beneficiam desta modalidade terapêutica. A obtenção de células-tronco para o procedimento pode ser feita da medula óssea (punção aspirativa) ou, preferencialmente, a partir do sangue periférico (aférese)(25-27).

As indicações e os procedimentos de TCTH devem observar o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante em vigor no Brasil.

6.6 RADIOTERAPIA

A radioterapia não é uma modalidade terapêutica de uso estabelecido para doentes com LDGC B, ficando a sua utilização a critério das condutas adotadas nos serviços(28,29).

NOTA 1: Embora ainda sem evidência consistente de efetividade, a quimioterapia intratecal profilática tem sido indicada no tratamento inicial ou da doença recidivada, em casos de estágio IV, massa paravertebral e acometimento primário de sítios na cabeça.

NOTA 2: Esgotadas as possibilidades terapêuticas descritas no item 6, o atendimento do doente assume caráter paliativo e deve ser privilegiado o controle de sintomas e a preservação da qualidade de vida.

7 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

7.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

O exame físico e os exames complementares de resultado anormal à avaliação inicial do doente e da extensão da doença (estadiamento) devem ser repetidos para a avaliação da resposta terapêutica ao final do 4º ciclo (se o doente apresentar RC ao exame físico) e do último ciclo da quimioterapia planejada (6º, se alcançada RC ao 4º ciclo, ou 8º, se não alcançada RC ao 4º ciclo), sendo a resposta terapêutica assim estabelecida:

- » Resposta Completa (RC) - Quando há o desaparecimento total da(s) lesão(ões) previamente existente(s). Sem aparecimento de novas lesões.
- » Resposta Parcial (RP) - Quando se observa uma redução de, no mínimo, 50% da(s) lesão(ões) previamente existente(s). Sem aparecimento de novas lesões.
- » Doença Estável (DE) - Redução inferior a 50% ou aumento inferior a 25%. Sem aparecimento de novas lesões.
- » Progressão de Doença (PD) - Aumento de 25%, ou mais, no tamanho de uma ou mais lesões, comparado à avaliação prévia, ou aparecimento de uma nova lesão.

NOTA 1: Define-se como Recidiva o reaparecimento de lesão antiga ou o aparecimento de nova lesão, após o alcance de resposta completa.

NOTA 2: A TC é o exame de imagem padrão para avaliar a resposta terapêutica, podendo ser substituída pela PET-CT, se disponível na avaliação final, ao término da quimioterapia.

7.2 CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO

A quimioterapia deve ser suspensa, temporária ou definitivamente, na ocorrência de:

- » Graus de toxicidade 3 e 4, conforme os parâmetros mensuráveis do National Cancer Institute - NCI, de uso internacional.
- » Capacidade funcional do doente, também mensurada como medida dos graus de toxicidade 3 e 4, utilizando-se os critérios propostos pelo Eastern Cooperative Oncology Group - ECOG.
- » Ausência de resposta após o 4º ou o 8º ciclo.
- » Progressão de doença.
- » Falta de aderência ao tratamento.

8 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O acompanhamento pós-tratamento para doentes com LDGC-B visa à identificação e tratamento de complicações do tratamento e recidivas da doença. Apesar de potencialmente curável, 10% a 65% dos pacientes apresentarão recidiva da doença, a depender do estágio clínico e do IPI; quando a recidiva ocorre após um ano do tratamento, recomenda-se a repetição da biópsia para confirmar o tipo histopatológico do linfoma. Após o tratamento, deve-se atentar para o rastreamento de infertilidade, hipotireoidismo (irradiação do pescoço), cárie e doença periodontal (irradiação da boca e glândulas salivares), mielodisplasia e neoplasias malignas secundárias, tais como leucemia mieloide aguda, câncer de mama, melanoma e câncer do colo uterino(6,34,35).

Inexiste evidência inquestionável de que exames de imagem no paciente em remissão completa possam melhorar a sobrevida com o diagnóstico precoce de recaída. Além do mais, algumas alterações de imagem podem levar a resultado falso positivo, passando esses exames a representarem fonte de ansiedade. Assim, exame de imagem deve ser solicitado conforme os achados anormais ao exame físico, na suspeita de recaída. A PET-CT não deve ser indicada no acompanhamento de doentes com LBGCB tratados.

Além de vacinação anual para influenza e antipneumocócica a cada cinco anos, recomenda-se:

A cada 3 meses, por dois anos e semestral no terceiro ano:

- » Exame físico, atentando em especial para os linfonodos superficiais, pele, tireoide, tórax e abdome; e
- » Hemograma e dosagem de desidrogenase láctica sérica; e
- » Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH), se houve irradiação do pescoço.

A cada 6 meses, no quarto e quinto ano de seguimento:

- » Exame físico, atentando em especial para os linfonodos superficiais, pele, tireoide, tórax e abdome; e
- » Hemograma e dosagem de desidrogenase láctica sérica.

Anualmente, no quarto e quinto ano de seguimento:

- » Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH), se houve irradiação do pescoço.

9 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01) e de transplantes (Grupo 05, Subgrupo 05) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados

à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de adultos com linfoma difuso de grandes células B:

03.04.06.013-5 - Quimioterapia de linfoma não Hodgkin de graus de malignidade intermediário ou alto – 1ª linha

03.04.06.022-4 - Quimioterapia de linfoma difuso de grandes células B – 1ª linha (excludente com o procedimento

03.04.06.013-5 - Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin de Grau Intermediário ou Alto – 1ª linha)

03.04.06.011-9 - Quimioterapia de linfoma não Hodgkin grau intermediário ou alto - 2ª linha

03.04.06.012-7 - Quimioterapia de linfoma não Hodgkin grau intermediário ou alto - 3ª linha

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem decrescente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica) e análise dos percentuais de LDGC B entre o total de LNH de graus intermediário e alto e entre o total de todos os procedimentos de LNH.

Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico (LDGC B e CD 20 positivo); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

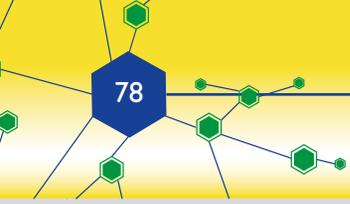
Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo e pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simon R, Durrleman S, Hoppe RT, Bonadonna G, Bloomfield CD, Rudders RA, et al. The Non-Hodgkin Lymphoma Pathologic Classification Project. Long-term follow-up of 1153 patients with non-Hodgkin lymphomas. *Ann Intern Med.* 1988 Dec 15;109(12):939-45.
2. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. *N Engl J Med.* 1993 Sep 30;329(14):987-94.
3. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman J. Lymphoma classification--from controversy to consensus: the R.E.A.L. and WHO Classification of lymphoid neoplasms. *Ann Oncol.* 2000;11 Suppl 1:3-10.
4. Tanaka PY, Pracchia LF, Bellesso M, Chamone DA, Calore EE, Pereira J. A prognostic score for AIDS-related diffuse large B-cell lymphoma in Brazil. *Ann Hematol.* 2009 Jun 4.

5. Hallack Neto AE, Pereira J, Beitler B, Chamone DA, Llacer PD, Dulley FL, et al. Results of CHOP chemotherapy for diffuse large B-cell lymphoma. *Braz J Med Biol Res.* 2006 Oct;39(10):1315-22.
6. Jost L. Newly diagnosed large B-cell non-Hodgkin's lymphoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2007;18 Suppl 2:ii55-6.
7. Flowers CR, Sinha R, Vose JM. Improving outcomes for patients with diffuse large B-cell lymphoma. *CA Cancer J Clin.* 2010;60(6):393-408.
8. Sehn LH, Donaldson J, Chhanabhai M, Fitzgerald C, Gill K, Klasa R, et al. Introduction of combined CHOP plus rituximab therapy dramatically improved outcome of diffuse large B-cell lymphoma in British Columbia. *J Clin Oncol.* 2005 Aug 1;23(22):5027-33.
9. Pfreundschuh M, Trumper L, Osterborg A, Pettengell R, Trneny M, Imrie K, et al. CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma: a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MInT) Group. *Lancet Oncol.* 2006 May;7(5):379-91.
10. Coiffier B, Lepage E, Briere J, Herbrecht R, Tilly H, Bouabdallah R, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. *N Engl J Med.* 2002 Jan 24;346(4):235-42.
11. Molina A. A decade of rituximab: improving survival outcomes in non-Hodgkin's lymphoma. *Annu Rev Med.* 2008;59:237-50.
12. Hill M, Kyle F. NHL (diffuse large B-cell lymphoma). *Clin Evid (Online).* 2010;2010.
13. Gao G, Liang X, Jiang J, Zhou X, Huang R, Chu Z, et al. A systematic review and meta-analysis of immunochemotherapy with rituximab for B-cell non-Hodgkin's lymphoma. *Acta Oncol.* 2010;49(1):3-12.
14. Kaplan LD, Lee JY, Ambinder RF, Sparano JA, Cesarman E, Chadburn A, et al. Rituximab does not improve clinical outcome in a randomized phase 3 trial of CHOP with or without rituximab in patients with HIV-associated non-Hodgkin lymphoma: AIDS-Malignancies Consortium Trial 010. *Blood.* 2005 Sep 1;106(5):1538-43.
15. Levine AM. HIV-associated lymphoma. *Blood.* 2010 Apr 15;115(15):2986-7.
16. Costa FPS, Pereira FG, Vassalo J, Freitas LLL, Lorand-Metzel I. A utilidade da citologia por punção com agulha fina aliada a imunofenotipagem no diagnóstico dos linfomas não-Hodgkin. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2005;27(1):16-20.
17. International Union Against Cancer. TNM: classificação de tumores malignos, 6a. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.
18. Sehn LH, Berry B, Chhanabhai M, Fitzgerald C, Gill K, Hoskins P, et al. The revised International Prognostic Index (R-IPI) is a better predictor of outcome than the standard IPI for patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP. *Blood.* 2007 Mar 1;109(5):1857-61.
19. Seshadri T, Kuruvilla J, Crump M, Keating A. Salvage therapy for relapsed/refractory diffuse large B cell lymphoma. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2008;14(3):259-67.
20. Gisselbrecht C, Mounier N. Improving second-line therapy in aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *Semin Oncol.* 2004 Feb;31(1 Suppl 2):12-6.
21. Prichard M, Harris T, Williams ME, Densmore JJ. Treatment strategies for relapsed and refractory aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *Expert Opin Pharmacother.* 2009 Apr;10(6):983-95.
22. Salminen E, Nikkanen V, Lindholm L. Palliative chemotherapy in non-Hodgkin's lymphoma. *Oncology.* 1997 Mar-Apr;54(2):108-11.
23. Lyman GH. Guidelines of the National Comprehensive Cancer Network on the use of myeloid growth factors with cancer chemotherapy: a review of the evidence. *J Natl Compr Canc Netw.* 2005 Jul;3(4):557-71.
24. van Kampen RJ, Canals C, Schouten HC, Nagler A, Thomson KJ, Vernant JP, et al. Allogeneic stem-cell transplantation as salvage therapy for patients with diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma relapsing after an autologous stem-cell transplantation: an analysis of the European Group for Blood and Marrow Transplantation Registry. *J Clin Oncol.* 2011;29(10):1342-8.

25. Baldissera R, Bigni R, Neto AEH, Dias DF, Souza RA, Chiattonne CS, et al. O transplante de células-tronco hematopoéticas no tratamento dos linfomas não Hodgkin. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2010;32(Supl.1):106-14.
26. Oliansky DM, Czuczman M, Fisher RI, Irwin FD, Lazarus HM, Omel J, et al. The role of cytotoxic therapy with hematopoietic stem cell transplantation in the treatment of diffuse large B cell lymphoma: update of the 2001 evidence-based review. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2011;17(1):20-47 e30.
27. Smith SD, Bolwell BJ, Rybicki LA, Kang T, Dean R, Advani A, et al. Comparison of outcomes after auto-SCT for patients with relapsed diffuse large B-cell lymphoma according to previous therapy with rituximab. *Bone Marrow Transplant.* 2011;46(2):262-6.
28. Lowry L, Smith P, Qian W, Falk S, Benstead K, Illidge T, et al. Reduced dose radiotherapy for local control in non-Hodgkin lymphoma: a randomised phase III trial. *Radiother Oncol.* 2011 Jul;100(1):86-92.
29. Akoum R, Brihi E, Saade M, Hanna T, Chahine G. Salvage abdominal irradiation for refractory non-Hodgkin's lymphoma. *J Cancer Res Ther.* 2007 Jul-Sep;3(3):143-9.
30. Terasawa T, Dahabreh IJ, Nihashi T. Fluorine-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in response assessment before high-dose chemotherapy for lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *Oncologist.* 2010;15(7):750-9.
31. Terasawa T, Lau J, Bardet S, Couturier O, Hotta T, Hutchings M, et al. Fluorine-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography for interim response assessment of advanced-stage Hodgkin's lymphoma and diffuse large B-cell lymphoma: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2009;27(11):1906-14.
32. Terasawa T, Nagai H. Current clinical evidence on interim fluorine-18 fluorodeoxy glucose positron emission tomography for advanced-stage Hodgkin lymphoma and diffuse large B-cell lymphoma to predict treatment outcomes. *Leuk Lymphoma.* 2009;50(11):1750-2.
33. Hosein PJ, Lossos IS. The evolving role of F-FDG PET scans in patients with aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *European J Clin Med Oncol.* 2010 Feb;2(1):131-8.
34. Tilly H, Dreyling M. Diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2010;21 Suppl 5:v172-4.
35. Wolach O, Bairey O, Lahav M. Late-onset neutropenia after rituximab treatment: case series and comprehensive review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2010;89(5):308-18.



LINFOMA FOLICULAR

Portaria SAS/MS nº 1.051, de 10 de outubro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 30/11/2013 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para linfoma folicular (“lymphoma, follicular”(MeSH Terms) OR (“lymphoma”(All Fields) AND “follicular”(All Fields)) OR “follicular lymphoma”(All Fields) OR (“follicular”(All Fields) AND “lymphoma”(All Fields))) AND (Clinical Trial, Phase III(pty) OR Randomized Controlled Trial(pty) OR Meta-Analysis(pty)). Pesquisa adicional não identificou outros artigos relevantes em consultas às bases LILACS e HTA/Biblioteca Cochrane usando o termo “linfoma folicular” (“lymphoma, follicular”).

Entre 186 artigos encontrados e selecionados para revisão, foram incluídos 97 estudos clínicos e revisões sistemáticas e não foram considerados 36 artigos sobre medicamentos não registrados no pela ANVISA; 24 artigos sobre doenças fora do escopo destas Diretrizes, 20 artigos sobre pesquisas epidemiológicas sem cunho diagnóstico ou terapêutico; 7 revisões narrativas ou estudos opinativos; e 2 estudos de ciência básica ou pré-clínica. Foram ainda consultados artigos clássicos sobre a epidemiologia e história natural da doença. No total, 119 referências foram utilizadas e acrescidas três publicações do Ministério da Saúde: incidência do câncer no Brasil, versão nacional da classificação de tumores malignos e recomendação da CONITEC sobre rituximabe no linfoma folicular, todas devidamente referidas nestas Diretrizes.

2 INTRODUÇÃO

Os linfomas não Hodgkin (LNH) respondem por cerca de 2,5% de todos os tumores malignos diagnosticados no Brasil, excluindo-se o câncer de pele não melanótico de pele (1). O número estimado de casos novos da doença em 2014, no Brasil, é de 9.790, com distribuição equilibrada por gênero (razão de masculinidade de 1,02). Inexistem dados nacionais sobre a prevalência dos diferentes subtipos de LNH, mas estatísticas internacionais dão conta que entre 22% e 40% dos LNH são linfomas foliculares (LF), dependendo do sistema usado para classificá-los (22% utilizando a classificação REAL), com idade ao diagnóstico entre 60 e 65 anos (2). Dados de registros de base populacional nos Estados Unidos indicam que a incidência anual do LF aumentou 0,5% ao ano entre 1992 e 2001, com estimativa de incidência de 3,18 casos/100.000 pessoas-ano (3).

O LF é uma doença indolente, recidivante e de evolução crônica. A maior parte dos doentes (90%) se apresenta ao diagnóstico com doença avançada, mas a taxa de sobrevida global (SG) em 5 anos alcança 72%-77% e a sobrevida média é de cerca de 8-10 anos (4-6). As manifestações clínicas podem incluir febre, sudorese noturna, perda ponderal, fadiga e massa em topografia de cadeia de linfonodos, bem como falência da hematopoese. Muitos pacientes, no entanto, são assintomáticos ao diagnóstico. A doença é considerada incurável, exceto em poucos casos de pacientes diagnosticados em estágio inicial.

A história natural do LF é heterogênea, e os pacientes apresentam caracteristicamente períodos de remissão com duração imprevisível, de modo que apenas aqueles com sintomas ou com rápida progressão da doença necessitam tratamento antineoplásico. Alguns pacientes têm doença indolente que apresenta pouca ou nenhuma progressão ao longo de várias décadas. A presença de linfadenopatia (linfonodomegalia) é variável, e os pacientes podem

Consultores: Flavia Dias Xavier, Marcos Antonio dos Santos, Martha Mariana de Almeida Santos Arruda e Jane de Almeida Dobbin

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

apresentar remissões espontâneas e prolongadas (4). Assim, certos pacientes podem permanecer em seguimento por período variável, sob observação clínica, e mesmo nunca necessitarem de radioterapia ou de um tratamento sistêmico (quimioterapia). Em contraste, ao longo dos anos, 20%-30% dos pacientes falecem devido a transformação de sua doença para linfoma de alto grau ou por complicações clínicas decorrentes do LF (7).

Os objetivos do cuidado do doente com LF são reduzir o impacto dos sintomas sobre a qualidade de vida, a obtenção de remissão sustentada, o prolongamento da sobrevida e, menos comumente, a finalidade curativa. A cada sucessiva recidiva e re-tratamento, os períodos livres de progressão da doença e a sobrevida diminuem. Índices prognósticos podem ajudar a discriminar grupos de doentes com riscos diferentes para evolução desfavorável, auxiliando a decisão terapêutica. Opções de tratamento sistêmico de primeira linha para doentes sintomáticos incluem quimioterapia com agente único ou a combinação de agentes alquilantes, com ou sem corticoesteróide. Esquemas poliquimioterápicos com rituximabe também são opções para tratamento de primeira linha. O tratamento de doentes com doença recorrente ou refratária consiste em poliquimioterapia, muitas vezes contendo antraciclinas ou análogos nucleosídeos. Doentes que respondem ao tratamento de segunda linha podem ser candidatos a intensificação de dose da terapia antineoplásica, com resgate por transplante de células-tronco hematopoéticas autólogo, ou a transplante de medula óssea alogênico após condicionamento de intensidade reduzida.

A assistência integral ao doente com LF requer que toda decisão terapêutica em um caso específico seja preferencialmente parte de um plano de cuidado de longo prazo, definido após análise de todas as evidências clínicas, laboratoriais, radiológicas (de imagem) e patológicas da doença. Sabe-se que muitas modalidades terapêuticas estão disponíveis, mas o uso de algumas delas pode comprometer futuras escolhas, por exemplo, o emprego de análogos de nucleosídeos e a coleta de células-tronco autólogas. Também deve ser ponderado o risco de complicações no longo prazo, tais como infertilidade, cardiotoxicidade, síndromes mielodisplásicas e outros cânceres secundários, dada a sobrevivência cada vez mais prolongada de muitos pacientes (8,9).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C82.0 Linfoma não-Hodgkin, pequenas células clivadas, folicular.
- » C82.1 Linfoma não-Hodgkin, misto, de pequenas e grandes células clivadas, folicular.
- » C82.2 Linfoma não-Hodgkin, grandes células, folicular.
- » C82.7 Outros tipos de linfoma não-Hodgkin, folicular.
- » C82.9 Linfoma não-Hodgkin, folicular, não especificado.

4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O diagnóstico é baseado na histopatologia, preferencialmente pelo estudo de material obtido por uma biópsia excisional de linfonodo, inclusive com exame de imuno-histoquímica. Mesmo que as células do LF possam ser detectadas em espécimes de citologia (10), sendo possível confirmação da origem clonal por reação em cadeia da polimerase (PCR) e hibridização in situ fluorescente (FISH) ou por citometria de fluxo em alguns casos, a aspiração com agulha fina não é um método diagnóstico apropriado. Todos os casos de LF exigem um diagnóstico histopatológico para se classificar o tumor e para excluir a transformação da doença para outro padrão celular de linfoma, como o difuso de grandes células B ou o linfoblástico.

4.1 MORFOLOGIA

LF é uma neoplasia de células B, derivadas de células de centros germinativos (foliculo). Os linfonodos acometidos mostram a substituição da arquitetura normal por folículos neoplásicos de tamanho uniforme, pobres em macrófagos e com zonas do manto mal formadas. Centros germinais reativos contêm uma mistura de centroblastos e centrócitos organizados em zonas bem definidas, enquanto que os centros germinativos no LF contêm uma população

monomórfica, geralmente de centrócitos, e carecem de qualquer evidência de zoneamento. O LF pode apresentar padrão histológico focalmente folicular, folicular e difuso, ou mesmo completamente difuso (11):

- » Padrão folicular: arquitetura com predomínio (acima de 75%) de arranjos foliculares;
- » Padrão folicular e difuso: arranjos foliculares em 25% e 75% do tecido;
- » Padrão focalmente folicular: arranjos foliculares em menos de 25% do tecido;
- » Padrão difuso: ausência de arranjos foliculares no tecido.

As células entre os folículos formam o componente interfolicular do LF (12). Estas células são normalmente pequenos centrócitos e podem mostrar diferença fenotípica em relação às células neoplásicas dentro dos folículos. Cerca de metade de todos os casos de LF apresentam acometimento da medula óssea ao diagnóstico (13), normalmente constituído por agregados de tecido linfóide paratrabecular, com células exibindo a morfologia das células do centro folicular.

4.2 IMUNO-HISTOQUÍMICA

O exame imuno-histoquímico das células tumorais é positivo em praticamente todos os casos na superfície celular para CD19, CD20, CD10 e a imunoglobulina monoclonal, bem como há expressão citoplasmática de proteína Bcl-2. Os linfócitos centrofoliculares normais expressam marcadores de linhagem de células B e os antígenos CD10 e Bcl-6, mas são Bcl-2 negativos. O componente interfolicular do LF (12) e a doença na medula óssea muitas vezes apresentam baixa expressão ou perda destes marcadores. A arquitetura folicular pode ser confirmada pela identificação da rede de células dendríticas foliculares subjacente marcadas com o CD21. O LF de alto grau (grau 3) pode perder a expressão de CD10 e Bcl-2, embora permaneça com a marcação do BCL6 (14).

4.3 EXAMES MOLECULARES

No nível molecular, o LF apresenta uma translocação genética característica, que recoloca o gene anti-apoptose BCL2 de modo adjacente a um gene promotor de imunoglobulinas, o que conduz à superexpressão da proteína Bcl-2. Esta translocação cromossômica t(14;18)(q32;q21) é vista em cerca de 90% dos casos (15) e pode ser detectada por PCR ou por FISH utilizando uma sonda para o gene BCL2 (16). Em alguns casos, especialmente no LF grau 3, pode haver uma translocação alternativa envolvendo o gene BCL6 (17,18), cuja detecção não é essencial para o planeamento terapêutico.

4.4 CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Embora o LF seja normalmente disseminado no momento do diagnóstico e indolente na sua evolução clínica, tem sido reconhecido que a agressividade clínica e o risco de transformação para linfoma difuso de grandes células B (LDGC-B) aumentam proporcionalmente com o número de centroblastos (“células grandes”) e a fração de células em proliferação. Assim, o LF é classificado, para fins de planeamento terapêutico e prognóstico, com base no número de centroblastos presentes no espécime patológico: LF grau 1-2, até 15 centroblastos por campo de maior aumento; grau 3A, acima de 15 centroblastos, centrócitos presentes; e grau 3B, acima de 15 centroblastos, ausência de centrócitos (11). O LF grau 3B apresenta perfil genético, imunofenotípico e comportamento clínico tais que podem ser considerados como variante folicular do LDGC-B (17,19).

A classificação por estes critérios pode apresentar problemas em alguns casos. A identificação histológica de centroblastos nem sempre é simples; a contagem do número absoluto de centroblastos de um campo de alta potência x40, em 10 folículos, é morosa e propensa a erro. Casos difíceis incluem aqueles com morfologia atípica, aqueles que não possuem uma arquitetura folicular e em que a imunoexpressão de BCL2 é negativa. Biópsias por agulha podem obter espécimes que consistem apenas de áreas difusas do LF ou predominantemente do componente interfolicular. Assim, é recomendável que os casos sejam submetidos a revisão central de rotina por perito em hematopatologia.

O diagnóstico diferencial do LF inclui a doença/linfoma de Hodgkin (DH) com predominância linfocitária, linfoma leucemia linfocítica crônica (LLC), linfoma de células do manto (LCM) e linfoma de zona marginal (LZM). Os nódulos linfocitários na DH podem conter linfócitos pequenos e dispersos, em vez de apresentar células centrofoliculares. A

LLC cursa com infiltrados linfocitários B que são CD5, CD23 e CD10 positivos e negativos para BCL6. O LCM tem uma aparência monomórfica, e as células expressam CD5 e ciclina D1. O LZM nodal pode infiltrar os folículos pré-existent, podendo ser necessário o uso de métodos moleculares para se excluir uma translocação BCL2 (20). O LF em áreas extranodais pode formar lesões linfoepiteliais (21), assemelhando-se ao tecido linfóide associado à mucosa (MALT), lembrando-se ainda que o linfoma MALT pode apresentar áreas de proliferação de células dendríticas foliculares, que podem mimetizar o LF, mas o linfoma MALT é CD10 e BCL6 negativo, e não apresenta translocação envolvendo BCL2 aos métodos moleculares (22).

5 AVALIAÇÃO E ESTADIAMENTO

A avaliação após o diagnóstico de LF deve permitir a determinação do estágio tumoral, pela correta identificação dos sítios e volumes de doença, e a aplicação de sistemas de escores prognósticos, que fornecem uma base racional para o tratamento.

O exame da medula óssea é considerado essencial na avaliação e estadiamento do LF, bem como, oportunamente, após a terapia. A infiltração linfocitária paratrabeccular está normalmente associada com o LF, mas também tem sido descrita nos casos LZM e LCM. No entanto, estas doenças apresentam estruturas foliculares com centro germinativo normal (23). A positividade para CD10 e Bcl-2 nos folículos descarta o LZM e negatividade para CD5 e ciclina D1 afasta LCM. É importante observar o padrão folicular e paratrabeccular do acometimento medular pelo LF, e a presença de pequenos agregados linfóides no interstício, na ausência de envolvimento paratrabeccular, denota uma natureza benigna (24).

5.1 ESTADIAMENTO

O estadiamento clínico do LF é realizado pelos critérios de Ann Arbor (os adotados pela Classificação TNM/ UICC - União Internacional Contra o Câncer), modificados na conferência de Cotswolds, que mantém o agrupamento clínico e patológico em quatro estágios (Ann Arbor/TNM) e inclui informações sobre o significado prognóstico da doença volumosa (indicado por uma designação X) e do acometimento de um sítio ou órgão extralinfático (indicado por uma designação E). As designações A e B indicam a ausência ou a presença de sintomas constitucionais, respectivamente, e que se correlaciona com a resposta ao tratamento e prognóstico (25):

- » Estágio I: doença restrita a uma única cadeia de linfonodos (I) ou a único órgão ou localização extralinfática (IE);
- » Estágio II: doença acomete duas ou mais cadeias de linfonodos no mesmo lado do diafragma (II) ou acometimento localizado de um único órgão ou localização extralinfática e seu(s) linfonodo(s) regional(ais), com ou sem acometimento de outras cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma (IIE);
- » Estágio III: doença acomete cadeias de linfonodos em ambos os lados do diafragma (III), que pode também ser acompanhado pelo acometimento localizado de um órgão ou localização extralinfática relacionada (IIIE), ou acometimento do baço (IIIS), ou de ambos (IIIE+S);
- » Estágio IV: doença acomete um ou múltiplos sítios extralinfáticos, com ou sem acometimento linfonodal associado, ou acomete uma área extranodal com acometimento linfonodal não regional;
- » Descritor X: presença de massa tumoral maior que 10 centímetros;
- » Descritor E: acometimento extranodal por contiguidade ou único local isolado da doença extranodal;
- » Descritor A ou B: ausência (A) ou presença (B) de sintomas "B" - perda inexplicada de peso maior que 10%, febre inexplicada e sudorese noturna.

5.2 ESTRATIFICAÇÃO PROGNÓSTICA

Na avaliação clínica dos doentes é útil computar o Índice Prognóstico Internacional do LF (FLIPI), obtido a partir de cinco variáveis associadas com maus resultados clínicos em um estudo multicêntrico de 1.795 casos novos de LF diagnosticados entre 1985 e 1992 (26). São fatores de risco (1 ponto para cada variável presente):

- » Idade acima de 60 anos;
- » Estágio III ou IV;

- » Nível de hemoglobina menor que 12 g/dL;
- » Nível de desidrogenase láctica (DHL) acima do limite superior da normalidade; e
- » Presença de quatro ou mais sítios nodais de doença.

As seguintes categorias de risco foram descritas com o uso do escore FLIPI:

- » Baixo risco (escore 0 ou 1) – taxa de SG em 10 anos estimada em 70%;
- » Risco intermediário (escore 2) – sobrevida em 10 anos de 50%; e
- » Alto risco (escore 3, 4 ou 5) – sobrevida em 10 anos de 35%.

Outros modelos prognósticos podem ser usados, como o escore FLIPI2, que propõe a substituição dos fatores estágio tumoral, nível de DHL e número de sítios nodais do escore FLIPI pela dosagem de beta-2 microglobulina, infiltração de medula óssea e maior diâmetro linfonodal, (27). Mesmo tendo sido elaborado a partir de dados clínicos de doentes tratados antes da introdução do rituximabe (28), o escore FLIPI permanece com capacidade de discriminação prognóstica para pacientes que receberam esquemas de quimioterapia com esse medicamento, como o R-CHOP (29,30).

5.3 EXAMES COMPLEMENTARES

Tomografia computadorizada (TC)

A tomografia computadorizada (TC) é o exame de eleição para avaliar a extensão da doença no LF (31). O exame por TC deve incluir o pescoço, tórax, abdome e pelve e se estender a partir da base do crânio para a sínfise púbica. Imagem do sistema nervoso central não é realizada rotineiramente. O exame requer a administração oral de contraste para diferenciar entre alças intestinais e massas nodais abdominais e entre os vasos sanguíneos e os nódulos linfáticos, podendo aumentar a sensibilidade para a detecção de doença extranodal no fígado e no baço. A TC pode ser usada para identificar o tipo de lesão mais apropriado para biópsia e para auxiliar o radiologista na localização de lesões durante biópsias percutâneas por agulha. Assim, TC de pescoço, tórax, abdome e pelve, com uso de contraste oral e intravenoso sempre que não haja contra-indicação médica, devem ser realizadas após o diagnóstico, para estadiamento.

Ressonância magnética (RM)

A RM é a imagem de escolha quando há suspeita de acometimento do sistema nervoso central (SNC) por LF, incluindo o cérebro, medula espinhal e leptomeninges, casos em que se faz necessário complementar pelo exame citológico do líquido. Infiltração do SNC por LF clinicamente manifesta é um evento incomum, tardio na história natural da doença, ocorrendo em até 3% dos casos (32,33). O uso de contraste intravenoso (gadolínio) aumenta a sensibilidade do exame e deve ser considerado em doentes com um elevado risco de doença no sistema nervoso central e em que uma RM foi negativa (34).

Ultra-sonografia (US)

A US é de valor limitado no estadiamento de LF. Ela permite avaliar linfonomegalia cervical, em torno do eixo celíaco, hilo esplênico, porta hepática e nas regiões inguinais, podendo demonstrar doença no fígado e no baço. No entanto, todo o retroperitônio, mediastino e espaço retrofaríngeo não podem ser avaliados.

Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT)

A imagenologia funcional pela tomografia por emissão de pósitrons com 18-fluorodeoxiglicose (PET-CT) é uma técnica que pode substituir o uso da TC no estadiamento de doentes com LF (35). Há evidências de que a maioria dos sítios de doença no LF é visualizada no PET-CT, independentemente do grau histopatológico, o que pode permitir, em comparação com TC, maior precisão na definição da extensão da doença nodal e a detecção de locais inesperados de acometimento extranodal (36,37). No entanto, permanece indefinido o significado clínico de sítios exíguos de doença encontrados com o PET-CT, mas não à TC (38). O método tem um valor limitado para a detecção de LF na

medula óssea e não substitui para esta finalidade a biópsia deste tecido (36,39,40), bem como não permite avaliar acometimento intestinal, dada a captação de glicose pelo tecido normal deste órgão (40). Portanto, os resultados do PET-CT não devem ser usados exclusivamente para decisões sobre o tratamento. O exame presta-se ainda para avaliar a presença de doença residual após o tratamento, condição que confere um pior prognóstico ao doente (41).

Exames laboratoriais

Outros exames complementares auxiliam o planejamento terapêutico, sendo requisitos para o estadiamento e pontuação de escores prognósticos ou parte da boa prática clínica, permitindo a detecção de condições clínicas relevantes relacionadas ao paciente e comorbidades específicas, e incluem (27,42,43):

- » Avaliação do padrão de doença cardíaca, respiratória ou outra condição clínica relevante, para determinar a aptidão do paciente para um tratamento específico;
- » Hemograma, se possível com imunofenotipagem por citometria de fluxo quando houver linfocitose;
- » Bioquímica sérica: ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, albumina, ácido úrico e fosfato, aminotransferases/transaminases, bilirrubinas, gamaglutamiltransferase e desidrogenase láctica (DHL);
- » Dosagem sérica de beta-2 microglobulina, imunoglobulinas e quantificação da banda monoclonal se presente;
- » Testes sorológicos para a hepatite B e C;
- » Teste sorológico para HIV;
- » Teste de gravidez, nas mulheres em idade fértil.

Exames citogenéticos ou moleculares de medula óssea não devem ser considerados na rotina, mas podem ser úteis onde houver incerteza diagnóstica.

6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Idade de 18 ou mais anos.
- » Diagnóstico definitivo de linfoma folicular.

Doentes com LF menores de 18 anos devem ser avaliados e tratados segundo protocolos institucionais de oncopediatria.

7 CENTRO DE REFERÊNCIA

Doentes adultos com diagnóstico de LF devem ser atendidos em hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia e que possuam porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial.

8 TRATAMENTO

As opções terapêuticas diferem segundo a classificação histológica do tumor, visto que o LF grau 3B comporta-se biologicamente como o linfoma difuso de grandes células B e como tal deve ser tratado (5,17-19), embora não codificado. A conduta a seguir aplica-se aos LF grau 1, 2 ou 3A.

Doentes com LF podem ser simplesmente acompanhados e não necessitar de quimioterapia antineoplásica até ocorrência de sintomas, sinais de aumento da massa tumoral ou acometimento da função de outro órgão, extralinfático, pelo linfoma. As indicações para a terapia sistêmica (estágio III/IV ou estágio I/II X; categorias de risco intermediário e alto) incluem:

- » Sintomas (febre, suores noturnos, perda de peso, mal-estar, dor);
- » Linfonomegalia significativa (massa maior que 7 cm, mais que três cadeias nodais acometidas ou linfonomegalia maior que 3 cm rapidamente progressiva);
- » Esplenomegalia, com baço além de 6 cm abaixo do rebordo costal esquerdo, hiperesplenismo ou dor local;
- » Acometimento orgânico iminente (risco de compressão, derrame pleural, derrame pericárdico, ascite); ou
- » Citopenias no sangue periférico secundárias à infiltração da medula óssea.

Na ausência dessas condições, a conduta recomendada é expectante (“espera vigilante”), com avaliações clínicas a cada 3-6 meses, podendo se considerar irradiação nodal como tratamento exclusivo (44-46).

8.1 DOENÇA EM ESTÁGIO INICIAL (ESTÁGIO I OU II)

É importante obter tanta informação quanto possível para se excluir o diagnóstico de doença mais avançada, que resultaria em mudança no planejamento terapêutico. O índice FLIPI também deve ser registrado nesse grupo de doentes (47).

Vigilância clínica

Inexistem estudos de fase III comparando nenhuma terapia com o tratamento imediato de pacientes com LF em estágio inicial. Uma análise retrospectiva de 43 pacientes com LF em estágio IA e IIA grau 1/2 sugere que esta é uma conduta aceitável, com taxa de SG em 10 anos de 8 %, que não é inferior à dos doentes tratados com radioterapia (48). Neste estudo, 56% dos pacientes ainda não haviam recebido qualquer terapia por 10 anos. Outro estudo de observação clínica isolada de 26 pacientes com LF em estágio I e cujo tumor havia sido totalmente retirado na biópsia (49), a taxa de sobrevida em 5 anos foi de 82,5%, sugerindo que uma conduta expectante em pacientes com LF em estágio I é razoável, especialmente se há preocupações com efeitos colaterais da irradiação do campo envolvido, como a preservação da fertilidade em mulheres jovens, evitação da xerostomia ou a manutenção da capacidade funcional de idosos frágeis.

Radioterapia

O LF é uma doença radiosensível e a irradiação nodal é o tratamento padrão nos estágios iniciais, ou seja, I e II. Relatos na literatura confirmam altas taxas de resposta, com cerca de 80% dos pacientes obtendo controle da doença por 5 e 10 anos, podendo inclusive ser terapêutica curativa isolada (50-52). Quando há recaída, esta se dá usualmente do lado de fora do campo irradiado (53,54). Na doença avançada (estágios III e IV), a irradiação de sítios nodais de doença volumosa, após quimioterapia inicial, pode conferir maior sobrevida livre de progressão (SLP) e maior sobrevida global, com toxicidade aceitável (55,56).

A radioterapia de campo envolvido é o tratamento padrão. As doses convencionais de 30 a 45 Gy, que foram utilizadas no passado são agora reconhecidas como superiores à necessária para o controle local da doença, podendo ser recomendada a dose de 24 Gy em 12 frações. Doses mais baixas, como 4 Gy em duas frações são empregadas para palição ou re-tratamento (57-59).

Quimioterapia e radioterapia

Como a maioria das recaídas ocorre fora do campo de radiação e é vista em até 50% dos pacientes, alguns doentes podem se beneficiar de uma terapia seqüencial (quimioterapia e radioterapia).

Há dados limitados e conflitantes até a data, predominantemente anteriores à introdução do rituximabe no armamentário terapêutico do LF (60). Em uma série prospectiva de pacientes com LF em estágio I tratados, diversas condutas de tratamento inicial (observação clínica, radioterapia, quimioterapia e radioterapia, mono- ou poliquimioterapia com rituximabe) resultaram em resultados semelhantes, desafiando o paradigma de que a radioterapia deva ser o tratamento padrão para esta apresentação. Idealmente, um ensaio clínico randomizado teria de ser conduzido para comparar essas várias opções terapêuticas, mas é improvável que ocorra pelo tamanho grande da amostra necessária e a raridade de eventos nesta população de pacientes (2). Porém, tendo em vista o risco aumentado de mielodisplasia relacionada à terapia e de neoplasias secundárias, observado após terapias intensivas, recomenda-se cautela na indicação de terapia sistêmica para doentes com LF em estágio inicial. Por isso, nestas Diretrizes não se recomenda tratamento sistêmico para doentes com LF em estágio inicial, uma vez que a segurança e o benefício clínico não estão demonstrados no longo prazo.

8.2 DOENÇA EM ESTÁGIO AVANÇADO (III OU IV)

8.2.1 - DOENTE ASSINTOMÁTICO

Três estudos randomizados mostraram que não há vantagem, em termos de SG, para o tratamento imediato de pacientes com LF em estágio avançado, quando assintomáticos, em comparação com uma conduta de espera

vigilante, em termos de SG (44,45,61) ou sobrevivência por causa específica (44). Os seguintes critérios do *Groupes d' Etude des Lymphomas Folliculaires* (GELF) (61) foram usados para identificar doentes para os quais é necessário tratamento imediato:

- » Grande carga tumoral: maior massa nodal ou extranodal com maior diâmetro acima de 7 centímetros, pelo menos três sítios locais nodais com um diâmetro maior que 3 centímetros, esplenomegalia sintomática, derrame pleural ou ascite;
- » Presença de sintomas sistêmicos;
- » Capacidade funcional na escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) maior que 1;
- » DHL ou beta-2 microglobulina acima dos valores normais.
- » Já os critérios adotados pelo British National Lymphoma Investigation (BNLI) são (44):
- » Presença de prurido ou sintomas B;
- » Progressão rápida ou generalizada da doença nos 3 meses precedentes;
- » Acometimento de órgãos vitais;
- » Lesões ósseas;
- » Infiltração significativa da medula óssea que justifique quimioterapia imediata - concentração de hemoglobina menor que 10g/dl, leucometria menor que 3.000/mm³ ou plaquetopenia menor que 100.000/mm³, excluindo-se outras causas.

Na prática clínica, a espera vigilante não necessita ser limitada a pacientes com baixa carga tumoral, embora seja provável que pacientes com maior volume de doença tenham um intervalo mais curto até a progressão da doença e necessidade de tratamento.

A conduta expectante é capaz de adiar o início da terapia sistêmica por 2 a 3 anos (44,45,61). No estudo BNLI, 40% dos pacientes com mais de 70 anos não tinham recebido quimioterapia ou falecido por linfoma em 10 anos após a entrada estudo. Esta taxa foi de 16% em pacientes com menos de 70 anos. Assim, há pouca justificativa para o tratamento imediato de pacientes com LF avançado, desde que assintomáticos. Importa notar que os pacientes que ficam apenas sob observação não têm um risco aumentado de transformação do LF para linfoma de alto grau durante o seguimento, em comparação com aqueles que começam o tratamento imediatamente (4,61,62).

A vantagem presumível de uma espera vigilante é que os pacientes são temporariamente poupados dos eventos adversos associados à quimioterapia, sem prejuízo para a SG. No entanto, para alguns pacientes essa conduta pode ensejar risco de sofrimento psicológico, por se saber ter uma doença maligna em estágio avançado e para a qual não recebe tratamento específico.

O tratamento inicial com rituximabe de doentes com LF avançado, porém assintomáticos, pode ser uma opção alternativa. Resultados preliminares de um estudo internacional de fase III, comparando a espera vigilante com tratamento imediato com rituximabe, usando a indução de 4 semanas, com ou sem rituximabe de manutenção administrado bimestralmente por 2 anos, com tempo de seguimento ainda curto (mediana 32 meses), sugere que essa quimioterapia possa retardar o tempo para início de outra terapia: após um seguimento mediano de 32 meses, permaneciam com doença controlada e sem necessidade de nova terapia 46%, 80% e 91% dos doentes alocados para observação clínica, quimioterapia com rituximabe e manutenção com rituximabe, respectivamente, porém sem diferença na SG, com 95% dos pacientes vivos em 3 anos (63). No estudo F2, no entanto, com maior tempo de seguimento (mediana de 64 meses), a taxa de controle da doença em 4 anos foi equiparável entre aqueles em espera vigilante e os que receberam rituximabe (21% vs. 31%, P=0,10), permanecendo indefinido se a exposição precoce ao rituximabe importará em diferenças no comportamento clínico da doença frente aos tratamentos posteriores (46).

8.2.2 DOENTE SINTOMÁTICO

Quimioterapia de primeira linha

Os pacientes com LF em estágio avançado (estágio III ou IV) sintomáticos são tratados com a expectativa de que a doença vai evoluir de forma recidivante e remitente, podendo exigir várias linhas de tratamento durante o seu curso. Por muitos anos, o padrão de tratamento de primeira linha foi baseado em agentes alquilantes, frequentemente em

combinações com alcalóide da vinca e corticosteróide. As tentativas para aumentar a intensidade da quimioterapia, por adição de uma antraciclina, não conseguiram demonstrar vantagem de sobrevivência (64-66). Qualquer melhoria na taxa de resposta a poliquimioterapia com antraciclina deve ser ponderada com o inevitável aumento da toxicidade e da exclusão da antraciclina como um agente terapêutico no caso de transformação subsequente para linfoma de alto grau.

A fludarabina é um fármaco com atividade no LF, se usada como um agente único ou em combinação. Nenhum estudo identificou uma vantagem de sobrevivência de tratamentos baseados em fludarabina se comparado ao uso de alquilantes (67,68). A comparação entre fludarabina e a associação de ciclofosfamida, vincristina e prednisolona (CVP) em 381 pacientes com LF sem tratamento prévio mostrou taxas de resposta mais elevadas no grupo de fludarabina, sem resultar em melhoria nos parâmetros tempo para progressão ou SG (69). O uso de fludarabina na terapia de primeira linha pode, no entanto, ter um efeito prejudicial sobre a mobilização de células-tronco hematopoéticas para o transplante autólogo, conduz a um risco aumentado de infecções oportunistas e pode ser associado com um aumento do risco de mielodisplasia e leucemia secundárias (70).

A interferona (IFN) também foi estudada no LF como parte do esquema de quimioterapia inicial e em monoterapia de manutenção, após poliquimioterapia baseada em antraciclina (71-74). Revisões sistemáticas que examinaram o papel da IFN em pelo menos 10 ensaios clínicos conduzidos antes da introdução da fludarabina ou do rituximabe no tratamento do LF registraram melhoria na duração da remissão e maior sobrevida, quando o medicamento integrava o esquema de terapia inicial, mas não quando usado isoladamente em manutenção prolongada (75-77).

O rituximabe é um medicamento ativo no tratamento do LF (78,79). Cinco ensaios de fase III demonstraram a eficácia do rituximabe em poliquimioterapia contendo alquilantes, com e sem a inclusão de antraciclina, com benefício em termos de aumento na SG verificado em revisões sistemáticas (80,81). Há uma sugestão nestes estudos que a duração da resposta em pacientes tratados com as terapias à base de antraciclina pode ser superior àquela obtida com esquemas menos intensos baseados em alquilantes, o que levou à adoção generalizada de R-CHOP como esquema padrão para a quimioterapia de primeira linha do linfoma folicular. Inexiste vantagem para a associação com bortezomibe no tratamento do LF (82).

A terapia de manutenção é o tratamento dado aos pacientes que responderam à quimioterapia inicial (“de indução”), com objetivo de ajudar a manter o câncer em remissão. No LF, o valor do rituximabe como terapia “de manutenção” tem sido pouco claro. Em dois estudos (83,84), não houve impacto sobre a mortalidade e qualidade de vida do tratamento com rituximabe (85). A SLP foi prolongada com a terapia de manutenção, com base na avaliação radiológica sem ocultação, dados laboratoriais ou critérios clínicos. Porém os estudos apresentam vieses que dificultam a interpretação dos resultados, incluindo a falta de cegamento, a cessação prematura do estudo, tempo de seguimento curto ante a expectativa de sobrevida dos doentes e recrutamento de pacientes heterogêneos. Ambos os ensaios confirmaram o perfil de efeito adverso do rituximabe, que inclui distúrbios hematológicos, infecções, alterações cardíacas e distúrbios digestivos. Esses efeitos adversos foram graves em cerca de 7% dos pacientes. Há também uma maior frequência de queixas musculoesqueléticas e distúrbios neuropsiquiátricos com o tratamento, permanecendo em aberto a segurança de longo prazo. Na prática, os benefícios da terapia de manutenção com rituximabe após uma primeira linha de quimioterapia permanecem por ser demonstrados em termos de prolongamento ou melhoria da qualidade de sobrevida nos doentes com LF, enquanto que os efeitos adversos são evidentes.

Devido à escassez de relatos de acometimento primário ou secundário do SNC por LF, a quimioterapia intratecal profilática não é recomendada no tratamento inicial ou da doença recidivada. Note-se que pacientes que têm transformação histológica de LF podem requerer quimioprofilaxia do SNC, de acordo com recomendações apropriadas para o subtipo histológico do linfoma transformado.

Quimioterapia de 2ª linha (doença refratária ou recidivada)

Pacientes com LF apresentam recaídas após o tratamento inicial, contendo ou não rituximabe, e necessitam uma sucessão de tratamentos ao longo de muitos anos [86-88]. O objetivo global da terapia na recaída é semelhante ao da quimioterapia inicial - melhorar a sobrevivência global e preservar a qualidade de vida dos doentes. Na recaída, os efeitos cumulativos de terapias anteriores são particularmente relevantes.

Antes de iniciar a terapia em pacientes com sintomas ou sinais consistentes com recaída de LF, é altamente recomendável a repetição da biópsia e estudo histopatológico, sempre que possível, para se afastar transformação histológica de LF para um subtipo de linfoma mais agressivo [7,62,89]. Se a transformação histológica foi excluída, o plano terapêutico vai depender de uma combinação dos seguintes fatores:

- » Indicações para a terapia - não há nenhuma evidência de que a intervenção precoce será benéfica ou melhorará os resultados para os pacientes com recaída assintomática de LF. Por exemplo, doença nodal recorrente, assintomática, detectada em exame clínico de rotina não deve necessariamente resultar em re-tratamento.
- » Aptidão do paciente para a terapia.
- » Tratamento recebido anteriormente e a duração observada da resposta.

Pacientes com LF recidivado, sintomáticos, que não foram anteriormente tratados com rituximabe, podem receber quimioterapia contendo este medicamento [81,90,91]. Inexiste um esquema quimioterápico claramente superior no momento da recidiva, e as opções incluem agentes alquilantes com ou sem antraciclina e análogo de nucleosídeos. A decisão de usar uma combinação com antraciclina deve ser tomada com base nas características do paciente, tais como a função cardíaca e a duração da resposta de terapias anteriores, em função da cardiotoxicidade cumulativa do uso da antraciclina, que impossibilita seu uso mais tarde no curso da doença ou se houver transformação para linfoma mais agressivo.

Em pacientes com doença refratária a quimioterapia inicial ou que tiveram recidiva precoce após quimioterapia baseada em antraciclina, ou que têm contraindicação ao seu uso, agentes alternativos devem ser considerados. Os análogos de nucleosídeos são ativos no LF pré-tratado e esquemas quimioterápicos baseados em fludarabina e rituximabe produzem altas taxas de resposta e podem prolongar a SLP na doença refratária a terapias anteriores. Em um estudo com 65 pacientes que não responderam à quimioterapia anterior sem rituximabe, estes foram randomizados para receber fludarabina, ciclofosfamida e mitoxantrona com ou sem o rituximabe (R-FCM versus FCM) [92]. Foi observado taxa de resposta objetiva de 94% no grupo R-FCM, com uma taxa de resposta completa de 40%, e mediana de SLP mediana não alcançada após 3 anos de seguimento. Infecções grau 3-4 foram observadas em menos de 2% dos pacientes tratados com R-FCM.

Para doentes com LF recidivado após quimioterapia de 1ª linha contendo rituximabe, há descrição do uso continuado deste medicamento [93,94], no entanto, permanece incerto se o re-tratamento com esquemas contendo rituximabe é mais eficaz ou tem efeitos colaterais aceitáveis se comparado ao uso de esquemas sem este medicamento, pelo que não é indicado nestas Diretrizes.

O rituximabe pode ser utilizado como monoterapia em caso de recaída após quimioterapia inicial que não continha este medicamento [78,95], mas como as taxas de resposta e SLP são melhoradas com a poliquimioterapia, recomenda-se que os pacientes que necessitam de terapia sejam tratados com a terapia combinada. Para aqueles pacientes que não toleram quimioterapia, devido à comorbidades ou outras razões, a monoterapia com rituximabe pode ser considerada alternativa terapêutica.

Embora seja incerto se há ou não perda da eficácia do medicamento para aqueles que receberam anteriormente quimioterapia contendo rituximabe, em virtude da ausência de estudos clínicos delineados para demonstrar tal benefício, não é possível inferir sobre a eficácia relativa da quimioterapia contendo rituximabe para pacientes que receberam rituximabe previamente.

Em uma análise conjunta de dados de nove ensaios clínicos em doentes com linfoma folicular, cuja doença tinha recaído ou foi resistente ao tratamento, aqueles que receberam terapia de manutenção com rituximabe sobreviveram mais tempo do que aqueles que não receberam terapia de manutenção [85]. Os nove estudos usaram uma variedade de esquemas de terapia “de indução” - apenas quimioterapia [84,96], quimioterapia e transplante autólogo [97], rituximabe em monoterapia [63,94,98] e quimioterapia com ou sem rituximabe [90,91,99]. O uso de diferentes esquemas iniciais reduz a comparabilidade dos estudos, porém não foi observado heterogeneidade na meta-análise dos desfechos de eficácia. Note-se que três dos nove ensaios foram interrompidos mais cedo do que inicialmente previsto, o que poderia ter inflado as estimativas de benefício do tratamento. Os pacientes que foram aleatoriamente designados para a terapia “de manutenção” com rituximabe receberam uma única infusão a cada dois ou três meses

ou quatro infusões semanais a cada seis meses, por dois anos. No geral, um ganho de sobrevida para a terapia “de manutenção” com rituximabe foi restrito a pacientes previamente tratados (ou seja, com doença refratária ou recorrente); tal benefício não foi observado em pacientes que não tinham recebido tratamento prévio (manutenção do rituximabe após quimioterapia de primeira linha). Os pacientes tratados com rituximabe de manutenção desenvolveram infecções mais graves e outros efeitos adversos do que os pacientes do grupo controle [85]. A quimioterapia de manutenção com rituximabe isolado após qualquer terapia inicial que tenha se mostrado eficaz melhora a sobrevida livre de progressão, mas não houve evidência conclusiva de melhora na sobrevida global nos ensaios clínicos randomizados primários [85]. Os pacientes tratados com rituximabe “em manutenção” tiveram vantagem em termos de sobrevida global em comparação com os pacientes no grupo sem essa manutenção (razão de risco de morte = 0,76, IC95% = 0,62-0,92). Não houve heterogeneidade estatística nestes resultados, e análise gráfica em funil dos resultados primários não sugeriu ocorrência de viés de publicação. A análise de subgrupo de sobrevida global mostrou que os pacientes com linfoma folicular refratário ou recidivado (doentes previamente tratados, 909 pacientes) tiveram um claro benefício em sobrevida com o tratamento “de manutenção” com rituximabe (razão de riscos = 0,72, IC = HR 0,57-0,91), mas não entre pacientes sem tratamento prévio (manutenção após quimioterapia de primeira linha, 1.650 pacientes; razão de riscos = 0,86, IC95% = 0,60-1,25). O tipo de quimioterapia ou o esquema de manutenção empregado não influenciaram este resultado.

Importante destacar que nos ensaios clínicos a manutenção com rituximabe foi avaliada pelo seu uso apenas uma vez no decurso de doença de um paciente, quer após a primeira remissão, cenário em que não resultou em ganho de sobrevida, quer na doença recaída. Inexiste atualmente evidência de estudos randomizados que demonstre o benefício em termos de ganho de sobrevida ou melhora na qualidade de vida para manutenção com rituximabe em caso de doentes com LF recidivado ou refratário que foram expostas ao rituximabe previamente.

Nenhum dos estudos randomizados de rituximabe como manutenção avaliou qualidade de vida do ponto de vista do paciente. Geralmente, assume-se que um paciente tenha uma melhor qualidade de vida se experimenta períodos de remissão prolongados. No entanto, para alguns pacientes as visitas repetidas para receber quimioterapia quando eles estão de outro modo bem pode ser um constante lembrete de sua doença e ter um impacto negativo sobre a sua qualidade de vida.

Estas diretrizes não propõem a monoterapia de manutenção com rituximabe para doentes responsivos à poli-quimioterapia [100].

8.2.3 - DOENTE COM LF TRANSFORMADO

A transformação histopatológica em um linfoma agressivo é um evento frequente na história natural do LF e evolução clínica dos pacientes, com risco atuarial de 60% em 8 anos (7,101). Em geral, os pacientes com LF transformado (LFt) apresentam quadro clínico diferente da doença original, com piora da capacidade de desempenho, elevação de DHL e piora da anemia, mas a relação entre as características clínicas e a transformação histopatológica não é absoluta, sendo obrigatória a realização de nova biópsia para o diagnóstico correto. Ocasionalmente, há transformação para linfoma difuso de grandes células ou para linfoma linfoblástico, condições que requerem protocolos de tratamento específico. No entanto, um estudo demonstrou que o prognóstico de pacientes com características clínicas adversas na recaída, sugestivas de transformação histopatológica (aumento repentino no nível de DHL, linfadenomegalia rapidamente progressiva, novos sítios de doença extranodal e hipercalemia), mas sem confirmação histológica é tão pobre como que em pacientes com transformação confirmada por exame morfológico; se a obtenção de uma biópsia do tecido não é viável, esses pacientes devem ser tratados como pacientes com Lft (62).

O prognóstico do Lft é sombrio, com uma sobrevida média após transformação em torno de um ano (7,62). Os dados referentes ao melhor tratamento para pacientes com Lft são escassos, uma vez que estes pacientes são frequentemente excluídos de estudos clínicos para LF ou linfomas agressivos. Pacientes com Lft são geralmente tratados com esquemas quimioterápicos com antraciclina, se eles não a receberam no início do curso da doença, ou com esquemas utilizados como terapia de salvamento na recaída de linfomas agressivos, co-administrados com rituximabe, se não houve utilização prévia a este medicamento. Em pacientes que conseguem uma resposta

após quimioterapia de resgate, este é freqüentemente seguido pela consolidação com quimioterapia de alta dose e transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas. Alguns estudos demonstram que a evolução de pacientes com LFt que recebem tais tratamentos é semelhante a de pacientes com linfomas agressivos que se submetem a esses mesmos tratamentos(102,103).

8.2.4 TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH)

Três estudos randomizados compararam o TCTH autólogo (todos com ciclofosfamida e irradiação corporal total como condicionamento) com quimioterapia como tratamento de primeira linha para LF (104-106). Em meta-análise com estes estudos, não houve diferença na SG entre os grupos (107,108), mas dois deles mostraram uma significativa melhoria na SLP para pacientes submetidos TCTH autólogo (104,105). No entanto, a toxicidade no longo prazo é considerável, com um risco aumentado de doenças malignas secundárias, e, como resultado, o TCTH autólogo não é recomendado para LF como terapia de primeira linha que não seja em ensaio clínico.

Em contraste, o TCTH é considerado entre as opções padrão para pacientes com LF recaído. Vários estudos na era pré-rituximabe demonstraram uma melhora no prognóstico de pacientes tratados com TCTH em comparação com controles históricos tratados com quimioterapia (108,109), o que foi confirmado num estudo randomizado, demonstrando uma vantagem em termos de SLP e SG para pacientes com LF recidivado tratados com TCTH sobre aqueles submetidos à quimioterapia (110). Três estudos recentes com um longo tempo de seguimento mostraram um platô na curva de SLP, com cerca de um terço dos pacientes vivos e sem doença 10 anos após o tratamento (111-113). É provável que o TCTH continue a ser um procedimento eficaz também quando a quimioterapia inclua o rituximabe, havendo relato de SG de 80% em 8 anos (97). A principal discrepância reside no momento apropriado para a indicação do transplante, sendo apropriado reservá-la para tardiamente no curso da doença, lembrando-se de que o prognóstico após TCTH correlaciona-se com o número de linhas de tratamento prévias e que o risco de mielodisplasia e leucemia aguda secundária parece estar associado com a utilização de irradiação total do corpo condicionamento pré-transplante (112) e com o número de recaídas anteriores (113).

Estudos históricos mostram que o transplante de células-tronco alogênico mieloablativo é um tratamento curativo, mas tem uma alta mortalidade associada. O advento de esquemas de condicionamento de intensidade reduzida (CIR) ampliou o uso do transplante alogênico, pela menor toxicidade mesmo em doentes idosos, pelo que é considerado como uma opção clínica adequada para o doente com LF recaído (114). A maioria das séries publicada relata uma taxa de recaída consistente de cerca de 20% em 3 anos e uma taxa de mortalidade relacionada com o transplante de 3 anos varia de 20% a 30%, doença enxerto contra o hospedeiro crônica em 40% a 60%, com SLP e SG em 3 anos de 50%-65% e 43%-55%, respectivamente (115-120).

Deve-se considerar a terapêutica com TCTH autólogo ou transplante alogênico com CIR nos pacientes que obtenham remissão após quimioterapia de segunda linha. A decisão deve ser baseada na duração da remissão anterior, condição clínica do doente, índice FLIPI na recaída e disponibilidade de doador. Se a primeira remissão é inferior a 2 anos, é razoável proceder a transplante em segunda remissão. Se a primeira remissão tiver sido maior que 5 anos, poliquimioterapia de resgate com ou sem rituximabe é uma opção. Se a primeira remissão durou entre 2 e 5 anos, as opções terapêuticas incluem TCTH autólogo, especialmente se o paciente recebeu rituximabe no primeiro tratamento, ou transplante alogênico com CIR se houver doador totalmente compatível em pacientes com menos de 60 anos.

As indicações e os procedimentos de TCTH devem observar o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes em vigor no Brasil.

8.2.5 CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos exclusivos, eventualmente com emprego de radioterapia paliativa, costumam ser a melhor opção para pacientes em uma das seguintes condições:

- » Com doença refratária a até dois esquemas quimioterápicos recentes;
- » Com acometimento do sistema nervoso central pelo linfoma; ou
- » Com uma capacidade funcional comprometida (escala ECOG de 3-4).

8.2.6 RESUMO DAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS:

a) Princípios do tratamento

- » Espera vigilante ou observação clínica contínua em caso de pacientes assintomáticos com linfoma folicular, na tentativa de retardar a necessidade de quimioterapia.
- » A radioterapia de campo envolvido é a modalidade terapêutica padrão nos estágios iniciais (Ann Arbor I e II) com indicação de tratamento, podendo inclusive ser terapêutica curativa isolada.
- » Rituximabe deve ser utilizado em pacientes sintomáticos com diagnóstico recente de LF em fase avançada que requerem poliquimioterapia de primeira linha. Inexiste evidência forte que indique um ou outro esquema de quimioterapia preferencial.
- » Monoterapia de manutenção com rituximabe após quimioterapia de 1ª linha bem-sucedida não é recomendada nestas Diretrizes, vez que o medicamento possui índice terapêutico favorável quando usado na quimioterapia de primeira linha e é incerto o benefício para re-tratamento de doentes que previamente falharam à quimioterapia com este medicamento.
- » O transplante de células-tronco autólogas não tem nenhum papel na terapia de primeira linha para linfoma folicular fora de um ensaio clínico.
- » Pacientes que estão sendo re-avaliados por suspeita de uma recaída da doença devem passar por um procedimento de biópsia, quando indicada.
- » A combinação de poliquimioterapia com rituximabe deve ser o padrão para os pacientes que necessitem de tratamento no momento da recidiva e não receberam quimioterapia com rituximabe previamente.
- » A monoterapia com rituximabe pode ser usada em doentes considerados frágeis ou clinicamente incapazes para a poliquimioterapia com associada no momento da recidiva e que não receberam rituximabe previamente.
- » A escolha do esquema de quimioterapia dependerá das características do paciente. Antraciclinas e terapias baseadas em análogos nucleosídeos são ativas em doentes com LF recidivado ou refratário após uso de alquilantes.
- » Os benefícios da quimioterapia em doses altas e resgate medular por transplante de células-tronco hematopoéticas não se obtêm na maioria dos casos e precisam ser avaliados frente aos riscos do procedimento de modo individual, conforme o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes vigente.
- » Pacientes com doença sintomática localizada devem ser considerados para irradiação paliativa, com doses de 4 Gy a 24 Gy.
- » Pacientes não tratados previamente com antraciclina devem receber esquema poliquimioterápico com doxorubicina no tratamento do LFt. Caso contrário, recomenda-se usar a quimioterapia de segunda linha padrão da instituição para linfoma difuso de grandes células.
- » Pacientes não tratados previamente com rituximabe que apresentem transformação histopatológica podem receber quimioterapia contendo este medicamento no tratamento do LFt.
- » Quimioterapia em alta dose e resgate por células-tronco hematopoéticas autólogas deve ser considerada em pacientes jovens e aptos que apresentem resposta à terapia de resgate para LFt.
- » Doentes sem quimioterapia anterior no momento da transformação histopatológica e aqueles com doença em estágio localizado apresentam melhor prognóstico e podem não necessitar a intensificação com quimioterapia em alta dose.

b) Quimioterapia de primeira linha (em pacientes que não receberam tratamento sistêmico prévio):

- » Em pacientes com LF grau 1, 2 ou 3A, com capacidade funcional preservada (escala ECOG 0 ou 1), estágio III/IV ou estágio I/II X (doença volumosa): poliquimioterapia (CVP, CHOP, FCM ou FC) com ou sem rituximabe 375mg/m² de superfície corpórea por ciclo, máximo de 8 ciclos. A prednisona é uma pró-

droga, convertida no fígado no metabólito ativo esteroidal prednisolona, sendo fármacos intercambiáveis nos regimes de quimioterapia para LF.

- » Em pacientes com LF grau 3B, com capacidade funcional preservada (escala ECOG 0 ou 1), estágio III/IV ou estágio I/II X (doença volumosa): CHOP com ou sem rituximabe 375mg/m² de superfície corpórea por ciclo, máximo de 8 ciclos.

c) Quimioterapia de segunda linha (em pacientes que receberam tratamento sistêmico prévio sem rituximabe):

- » Em pacientes com LF grau 1, 2 ou 3A, com capacidade funcional preservada (escala ECOG 0 ou 1), estágio III/IV ou estágio I/II X (doença volumosa): poliquimioterapia CVP, CHOP, FCM ou FC com rituximabe 375mg/m² de superfície corpórea por ciclo, máximo de 8 ciclos. Considerar encaminhamento para TCTH.
- » Em pacientes com LF grau 1, 2 ou 3A, com capacidade funcional comprometida (escala ECOG 2), estágio III/IV ou estágio I/II X (doença volumosa): rituximabe 375mg/m² de superfície corpórea semanal por quatro semanas. Considerar cuidados paliativos exclusivos.

d) Quimioterapia de segunda linha (em pacientes que receberam tratamento sistêmico prévio com rituximabe):

- » Em pacientes com LF grau 1, 2 ou 3A, com capacidade funcional preservada (escala ECOG 0 ou 1), estágio III/IV ou estágio I/II X (doença volumosa): quimioterapia sem rituximabe conforme resposta anterior, esquema quimioterápico prévio e protocolos institucionais vigentes, máximo de 8 ciclos. Considerar encaminhamento para TCTH.
- » Em pacientes com LF grau 1, 2 ou 3A, com capacidade funcional comprometida (escala ECOG 2), estágio III/IV ou estágio I/II X (doença volumosa): quimioterapia conforme resposta anterior, esquema quimioterápico prévio e protocolos institucionais vigentes, máximo de 8 ciclos. Considerar cuidados paliativos exclusivos.
- » Em pacientes com LF grau 3B: usar a quimioterapia de segunda linha padrão da instituição.

9 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

A TC é atualmente a ferramenta de imagem padrão para avaliar a resposta da doença durante o tratamento, podendo ser substituída pelo PET-CT, se disponível, na avaliação final, ao término da quimioterapia (121).

A biópsia de medula óssea ou mielograma é indicado para avaliação da resposta nos casos com infiltração medular prévia ao tratamento, sempre que clinicamente indicado.

A frequência de acompanhamento por exames de imagem que envolve a exposição à radiação deve ser definida por uma análise individual cuidadosa. Deve sempre ser justificada em termos de benefício provável para evitar potencial risco desnecessário devido à exposição à radiação ionizante.

Em que pese ser amplamente aceito que a duração da remissão do LF esteja relacionada com a duração da resposta clínica, a monitorização molecular da resposta ao tratamento é de utilidade limitada, pela baixa representatividade da doença entre linfócitos do sangue periféricos ou de espécimes da medula óssea, falta de reprodutibilidade de exames moleculares entre diferentes laboratórios e ausência de demonstração inequívoca de vantagem para tratamento da doença subclínica (16,122). Assim, o acompanhamento da fração de células com translocação IgH/BCL2 não pode ser recomendado na rotina de acompanhamento de doentes com LF fora de protocolos de pesquisa.

10 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

10.1 PACIENTES EM ESPERA VIGILANTE

Pacientes mantidos sob espera vigilante são acompanhados para que se detecte a progressão da doença. A consulta de acompanhamento pode ser feita a cada 4 a 6 semanas após o diagnóstico inicial. Se após três visitas não houver mudança clínica significativa, o intervalo entre as consultas pode ser alongado e o doente orientado para

retornar ao serviço antecipadamente se notar mudança na sua condição clínica.

As consultas de acompanhamento devem incluir anamnese sobre os sintomas e sinais, exame físico de linfonodos, baço e fígado e avaliação de exames complementares (hemograma, testes de função renal e hepática e dosagem de DHL). Manifestações clínicas devem justificar a indicação de tomografia computadorizada.

Indicações padrão para início de terapia estão descritas no item 8. A elevação isolada da DHL não é uma indicação para início da terapia, mas pode justificar novas investigações. Não há consenso sobre o grau de linfonomegalia que justificaria o início do tratamento, se o paciente permanece assintomático, devendo-se considerar a taxa de crescimento nodal observada (aumento de tamanho maior que 25%), presença de massa linfonodal maior que 7 cm ou mais de três sítios com lesões de diâmetro acima de 5 cm. A decisão final nestes casos deve ser compartilhada entre o médico e o doente ou sua família.

10.2 PACIENTES TRATADOS

Devido à variabilidade considerável na taxa de progressão do LF, não há um padrão para seguimento de rotina após a terapia. A frequência de visitas de acompanhamento e os meios usados para monitorar a progressão da doença devem, portanto, ser adaptados a cada doente, segundo a apresentação clínica da doença, modalidades de tratamento subsequentes e expectativas individuais, sendo necessário continuar a acompanhar todos os pacientes indefinidamente.

A maioria dos pacientes com doença progressiva, salvo outras eventualidades, morrerá com LF descontrolado em vez de complicações da terapêutica. Os pacientes que recebem quimioterapia em alta dose precisam ser monitorizados quanto ao desenvolvimento de mielodisplasia, leucemia e efeitos tardios de agentes cardiotoxicos.

Entende-se como apropriado realizar anamnese e exame clínico pelo menos a cada três meses no primeiro ano após a terapia, sendo o intervalo para os próximos anos adaptado às circunstâncias individuais. Minimamente deve estar disponível em cada consulta hemograma completo e dosagens de uréia, creatinina, aminotransferases/transaminases, bilirrubinas e DHL. A função da tireóide deve ser avaliada anualmente em pacientes que se submeteram à irradiação de pescoço e exames de imagem após o tratamento devem ser solicitados na suspeita de recaída clínica, havendo expectativa de exigir terapia, não sendo apropriado solicitá-los apenas como rotina de acompanhamento.

11 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de linfoma folicular devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01) e de transplantes (Grupo 05, Subgrupo 05) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia para controle temporário do linfoma folicular:

03.04.03.016-3 - Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin de Baixo Grau de Malignidade – 1ª linha

03.04.03.017-1 - Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin de Baixo Grau de Malignidade – 2ª linha

03.04.03.023-6 - Quimioterapia de Linfoma Folicular (excludente com o procedimento 03.04.03.016-3 – 1ª linha).

03.04.03.024-4 - Quimioterapia de Linfoma Folicular – 2ª linha (excludente com o procedimento 03.04.03.017-1 – 2ª linha).

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e

garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação.

Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda - sinaliza a efetividade terapêutica) e análise dos percentuais de linfoma folicular entre o total de LNH de baixo grau e entre o total de todos os procedimentos de LNH.

Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e observância da regulação do acesso assistencial; a qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); a compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico de linfoma folicular, o perfil clínico do doente (escore FLIPI, FLIPI2 ou outro que surja, capacidade funcional, estadiamento, indicação terapêutica), o esquema terapêutico e as doses diárias prescritas e fornecidas; a compatibilidade do registro dos procedimentos com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo, pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e da Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo e pelo Trastuzumabe para a quimioterapia prévia e adjuvante do câncer de mama, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

12 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados a tratamento preconizado nestas Diretrizes.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde, 2014 (acessado em 15/01/2014); Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2014
2. Friedberg JW, Taylor MD, Cerhan JR, Flowers CR, Dillon H, Farber CM, et al. Follicular lymphoma in the United States: first report of the national LymphoCare study. *J Clin Oncol*. 2009 Mar 10;27(8):1202-8.
3. Morton LM, Wang SS, Devesa SS, Hartge P, Weisenburger DD, Linet MS. Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States, 1992-2001. *Blood*. 2006; 107(1):265-276.
4. Horning SJ, Rosenberg SA. The natural history of initially untreated low-grade non-Hodgkin's lymphomas. *N Engl J Med*. 1984 Dec 6;311(23):1471-5.
5. Bierman PJ. Natural history of follicular grade 3 non-Hodgkin's lymphoma. *Curr Opin Oncol*. 2007 Sep;19(5):433-7.
6. Fisher RI, LeBlanc M, Press OW, Maloney DG, Unger JM, Miller TP. New treatment options have changed the survival of patients with follicular lymphoma. *J Clin Oncol*. 2005 Nov 20;23(33):8447-52.
7. Montoto S, Davies AJ, Matthews J, Calaminici M, Norton AJ, Amess J, et al. Risk and clinical implications of transformation of follicular lymphoma to diffuse large B-cell lymphoma. *J Clin Oncol*. 2007 Jun 10;25(17):2426-33.
8. Liu Q, Fayad L, Cabanillas F, Hagemester FB, Ayers GD, Hess M, et al. Improvement of overall and failure-free survival in stage IV follicular lymphoma: 25 years of treatment experience at The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. *J Clin Oncol*. 2006 Apr 1;24(10):1582-9.
9. Swenson WT, Wooldridge JE, Lynch CF, Forman-Hoffman VL, Chrischilles E, Link BK. Improved survival of follicular lymphoma patients in the United States. *J Clin Oncol*. 2005 Aug 1;23(22):5019-26.

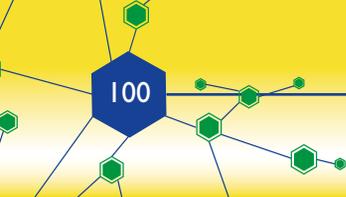
10. Saikia UN, Dey P, Saikia B, Das A. Fine-needle aspiration biopsy in diagnosis of follicular lymphoma: cytomorphologic and immunohistochemical analysis. *Diagn Cytopathol*. 2002 Apr;26(4):251-6.
11. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer 2008.
12. Dogan A, Du MQ, Aiello A, Diss TC, Ye HT, Pan LX, et al. Follicular lymphomas contain a clonally linked but phenotypically distinct neoplastic B-cell population in the interfollicular zone. *Blood*. 1998 Jun 15;91(12):4708-14.
13. Conlan MG, Bast M, Armitage JO, Weisenburger DD. Bone marrow involvement by non-Hodgkin's lymphoma: the clinical significance of morphologic discordance between the lymph node and bone marrow. Nebraska Lymphoma Study Group. *J Clin Oncol*. 1990 Jul;8(7):1163-72.
14. Eshoa C, Perkins S, Kampalath B, Shidham V, Juckett M, Chang CC. Decreased CD10 expression in grade III and in interfollicular infiltrates of follicular lymphomas. *Am J Clin Pathol*. 2001 Jun;115(6):862-7.
15. Bende RJ, Smit LA, van Noesel CJ. Molecular pathways in follicular lymphoma. *Leukemia*. 2007 Jan;21(1):18-29.
16. Gu K, Chan WC, Hawley RC. Practical detection of t(14;18)(IgH/BCL2) in follicular lymphoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2008 Aug;132(8):1355-61.
17. Bosga-Bouwer AG, van den Berg A, Haralambieva E, de Jong D, Boonstra R, Kluin P, et al. Molecular, cytogenetic, and immunophenotypic characterization of follicular lymphoma grade 3B; a separate entity or part of the spectrum of diffuse large B-cell lymphoma or follicular lymphoma? *Hum Pathol*. 2006 May;37(5):528-33.
18. Katzenberger T, Ott G, Klein T, Kalla J, Muller-Hermelink HK, Ott MM. Cytogenetic alterations affecting BCL6 are predominantly found in follicular lymphomas grade 3B with a diffuse large B-cell component. *Am J Pathol*. 2004 Aug;165(2):481-90.
19. Horn H, Schmelter C, Leich E, Salaverria I, Katzenberger T, Ott MM, et al. Follicular lymphoma grade 3B is a distinct neoplasm according to cytogenetic and immunohistochemical profiles. *Haematologica*. 2011 Sep;96(9):1327-34.
20. Naresh KN. Nodal marginal zone B-cell lymphoma with prominent follicular colonization - difficulties in diagnosis: a study of 15 cases. *Histopathology*. 2008 Feb;52(3):331-9.
21. Tzankov A, Hittmair A, Muller-Hermelink HK, Rudiger T, Dirnhofer S. Primary gastric follicular lymphoma with parafollicular monocytoid B-cells and lymphoepithelial lesions, mimicking extranodal marginal zone lymphoma of MALT. *Virchows Arch*. 2002 Dec;441(6):614-7.
22. Fellbaum C, Strater J, Hansmann ML. Follicular dendritic cells in extranodal non-Hodgkin lymphomas of MALT and non-MALT type. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol*. 1993;423(5):335-41.
23. Torlakovic E, Torlakovic G, Brunning RD. Follicular pattern of bone marrow involvement by follicular lymphoma. *Am J Clin Pathol*. 2002 Nov;118(5):780-6.
24. Arber DA, George TI. Bone marrow biopsy involvement by non-Hodgkin's lymphoma: frequency of lymphoma types, patterns, blood involvement, and discordance with other sites in 450 specimens. *Am J Surg Pathol*. 2005 Dec;29(12):1549-57.
25. União Internacional Contra o Câncer. TNM – Classificação de Tumores Malignos. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer, 2012. xxv, 325p. (7ª Edição).
26. Solal-Celigny P, Roy P, Colombat P, White J, Armitage JO, Arranz-Saez R, et al. Follicular lymphoma international prognostic index. *Blood*. 2004 Sep 1;104(5):1258-65.
27. Federico M, Bellei M, Marcheselli L, Luminari S, Lopez-Guillermo A, Vitolo U, et al. Follicular lymphoma international prognostic index 2: a new prognostic index for follicular lymphoma developed by the international follicular lymphoma prognostic factor project. *J Clin Oncol*. 2009 Sep 20;27(27):4555-62.
28. Czuczman MS, Grillo-Lopez AJ, Alkuzweny B, Weaver R, Larocca A, McLaughlin P. Prognostic factors for non-Hodgkin's lymphoma patients treated with chemotherapy may not predict outcome in patients treated with rituximab. *Leuk Lymphoma*. 2006 Sep;47(9):1830-40.
29. Buske C, Hoster E, Dreyling M, Hasford J, Unterhalt M, Hiddemann W. The Follicular Lymphoma International Prognostic Index (FLIPI) separates high-risk from intermediate- or low-risk patients with advanced-stage follicular lymphoma treated front-line with rituximab and the combination of cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone (R-CHOP) with respect to treatment outcome. *Blood*. 2006 Sep 1;108(5):1504-8.

30. Numata A, Tomita N, Fujimaki K, Tanaka M, Hashimoto C, Oshima R, et al. Retrospective study of the utility of FLIPI/FLIPI-2 for follicular lymphoma patients treated with R-CHOP. *J Clin Exp Hematop*. 2012;52(1):77-9.
31. Kwee TC, Kwee RM, Nievelstein RA. Imaging in staging of malignant lymphoma: a systematic review. *Blood*. 2008 Jan 15;111(2):504-16.
32. Spectre G, Gural A, Amir G, Lossos A, Siegal T, Paltiel O. Central nervous system involvement in indolent lymphomas. *Ann Oncol*. 2005 Mar;16(3):450-4.
33. Nowakowski GS, Call TG, Morice WG, Kurtin PJ, Cook RJ, Zent CS. Clinical significance of monoclonal B cells in cerebrospinal fluid. *Cytometry B Clin Cytom*. 2005 Jan;63(1):23-7.
34. Kwee TC, Vermoolen MA, Akkerman EA, Kersten MJ, Fijnheer R, Ludwig I, et al. Whole-body MRI, including diffusion-weighted imaging, for staging lymphoma: Comparison with CT in a prospective multicenter study. *J Magn Reson Imaging*. 2013 Oct 31.
35. Luminari S, Biasoli I, Arcaini L, Versari A, Rusconi C, Merli F, et al. The use of FDG-PET in the initial staging of 142 patients with follicular lymphoma: a retrospective study from the FOLL05 randomized trial of the Fondazione Italiana Linfomi. *Ann Oncol*. 2013 Aug;24(8):2108-12.
36. Jerusalem G, Beguin Y, Najjar F, Hustinx R, Fassotte MF, Rigo P, et al. Positron emission tomography (PET) with 18F-fluorodeoxyglucose (18F-FDG) for the staging of low-grade non-Hodgkin's lymphoma (NHL). *Ann Oncol*. 2001 Jun;12(6):825-30.
37. Karam M, Novak L, Cyriac J, Ali A, Nazeer T, Nugent F. Role of fluorine-18 fluoro-deoxyglucose positron emission tomography scan in the evaluation and follow-up of patients with low-grade lymphomas. *Cancer*. 2006 Jul 1;107(1):175-83.
38. Bodet-Milin C, Eugene T, Gastinne T, Frampas E, Le Gouill S, Kraeber-Bodere F. FDG-PET in Follicular Lymphoma Management. *J Oncol*. 2012;2012:370272.
39. El-Najjar I, Montoto S, Mc-Dowell A, Matthews J, Gribben J, Szyszko TA. The value of semiquantitative analysis in identifying diffuse bone marrow involvement in follicular lymphoma. *Nucl Med Commun*. 2013 Dec 5.
40. Elstrom R, Guan L, Baker G, Nakhoda K, Vergilio JA, Zhuang H, et al. Utility of FDG-PET scanning in lymphoma by WHO classification. *Blood*. 2003 May 15;101(10):3875-6.
41. Pyo J, Won Kim K, Jacene HA, Sakellis CG, Brown JR, Van den Abbeele AD. End-therapy positron emission tomography for treatment response assessment in follicular lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *Clin Cancer Res*. 2013 Dec 1;19(23):6566-77.
42. Artz AS, Somerfield MR, Feld JJ, Giusti AF, Kramer BS, Sabichi AL, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: chronic hepatitis B virus infection screening in patients receiving cytotoxic chemotherapy for treatment of malignant diseases. *J Clin Oncol*. 2010 Jul 1;28(19):3199-202.
43. Cave J, Edwards SG, Miller RF, Ardesna KM, Lee SM. Should we implement 'opt-out' HIV testing for patients with lymphoma? *Clin Med*. 2009 Aug;9(4):320-2.
44. Ardesna KM, Smith P, Norton A, Hancock BW, Hoskin PJ, MacLennan KA, et al. Long-term effect of a watch and wait policy versus immediate systemic treatment for asymptomatic advanced-stage non-Hodgkin lymphoma: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003 Aug 16;362(9383):516-22.
45. Young RC, Longo DL, Glatstein E, Ihde DC, Jaffe ES, DeVita VT, Jr. The treatment of indolent lymphomas: watchful waiting v aggressive combined modality treatment. *Semin Hematol*. 1988 Apr;25(2 Suppl 2):11-6.
46. Solal-Celigny P, Bellei M, Marcheselli L, Pesce EA, Pileri S, McLaughlin P, et al. Watchful waiting in low-tumor burden follicular lymphoma in the rituximab era: results of an F2-study database. *J Clin Oncol*. 2012 Nov 1;30(31):3848-53.
47. Plancarte F, Lopez-Guillermo A, Arenillas L, Montoto S, Gine E, Muntanola A, et al. Follicular lymphoma in early stages: high risk of relapse and usefulness of the Follicular Lymphoma International Prognostic Index to predict the outcome of patients. *Eur J Haematol*. 2006 Jan;76(1):58-63.
48. Advani R, Rosenberg SA, Horning SJ. Stage I and II follicular non-Hodgkin's lymphoma: long-term follow-up of no initial therapy. *J Clin Oncol*. 2004 Apr 15;22(8):1454-9.
49. Soubeyran P, Eghbali H, Trojani M, Bonichon F, Richaud P, Hoerni B. Is there any place for a wait-and-see

- policy in stage I0 follicular lymphoma? A study of 43 consecutive patients in a single center. *Ann Oncol.* 1996 Sep;7(7):713-8.
50. Guadagnolo BA, Li S, Neuberg D, Ng A, Hua L, Silver B, et al. Long-term outcome and mortality trends in early-stage, Grade 1-2 follicular lymphoma treated with radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006 Mar 1;64(3):928-34.
 51. Pugh TJ, Ballonoff A, Newman F, Rabinovitch R. Improved survival in patients with early stage low-grade follicular lymphoma treated with radiation: a Surveillance, Epidemiology, and End Results database analysis. *Cancer.* 2010 Aug 15;116(16):3843-51.
 52. Wilder RB, Jones D, Tucker SL, Fuller LM, Ha CS, McLaughlin P, et al. Long-term results with radiotherapy for Stage I-II follicular lymphomas. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001 Dec 1;51(5):1219-27.
 53. Eich HT, Heimann M, Stutzer H, Kriz J, Reiser M, Muller RP. Long-term outcome and prognostic factors in early-stage nodal low-grade non-hodgkin's lymphomas treated with radiation therapy. *Strahlenther Onkol.* 2009 May;185(5):288-95.
 54. Reddy S, Saxena VS, Pelletiere EV, Hendrickson FR. Stage I and II non-Hodgkin's lymphomas: long-term results of radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1989 Mar;16(3):687-92.
 55. Aviles A, Delgado S, Fernandez R, Talavera A, Neri N, Huerta-Guzman J. Combined therapy in advanced stages (III and IV) of follicular lymphoma increases the possibility of cure: results of a large controlled clinical trial. *Eur J Haematol.* 2002 Mar;68(3):144-9.
 56. Aviles A, Diaz-Maqueo JC, Sanchez E, Cortes HD, Ayala JR. Long-term results in patients with low-grade nodular non-Hodgkin's lymphoma. A randomized trial comparing chemotherapy plus radiotherapy with chemotherapy alone. *Acta Oncol.* 1991;30(3):329-33.
 57. Haas RL, Poortmans P, de Jong D, Aleman BM, Dewit LG, Verheij M, et al. High response rates and lasting remissions after low-dose involved field radiotherapy in indolent lymphomas. *J Clin Oncol.* 2003 Jul 1;21(13):2474-80.
 58. Haas RL, Poortmans P, de Jong D, Verheij M, van der Hulst M, de Boer JP, et al. Effective palliation by low dose local radiotherapy for recurrent and/or chemotherapy refractory non-follicular lymphoma patients. *Eur J Cancer.* 2005 Aug;41(12):1724-30.
 59. Luthy SK, Ng AK, Silver B, Degnan KO, Fisher DC, Freedman AS, et al. Response to low-dose involved-field radiotherapy in patients with non-Hodgkin's lymphoma. *Ann Oncol.* 2008 Dec;19(12):2043-7.
 60. Carde P, Burgers JM, van Glabbeke M, Hayat M, Cosset JM, Somers R, et al. Combined radiotherapy-chemotherapy for early stages non-Hodgkin's lymphoma: the 1975-1980 EORTC controlled lymphoma trial. *Radiother Oncol.* 1984 Dec;2(4):301-12.
 61. Brice P, Bastion Y, Lepage E, Brousse N, Haioun C, Moreau P, et al. Comparison in low-tumor-burden follicular lymphomas between an initial no-treatment policy, prednimustine, or interferon alfa: a randomized study from the Groupe d'Etude des Lymphomes Folliculaires. *Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte. J Clin Oncol.* 1997 Mar;15(3):1110-7.
 62. Al-Tourah AJ, Gill KK, Chhanabhai M, Hoskins PJ, Klasa RJ, Savage KJ, et al. Population-based analysis of incidence and outcome of transformed non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol.* 2008 Nov 10;26(32):5165-9.
 63. Ardeschna KM, Smith P, Qian W, Warden J, Stevens L, Pocock CFE, et al. An Intergroup Randomised Trial of Rituximab Versus a Watch and Wait Strategy In Patients with Stage II, III, IV, Asymptomatic, Non-Bulky Follicular Lymphoma (Grades 1, 2 and 3a). A Preliminary Analysis. *Blood (52nd ASH Annual Meeting).* 2010;118:LBA 6.
 64. Kimby E, Bjorkholm M, Gahrton G, Glimelius B, Hagberg H, Johansson B, et al. Chlorambucil/prednisone vs. CHOP in symptomatic low-grade non-Hodgkin's lymphomas: a randomized trial from the Lymphoma Group of Central Sweden. *Ann Oncol.* 1994;5 Suppl 2:67-71.
 65. Brandt L, Kimby E, Nygren P, Glimelius B. A systematic overview of chemotherapy effects in indolent non-Hodgkin's lymphoma. *Acta Oncol.* 2001;40(2-3):213-23.
 66. Peterson BA, Petroni GR, Frizzera G, Barcos M, Bloomfield CD, Nissen NI, et al. Prolonged single-agent versus combination chemotherapy in indolent follicular lymphomas: a study of the cancer and leukemia group B. *J Clin Oncol.* 2003 Jan 1;21(1):5-15.

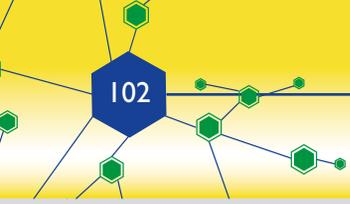
67. Coiffier B, Neidhardt-Berard EM, Tilly H, Belanger C, Bouabdallah R, Haioun C, et al. Fludarabine alone compared to CHVP plus interferon in elderly patients with follicular lymphoma and adverse prognostic parameters: a GELA study. Groupe d'Etudes des Lymphomes de l'Adulte. *Ann Oncol*. 1999 Oct;10(10):1191-7.
68. Velasquez WS, Lew D, Grogan TM, Spiridonidis CH, Balcerzak SP, Dakhil SR, et al. Combination of fludarabine and mitoxantrone in untreated stages III and IV low-grade lymphoma: S9501. *J Clin Oncol*. 2003 May 15;21(10):1996-2003.
69. Hagenbeek A, Eghbali H, Monfardini S, Vitolo U, Hoskin PJ, de Wolf-Peeters C, et al. Phase III intergroup study of fludarabine phosphate compared with cyclophosphamide, vincristine, and prednisone chemotherapy in newly diagnosed patients with stage III and IV low-grade malignant Non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol*. 2006 Apr 1;24(10):1590-6.
70. Waterman J, Rybicki L, Bolwell B, Copelan E, Pohlman B, Sweetenham J, et al. Fludarabine as a risk factor for poor stem cell harvest, treatment-related MDS and AML in follicular lymphoma patients after autologous hematopoietic cell transplantation. *Bone marrow transplantation*. 2012 Apr;47(4):488-93.
71. Aviles A, Neri N, Huerta-Guzman J, Perez F, Sotelo L. Interferon alpha 2b as maintenance therapy improves outcome in follicular lymphoma. *Leuk Lymphoma*. 2004 Nov;45(11):2247-51.
72. Bachy E, Houot R, Morschhauser F, Sonet A, Brice P, Belhadj K, et al. Long-term follow up of the FL2000 study comparing CHVP-interferon to CHVP-interferon plus rituximab in follicular lymphoma. *Haematologica*. 2013 Jul;98(7):1107-14.
73. Chisesi T, Congiu M, Contu A, Coser P, Moretti L, Porcellini A, et al. Randomized study of chlorambucil (CB) compared to interferon (alfa-2b) combined with CB in low-grade non-Hodgkin's lymphoma: an interim report of a randomized study. Non-Hodgkin's Lymphoma Cooperative Study Group. *Eur J Cancer*. 1991;27 Suppl 4:S31-3.
74. Solal-Celigny P, Lepage E, Brousse N, Reyes F, Haioun C, Lepage M, et al. Recombinant interferon alfa-2b combined with a regimen containing doxorubicin in patients with advanced follicular lymphoma. Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte. *N Engl J Med*. 1993 Nov 25;329(22):1608-14.
75. Allen IE, Ross SD, Borden SP, Monroe MW, Kupelnick B, Connelly JE, et al. Meta-analysis to assess the efficacy of interferon-alpha in patients with follicular non-Hodgkin's lymphoma. *J Immunother*. 2001 Jan-Feb;24(1):58-65.
76. Baldo P, Rupolo M, Compagnoni A, Lazzarini R, Bearz A, Cannizzaro R, et al. Interferon-alpha for maintenance of follicular lymphoma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD004629.
77. Rohatiner AZ, Gregory WM, Peterson B, Borden E, Solal-Celigny P, Hagenbeek A, et al. Meta-analysis to evaluate the role of interferon in follicular lymphoma. *J Clin Oncol*. 2005 Apr 1;23(10):2215-23.
78. Berinstein NL, Grillo-Lopez AJ, White CA, Bence-Bruckler I, Maloney D, Czuczman M, et al. Association of serum Rituximab (IDEC-C2B8) concentration and anti-tumor response in the treatment of recurrent low-grade or follicular non-Hodgkin's lymphoma. *Ann Oncol*. 1998 Sep;9(9):995-1001.
79. Czuczman MS, Grillo-Lopez AJ, McLaughlin P, White CA, Saleh M, Gordon L, et al. Clearing of cells bearing the bcl-2 (t(14;18)) translocation from blood and marrow of patients treated with rituximab alone or in combination with CHOP chemotherapy. *Ann Oncol*. 2001 Jan;12(1):109-14.
80. Gao G, Liang X, Jiang J, Zhou X, Huang R, Chu Z, et al. A systematic review and meta-analysis of immunochemotherapy with rituximab for B-cell non-Hodgkin's lymphoma. *Acta Oncol*. 2010;49(1):3-12.
81. Schulz H, Bohlius JF, Trelle S, Skoetz N, Reiser M, Kober T, et al. Immunochemotherapy with rituximab and overall survival in patients with indolent or mantle cell lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2007 May 2;99(9):706-14.
82. Coiffier B, Osmanov EA, Hong X, Scheliga A, Mayer J, Offner F, et al. Bortezomib plus rituximab versus rituximab alone in patients with relapsed, rituximab-naive or rituximab-sensitive, follicular lymphoma: a randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2011 Aug;12(8):773-84.
83. Hainsworth JD, Litchy S, Burris HA, 3rd, Scullin DC, Jr., Corso SW, Yardley DA, et al. Rituximab as first-line and maintenance therapy for patients with indolent non-hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol*. 2002 Oct 15;20(20):4261-7.
84. Hochster H, Weller E, Gascoyne RD, Habermann TM, Gordon LI, Ryan T, et al. Maintenance rituximab after cyclophosphamide, vincristine, and prednisone prolongs progression-free survival in advanced indolent

- lymphoma: results of the randomized phase III ECOG1496 Study. *J Clin Oncol.* 2009 Apr 1;27(10):1607-14.
85. Vidal L, Gafter-Gvili A, Salles G, Dreyling MH, Ghielmini M, Hsu Schmitz SF, et al. Rituximab maintenance for the treatment of patients with follicular lymphoma: an updated systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Natl Cancer Inst.* 2011 Dec 7;103(23):1799-806.
 86. Herold M, Haas A, Srock S, Nesser S, Al-Ali KH, Neubauer A, et al. Rituximab added to first-line mitoxantrone, chlorambucil, and prednisolone chemotherapy followed by interferon maintenance prolongs survival in patients with advanced follicular lymphoma: an East German Study Group Hematology and Oncology Study. *J Clin Oncol.* 2007 May 20;25(15):1986-92.
 87. Hiddemann W, Kneba M, Dreyling M, Schmitz N, Lengfelder E, Schmits R, et al. Frontline therapy with rituximab added to the combination of cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone (CHOP) significantly improves the outcome for patients with advanced-stage follicular lymphoma compared with therapy with CHOP alone: results of a prospective randomized study of the German Low-Grade Lymphoma Study Group. *Blood.* 2005 Dec 1;106(12):3725-32.
 88. Marcus R, Imrie K, Belch A, Cunningham D, Flores E, Catalano J, et al. CVP chemotherapy plus rituximab compared with CVP as first-line treatment for advanced follicular lymphoma. *Blood.* 2005 Feb 15;105(4):1417-23.
 89. Bastion Y, Sebban C, Berger F, Felman P, Salles G, Dumontet C, et al. Incidence, predictive factors, and outcome of lymphoma transformation in follicular lymphoma patients. *J Clin Oncol.* 1997 Apr;15(4):1587-94.
 90. Forstpointner R, Unterhalt M, Dreyling M, Bock HP, Repp R, Wandt H, et al. Maintenance therapy with rituximab leads to a significant prolongation of response duration after salvage therapy with a combination of rituximab, fludarabine, cyclophosphamide, and mitoxantrone (R-FCM) in patients with recurring and refractory follicular and mantle cell lymphomas: Results of a prospective randomized study of the German Low Grade Lymphoma Study Group (GLSG). *Blood.* 2006 Dec 15;108(13):4003-8.
 91. Van Oers MH, Van Glabbeke M, Giurgea L, Klasa R, Marcus RE, Wolf M, et al. Rituximab maintenance treatment of relapsed/resistant follicular non-Hodgkin's lymphoma: long-term outcome of the EORTC 20981 phase III randomized intergroup study. *J Clin Oncol.* 2010 Jun 10;28(17):2853-8.
 92. Forstpointner R, Dreyling M, Repp R, Hermann S, Hanel A, Metzner B, et al. The addition of rituximab to a combination of fludarabine, cyclophosphamide, mitoxantrone (FCM) significantly increases the response rate and prolongs survival as compared with FCM alone in patients with relapsed and refractory follicular and mantle cell lymphomas: results of a prospective randomized study of the German Low-Grade Lymphoma Study Group. *Blood.* 2004 Nov 15;104(10):3064-71.
 93. Davis TA, Grillo-Lopez AJ, White CA, McLaughlin P, Czuczman MS, Link BK, et al. Rituximab anti-CD20 monoclonal antibody therapy in non-Hodgkin's lymphoma: safety and efficacy of re-treatment. *J Clin Oncol.* 2000 Sep;18(17):3135-43.
 94. Hainsworth JD, Litchy S, Shaffer DW, Lackey VL, Grimaldi M, Greco FA. Maximizing therapeutic benefit of rituximab: maintenance therapy versus re-treatment at progression in patients with indolent non-Hodgkin's lymphoma--a randomized phase II trial of the Minnie Pearl Cancer Research Network. *J Clin Oncol.* 2005 Feb 20;23(6):1088-95.
 95. McLaughlin P, Grillo-Lopez AJ, Link BK, Levy R, Czuczman MS, Williams ME, et al. Rituximab chimeric anti-CD20 monoclonal antibody therapy for relapsed indolent lymphoma: half of patients respond to a four-dose treatment program. *J Clin Oncol.* 1998 Aug;16(8):2825-33.
 96. Hochster HS, Weller E, Gascoyne RD, Ryan T, Habermann TM, Gordon LI, et al. Cyclophosphamide and fludarabine (CF) in advanced indolent lymphoma: Results from the ECOG/CALGB intergroup E1496 trial. *J Clin Oncol.* 2007;25(18S):8004.
 97. Pettengell R, Schmitz N, Gisselbrecht C, Smith G, Patton WN, Metzner B, et al. Rituximab purging and/or maintenance in patients undergoing autologous transplantation for relapsed follicular lymphoma: a prospective randomized trial from the lymphoma working party of the European group for blood and marrow transplantation. *J Clin Oncol.* 2013 May 1;31(13):1624-30.
 98. Martinelli G, Schmitz SF, Utiger U, Cerny T, Hess U, Bassi S, et al. Long-term follow-up of patients with follicular



- lymphoma receiving single-agent rituximab at two different schedules in trial SAKK 35/98. *J Clin Oncol*. 2010 Oct 10;28(29):4480-4.
99. Salles G, Seymour JF, Offner F, Lopez-Guillermo A, Belada D, Xerri L, et al. Rituximab maintenance for 2 years in patients with high tumour burden follicular lymphoma responding to rituximab plus chemotherapy (PRIMA): a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010 Jan 1;377(9759):42-51.
 100. BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS: Rituximabe para o tratamento do linfoma não-Hodgkin de células B folicular CD20 positivo. Brasília: Ministério da Saúde, 22 pp, fevereiro de 2013.
 101. Acker B, Hoppe RT, Colby TV, Cox RS, Kaplan HS, Rosenberg SA. Histologic conversion in the non-Hodgkin's lymphomas. *J Clin Oncol*. 1983 Jan;1(1):11-6.
 102. Foran JM, Apostolidis J, Papamichael D, Norton AJ, Matthews J, Amess JA, et al. High-dose therapy with autologous haematopoietic support in patients with transformed follicular lymphoma: a study of 27 patients from a single centre. *Ann Oncol*. 1998 Aug;9(8):865-9.
 103. Williams CD, Harrison CN, Lister TA, Norton AJ, Blystad AK, Coiffier B, et al. High-dose therapy and autologous stem-cell support for chemosensitive transformed low-grade follicular non-Hodgkin's lymphoma: a case-matched study from the European Bone Marrow Transplant Registry. *J Clin Oncol*. 2001 Feb 1;19(3):727-35.
 104. Deconinck E, Foussard C, Milpied N, Bertrand P, Michenet P, Cornillet-LeFebvre P, et al. High-dose therapy followed by autologous purged stem-cell transplantation and doxorubicin-based chemotherapy in patients with advanced follicular lymphoma: a randomized multicenter study by GOELAMS. *Blood*. 2005 May 15;105(10):3817-23.
 105. Lenz G, Dreyling M, Schiegnitz E, Forstpointner R, Wandt H, Freund M, et al. Myeloablative radiochemotherapy followed by autologous stem cell transplantation in first remission prolongs progression-free survival in follicular lymphoma: results of a prospective, randomized trial of the German Low-Grade Lymphoma Study Group. *Blood*. 2004 Nov 1;104(9):2667-74.
 106. Sebban C, Mounier N, Brousse N, Belanger C, Brice P, Haioun C, et al. Standard chemotherapy with interferon compared with CHOP followed by high-dose therapy with autologous stem cell transplantation in untreated patients with advanced follicular lymphoma: the GELF-94 randomized study from the Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte (GELA). *Blood*. 2006 Oct 15;108(8):2540-4.
 107. Al Khabori M, de Almeida JR, Guyatt GH, Kuruvilla J, Crump M. Autologous stem cell transplantation in follicular lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2012 Jan 4;104(1):18-28.
 108. Apostolidis J, Gupta RK, Grenzelijs D, Johnson PW, Pappa VI, Summers KE, et al. High-dose therapy with autologous bone marrow support as consolidation of remission in follicular lymphoma: long-term clinical and molecular follow-up. *J Clin Oncol*. 2000 Feb;18(3):527-36.
 109. Brice P, Simon D, Bouabdallah R, Belanger C, Haioun C, Thieblemont C, et al. High-dose therapy with autologous stem-cell transplantation (ASCT) after first progression prolonged survival of follicular lymphoma patients included in the prospective GELF 86 protocol. *Ann Oncol*. 2000 Dec;11(12):1585-90.
 110. Schouten HC, Qian W, Kvaloy S, Porcellini A, Hagberg H, Johnsen HE, et al. High-dose therapy improves progression-free survival and survival in relapsed follicular non-Hodgkin's lymphoma: results from the randomized European CUP trial. *J Clin Oncol*. 2003 Nov 1;21(21):3918-27.
 111. Kornacker M, Stumm J, Pott C, Dietrich S, Sussmilch S, Hensel M, et al. Characteristics of relapse after autologous stem-cell transplantation for follicular lymphoma: a long-term follow-up. *Ann Oncol*. 2009 Apr;20(4):722-8.
 112. Montoto S, Canals C, Rohatiner AZ, Taghipour G, Sureda A, Schmitz N, et al. Long-term follow-up of high-dose treatment with autologous haematopoietic progenitor cell support in 693 patients with follicular lymphoma: an EBMT registry study. *Leukemia*. 2007 Nov;21(11):2324-31.
 113. Rohatiner AZ, Nadler L, Davies AJ, Apostolidis J, Neuberger D, Matthews J, et al. Myeloablative therapy with autologous bone marrow transplantation for follicular lymphoma at the time of second or subsequent remission: long-term follow-up. *J Clin Oncol*. 2007 Jun 20;25(18):2554-9.
 114. Hari P, Carreras J, Zhang MJ, Gale RP, Bolwell BJ, Bredeson CN, et al. Allogeneic transplants in follicular

- lymphoma: higher risk of disease progression after reduced-intensity compared to myeloablative conditioning. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2008 Feb;14(2):236-45.
115. Thomson KJ, Morris EC, Milligan D, Parker AN, Hunter AE, Cook G, et al. T-cell-depleted reduced-intensity transplantation followed by donor leukocyte infusions to promote graft-versus-lymphoma activity results in excellent long-term survival in patients with multiply relapsed follicular lymphoma. *J Clin Oncol*. 2010 Aug 10;28(23):3695-700.
 116. van Besien K. Stem cell transplantation for indolent lymphoma: a reappraisal. *Blood reviews*. 2011 Sep;25(5):223-8.
 117. Rezvani AR, Storer B, Maris M, Sorrow ML, Agura E, Maziarz RT, et al. Nonmyeloablative allogeneic hematopoietic cell transplantation in relapsed, refractory, and transformed indolent non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol*. 2008 Jan 10;26(2):211-7.
 118. Robinson SP, Canals C, Luang JJ, Tilly H, Crawley C, Cahn JY, et al. The outcome of reduced intensity allogeneic stem cell transplantation and autologous stem cell transplantation when performed as a first transplant strategy in relapsed follicular lymphoma: an analysis from the Lymphoma Working Party of the EBMT. *Bone marrow transplantation*. 2013 Nov;48(11):1409-14.
 119. Vigouroux S, Michallet M, Porcher R, Attal M, Ades L, Bernard M, et al. Long-term outcomes after reduced-intensity conditioning allogeneic stem cell transplantation for low-grade lymphoma: a survey by the French Society of Bone Marrow Graft Transplantation and Cellular Therapy (SFGM-TC). *Haematologica*. 2007 May;92(5):627-34.
 120. Khouri IF, McLaughlin P, Saliba RM, Hosing C, Korbling M, Lee MS, et al. Eight-year experience with allogeneic stem cell transplantation for relapsed follicular lymphoma after nonmyeloablative conditioning with fludarabine, cyclophosphamide, and rituximab. *Blood*. 2008 Jun 15;111(12):5530-6.
 121. Juweid ME, Stroobants S, Hoekstra OS, Mottaghy FM, Dietlein M, Guermazi A, et al. Use of positron emission tomography for response assessment of lymphoma: consensus of the Imaging Subcommittee of International Harmonization Project in Lymphoma. *J Clin Oncol*. 2007 Feb 10;25(5):571-8.
 122. van Oers MH, Tonnissen E, Van Glabbeke M, Giurgea L, Jansen JH, Klasa R, et al. BCL-2/IgH polymerase chain reaction status at the end of induction treatment is not predictive for progression-free survival in relapsed/resistant follicular lymphoma: results of a prospective randomized EORTC 20981 phase III intergroup study. *J Clin Oncol*. 2010 May 1;28(13):2246-52.



TRATAMENTO DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA DE CRIANÇA E ADOLESCENTE COM MESILATO DE IMATINIBE

Portaria SAS/MS nº 114, de 10 de fevereiro de 2012.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada busca no dia 15/8/2011 na base de dados Medline/Pubmed. Uma estratégia de busca ampla foi selecionada (“imatinib”(Supplementary Concept) OR “imatinib”(All Fields)) AND cml(All Fields) AND (“child”(MeSH Terms) OR “child”(All Fields) OR “children”(All Fields)), em virtude da exigüidade de estudos em buscas restritas para ensaio clínico randomizado e meta-análise, resultando em 97 artigos.

Os artigos provenientes destas buscas foram revisados individualmente e utilizados aqueles com dados primários de experimentos clínicos e série de casos. Nenhum estudo de fase III ou meta-análise sobre uso do imatinibe em crianças e adolescentes foi encontrado na literatura pesquisada.

Utilizaram-se outras fontes bibliográficas, como trabalho de revisão e recomendações, a classificação da Organização Mundial da Saúde dos tumores dos tecidos hematopoético e linfóide e portarias do Ministério da Saúde.

Três novas referências foram incluídas após a busca, a partir das contribuições dadas à Consulta Pública.

2 INTRODUÇÃO

A Leucemia Mielóide Crônica (LMC) é uma doença mieloproliferativa clonal da célula precursora hematopoética, associada a translocação cromossômica 9;22, que resulta na formação do Cromossoma Philadelphia (1,2). A translocação do cromossoma 9 conduz à fusão entre a porção do gene BCR do cromossoma 22 e o segmento do gene ABL do cromossoma 9. Esse gene quimérico direciona a síntese de uma nova fosfoproteína com elevada atividade tirosinoquinase, responsável pela etiopatogenia da LMC(1).

A LMC tipicamente progride em três fases: fase crônica (FC), fase acelerada ou de transformação (FT) e uma fase terminal denominada fase aguda ou blástica (FB).

Em crianças a LMC é de ocorrência rara, representando menos do que 10% de todos os casos de LMC e menos de 3% de todas as leucemias na infância, com 0,7 casos/milhão/ano, na faixa etária entre 1 a 14 anos de idade. Essa incidência aumenta para 1,2 /milhão/ano na adolescência. O diagnóstico, em geral, é feito na idade entre 11 e 12 anos (variação de 1-18 anos), sendo que 10% dos casos encontram-se em fase avançada(3).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

» C92.1 Leucemia Mielóide Crônica

Consultores: Jane de Almeida Dobbin e Sílvia Regina Brandalise

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de LMC é dado mediante a anamnese, exame físico, hemograma, plaquetometria, mielograma ou biópsia de medula óssea e exame de citogenética positivo para o Cromossoma Philadelphia (Ph+) em amostra de medula óssea ou exame de biologia molecular positivo em sangue periférico para o oncogene BCR-ABL.

E os achados clínicos e laboratoriais caracterizam as fases evolutivas:

CLASSIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DA LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA(4):

A LMC-FC apresenta leucocitose ($12-1.000 \times 10^9/L$, com mediana de $100 \times 10^9/L$). Não há displasia significativa da medula óssea. Blastos, geralmente, estão abaixo de 2% da leucometria global. Basofilia absoluta está presente e eosinofilia é comum. Monocitose absoluta pode estar presente, porém com monócitos abaixo de 3%, exceto nos raros casos associados com BCR-ABL1 p190, podendo confundir com a leucemia mielomonocítica crônica. A plaquetometria varia entre normal e valores acima de $1.000 \times 10^9/L$. Trombocitopenia não é comum. Na biópsia de medula óssea a celularidade está aumentada devido ao padrão de maturação semelhante ao do sangue periférico. Blastos estão, geralmente, abaixo de 5% das células da medula óssea na FC e se 10% ou mais é indicativo de progressão da doença. Embora os megacariócitos possam estar normais ou discretamente diminuídos em número, 40%-50% dos pacientes apresentam moderada a intensa hiperplasia megacariocítica. A biópsia inicial da medula óssea mostra moderada a marcada fibrose reticulínica em aproximadamente 30% dos casos, que é correlacionada com número aumentado de megacariócitos e aumento do volume do baço e relacionados com um pior prognóstico.

A LMC-FT é diagnosticada por: 1) aumento persistente da leucometria ou da esplenomegalia não responsivo à terapia; 2) trombocitose (plaquetas $> 1.000 \times 10^9/L$) não responsiva à terapia; 3) trombocitopenia persistente ($< 100 \times 10^9/L$) não relacionada à terapia; 4) evolução citogenética clonal ocorrendo após a cariotipagem diagnóstica; 5) 20% ou mais de basófilos no sangue periférico; e 6) 10%-19% de mieloblastos no sangue periférico ou na medula óssea. (A LMC-FT traduz a resistência à terapia convencional. Os critérios 1-4 estão mais associados à transição da FC para a FT, enquanto os critérios 5 e 6 são mais indicativos de uma transição entre a FT e a FB. Embora modificações e novas sugestões desses critérios venham sendo sugeridos, recomenda-se que sejam considerados como progressão de doença.)

A LMC-FB é diagnosticada quando: 1) a quantidade de blastos é igual ou maior do que 20% no sangue periférico ou $\geq 20\%$ das células nucleadas da medula óssea ou 2) quando há proliferação blástica extra-medular.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos no protocolo de tratamento os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

- » Idade inferior 19 anos;
- » diagnóstico firmado de LMC em qualquer das três fases, por hemograma, plaquetometria e mielograma ou biópsia de medula óssea;
- » exame de citogenética positivo para o Cromossoma Philadelphia (Ph+) em amostra de medula óssea ou exame de biologia molecular positivo em sangue periférico para o oncogene BCR-ABL;
- » exame de Beta-HCG negativo na suspeita de gravidez; e
- » na primeira linha de tratamento de qualquer das três fases da LMC ou na recaída (hematológica, citogenética ou molecular) após transplante de células-tronco hematopoéticas ou na recaída (hematológica, citogenética ou molecular) ou na intolerância ao Interferon alfa.

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- » Paciente com resultado de negativo para o cromossoma Philadelphia no exame de citogenética ou seu correspondente BCR-ABL em exame de biologia molecular; ou
- » paciente com teste de gravidez positivo. (O Interferon alfa é uma opção nesses casos.)

7 CENTRO DE REFERÊNCIA

Recomenda-se que os doentes sejam atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia ou de oncologia pediátrica e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu monitoramento laboratorial.

8 TRATAMENTO

O transplante de medula óssea (TMO) continua a ser o único tratamento curativo da LMC. Entretanto, nem todos os pacientes dispõem de doadores.

O tratamento da criança ou adolescente com LMC-FC com Hidroxiuréia seguido por Interferon alfa com ou sem Citosina arabinosídeo promove 58% de remissão hematológica completa (RHC), 50% de remissão citogenética major (RCM), 14% de remissão citogenética completa (RCC) e 60% de sobrevida global (SG) em 8 anos (3).

Nos últimos dez anos, o Mesilato de Imatinibe, um inibidor seletivo da BCR-ABL quinase, tem sido utilizado no tratamento no adulto com LMC no Brasil (2).

Uma revisão de quatro estudos (3), com um total de aproximadamente 150 crianças com LMC-FC que receberam imatinibe como primeira linha de tratamento, mostrou um percentual de RHC de 96% e de RCC de 69%, após 1 ano. O *Children's Oncology Group* (COG) foi o primeiro a relatar um estudo de fase I com 31 crianças e adolescentes que receberem imatinibe após falha ao Interferon alfa. Houve também resposta nas fases mais avançadas, mas essas respostas não foram prolongadas (3). Um estudo francês, de fase IV, com 44 crianças uma duração mediana de 16 meses (1-67 meses), relatou um percentual de RHC de 86% e 98% aos 3 meses e 6 meses, respectivamente, enquanto 62% dos pacientes apresentaram RCC aos 12 meses de tratamento (5).

Embora o Imatinibe tenha aumentado o tempo de fase crônica da LMC, ainda não existem evidências que este medicamento promova a cura da LMC.

8.1 FÁRMACO (1)

O Imatinibe é um derivado da fenilaminopirimidina e um inibidor seletivo da atividade da tirosinoquinase do gene de fusão *BCR-ABL* (oncoproteína), o produto do cromossoma Philadelphia. O Mesilato de Imatinibe também possui alta atividade de bloqueio da atividade da tirosinoquinase do c-kit (receptor do fator stem-cell - SCF) e do receptor do Fator de Crescimento Derivado das Plaquetas (PDGF). A capacidade do Imatinibe de inibir a atividade da tirosinoquinase do *BCR-ABL* está relacionada com sua ocupação no local da quinase na proteína, que bloqueia o acesso ao ATP e previne a fosforilação do substrato, inibindo a proliferação celular dependente de Bcr-Abl. O Imatinibe causa a apoptose ou parada de crescimento em células hematopoéticas que expressam *BCR-ABL* e é bem absorvido após a administração oral; níveis séricos máximos são alcançados com 2 a 4 horas após a administração. A vida-média de eliminação do Imatinibe e seu maior metabólito ativo, derivados N-dimetil, é aproximadamente de 18 e 40 horas, respectivamente. Cerca de 95% do Imatinibe são ligados a proteína, principalmente a albumina e glicoproteína alfa-1-ácida. A maior enzima responsável por seu metabolismo é o CYP3A4. Papéis menores no metabolismo são desempenhados pelos CYP1A2, CYP2D6, CYP2C9 e CYP2C19. Medicamentos metabolizados por estas mesmas enzimas devem ser evitados ou usados com cautela, objetivando-se evitar indesejáveis interações medicamentosas. A eliminação é predominantemente nas fezes, a maioria como metabólitos.

8.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO E DOSES

Após controle hematológico, com o uso da Hidroxiuréia por via oral na dose de 30-40mg/kg/dia, com ajustes da dose de acordo com a redução da leucometria global para aproximadamente 20.000/mm³, indica-se o Mesilato de Imatinibe nas seguintes posologias(3):

- » LMC-Fase Crônica – 300mg/m²/dia (com arredondamento de dose para a centena mais próxima e dose máxima diária de 400mg) por via oral, 1 vez ao dia e após a maior refeição do dia.
- » LMC-Fase de Transformação – 400mg/m²/dia (com arredondamento de dose para a centena mais próxima e dose máxima diária de 600mg) via oral, 1 vez ao dia e após a maior refeição do dia.
- » LMC-Fase Blástica – 500mg/m²/dia (com arredondamento de dose para a centena mais próxima e dose máxima diária de 800mg quando não associado à quimioterapia endovenosa), por via oral, uma vez ao dia e após a maior refeição do dia.

8.3 RESPOSTA TERAPÊUTICA (6):

A avaliação da resposta terapêutica ao Mesilato de Imatinibe deve considerar os seguintes critérios e definições:

Resposta Hematológica Completa (RHC):

- » Leucometria < 10 x 10⁹/L
- » Basófilos < 5%
- » Nenhum mielócito, pró-mielócito ou mieloblasto na contagem diferencial.
- » Contagem de plaquetas < 450 x 10⁹/L
- » Baço impalpável

Resposta Citogenética (RC):

- » Completa (RCC): ausência do cromossoma Ph+
- » Parcial (RCP): 1% a 35% de metáfases Ph+
- » Menor (RCm): 36% a 65% de metáfases Ph+
- » Mínima (RCmin): 66% a 95% de metáfases Ph+
- » Sem resposta: > 95% de metáfases Ph+

Resposta Molecular (RMO):

- » Completa (RMOc): transcritos de RNAm do BCR-ABL indetectáveis pelo PCR Real Time ou Nested em duas amostras de sangue consecutivas de adequada qualidade (sensibilidade > 10⁴).
- » Major (RMOm): Razão BCR-ABL/ABL ≤ 0,1% na escala internacional.

Definições de resposta ótima ao Imatinibe:

- » Em 3 meses – Atingir RHC e RCm (Ph+ ≤ 65%).
- » Em 6 meses – Atingir pelo menos RCP (Ph+ ≤ 35%).
- » Em 12 meses – Atingir RCC .
- » Em 18 meses – Atingir RMOm (BCR-ABL/ABL ≤ 0,1% (escala internacional).
- » Em qualquer momento – Manter ou melhorar a RMOm.

Definições de resposta sub-ótima ao Imatinibe:

- » Em 3 meses – sem resposta citogenética (Ph+ > 95%).
- » Em 6 meses – não atingir RCP (Ph+ > 35%).
- » Em 12 meses – RCP (Ph+ 1% a 35%).
- » Em 18 meses – menos que RMOm.
- » Em qualquer momento – perda da RMOm.

Definições de falha ao Imatinibe:

- » Em 3 meses – Não atingir RHC.
- » Em 6 meses – Sem resposta citogenética (Ph+ > 95%).
- » Em 12 meses – Não atingir RCP (Ph+ > 35%).
- » Em 18 meses – Não atingir RCC.

- » Em qualquer momento – perder RHC, perder RCC e aparecimento de alterações cromossômicas
- » complexas/Ph+.

8.4 EFEITOS ADVERSOS (3, 5, 7-13):

Comuns (21%-100%): náusea/diarreia, retenção hídrica, edema periférico, edema periorbitário, mielossupressão (neutrófilos/plaquetas), fadiga, *rash*, câimbras musculares, artralgia. Retardo do crescimento, principalmente em pacientes impúberes.

Ocasionais (5%-20%): febre, tremores e calafrios, síndrome tipo resfriado, dor abdominal, cefaleia, dor no peito, dispepsia/queimação, flatulência, vômitos, zumbidos, insônia, constipação, sudorese noturna, ganho de peso, disgeusia, anemia, anorexia, mialgia, hemorragia, disfagia, esofagite, odinofagia, mucosite/estomatite, tosse, epistaxe, prurido, ascite, neuropatia (motora ou sensorial) e, mais tardiamente despigmentação (vitiligo) e alopecia. Diminuição da densidade óssea e aumento do volume da trabécula óssea.

Raros (<5%): angioedema, aumento da pressão intracraniana, edema cerebral, desidratação, elevação das transferases/transaminases, fosfatase alcalina e bilirrubina, derrame pleural, edema pulmonar, pneumonite, dispneia, edema pericárdico, dermatite exfoliativa, hemorragia/sangramento sem trombocitopenia de grau 3 ou 4 - incluindo o SNC, olho, pulmão e trato gastrointestinal, conjuntivite, borramento da visão, olho seco, hipocalemia, hiponatremia, hipofosfatemia, ansiedade, alteração do humor, infecções. De aparecimento mais tardio, a hepatotoxicidade, toxicidade renal, insuficiência renal, rotura esplênica, artrite, osteonecrose, fraqueza muscular (descrita como temporária e nas extremidades inferiores), disfunção do ventrículo esquerdo (secundária a dano nos miócitos), trombose/tromboembolismo.

Todos os eventos adversos relacionados ao uso do Imatinibe devem ser valorizados e registrados, pois podem contribuir para uma subutilização deste medicamento. O emprego do Imatinibe pode ser mantido na vigência de leve efeito adverso, desde que haja acompanhamento regular com o hematologista/oncologista pediátrico, porém a ocorrência de efeito adverso moderado ou grave exige a suspensão do uso, passível de reintrodução na dependência do dano causado e da vontade do responsável pelo paciente.

8.5 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

Conforme orientação do *European LeukemiaNet 2009* (<http://www.leukemia-net.org>), o Mesilato de Imatinibe deve ser mantido enquanto se mantenha o benefício esperado nos casos de pacientes adultos com LMC, até que novos resultados dos protocolos clínicos definam qual população de pacientes poderá suspendê-lo (6). Para os pacientes pediátricos, recomenda-se, atualmente, manter o Imatinibe durante 2 anos de remissão molecular completa mantida. A suspensão após 24 meses exige controle mensal por exame de biologia molecular no sangue periférico. Casos de recaída serão novamente tratados com Imatinibe, já que a sensibilidade a este medicamento é mantida, sugerindo que sua interrupção não leva ao fenômeno de resistência adquirida (14,15).

A suspensão do tratamento deve-se dar-se nas seguintes condições:

- » Resposta sub-ótima e falha ao Imatinibe.
- » Falta de adesão ao tratamento.
- » A ocorrência de intolerância (toxicidade de grau 3 e 4, segundo os critérios de Graduação do NCI/EUA) indica a suspensão temporária do medicamento em uso, dando-se o retorno a ele, com menor dose do que a anteriormente utilizada. Se esta dose menor ficar aquém da mínima dose efetiva terapêutica, deve-se suspender definitivamente o medicamento, passando-se para a linha terapêutica seguinte.
- » O imatinibe não pode ser utilizado tanto na concepção quanto na gestação por ser teratogênico em ratos.

9 MONITORIZAÇÃO

A monitoração exige hemograma com contagem diferencial, mielograma com citogenética e biologia molecular do sangue periférico para medir os níveis do transcrito BCR-ABL.

Hemograma com contagem diferencial deve ser realizado com 1-2 semanas durante os três primeiros meses até a remissão hematológica completa (RHC) ter sido atingida. Depois, mensalmente.

Mielograma com citogenética no 3º e 6º meses, depois a cada 6 meses até que seja atingida a RCC. Ao atingir esta, deve-se manter a quantificação do BCR-ABL a cada três meses. Em caso de RMoC, realizar mielograma com citogenética anualmente.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com menos de 19 anos e diagnóstico de Leucemia Mieloide Crônica devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia ou de oncologia pediátrica e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu monitoramento laboratorial.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada *versus* autorizada, valores apresentados *versus* autorizados *versus* ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

NOTA 1 - Exceto pelo Mesilato de Imatinibe, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

NOTA 2 - O Mesilato de Imatinibe é comprado pelo Ministério da Saúde e dispensado aos hospitais habilitados em oncologia no SUS pela Assistência Farmacêutica das secretarias estaduais de saúde, não podendo, assim, ser autorizada APAC, quando o seu uso é isolado. Neste caso, o atendimento ambulatorial pode ser ressarcido como consulta especializada.

NOTA 3 – Em caso de Leucemia Mieloide Crônica em fase blástica, o uso do Mesilato de Imatinibe pode ser associado a outros antineoplásicos e, assim, o fornecimento do Imatinibe pode ser concomitante à autorização de APAC para os seguintes procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de tumores de criança e adolescente, inclusive a Leucemia Mieloide Crônica:

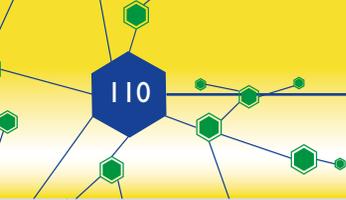
- » 03.04.07.001-7 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 1ª linha
- » 03.04.07.002-5 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 2ª linha (primeira recidiva)
- » 03.04.07.004-1 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 3ª linha (segunda recidiva)
- » 03.04.07.003-3 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 4ª linha (terceira recidiva)

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento Mesilato de Imatinibe preconizado nestas Diretrizes.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoffman R, Hematology – Basic Principles and Practice. Philadelphia. Elsevier Churchill Livingstone, 2005. pp: 1247-1253. (Fourth Edition)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portarias SAS 431/2001, 347/2008 e 649/2008 – Diretrizes Terapêuticas da Leucemia Mielóide Crônica do Adulto. Brasília. Ministério da Saúde, 2001 e 2008.
3. Suttrop M and Millot F. Treatment of Pediatric Chronic Myeloid Leukemia in the Year 2010: Use of Tyrosine Kinase Inhibitors and Stem-Cell Transplantation – Hematology 2010 American Society of Hematology Education Program Book 30th – Orlando, Florida December 4-7, 2010:368-376.
4. Swerdlow SH; Campo E; Harris NL; Jaffe ES; Pileri SA; Stein H; Thielo J, Vardiman JW - WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Lyon. International Agency for Research on Cancer. 2008. (4th Edition)
5. Millot F; Baruchel A et al. Imatinib is efficient but has a negative impact on growth in children with previously untreated chronic myelogenous leukaemia (CML) in early chronic phase (CP): results of the French national phase IV trial (Abstract). Blood, 2009; 110:863
6. Baccarani M; Cortes J et al. Chronic Myeloid Leukemia: An Update of Concepts and Management Recommendations of European LeukemiaNet – J Clin Oncol 27:6041-6051, 2009.
7. Millot F; Baruchel A et al. Imatinib is effective in children with previously untreated chronic myelogenous leukemia in early chronic phase: results of the French National Phase IV Trial – J Clin Oncol July 10, 2011:2827-2832.
8. Mariani S et al. Low bone density and decreased inhibin-B/FSH ratio in a boy treated with imatinib during puberty – The Lancet 2008; 372:111-113.
9. Fitter S et al. Long-term imatinib therapy promotes bone formation in CML patients – Blood 2008;111:2538-2547.
10. Champagne MA, Fu CH, Chang M et al. Higher dose imatinib for children with de novo chronic phase chronic myelogenous leukemia: A report from the Children’s Oncology Group. Pediatr Blood Cancer, 2011; 57(1):56-62 e DOI 10.1002/pbc.23031 (published online).
11. Shima H; Tokuyama M et al. Distinct Impact of Imatinib on Growth at Prepubertal and Pubertal Ages of Children with Chronic Myeloid Leukemia – J Pediatr, 2011 May 16 (Epub ahead of print).
12. Menon-Andersen D et al. Population pharmacokinetics of imatinib mesylate and its metabolite in children and young adults. – Cancer Chemother Pharmacol DOI 10.1007/s00280-008-0730.
13. Bernstein ML. Target Therapy in Pediatric and Adolescent Oncology – Cancer. May 15, 2011. page 2268-2274.
14. Mahon FX, Réa D et al. Discontinuation of Imatinib in patients with chronic myeloid leukaemia who have maintained complete molecular remission for at least 2 years; the prospective, multicentre Stop Imatinib (STIM) trial –The Lancet Oncology, 2010; 11: 1029-1035.
15. Ross DDM, Grigg A et al. The majority of Chronic Myeloid Leukaemia patients who cease Imatinib after achieving a sustained complete molecular response (CMR) remain in CMR, and any relapses occur early – Blood 2008; 112 (suppl 1): 402-03.



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

MESILATO DE IMATINIBE

Eu, _____(nome do(a) paciente ou de seu responsável legal), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de mesilato de imatinibe, indicado para o tratamento da Leucemia Mieloide Crônica, que apresenta o cromossoma Philadelphia.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a tomar/fornecer ao meu(minha) filho(a) pode contribuir para trazer as seguintes melhoras:

- » recuperação das contagens celulares,
- » destruição das células malignas e
- » diminuição do tamanho do fígado, do baço e outros locais, decorrentes da destruição dessas células.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » risco de uso no imatinibe na gravidez; portanto, caso o(a) doente engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- » interação do imatinibe com outros medicamentos, por exemplo anticonvulsivantes, antidepressivos, alguns antitêrmicos, remédios contra fungos e outros, o que exige a leitura detalhada das recomendações descritas pelo fabricante;
- » efeitos adversos mais comumente relatados: diminuição da produção dos glóbulos brancos do sangue, glóbulos vermelhos e plaquetas, problemas no fígado e ossos, dores articulares e musculares, náusea, vômitos, alteração do metabolismo ósseo, certa diminuição da velocidade do crescimento, problemas respiratórios e cardíacos;
- » contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao remédio; e
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem;

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim/meu(minha) filho(a), comprometendo-me a devolvê-lo ao hospital, para que este o devolva à Assistência Farmacêutica da secretaria estadual de saúde, caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que eu/meu(minha) filho(a) continuarei/continuará a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as secretárias de saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento ou do(a) meu(minha) filho(a), desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____	Data: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável: _____	CRM: _____	UF: _____
_____ Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento do Mesilato de Imatinibe e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.

TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

Portaria SAS/MS nº 494, de 18 de junho de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foram realizadas buscas nas bases de dados Medline/Pubmed e Embase em 02/04/2013.

Na base de dados Medline/Pubmed, utilizando-se os termos “*Gastrointestinal Stromal Tumors*”(Mesh), com os limites *Humans, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Clinical Trial, Phase III, Systematic Reviews*, foram encontrados 110 artigos.

Na base de dados Embase, utilizando-se os termos ‘*gastrointestinal stromal tumors*’/exp AND ‘*therapy*’/exp AND (*meta analysis*)/lim OR (*randomized controlled trial*)/lim OR (*systematic review*)/lim) AND ((*english*)/lim OR (*portuguese*)/lim OR (*spanish*)/lim) AND (*humans*)/lim AND (*embase*)/lim, foram encontrados 159 artigos.

Primeiramente, foram selecionadas meta-análises e revisões sistemáticas relativas a opções de tratamento do tumor do estroma gastrointestinal, excluindo-se artigos não relacionados ao assunto e estudos cujos desfechos não tivessem relevância clínica; em seguida, estudos de fase III publicados após as meta-análises e revisões sistemáticas selecionadas.

Foi utilizada ainda a base de dados *UpToDate* 2013, com o termo GIST, e diretrizes clínicas de sociedades internacionais de especialistas.

2 INTRODUÇÃO

Os tumores do estroma gastrointestinal (*gastrointestinal stromal tumors* – GIST) são neoplasias raras, tipicamente subepiteliais. Compreendem vários subtipos molecularmente distintos de sarcomas que coletivamente representam os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal. Afetam, em 75% dos casos, o estômago e intestino delgado proximal, mas podem ocorrer em qualquer segmento do trato digestivo, como cólon, reto e apêndice. Os GIST extragastrointestinais são raros e podem se originar no omento, mesentério ou retroperitônio (1).

Os GIST manifestam-se em ambos os sexos e em qualquer faixa etária; entretanto mais comumente afetam pessoas com mais de 40-50 anos, com idade ao diagnóstico variando de 58 a 63 anos. Esses tumores correspondem a aproximadamente 1% das neoplasias primárias do trato digestivo. Estima-se que a incidência anual seja de 7-20 casos por milhão de pessoas (1,2). Em mais jovens, estima-se que a incidência seja de 0,06 a cada 100.000 pessoas entre 20-29 anos e de 0,02 por milhão de crianças com menos de 14 anos (3).

A maioria dos casos parece ser esporádica, já que fatores de risco epidemiológicos não foram identificados até o momento. Há, porém, uma predisposição à ocorrência de GIST em crianças e adultos jovens com certas síndromes hereditárias, tais como GIST familiar (múltiplos GIST no estômago e no intestino delgado), neurofibromatose tipo 1, tríade de Carney (GIST gástrico, paraganglioma extra-adrenal e condroma pulmonar) e síndrome de Carney-Stratakis (GIST gástrico e paraganglioma) (2,3).

A etiologia do GIST parece estar relacionada às células intersticiais de Cajal (CIC) do plexo mioentérico envolvidas na peristalse. As CIC e as células do GIST apresentam similaridades ultraestruturais, como a expressão em comum do receptor transmembrana da tirosinoquinase KIT (receptor KIT) (4).

Consultores: Beatriz Antunes de Mattos, Alexander Welaussen Daudt, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

Normalmente esse receptor desempenha papel fundamental no desenvolvimento e na manutenção das CIC, sendo um produto do proto-oncogene c-KIT. Um experimento-chave para a compreensão molecular da patogênese da doença foi realizado em 1998 e confirmou a teoria vigente de que, no GIST, certas mutações no c-KIT induzem uma ativação não controlada do receptor KIT, com conseqüente proliferação e aumento da sobrevivência celular (isto é, crescimento neoplásico) (4).

A identificação por imuno-histoquímica do antígeno CD117, que constitui parte do receptor KIT e, portanto, funciona como um marcador de sua presença, representou um passo essencial no diagnóstico diferencial do GIST em relação aos outros sarcomas do trato gastrointestinal.

Embora 90% ou mais dos GIST apresentem positividade para a expressão do receptor KIT (isto é, são CD117 positivos), alguns subtipos podem sofrer mutações em outros genes. Mutações no gene de outra tirosinquinase, como o receptor alfa do fator de crescimento derivado das plaquetas (*platelet-derived growth factor receptor alpha-PDGFR α*), são encontradas em menos de 5% dos GIST CD117 negativos.

Em geral, 5% dos GIST não apresentam quinases com mutações detectáveis, sendo chamados GIST de tipo selvagem (*wild type*). Nessa situação, até um terço dos GIST c-KIT, PDGFR α e com GIST tipo selvagem podem apresentar mutações em outras vias moleculares não relacionadas com as tirosinquinases (5).

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C15.0 Neoplasia maligna da porção cervical do esôfago (esôfago cervical)
- » C15.1 Neoplasia maligna da porção torácica do esôfago (esôfago torácico)
- » C15.2 Neoplasia maligna da porção abdominal do esôfago (esôfago abdominal)
- » C15.3 Neoplasia maligna do terço superior do esôfago
- » C15.4 Neoplasia maligna do terço médio do esôfago
- » C15.5 Neoplasia maligna do terço inferior do esôfago
- » C15.8 Neoplasia maligna do esôfago com lesão invasiva
- » C15.9 Neoplasia maligna do esôfago, não especificada
- » C16.0 Neoplasia maligna da cárdia
- » C16.1 Neoplasia maligna do fundo do estômago
- » C16.2 Neoplasia maligna do corpo do estômago
- » C16.3 Neoplasia maligna do antro pilórico
- » C16.4 Neoplasia maligna do piloro
- » C16.5 Neoplasia maligna da pequena curvatura do estômago, não especificada
- » C16.6 Neoplasia maligna da grande curvatura do estômago, não especificada
- » C16.8 Neoplasia maligna do estômago com lesão invasiva
- » C16.9 Neoplasia maligna do estômago, não especificada
- » C17.0 Neoplasia maligna do duodeno
- » C17.1 Neoplasia maligna do jejuno
- » C17.2 Neoplasia maligna do íleo
- » C17.3 Neoplasia maligna do divertículo de Meckel
- » C17.8 Neoplasia maligna do intestino delgado com lesão invasiva
- » C17.9 Neoplasia maligna do intestino delgado, não especificada
- » C18.0 Neoplasia maligna do ceco
- » C18.1 Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)
- » C18.2 Neoplasia maligna do cólon ascendente

- » C18.3 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)
- » C18.4 Neoplasia maligna do cólon transverso
- » C18.5 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)
- » C18.6 Neoplasia maligna do cólon descendente
- » C18.7 Neoplasia maligna do cólon sigmoide
- » C18.8 Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva
- » C18.9 Neoplasia maligna do cólon, não especificada
- » C19 Neoplasia maligna da junção retossigmoide
- » C20 Neoplasia maligna do reto
- » C26.8 Lesão invasiva do aparelho digestivo
- » C47.4 Neoplasia maligna dos nervos periféricos do abdômen
- » C48.1 Neoplasia maligna de partes especificadas do peritônio
- » C49.3 Neoplasia maligna do tecido conjuntivo e tecidos moles do tórax

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

4.1 DIAGNÓSTICOS CLÍNICO E LABORATORIAL

Os GIST (aproximadamente 70%) se apresentam com sintomas inespecíficos, que podem incluir sangramento, perfuração e, menos frequentemente, obstrução. Cerca de 20% dos casos são assintomáticos, sendo encontrados fortuitamente durante endoscopias, exames de imagem do abdômen ou procedimentos cirúrgicos, como gastrectomia.

Em estágios avançados, os tumores mais agressivos costumam metastatizar para o fígado e o peritônio. Metástases para linfonodos são raras em adultos, mas freqüentes em pacientes pediátricos. Outros sítios de metástases incluem ossos, pulmões, partes moles ou pele (2,6). No estadiamento inicial, está indicada tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdômen. Em razão de as metástases pulmonares serem raras, cerca de 2%, e inexistindo evidência de doença pulmonar, uma nova TC de tórax está indicada se houver progressão de doença abdominal.

Em casos iniciais de doença localizada e ressecável, um alto grau de suspeita e a familiaridade com a aparência radiológica do tumor bastam para o diagnóstico pré-operatório. Nessa situação, pode-se dispensar a biópsia antes do tratamento cirúrgico. No entanto, uma biópsia será necessária para confirmação de GIST se houver suspeita de metástase ou se a quimioterapia com mesilato de imatinibe estiver indicada para tumor localmente avançado (1,6,7).

Morfológicamente, os GIST podem ser divididos em três categorias: fusiforme (70%) epitelióide (20%) e misto (10%). De modo geral, alguns estudos mostram que o subtipo histológico não tem impacto no prognóstico, mas sim nas particularidades de localização da neoplasia. Por exemplo, as lesões epitelióides ocorrem mais comumente no estômago do que nos outros sítios. Quanto às demais, não há localização predominante.

A avaliação imuno-histoquímica complementar é recomendada para todos os casos suspeitos de GIST. Um painel imuno-histoquímico apropriado geralmente é suficiente para estabelecer o diagnóstico definitivo. A expressão de KIT (CD117), presente em 95% dos casos, é a mais específica e sensível característica do GIST, considerando um painel de diagnóstico diferencial padronizado. Outros marcadores, com suas respectivas positivities, utilizados comumente nos painéis incluem: CD34 (60%-70%), ACAT2 (30%-40%), S100 (5%), desmina (1%-2%) e queratina (1%-2%). A genotipagem dos GIST KIT-positivos não é recomendada de rotina (1,2,8). O DOG1 (*discovered on GIST1*) representa um novo e promissor marcador, pois é expresso em cerca de um terço dos GIST KIT-negativos. A proteína transmembrana DOG1, identificada recentemente, tem se mostrado tanto sensível quanto específica para GIST e independe das expressões de c-KIT ou PDGFR. O verdadeiro papel desse novo marcador ainda permanece desconhecido. De modo geral, é recomendado utilizar o CD117 para confirmação diagnóstica de GIST (9).

O comportamento clínico dos GIST é bastante variável, e diversas classificações na literatura tentam estratificar os subtipos com pior prognóstico. Conforme consenso estabelecido em 2002, tamanho do tumor, atividade mitótica e localização anatômica são as principais informações na estratificação do risco de recidiva e de desenvolvimento de metástases (Tabela 1). Os estudos mostram que GIST gástricos com menos de 2 cm com atividade mitótica baixa

(menos de 5 mitoses/50 campos de grande aumento) têm risco muito baixo de recidiva. Por outro lado, em conjunto, os GIST com mais de 2 cm apresentam algum risco de recidivar. Segundo a atividade mitótica tumoral, essa estratificação divide os tumores em com menos de 5 ou com mais de 5 mitoses/50 campos de grande aumento. Quanto menor o número de mitoses, menor o risco. O risco final deve ser avaliado em conjunto com o tamanho do tumor em todos os casos de GIST após ressecção cirúrgica ou biópsia (nos casos de tumores não ressecáveis ou metastáticos) (1,2,10-13).

Tabela 1 – Proposta para definir o risco da agressividade do comportamento dos GIST

Risco	Tamanho do tumor em cm (*)	Taxa mitótica/campos de grande aumento (**)
Muito baixo risco	Menor de 2	Menos de 5/50
Baixo risco	2-5	Menos de 5/50
Risco intermediário	Menor de 5 5-10	6-10/50 Menos de 5/50
Alto risco	Maior de 5 Maior de 10 Qualquer tamanho	Mais de 5/50 Qualquer taxa mitótica Mais de 10/50

(*) O tamanho representa a dimensão isolada maior. Admite-se que varie antes e depois da fixação e entre observadores. Existe consenso de que talvez o limiar para o comportamento agressivo deva ser menos de 1-2 cm para o intestino delgado do que para outros locais.

(**) Idealmente, a contagem de mitoses deve ser padronizada de acordo com a superfície examinada (baseada no tamanho dos campos de grande aumento (HPF)), mas não existem acordos definidos sobre isto. Apesar da subjetividade no reconhecimento das mitoses e da variabilidade das áreas de HPF, essas contagens são úteis (12).

Além dos fatores mencionados para predizer o prognóstico, a localização anatômica também afeta o risco de recidiva da doença. Em geral, GIST intestinais são muito mais agressivos do que os localizados na região gástrica. Algumas séries de casos mostram que a mortalidade por GIST de intestino delgado foi maior que o dobro da registrada na série com tumores gástricos (13). A Tabela 2 apresenta dados de estudos a longo prazo de 1.055 casos de cânceres gástricos, 629 de intestino delgado, 144 de duodeno e 111 de reto. Esses estudos tiveram seguimentos variáveis de 2,5 até 40 anos com tempo médio de 17 anos.

Tabela 2 – Taxas de sobrevida livre de progressão dos casos de GIST em estômago, intestino delgado e reto agrupados pelas taxas de mitoses e pelo tamanho do tumor. (*)

Tamanho do tumor em cm	Taxa mitose/campos de grande aumento	Percentagem de pacientes livres de progressão durante longo acompanhamento – sítio primário			
		Estômago	Jejuno-íleo	Duodeno	Reto
Menor ou igual a 2	Menor ou igual a 5/50	100	100	100	100
2-5	Menor ou igual a 5/50	98,1	95,7	91,7	91,7
5-10	Menor ou igual a 5/50	96,4	76	66 (*)	43 (*)
Maior que 10	Menor ou igual a 5/50	88	48		
Menor ou igual a 2	Maior que 5/50	100 (**)	50 (**)		46
2-5	Maior que 5/50	84	27	50	48
5-10	Maior que 5/50	45	15	14 (*)	29 (*)
10	Maior que 5/50	14	10		

(*) Dados combinados para tumores com mais de 5 cm.

(**) Pequeno número de casos. (13)

4.2 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

A TC de abdômen ou de pelve é o exame de escolha inicial para a avaliação do tumor primário e estadiamento da doença (14).

Endoscopia digestiva alta geralmente é realizada e pode ser um meio útil para caracterizar melhor as lesões gástricas, demonstrando eventualmente ulcerações associadas. Durante o procedimento, podem ser realizadas biópsias das áreas suspeitas ou ulceradas. Como o GIST é um tumor submucoso e de crescimento mais endofítico, a aspiração endoscópica guiada por agulha fina permite a biópsia de material mais adequado para o diagnóstico do tumor primário, assim como a diferenciação de lesões semelhantes, como o leiomioma (15).

Cabe ressaltar que as lesões dos GIST são frágeis, e procedimentos com biópsia podem causar hemorragia e mesmo disseminação tumoral (6). Por isso, são necessários cirurgiões ou endoscopistas experientes para a realização do procedimento a fim de que não ocorra disseminação para outros sítios ou ruptura da pseudocápsula do tumor.

4.3 ESTADIAMENTO

O estadiamento do GIST é determinado pela classificação da UICC (União Internacional Contra o Câncer) ou da AJCC (American Joint Committee on Cancer) (Tabelas 3A e 3B) (16).

Tabela 3A - Estadiamento TNM para GIST em todos os locais

TUMOR PRIMÁRIO (T)	
TX	O tumor primário não pode ser avaliado.
T0	Não há evidência de tumor primário.
T1	Tumor com até 2 cm.
T2	Tumor com mais de 2 cm e com até 5 cm em sua maior dimensão.
T3	Tumor com mais de 5 cm e com até 10 cm em sua maior dimensão.
T4	Tumor com mais de 10 cm em sua maior dimensão.
LINFONODOS REGIONAIS (N)	
NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (*).
N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais.
N1	Metástases em linfonodos regionais.
METÁSTASES À DISTÂNCIA (M)	
M0	Ausência de metástase à distância.
M1	Metástase à distância.

(*): NX: O acometimento de linfonodos regionais nos GIST é raro e, assim, os casos que não podem ser avaliados, pela clínica ou pela análise patológica, devem ser considerados N0, ao invés de NX ou pNX.

A gradação histopatológica (G) para o GIST depende da atividade mitótica:

- » Baixa atividade mitótica: até 5 mitoses/50 campos de grande aumento;
- » Alta atividade mitótica: mais de 5 mitoses/50 campos de grande aumento.

A atividade mitótica no GIST é melhor expressa como o número de mitoses/50 campos de grande aumento, usando-se a objetiva de 40x (área total 5 mm² em 50 campos).

Tabela 3B - Grupamento por Estádios

ESTÁDIO	T	N	M	ATIVIDADE MITÓTICA
GIST GÁSTRICO (*)				
IA	T1, T2	N0	M0	Baixa
IB	T3	N0	M0	Baixa
II	T1, T2	N0	M0	Alta
	T4	N0	M0	Baixa
IIIA	T3	N0	M0	Alta
IIIB	T4	N0	M0	Alta
IV	Qualquer T	N1	M0	Qualquer
	Qualquer T	Qualquer N	M1	Qualquer
GIST DE INTESTINO DELGADO (**)				
I	T1 ou T2	N0	M0	Baixa
II	T3	N0	M0	Baixa
IIIA	T1	N0	M0	Alta
	T4	N0	M0	Baixa
IIIB	T2, T3, T4	N0	M0	Alta
IV	Qualquer T	N1	M0	Qualquer
	Qualquer T	Qualquer N	M1	Qualquer

(*) Os critérios também podem ser aplicados para GIST solitários primários de omento.

(**) Os critérios também podem ser aplicados para localizações anatômicas menos comuns, como esôfago, cólon, reto e mesentério.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo de tratamento com mesilato de imatinibe pacientes com diagnóstico dos seguintes tipos de GIST:

- » GIST irresssecável;
- » GIST metastático ou recidivado após tratamento cirúrgico; e
- » GIST de alto risco de recidiva pós-operatória.

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo de tratamento com mesilato de imatinibe pacientes que apresentarem muito baixo ou baixo risco de recidiva pós-operatória e puderem ser tratados cirúrgica ou conservadoramente.

Serão também excluídos os que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do medicamento preconizado neste Protocolo.

7 TRATAMENTO

O GIST é raro em crianças e adultos jovens (1,4%). Na falta de estudos prospectivos e, portanto, de consenso quanto ao tratamento padrão, a conduta em caso de GIST pediátrico deve ser feita por uma equipe multidisciplinar em serviços especializados em Oncologia pediátrica. Em menos de 15% dos pacientes com mutações dos proto-oncogenes KIT ou PDGFRA, sugere-se que a conduta terapêutica siga as preconizadas para o GIST em adultos.

As opções terapêuticas para o GIST em adultos incluem ressecção cirúrgica, radioterapia e utilização do inibidor da tirosinoquinase, o mesilato de imatinibe. As opções de tratamento variam de acordo com o estadiamento da doença por ocasião do diagnóstico e com os grupos prognósticos (Tabelas 3A e 3B) (17).

7.1 CIRURGIA

Embora exista consenso de que GIST com mais de 2 cm devam ser ressecados, a ressecção de tumores com menos de 2 cm é tema controverso, não havendo consenso na literatura internacional. Na ausência de achados de alto risco à endoscopia (foco ecogênico, ulceração, margens irregulares), sugere-se que os pacientes sejam acompanhados com exames de imagens e endoscopias de controle.

O tratamento de escolha para a doença localizada é a ressecção cirúrgica completa, sem violação da pseudocápsula, a fim de reduzir o risco de disseminação tumoral local. O objetivo do tratamento cirúrgico é ressecção total da lesão com margens livres, sem necessidade de linfadenectomia, uma vez que o GIST raramente apresenta envolvimento de linfonodos (2,8,10-12,18,19). Reintervenção cirúrgica geralmente não está indicada quando as margens são positivas microscopicamente ao exame anatomopatológico definitivo (6). Apesar da ressecção cirúrgica completa, somente metade dos pacientes permanece livre de recidiva em 5 anos ou mais (1,2). Portanto, um cuidado meticuloso do cirurgião é mandatório uma vez que a ressecção incompleta do tumor ou sua ruptura parecem ser preditores independentes de pior prognóstico de recidiva (18,20).

Os GIST localmente avançados, mesmo que ressecados, apresentam altas taxas de recidiva, independentemente da técnica cirúrgica utilizada. Portanto, ressecções cirúrgicas complexas (multiviscerais) devem ser evitadas a favor de procedimentos com mínima morbidade. A quimioterapia com mesilato de imatinibe deve ser considerada em casos de maior risco cirúrgico ou com baixa probabilidade de obtenção de margens negativas (6). Por exemplo, cirurgias mutilantes podem ser evitadas nos casos de GIST primários do reto e da junção gastroesofágica que mostrem regressão com imatinibe pré-operatório.

O fígado e o peritônio são os locais de metástases mais comuns, e cerca de 30% dos pacientes com doença recidivada ou metastática apresentam GIST potencialmente ressecável. Mesmo na ausência de estudos randomizados, a cirurgia em pacientes selecionados com doença metastática parece aumentar o controle da doença em longo prazo, quando há resposta ao tratamento inicial com imatinibe (isto é, resposta parcial, doença estável ou somente progressão focal). Nesses casos, o imatinibe deve ser mantido após a ressecção, mesmo se esta for completa.

7.2 RADIOTERAPIA

Radioterapia localizada é uma opção de tratamento para os pacientes não candidatos à cirurgia por quaisquer motivos, nos quais se deseja controlar localmente a progressão da doença. Entretanto, não há comprovação de benefício em termos de sobrevida geral (21).

O emprego de radioterapia também pode ser considerado nos casos de intolerância ou resistência a inibidor de tirosinoquinase, assim como no tratamento paliativo de pacientes sintomáticos (22).

7.3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A terapia medicamentosa do GIST com mesilato de imatinibe abrange: a) a quimioterapia adjuvante, após o tratamento cirúrgico com ou sem ressecção microscópica completa do tumor primário, e b) a quimioterapia paliativa da doença avançada primariamente irresssecável (que pode, ou não, tornar-se ressecável e operável) e da doença metastática ou recidivada.

7.4 QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA OU PÓS-OPERATÓRIA)

O fundamento da quimioterapia adjuvante do GIST com mesilato de imatinibe inclui o fato de que a taxa de recidiva do tumor, independentemente da obtenção de margens negativas com a cirurgia, é de 50%. Além disso, a terapia adjuvante com outros antineoplásicos ou radioterapia não são efetivas no GIST (12,23). Taxas de resposta ao

redor de 5% têm sido observadas com quimioterapia com outros antineoplásicos. A radioterapia é raramente utilizada face à dificuldade de proteger os tecidos normais adjacentes.

Na expectativa de que mais pesquisas venham corroborar as conclusões iniciais de dois estudos randomizados recentes, o uso de imatinibe adjuvante por 3 anos pode ser considerado para pacientes com alto risco de recidiva (24-26).

O primeiro estudo controlado versus placebo, envolvendo 713 pacientes, demonstrou aumento da sobrevida livre de doença em 1 ano de 15% (98% versus 83%) no grupo de pacientes de alto risco tratados com imatinibe adjuvante (400 mg/dia) (24). Esse estudo randomizado de fase III alocou pacientes adultos com diagnóstico de GIST primário localizado, com ao menos 3 cm de diâmetro, positivos para proteína KIT (CD117) por imuno-histoquímica, para receber de forma duplo-cega 400 mg/dia de imatinibe ou placebo durante 1 ano. A alocação foi realizada de forma a distribuir igualmente, entre os grupos, pacientes com diferentes tamanhos de tumor. Dos 778 casos registrados, 713 foram randomizados. A intervenção foi iniciada até 84 dias após a ressecção cirúrgica, independentemente de comprometimento microscópico da margem cirúrgica. Havendo recidiva tumoral, o cegamento era quebrado, permitindo-se a troca de braço para imatinibe no caso de pacientes que vinham recebendo placebo ou que já haviam terminado o tempo de tratamento com imatinibe, ou o aumento de dose para 800 mg/dia no grupo em tratamento com imatinibe.

Durante o estudo, o desfecho primário, originalmente a sobrevida total, foi modificado para sobrevida livre de doença, uma vez que o desenho, ao permitir a troca de braço no caso de recidiva e exposição de ambos os grupos ao agente em estudo, não favoreceria a demonstração de diferença na sobrevida total. A recidiva foi definida como recidiva tumoral (não detalhados critérios ou óbito por qualquer causa). Análise interina determinou interrupção da inclusão de novos pacientes antes de se completar o tempo de seguimento previsto, por ter sido atingido o limiar de eficácia pré-estabelecido. Com um seguimento médio de 19,7 meses, a sobrevida livre de doença foi de 98% no grupo imatinibe e de 83% no grupo placebo. Não foi verificada diferença na sobrevida total, tendo sido observadas 8 mortes (2,3%) no grupo placebo (5 atribuídas ao GIST) e 5 mortes no grupo imatinibe (nenhuma atribuída ao GIST). Análise de eficácia foi estratificada pelo tamanho do tumor, tendo sido demonstrado benefício em tumores com mais de 6 cm.

O estudo apresentou vários e graves problemas metodológicos, a começar pela randomização. Entre os 713 pacientes randomizados, 65 (9,1%) foram considerados inelegíveis (33 no grupo placebo e 32 no grupo imatinibe), mas tiveram seus dados incluídos na análise por intenção de tratar. A ocorrência de cruzamento entre os grupos prejudicou a avaliação da evolução do grupo placebo em termos de sobrevida. A interrupção do estudo também não permitiu avaliar a evolução em longo prazo, bem como a ocorrência de possíveis falhas tardias ao imatinibe. O estudo não foi capaz de demonstrar diferença na sobrevida total entre o grupo que empregou imatinibe logo após a ressecção cirúrgica e o grupo que fez uso após a recidiva.

Outra limitação deste estudo foi a falta de avaliação de possíveis diferenças na qualidade de vida ou demanda por serviços assistenciais nos dois grupos. O desfecho sobrevida livre de doença, cada vez mais usado em estudos oncológicos, tem relevância clínica relativa na medida em que pode não ser acompanhado de melhora da qualidade de vida ou de redução significativa na morbidade (hospitalizações, complicações infecciosas, demanda por serviços assistenciais, etc.). Considerando-se o número cinco vezes maior de retirada do estudo no grupo tratado por efeitos adversos e a ocorrência de eventos adversos de graus 3 ou 4 em 30% dos casos tratados, o perfil de toxicidade do imatinibe deve ser avaliado na decisão de tratar. Curiosamente, as causas de óbito não foram descritas e, apesar de os autores afirmarem que não houve óbitos relacionados ao GIST no grupo imatinibe, a tabela de efeitos adversos aponta 3 casos de efeitos adversos grau 5 (óbito diretamente causado pelo tratamento). Pode-se argumentar que, mesmo tendo causado diretamente a morte de 3 pacientes, isso não repercutiu na redução da mortalidade total, mas esse dado levanta sérios questionamentos, principalmente se essas mortes ocorreram no grupo de baixo risco. Apesar desses dados, essa é a melhor evidência disponível que justifica o uso de imatinibe nos pacientes classificados como de alto risco (25,26).

O estudo mais recente com cerca de 400 pacientes, comparou o uso de imatinibe adjuvante (400 mg/dia) por 1 ou 3 anos. Os resultados confirmaram o benefício do fármaco em relação à sobrevida livre de doença e, pela primeira vez, foi demonstrado aumento da sobrevida geral. Os pacientes com alto risco de recidiva da doença tratados por 36 meses comparados aos que utilizaram o fármaco por 12 meses apresentaram sobrevida geral em 5 anos de 92% e 81,7%, respectivamente (27).

Em suma, conforme a evidência disponível, ao se considerar a quimioterapia adjuvante com imatinibe, é essencial a seleção adequada de pacientes com alto risco de recidiva tomando-se por base o especificado na Tabela 1, que contempla um dos três esquemas de estratificação de risco validados (12,13,28).

Adicionalmente, um nomograma prognóstico recentemente validado pode ser utilizado para avaliar a sobrevida livre de doença em 2 e 5 anos de pacientes com GIST primário localizado e completamente ressecado (29).

A indicação de tratamento adjuvante para pacientes com risco intermediário é mais controversa. Entretanto, para fins da prática clínica, essa questão geralmente é contornável. Com a utilização da classificação modificada do Instituto Nacional de Saúde dos EUA (critérios de Joensuu), pode-se re-estratificar a maioria dos pacientes com risco intermediário para baixo ou alto risco e, assim, auxiliar na tomada de decisão sobre quando tratar os pacientes com risco intermediário (28).

7.5 QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA AVANÇADA

» Quimioterapia da doença primariamente irresssecável

Embora não existam estudos randomizados, o uso de imatinibe pode tornar ressecável doença primariamente irresssecável ou com risco de morbidade significativa (10). Os GIST primários do reto ou da junção gastroesofágica, por exemplo, podem responder ao imatinibe e, assim, possibilitar tratamentos cirúrgicos mais conservadores (30).

» Quimioterapia da doença metastática ou recidivada

Dois estudos randomizados, incluindo cerca de 1.700 pacientes com GIST avançado, demonstraram uma taxa de resposta em torno de 50% com o uso paliativo de imatinibe, não havendo diferença significativa entre os dois níveis de dose testados (400 mg/dia versus 800 mg/dia). Após 3 anos de acompanhamento, a sobrevida livre de doença e a sobrevida geral não foram maiores no grupo que usou a dose maior. Tais dados, associados a uma menor toxicidade, confirmaram 400 mg/dia como a dose inicial apropriada para a maioria dos pacientes. O aumento da dose-padrão (400 mg, duas vezes ao dia) pode ser prescrito se houver progressão da doença em pacientes com boa tolerância ao tratamento, ou seja, na ausência de reações adversas graves ao imatinibe (6,30,31).

A manutenção do imatinibe faz-se necessária nos casos de GIST sem progressão tumoral, já que a maioria dos pacientes apresenta recidiva da doença após a interrupção do medicamento. Também se aplica com o intuito de manter a intensidade da dose e o controle excelente dos sintomas relacionados aos efeitos adversos do fármaco antes de se considerar uma redução da dose-padrão diária (400 mg/dia), para uma dose mínima de 200 mg/dia (32).

A presença e o local da mutação em c-KIT ou em PDGFRA são fatores preditivos de resposta ao imatinibe em casos de doença avançada ou metastática (33,34). Esse fármaco tem seu papel principal estabelecido no tratamento do GIST avançado, mas alguns pacientes podem desenvolver resistência (35).

A resistência primária é definida como a presença de progressão da doença durante os primeiros 6 meses de tratamento com imatinibe e é mais frequentemente encontrada nos pacientes com as mutações em c-KIT éxons 9, 13, 17, em PDGFRA éxon 18 e com GIST tipo selvagem (6,36).

A resistência secundária é detectada quando há progressão da doença após 6 meses de tratamento com imatinibe, depois de uma resposta inicial, e ocorre mais frequentemente pela aquisição de novas mutações em c-KIT. Nesses casos, diversos estudos avaliaram se o aumento da dose de 400 mg/dia para 800 mg/dia era seguro e eficaz. Em um deles, o aumento da dose proporcionou estabilização da doença em 27% dos pacientes avaliados e sobrevida geral em 18,1% ao final do primeiro ano, à custa de maior toxicidade (37-39).

O maleato de sunitinibe, um inibidor da fosforilação de múltiplas tirosinoquinases, foi testado na quimioterapia de segunda linha do GIST em um ensaio clínico versus placebo, que incluiu 312 pacientes com doença avançada, intolerantes ou resistentes ao imatinibe. No estudo, o cegamento foi suspenso precocemente após análise interina ter demonstrado diferença estatisticamente significativa entre os grupos no desfecho primário, definido por tempo até progressão radiológica. O tempo até progressão de doença foi significativamente maior no grupo tratado (27,3 semanas, IC 95% 16-32,1 semanas versus 6,4 semanas, IC 95% 4,4-10 semanas; HR 0,33, IC 95% 0,23-0,47; $p < 0,0001$). A sobrevida total foi descrita como superior no grupo tratado com sunitinibe, no entanto valores absolutos não são relatados; e, como mais da metade dos pacientes estavam vivos no momento da análise, a sobrevida mediana não pôde ser calculada. Taxas de resposta objetiva (redução do tumor) foram baixas em ambos os grupos (7% no

grupo sunitinibe versus 0% no placebo; CI 95% 3,7-11,1; $p = 0,006$). Eventos adversos graves foram observados mais frequentemente no grupo sunitinibe (20% versus 5%). O delineamento, permitindo a suspensão do cegamento e a troca do grupo placebo para o grupo intervenção, uma vez identificada a progressão, não é adequado para mostrar efeito da intervenção na sobrevida. Qualidade de vida não foi avaliada, sendo o critério de progressão basicamente radiológico.

A principal crítica a esse estudo consiste no fato de haver evidências de que a suspensão do imatinibe está associada a aumento do risco de progressão acelerada da doença, o que pode ter impactado negativamente nos desfechos observados no grupo placebo. De fato, a sobrevida livre de progressão no grupo placebo foi de 6 semanas, enquanto a sobrevida livre de doença estimada com escalonamento de dose de imatinibe foi de cerca de 11,6 semanas. Esse dado aponta para um aspecto que pode ser criticável do ponto de vista ético. Não foi descrito quantos pacientes entre os definidos como resistentes tinham espaço para o escalonamento. Assim, a duração de estabilidade da doença, apontada como superior no grupo sunitinibe, como igual ou superior a 22 semanas observada em 17% dos pacientes que receberam sunitinibe e em 2% do grupo placebo, não pode ser aceita como verdadeira (40-43).

Os efeitos adversos comuns do sunitinibe incluem diarreia (40%), astenia (37%), fadiga (33%), hipertensão (28%) e náusea (27%), além de hipotireoidismo, anemia, neutropenia, trombocitopenia, linfocitopenia e diminuição da fração de ejeção ventricular (40, 44).

Assim, diante da natureza da evidência disponível, recomenda-se aguardar novos e mais adequados estudos para que o sunitinibe possa ser devidamente avaliado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC), inclusive quanto ao custo-efetividade de considerá-lo terapia de segunda linha para GIST (44-47).

Por tais razões, o sunitinibe não está indicado neste Protocolo.

O mesilato de imatinibe é comprado pelo Ministério da Saúde e fornecido pelas Secretarias Estaduais de Saúde aos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia.

7.6 FÁRMACO

Mesilato de imatinibe: comprimidos de 100 mg e 400 mg.

7.7 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

Mesilato de imatinibe: 400 mg/dia por via oral, em dose única diária. A dose pode ser aumentada para 600 mg/dia ou 800 mg/dia na ausência de reações adversas e se houver resposta insuficiente à terapia com a dose-padrão. O comprimido deve ser ingerido durante as refeições com baixo teor de gordura para minimizar o risco de efeitos gastrointestinais, com um copo grande de água. Doses de 400 mg ou 600 mg devem ser administradas em dose única diária, enquanto a de 800 mg deve ser dividida em duas administrações diárias, pela manhã e à noite.

Os comprimidos podem ser dissolvidos em um copo de água ou suco de maçã para pacientes com dificuldade de deglutição. O número de comprimidos necessários deverá ser colocado em um volume apropriado (aproximadamente 50 ml para um comprimido de 100 mg e 200 ml para um comprimido de 400 mg) e misturando com auxílio de uma colher. A suspensão deve ser ingerida imediatamente após a dissolução completa do(s) comprimido(s).

A dose do mesilato de imatinibe para tratamento de crianças e adolescentes com GIST não está determinada, mas autores recomendam a mesma faixa de doses utilizadas na quimioterapia da leucemia mieloide crônica e linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo, em tomada única. Na falta dessa determinação e considerando a raridade do GIST em crianças e adolescentes, bem como o grave evento adverso de retardo do crescimento com o uso crônico do imatinibe por doentes nessa faixa etária, aqui se protocola a dose de 300 mg/m²/dia.

Para o cálculo da dose, utiliza-se o peso real ou o ideal, aquele que for menor. Os comprimidos de 100 mg ou de 400 mg podem ser fracionados e diluídos com água. A proporção de água é de 50 ml para cada 100 mg. A mistura diluída deverá ser administrada imediatamente após a dissolução completa do medicamento. Recomenda-se a ingestão após a maior refeição do dia.

7.8 EFEITOS ADVERSOS

O Imatinibe é razoavelmente tolerado, e os efeitos adversos geralmente são de intensidade leve a moderada, melhorando com a continuação do tratamento. Os mais comuns são retenção hídrica, câimbras, náusea, fadiga, dor abdominal, diarreia e *rash* cutâneo.

Retenção hídrica com edema periférico e, ocasionalmente, derrame pleural e ascite são comuns em pacientes mais idosos e nos com comprometimento cardíaco. Edema periorbital é mais frequente e não responde a diuréticos, sendo mais acentuado pela manhã e melhorando ao longo do dia. As câimbras musculares são o efeito colateral mais desagradável, afetando panturrilhas, pés e mãos. Náusea, vômitos e dispepsia são amenizados com a ingestão do imatinibe com alimentos de baixo teor de gordura, o que não diminui a absorção. Podem ser utilizados antiácidos e bloqueadores da bomba de prótons. Dor abdominal e diarreia são comuns e tratadas sintomaticamente. *Rash* cutâneo é usualmente maculopapular e leve e se resolve com a continuação do tratamento (48).

A toxicidade hematológica compreende anemia grau 3 em até 42% e grau 4 em até 11% dos pacientes. Macrocitose pode ocorrer, e seu mecanismo é desconhecido. Neutropenia e plaquetopenia podem ocorrer em menos de 10%, com duração média de 3 semanas. Para a continuidade do uso do medicamento, o número absoluto de neutrófilos deve estar acima de 1.000 células/mm³. Ginecomastia e toxicidades hepática, pulmonar e cardíaca foram relatadas ocasionalmente. Sangramento gastrointestinal pode ocorrer em 5% dos pacientes com tumores grandes, não estando associado a trombocitopenia. Uma queda da hemoglobina igual ou superior a 2 g/dl deve levar à suspensão do imatinibe e imediata avaliação do paciente quanto à possibilidade de sangramento (48).

7.9 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O tratamento deverá ser interrompido em casos de falta ou falha de resposta, toxicidade ou progressão da doença, evidenciadas por acompanhamento clínico e por exames de imagem.

A interrupção do imatinibe resulta em progressão rápida da doença na maioria dos pacientes com GIST avançado e não deve ser recomendada, a menos que haja toxicidade intolerável. Em estudo comparativo com sunitinibe, a intolerância ao imatinibe foi definida como qualquer grau 4 de toxicidade ou toxicidade inaceitável induzida pela dose-padrão (400 mg/dia) (45).

Conforme evidência atual, é recomendada quimioterapia paliativa contínua até a progressão da doença em casos de GIST avançado (metastático ou recidivado) e por 3 anos se a finalidade da quimioterapia for adjuvante (48).

Durante o tratamento medicamentoso, o paciente deve ser avaliado com relação a sintomas e sinais de toxicidade e ser submetido regularmente a exames laboratoriais (hemograma, contagem de plaquetas e dosagens de aminotransferases/transaminases - AST/TGO e ALT/TGP, ureia, creatinina, sódio e potássio), a cada 1-2 meses.

Deve-se buscar exaustivamente a ocorrência de possíveis interações de quaisquer medicamentos com imatinibe. Não se recomenda a prescrição concomitante de medicamentos que utilizam as enzimas CYP para seu metabolismo (por exemplo, paracetamol, varfarina e derivados azólicos).

8 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

8.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

Preferencialmente, devem ser selecionadas para avaliação as lesões fixas, bem definidas e não confluentes (até duas por órgão).

A TC com contraste é o método de imagem-padrão para pacientes com GIST. A resposta ao imatinibe pode ser definida pela ausência de recidiva ou progressão da doença na primeira avaliação por TC, a ser realizada em torno de 3 meses após o início do tratamento. Em relação ao seguimento, recomenda-se controle a cada 3-6 meses, ou a utilização do método de acompanhamento desenvolvido por Joensuu e colaboradores, baseado na estimativa do risco de recorrência, que demonstrou reduzir o número total de exames, sem comprometer a capacidade de detecção precoce de recidiva (49). Diferentemente de outros quimioterápicos antineoplásicos, para a avaliação da resposta aos inibidores de tirosinoquinase têm sido utilizados os critérios introduzidos por Choi, que considera a redução da densidade do tumor além da diminuição do volume de doença mensurável (RECIST -

Response Evaluation Criteria in Solid Tumors). Assim, a evidência sugere que uma diminuição de pelo menos 10% do tamanho ou de pelo menos 15% da densidade do tumor seja considerada uma resposta parcial ao tratamento com imatinibe (50). A máxima redução do tamanho do tumor pode ocorrer após 6-12 meses de tratamento.

Além do aparecimento de novas lesões ou aumento do tamanho de alguma lesão, ocasionalmente pode ocorrer a formação de novo(s) nódulo(s) hiperatenuado(s) dentro de uma massa aparentemente estável. Essas formas de progressão real no GIST devem ser diferenciadas de uma pseudoprogredão que ocorre, por exemplo, quando uma lesão aumenta devido à hemorragia intratumoral ou degeneração mixoide.

Em razão de sua melhor sensibilidade para avaliar lesões pequenas, a ressonância magnética do abdômen está indicada se houver intenção de ressecção de metástase(s) hepática(s).

Deteção de progressão da doença a despeito do tratamento indica resistência primária, e deteção de progressão após uma resposta clínica inicial, resistência secundária (51).

9 ACOMPANHAMENTO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO E QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

Após a suspensão da quimioterapia adjuvante, está indicada TC de 3/3 meses por 2 anos, a cada 6 meses por mais 3 anos e anualmente até o 10º ano pós-tratamento. Depois disso, a recorrência é rara, e não há mais benefício no controle por exames de imagem (52).

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Pacientes com diagnóstico de GIST devem ser atendidos em hospitais habilitados em Oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, tratamento, manejo das doses e controle dos efeitos adversos, eles dispõem de toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos pacientes, facilitando as ações de controle e avaliação. Incluem-se, entre essas ações: manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); autorização prévia dos procedimentos; monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada *versus* autorizada, valores apresentados *versus* autorizados *versus* ressarcidos); verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, existência e observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e a capacidade funcional (escala de Zubrod); compatibilidade da cobrança com os serviços executados; abrangência e integralidade assistenciais; e grau de satisfação dos pacientes.

Excetuando-se a talidomida para o tratamento do mieloma múltiplo, o mesilato de imatinibe para a quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal (GIST), da leucemia mieloide crônica e da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo e o trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama inicial e locorregionalmente avançado, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas estão indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme

o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos radioterápicos e quimioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 04) e cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>) com versão mensalmente disponibilizada.

Os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de adultos com GIST, com o mesilato de imatinibe, são os seguintes:

» Quimioterapia paliativa – adulto

03.04.02.031-1– Quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal

» Quimioterapia adjuvante (pós-operatória, profilática) – adulto

03.04.05.033-4– Quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal

NOTA: O mesilato de imatinibe é adquirido pelo Ministério da Saúde e fornecido pelas Secretarias Estaduais de Saúde aos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia. Para crianças e adolescentes, não pode ser autorizada APAC com procedimento de quimioterapia para tumores na infância e adolescência e para uso isolado de mesilato de imatinibe para quimioterapia paliativa ou adjuvante de GIST. Neste caso, o atendimento ambulatorial pode ser ressarcido como consulta especializada.

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal dos benefícios potenciais riscos e efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento preconizado neste Protocolo.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Demetri GD, Morgan J, Raut CP. Epidemiology, classification, clinical presentation, prognostic features, and diagnostic work-up of gastrointestinal mesenchymal neoplasms including GIST: UpToDate; 2012 (May 23, 2014). Available from: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-classification-clinical-presentation-prognostic-features-and-diagnostic-work-up-of-gastrointestinal-mesenchymal-neoplasms-including-gist>.
2. Rubin BP, Heinrich MC, Corless CL. Gastrointestinal stromal tumour. *Lancet*. 2007;369(9574):1731-41.
3. Benesch M, Wardelmann E, Ferrari A, Brennan B, Verschuur A. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) in children and adolescents: A comprehensive review of the current literature. *Pediatr Blood Cancer*. 2009;53(7):1171-9.
4. Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, Hashimoto K, Nishida T, Ishiguro S, et al. Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science*. 1998;279(5350):577-80.
5. Janeway KA, Kim S, Lodish M, Nose V, Dahia P, Rustin P, et al. Succinate dehydrogenase in KIT/PDGFR wild-type gastrointestinal stromal tumors. *J Clin Oncol*. 2010;28(15S):A10008.
6. Guidelines NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Soft Tissue Sarcoma 2012. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
7. Avritscher R, Gupta S. Gastrointestinal stromal tumor: role of interventional radiology in diagnosis and treatment. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2009;23(1):129-37, ix.
8. Ploner F, Zacherl J, Wrba F, Langle F, Bareck E, Eisterer W, et al. Gastrointestinal stromal tumors: Recommendations on diagnosis, therapy and follow-up care in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2009;121(23-24):780-90.
9. Liegl B, Hornick JL, Corless CL, Fletcher CD. Monoclonal antibody DOG1.1 shows higher sensitivity than KIT in the diagnosis of gastrointestinal stromal tumors, including unusual subtypes. *Am J Surg Pathol*. 2009;33(3):437-

- 46.
10. Samelis GF, Ekmektzoglou KA, Zografos GC. Gastrointestinal stromal tumours: clinical overview, surgery and recent advances in imatinib mesylate therapy. *Eur J Surg Oncol*. 2007;33(8):942-50.
 11. Nowain A, Bhakta H, Pais S, Kanel G, Verma S. Gastrointestinal stromal tumors: clinical profile, pathogenesis, treatment strategies and prognosis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;20(6):818-24.
 12. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol*. 2002;33(5):459-65.
 13. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. *Semin Diagn Pathol*. 2006;23(2):70-83.
 14. Scarpa M, Bertin M, Ruffolo C, Polese L, D'Amico DF, Angriman I. A systematic review on the clinical diagnosis of gastrointestinal stromal tumors. *J Surg Oncol*. 2008;98(5):384-92.
 15. Tio TL, Tytgat GN, den Hartog Jager FC. Endoscopic ultrasonography for the evaluation of smooth muscle tumors in the upper gastrointestinal tract: an experience with 42 cases. *Gastrointest Endosc*. 1990;36(4):342-50.
 16. Câncer UICo. (TNM : classificação dos tumores malignos). 7 ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2012.
 17. Reddy P, Boci K, Charbonneau C. The epidemiologic, health-related quality of life, and economic burden of gastrointestinal stromal tumours. *J Clin Pharm Ther*. 2007;32(6):557-65.
 18. Rutkowski P, Nowecki ZI, Michej W, Debiec-Rychter M, Wozniak A, Limon J, et al. Risk criteria and prognostic factors for predicting recurrences after resection of primary gastrointestinal stromal tumor. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(7):2018-27.
 19. Loong HH. Gastro-intestinal stromal tumours: a review of current management options. *Hong Kong Med J*. 2007;13(1):61-5.
 20. Hohenberger P, Ronellenfitsch U, Oladeji O, Pink D, Strobel P, Wardelmann E, et al. Pattern of recurrence in patients with ruptured primary gastrointestinal stromal tumour. *Br J Surg*. 2010;97(12):1854-9.
 21. Raut CP, George S, Demetri GD. Surgical treatment and other localized therapy for metastatic soft tissue sarcoma: UpToDate; 2012 (May 23, 2014). Available from: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-and-other-localized-therapy-for-metastatic-soft-tissue-sarcoma>.
 22. Knowlton CA, Brady LW, Heintzelman RC. Radiotherapy in the treatment of gastrointestinal stromal tumor. *Rare Tumors*. 2011;3(4):e35.
 23. Ciocchi R, Farinella E, La Mura F, Cavaliere D, Avenia N, Verdecchia GM, et al. Efficacy of surgery and imatinib mesylate in the treatment of advanced gastrointestinal stromal tumor: a systematic review. *Tumori*. 2010;96(3):392-9.
 24. Dematteo RP, Ballman KV, Antonescu CR, Maki RG, Pisters PW, Demetri GD, et al. Adjuvant imatinib mesylate after resection of localised, primary gastrointestinal stromal tumour: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2009;373(9669):1097-104.
 25. Keun Park C, Lee EJ, Kim M, Lim HY, Choi DI, Noh JH, et al. Prognostic stratification of high-risk gastrointestinal stromal tumors in the era of targeted therapy. *Ann Surg*. 2008;247(6):1011-8.
 26. US National Institutes of Health. Imatinib Mesylate or Observation Only in Treating Patients Who Have Undergone Surgery for Localized Gastrointestinal Stromal Tumor 2010 (May 23, 2014). Available from: <http://clinicaltrials.gov/show/NCT00103168>.
 27. Joensuu H, Eriksson M, Sundby Hall K, Hartmann JT, Pink D, Schutte J, et al. One vs three years of adjuvant imatinib for operable gastrointestinal stromal tumor: a randomized trial. *JAMA*. 2012;307(12):1265-72.
 28. Rutkowski P, Bylina E, Wozniak A, Nowecki ZI, Osuch C, Matlok M, et al. Validation of the Joensuu risk criteria for primary resectable gastrointestinal stromal tumour - the impact of tumour rupture on patient outcomes. *Eur J Surg Oncol*. 2011;37(10):890-6.
 29. Gold JS, Gonen M, Gutierrez A, Broto JM, Garcia-del-Muro X, Smyrk TC, et al. Development and validation

- of a prognostic nomogram for recurrence-free survival after complete surgical resection of localised primary gastrointestinal stromal tumour: a retrospective analysis. *Lancet Oncol.* 2009;10(11):1045-52.
30. Bamboat ZM, Dematteo RP. Updates on the management of gastrointestinal stromal tumors. *Surg Oncol Clin N Am.* 2012;21(2):301-16.
 31. Blanke CD, Rankin C, Demetri GD, Ryan CW, von Mehren M, Benjamin RS, et al. Phase III randomized, intergroup trial assessing imatinib mesylate at two dose levels in patients with unresectable or metastatic gastrointestinal stromal tumors expressing the kit receptor tyrosine kinase: S0033. *J Clin Oncol.* 2008;26(4):626-32.
 32. Eisenberg BL, Pipas JM. Gastrointestinal stromal tumor--background, pathology, treatment. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2012;26(6):1239-59.
 33. Lasota J, Miettinen M. Clinical significance of oncogenic KIT and PDGFRA mutations in gastrointestinal stromal tumours. *Histopathology.* 2008;53(3):245-66.
 34. Heinrich MC, Corless CL, Demetri GD, Blanke CD, von Mehren M, Joensuu H, et al. Kinase mutations and imatinib response in patients with metastatic gastrointestinal stromal tumor. *J Clin Oncol.* 2003;21(23):4342-9.
 35. Chen P, Zong L, Zhao W, Shi L. Efficacy evaluation of imatinib treatment in patients with gastrointestinal stromal tumors: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2010;16(33):4227-32.
 36. Benjamin RS, Debiec-Rychter M, Le Cesne A, Sleijfer S, Demetri GD, Joensuu H, et al. Gastrointestinal stromal tumors II: medical oncology and tumor response assessment. *Semin Oncol.* 2009;36(4):302-11.
 37. Gastrointestinal Stromal Tumor Meta-Analysis Group. Comparison of two doses of imatinib for the treatment of unresectable or metastatic gastrointestinal stromal tumors: a meta-analysis of 1,640 patients. *J Clin Oncol.* 2010;28(7):1247-53.
 38. Zalcberg JR, Verweij J, Casali PG, Le Cesne A, Reichardt P, Blay JY, et al. Outcome of patients with advanced gastro-intestinal stromal tumours crossing over to a daily imatinib dose of 800 mg after progression on 400 mg. *Eur J Cancer.* 2005;41(12):1751-7.
 39. Patel S, Zalcberg JR. Optimizing the dose of imatinib for treatment of gastrointestinal stromal tumours: lessons from the phase 3 trials. *Eur J Cancer.* 2008;44(4):501-9.
 40. Demetri GD, van Oosterom AT, Garrett CR, Blackstein ME, Shah MH, Verweij J, et al. Efficacy and safety of sunitinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumour after failure of imatinib: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2006;368(9544):1329-38.
 41. Rutkowski P, Przybyl J, Zdzienicki M. Extended adjuvant therapy with imatinib in patients with gastrointestinal stromal tumors : recommendations for patient selection, risk assessment, and molecular response monitoring. *Mol Diagn Ther.* 2013;17(1):9-19.
 42. Blay JY, Le Cesne A, Ray-Coquard I, Bui B, Duffaud F, Delbaldo C, et al. Prospective multicentric randomized phase III study of imatinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumors comparing interruption versus continuation of treatment beyond 1 year: the French Sarcoma Group. *J Clin Oncol.* 2007;25(9):1107-13.
 43. Le Cesne A, Ray-Coquard I, Bui BN, Adenis A, Rios M, Bertucci F, et al. Discontinuation of imatinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumours after 3 years of treatment: an open-label multicentre randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2010;11(10):942-9.
 44. George S, Blay JY, Casali PG, Le Cesne A, Stephenson P, Deprimo SE, et al. Clinical evaluation of continuous daily dosing of sunitinib malate in patients with advanced gastrointestinal stromal tumour after imatinib failure. *Eur J Cancer.* 2009;45(11):1959-68.
 45. Rock EP, Goodman V, Jiang JX, Mahjoub K, Verbois SL, Morse D, et al. Food and Drug Administration drug approval summary: Sunitinib malate for the treatment of gastrointestinal stromal tumor and advanced renal cell carcinoma. *Oncologist.* 2007;12(1):107-13.
 46. Contreras-Hernandez I, Mould-Quevedo JF, Silva A, Salinas-Escudero G, Villasis-Keever MA, Granados-Garcia V, et al. A pharmaco-economic analysis of second-line treatment with imatinib or sunitinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumours. *Br J Cancer.* 2008;98(11):1762-8.
 47. Younus J, Verma S, Franek J, Coakley N, Sacroma Disease Site Group of Cancer Care Ontario's Program in

- Evidence-Based C. Sunitinib malate for gastrointestinal stromal tumour in imatinib mesylate-resistant patients: recommendations and evidence. *Curr Oncol*. 2010;17(4):4-10.
48. Demetri GD, Jeffrey Morgan M. Tyrosine kinase inhibitor therapy for advanced gastrointestinal stromal tumors: UpToDate; 2012 (May 23, 2014). Available from: http://www.uptodate.com/contents/tyrosine-kinase-inhibitor-therapy-for-advanced-gastrointestinal-stromal-tumors?source=see_link.
 49. Joensuu H, Reichardt P, Eriksson M, Sundby Hall K, Vehtari A. Gastrointestinal stromal tumor: a method for optimizing the timing of CT scans in the follow-up of cancer patients. *Radiology*. 2014;271(1):96-103.
 50. Choi H, Charnsangavej C, Faria SC, Macapinlac HA, Burgess MA, Patel SR, et al. Correlation of computed tomography and positron emission tomography in patients with metastatic gastrointestinal stromal tumor treated at a single institution with imatinib mesylate: proposal of new computed tomography response criteria. *J Clin Oncol*. 2007;25(13):1753-9.
 51. Le Cesne A, Van Glabbeke M, Verweij J, Casali PG, Findlay M, Reichardt P, et al. Absence of progression as assessed by response evaluation criteria in solid tumors predicts survival in advanced GI stromal tumors treated with imatinib mesylate: the intergroup EORTC-ISG-AGITG phase III trial. *J Clin Oncol*. 2009;27(24):3969-74.
 52. Verweij J. Adjuvant Treatment of Gastrointestinal Stromal Tumor: The Proof, The Pro, and the Practice. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2012;32:659-62.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

MESILATO DE IMATINIBE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do mesilato de imatinibe, indicado para o tratamento do tumor do estroma gastrointestinal (GIST).

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- » ausência de progressão da doença;
- » redução do tamanho do tumor;
- » redução do aparecimento de novas lesões ou aumento do tamanho de alguma lesão.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- » risco de uso do imatinibe na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- » interação do imatinibe com, por exemplo, anticonvulsivantes, antidepressivos, alguns antitêrmicos, remédios contra fungos, entre outros, o que exige a leitura detalhada das recomendações descritas pelo fabricante;
- » efeitos adversos mais comuns: diminuição da produção de glóbulos brancos, vermelhos e plaquetas, problemas no fígado e nos ossos, dores articulares e musculares, náusea, vômitos, alteração do metabolismo ósseo, certa diminuição da velocidade do crescimento, problemas respiratórios e cardíacos;
- » contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

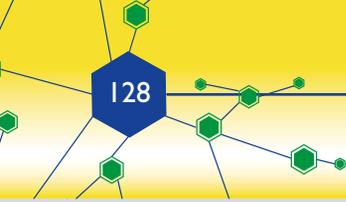
Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

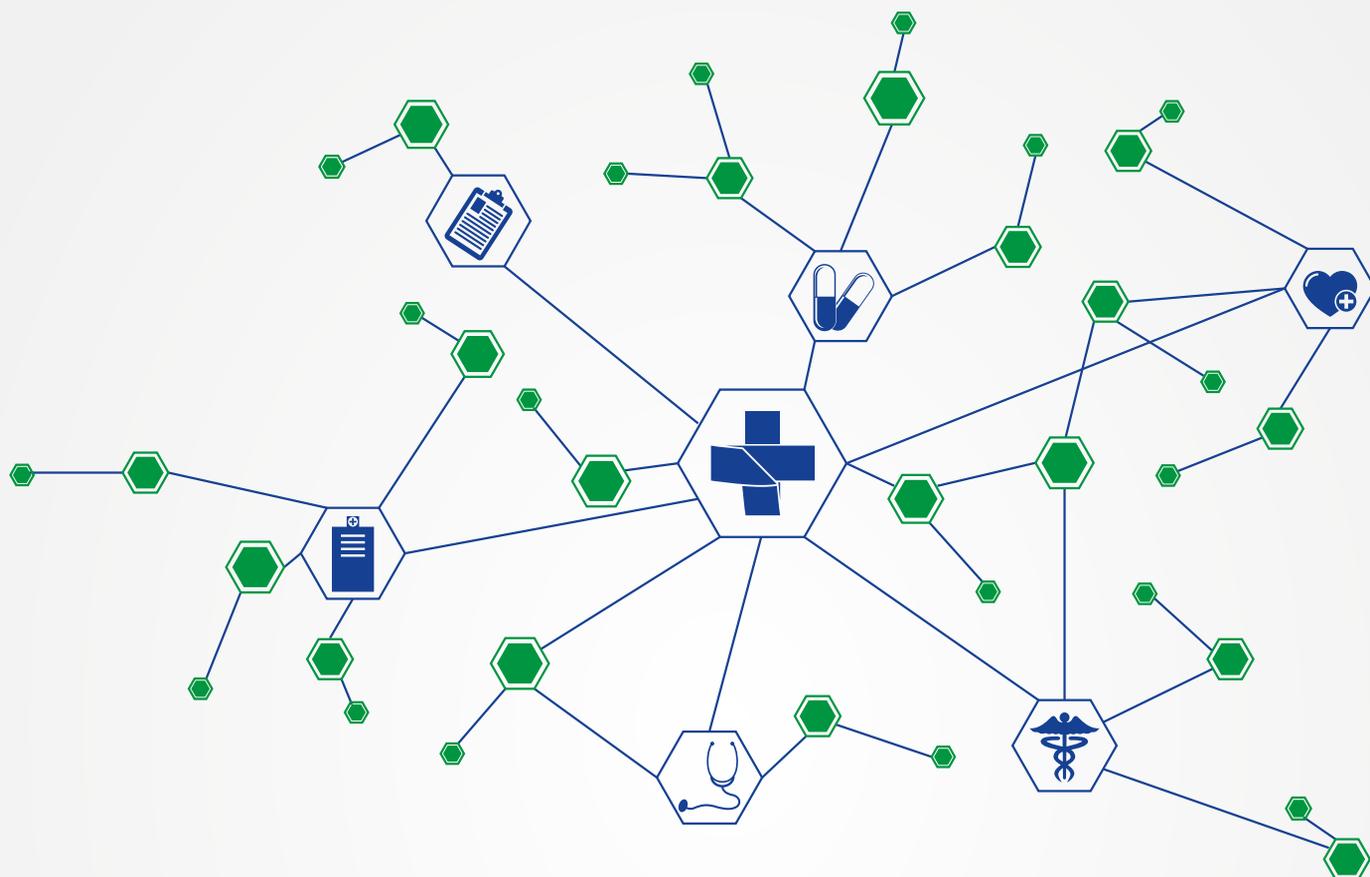
() Sim () Não

Local: _____	Data: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável: _____	CRM: _____	UF: _____
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

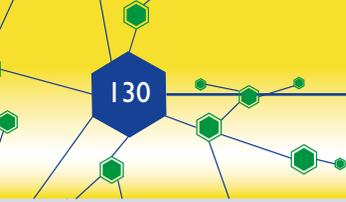
Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de mesilato de imatinibe e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Nota: O mesilato de imatinibe é comprado pelo Ministério da Saúde e fornecido pelas Secretarias Estaduais de Saúde aos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia.





DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS



ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO

Portaria SAS/MS nº 505, de 6 de maio de 2013.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foram realizadas buscas nas bases de dados Medline/Pubmed, Embase e Cochrane para opções terapêuticas do adenocarcinoma de estômago.

Na base de dados Medline/Pubmed, a busca foi realizada em 31/10/2012, utilizando-se os termos “Stomach Neoplasms/diet therapy”(Mesh) OR “Stomach Neoplasms/drug therapy”(Mesh) OR “Stomach Neoplasms/radiotherapy”(Mesh) OR “Stomach Neoplasms/surgery”(Mesh) OR “Stomach Neoplasms/therapy”(Mesh) e restringindo-se para estudos em humanos, em língua inglesa, e para meta-análises, foram obtidos 111 estudos. Os mesmos termos foram utilizados para estudos clínicos de fase III e ensaios clínicos randomizados em humanos, em língua inglesa, resultando em 719 estudos.

Na base de dados Embase, a busca foi realizada em 31/10/2012, utilizando-se os termos ‘stomach tumor’/exp OR ‘stomach cancer’/exp AND ‘therapy’/exp e restringindo-se para estudos em humanos, em língua inglesa, e para meta-análises, foram obtidos 268 estudos. Os mesmos termos foram utilizados para ensaios clínicos randomizados em humanos, em língua inglesa, resultando em 657 estudos, sendo 78 de fase III.

Na biblioteca Cochrane, a busca foi realizada em 26/05/2011, utilizando-se a expressão “stomach cancer”, tendo sido localizadas 7 revisões sistemáticas sobre o assunto.

Foi elaborada uma ficha de coleta de informações dos artigos, que iniciou pelas revisões sistemáticas com meta-análises mais recentes e de tantas mais antigas quantas necessárias para incluir os ensaios clínicos randomizados disponíveis. No caso de não haver revisão sistemática com meta-análise, coletaram-se dados de revisões narrativas e dos ensaios clínicos originais.

Foram excluídos, depois da leitura dos textos completos, 22 artigos ou por serem revisões não sistemáticas de tópicos para os quais havia revisão sistemática ou por serem opiniões de autores e cartas ao editor.

Os artigos foram organizados nos seguintes grupos: cirurgia laparoscópica, cirurgia para doença avançada, esplenectomia, reconstrução cirúrgica, conduta pós-operatória, quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante (prévia), quimioterapia intraperitoneal, radioterapia e tratamento da doença avançada.

Para os demais tópicos, como diagnóstico, que não contam com estudos de intervenção, foi feita uma revisão simples norteada por diretrizes que citaram sua metodologia.

2 INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de estômago, excetuando-se o de pele (não melanótico), é o quarto mais frequente entre os homens e o sexto mais frequente entre as mulheres, segundo as estimativas do INCA para 2012 (1). Em ambos os sexos, a incidência aumenta a partir de 35-40 anos e em intensidades diferentes.

Consultores: Alice de Medeiros Zelmanowicz, Oly Campos Corleta, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

A incidência desse tipo de tumor vem diminuindo, mas a taxa de mortalidade permanece alta. Apesar das diferenças de incidência e dos programas de detecção precoce diferentes entre o Oriente e o Ocidente, a sobrevivência em 5 anos é de cerca de 30% nos países desenvolvidos e de 20% nos países em desenvolvimento (2).

Estima-se que o estado brasileiro que tem a maior incidência é o Paraná. Além disso, o registro de câncer de base populacional publicado em 2010 mostrou que a cidade que registrou a maior incidência ajustada por idade entre os homens foi São Paulo (24,97/100.000 hab.) e, entre as mulheres, Goiânia (11,32/100.000 hab.) – taxas ajustadas pela população mundial. Dados consolidados de mortalidade mostraram taxas que variam de 19,57 mortes por câncer gástrico por 100.000 homens no Amapá a 9,02 por 100.000 mulheres em Roraima. Independentemente da região do país, homens, idosos e indivíduos de classes sociais mais baixas são os mais frequentemente afetados (3).

Apesar de a etiologia ser desconhecida, há fatores hereditários e não hereditários claramente associados ao aparecimento e desenvolvimento do câncer gástrico. Os fatores de risco conhecidos devem-se a: 1) origem infecciosa, como infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*; 2) características demográficas, como idade avançada e sexo masculino; 3) hábitos de vida, como dieta pobre em produtos de origem vegetal, dieta rica em sal, consumo de alimentos conservados de determinadas formas, como defumação ou conserva, e exposição a drogas, como tabagismo; 4) associação com doenças, como gastrite atrófica crônica, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, anemia perniciosa, pólipos adenomatosos do estômago, gastrite hipertrófica gigante; e 5) história pessoal ou familiar de algumas condições hereditárias, como o próprio câncer gástrico e a polipose adenomatosa familiar (3-5).

O tipo histológico mais comum (mais de 90% dos casos) é o adenocarcinoma, e a presente recomendação se restringirá a este tumor, sendo o termo câncer gástrico utilizado como seu sinônimo. Linfomas gástricos, sarcomas e tumores de outras histologias têm potenciais evolutivos e tratamentos diferentes (4).

O adenocarcinoma do estômago pode ser subdividido em dois tipos: difuso de Lauren e tipo intestinal. O primeiro apresenta-se com padrão infiltrativo, com extensão submucosa e metástases precoces, acomete mais mulheres em idade jovem e de tipo sanguíneo A e está associado ao pior prognóstico. O tipo intestinal apresenta-se como um tumor mais diferenciado, acomete mais homens, em especial idosos, e evolui principalmente de lesões pré-malignas.

O câncer gástrico tem seu prognóstico e tratamento definidos pela localização e estadiamento do tumor e pelo número de linfonodos ressecados e acometidos. Pode apresentar-se difusamente ou localizar-se na porção proximal do estômago, envolvendo ou não a junção esofagogástrica, ou na porção mais distal, junto ao piloro. Diversas séries mostram que mais de 50% dos pacientes com câncer inicial na porção distal podem ser curados quando o tumor tiver sido totalmente ressecado, enquanto pacientes com cânceres proximais podem ser curados em menos de 20% das vezes, mesmo que iniciais (6-8).

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial, e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C16.0 Neoplasia maligna da cárdia (esôfago e estômago, junção cardioesofágica, gastroesofágica, orifício da cárdia);
- » C16.1 Neoplasia maligna do fundo do estômago;
- » C16.2 Neoplasia maligna do corpo do estômago;
- » C16.3 Neoplasia maligna do antro pilórico (antro gástrico);
- » C16.4 Neoplasia maligna do piloro (canal pilórico, pré-piloro);

- » C16.5 Neoplasia maligna da pequena curvatura do estômago, não especificada (pequena curvatura do estômago, não classificável em C16.1-C16.4);
- » C16.6 Neoplasia maligna da grande curvatura do estômago, não especificada (grande curvatura do estômago, não classificável em C16.0-C16.4);
- » C16.8 Neoplasia maligna do estômago com lesão invasiva (quando não se pode definir a localização inicial); e
- » C16.9 Neoplasia maligna do estômago, não especificada (câncer gástrico SOE)

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E CIRÚRGICO

O diagnóstico de câncer gástrico é feito geralmente a partir de uma queixa clínica relacionada a sintomas do trato digestivo alto (plenitude gástrica, sangramento digestivo alto ou baixo, náusea e vômito) ou a sintomas constitucionais (perda de peso, anorexia e astenia). A anamnese e o exame físico nortearão a investigação diagnóstica subsequente. É importante observar que o diagnóstico clínico do câncer gástrico é difícil, porque não há sintomas patognomônicos. Além disso, pode cursar assintomático, inclusive na sua fase mais avançada, já com metástases (9).

Quando da suspeita do diagnóstico, o paciente deve ser submetido a endoscopia digestiva alta, que tem por objetivo biopsiar lesões suspeitas e definir a localização primária (cárdia com especial atenção à junção esofagogástrica, fundo, corpo, antro e piloro) e o grau de disseminação no órgão. Mesmo que uma lesão caracteristicamente neoplásica não seja encontrada, biópsias de alterações inespecíficas e de amostras aleatórias devem ser feitas (9).

4.2 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Tomografia computadorizada de abdômen total e tórax com contraste oral e venoso deve ser realizada para definir o estadiamento e planejar o tratamento, já que comumente a doença se apresenta em estágios avançados, e o tratamento é definido por sua extensão na apresentação. Ressonância magnética deve ser solicitada caso seu resultado possa alterar a conduta terapêutica inicial.

Outros exames de imagem, como a ultrassonografia endoscópica (também conhecida por ecoendoscopia), podem auxiliar na avaliação da extensão locorregional da doença (10-12).

O tratamento deve ser realizado preferencialmente em centros especializados, com grande número de atendimentos, cujos resultados sejam validados e apresentados periodicamente.

4.3 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Exames laboratoriais são realizados para avaliar as condições clínicas do paciente. Marcadores tumorais, como CA 72-4, CA 19-9 ou CEA são associados a doença extensa e, logo, de pior prognóstico, porém a sua utilização sistemática na avaliação pré-operatória, na resposta ao tratamento ou no seguimento, ainda não foi avaliada em estudos de fase III, e a acurácia é variável nos estudos diagnósticos publicados, limitando sua utilidade na prática clínica (13).

4.4 ESTADIAMENTO

O estadiamento do câncer gástrico mais aceito é o da AJCC, e a classificação TNM mais utilizada é a da UICC, traduzida pelo INCA/Ministério da Saúde (14,15).

Ressalta-se que há discussão sobre a utilização desta classificação para a definição de tratamento e o estabelecimento do prognóstico dos casos, uma vez que as recomendações terapêuticas encontradas nos estudos baseiam-se em diversas versões dela, com variações significativas, como ocorreu entre a 6ª edição, de 2002, e a 7ª edição, de 2010 e que se resume a seguir:

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA TNM (14)

Tx	O tumor não pode ser avaliado.	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
T0	Sem evidência de tumor primário	N0	Sem invasão linfática regional.
Tis	Tumor <i>in situ</i> /displasia de alto grau: tumor intraepitelial sem invasão da lâmina própria	N1	1 a 2 linfonodos regionais acometidos.
T1	O tumor invade a lâmina própria ou muscular da mucosa (T1a) ou submucosa (T1b).	N2	3 a 6 linfonodos regionais acometidos.
T2	O tumor invade a muscular própria.	N3	7 ou mais linfonodos regionais acometidos.
T3	O tumor invade a subserosa.	N3a	7 a 15 linfonodos regionais acometidos.
T4	O tumor perfura a serosa (T4a) ou invade estruturas adjacentes (T4b).	N3b	16 ou mais linfonodos regionais acometidos.
M0 Sem metástase à distância			
M1 Metástase à distância			

GRUPAMENTO POR ESTÁDIOS CLÍNICOS (EC) (14)

EC 0	Tis	N0	M0
EC IA	T1	N0	M0
EC IB	T2	N0	M0
	T1	N2	M0
EC IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
EC IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
EC IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
EC IIIB	T4b	N0, N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
EC IIIC	T4a	N3	M0
	T4b	N2, N3	M0
EC IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

5 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

O prognóstico do câncer de estômago varia grandemente com o estadiamento e é desfavorável já nos estágios iniciais com acometimento linfonodal - com exceção do câncer inicial (EC 0) que, com tratamento cirúrgico, pode atingir até 90% (noventa por cento) de cura em 5 anos (16). Por isso, o tratamento é multidisciplinar e envolve cirurgia, radioterapia e quimioterapia, na tentativa de modificar a história natural da doença. O momento em que cada uma das opções terapêuticas será instituída, combinadas ou não, e a sequência dos tratamentos, são alvo de estudos há

décadas. Variações de técnicas cirúrgicas e radioterápicas, agentes quimioterápicos e combinações desses agentes e características populacionais tornam difícil a comparação entre os resultados dos estudos. O tratamento mais efetivo ainda não foi estabelecido, e a decisão de como tratar deve ser definida levando-se em consideração a experiência e os recursos humanos e tecnológicos da instituição ou a preferência do paciente e de seu médico (17).

5.1 CIRURGIA

O câncer de estômago deve ter um tratamento cirúrgico sempre que exequível. A extensão da ressecção e da linfadenectomia e o momento da cirurgia em relação a outros tratamentos oncológicos devem ser definidos de acordo com a localização do tumor, o estadiamento, as condições clínicas do paciente e a experiência da equipe assistencial.

Ressecção endoscópica, desde que realizada em monobloco, com margens de segurança laterais e profunda, pode ser indicada como tratamento exclusivo para o adenocarcinoma gástrico bem diferenciado (classificação de Nakamura) ou intestinal (classificação de Lauren), desde que a lesão esteja restrita à mucosa e não apresente úlcera, independentemente de sua extensão; a lesão esteja restrita à mucosa e tenha no máximo 30 mm quando apresentar úlcera; ou a lesão esteja restrita à submucosa superficial (sm1, invasão da submucosa até 300 micra), não apresente úlcera e tenha no máximo 30 mm.

Este tipo de tratamento só deve ser realizado preferencialmente em centros especializados, com grande número de atendimentos, cujos resultados sejam validados e apresentados periodicamente (18-23).

A gastrectomia videolaparoscópica para tumores iniciais (que envolvem a mucosa ou a submucosa, independentemente do comprometimento linfonodal) é factível e há dados na literatura que endossam seu uso por equipes treinadas. Porém, revisões sistemáticas com meta-análise, demonstraram controvérsias nos ensaios clínicos randomizados que testaram a efetividade dessa conduta e concluíram que, apesar dos seus potenciais benefícios, mais estudos metodologicamente adequados, com amostras maiores e inclusão das diversas variáveis que afetam os desfechos devem ser realizados, a fim de estabelecer a técnica como padrão (24-26). Além disso, a laparoscopia tem o potencial de mudar o estadiamento pré-operatório em 40% dos casos e pode detectar metástases à distância em 30% dos casos considerados com doença localizada.

A literatura disponível em relação à efetividade e segurança da linfadenectomia (mais extensa - D2 ou mais versus limitada - D1) é inconclusiva. Inexiste evidência de benefício na sobrevida global com a linfadenectomia mais extensa, mas o grupo que mais se beneficia em análises de subgrupo são os de risco intermediário (EC II e III). Porém as revisões sistemáticas que chegaram a tal conclusão reconhecem haver heterogeneidade nos estudos que demonstraram o benefício. Alguns estudos sugerem que há uma relação proporcional entre o número de linfonodos ressecados e a sobrevida. Este benefício da linfadenectomia mais extensa foi observado, mesmo em números elevados como 40 linfonodos. Um ponto de corte ideal não foi definido, porém, pelo menos 15 linfonodos deveriam ser ressecados para permitir adequado estadiamento (38-39). O acréscimo de pancreatemia distal e de esplenectomia complementar, o pequeno número de casos por cirurgião/ano e a falta de treinamento específico parecem estar associados a aumento de mortalidade. Assim, a recomendação quanto à técnica deve se basear na experiência do especialista em identificar o paciente que mais se beneficiará, bem como em sua própria habilidade como cirurgião (27-31).

Há recomendação de esplenectomia para casos de T3 ou T4 de grande curvatura e para casos em que a linfadenectomia deve abranger os linfonodos esplênicos (32,33).

No entanto, o número de linfonodos ressecados tem relação linear com a sobrevida do paciente. Estudos que demonstram tal efeito sugerem tratar-se de um fator independente do estadiamento (para cada estágio, quanto mais linfonodos dissecados, melhor o prognóstico) e do acometimento linfonodal.

As recomendações a seguir são apresentadas por estágio e localização do tumor no estômago (4):

EC 0 (TisN0M0):

A gastrectomia com linfadenectomia tem intuito curativo. Tumores nesse estágio são mais frequentemente diagnosticados em populações que, em razão de sua alta incidência, têm programas sistemáticos de rastreamento, como no Japão.

EC IA e IB:

Gastrectomia total ou subtotal com linfadenectomia é a terapia de escolha.

EC II, EC IIIA e EC IIIB:

Gastrectomia subtotal distal, se a lesão não compromete o fundo gástrico ou a junção esofagogástrica, associada à linfadenectomia;

Gastrectomia total, se a lesão envolve a cárdia ou o corpo difusamente, associada à linfadenectomia.

A maioria dos pacientes com ressecção completa do tumor gástrico tem alto risco de recidiva, quando o comprometimento vai além da parede (T3 ou T4) ou tem acometimento linfonodal (qualquer N). Mesmo com ressecções amplas, o risco de recidivas locorregional e sistêmica permanece alto. Por isso, tratamentos pré-operatório (prévio ou neoadjuvante), perioperatório ou adjuvante demonstram benefício no controle local e na sobrevida livre de doença.

EC IIIC:

Pacientes em EC IIIC podem ser tratados semelhantemente aos demais pacientes em EC III que inclui ampla ressecção do tumor e linfadenectomia radical, com tratamento combinado de radioterapia e quimioterapia prévias (pré-operatório ou neoadjuvante), perioperatório ou adjuvante.

EC IV:

A quimioterapia resultou em melhor sobrevida nos casos de pacientes com metástases à distância, quando comparada com tratamento de suporte exclusivo. A cirurgia, neste caso, tem como objetivo o controle de sintomas, como dor, sangramento ou obstrução.

5.2 RADIOTERAPIA

A radioterapia pode ser utilizada em combinação com quimioterapia, antes ou depois da cirurgia. Sua inclusão no tratamento do adenocarcinoma gástrico foi avaliada em pelo menos duas revisões sistemáticas que incluíram somente câncer gástrico e demonstraram impacto positivo na sobrevida, quando a associação foi comparada com cirurgia exclusiva (40,41). Estudos comparando o efeito isolado da radioterapia não estão disponíveis.

5.3 QUIMIOTERAPIA

A associação de quimioterapia e radioterapia (quimiorradioterapia) adjuvante pode ser considerada para tumores a partir do estágio clínico IB (T1N1 ou T2N0). O ensaio clínico randomizado que demonstrou ganho de sobrevida global (36 versus 27 meses para o grupo tratado com adjuvância versus cirurgia exclusiva) tinha apenas 31% de pacientes com tumores T1 e T2 e 16% de pacientes sem envolvimento linfonodal (N0), o que limita a aplicação dos resultados para o grupo de menor risco de recidiva (42). Esse ensaio teve seus dados de seguimento de 10 anos confirmando o impacto positivo sobre a sobrevida global (43).

Uma revisão sistemática com meta-análise de dados individuais de 3.838 pacientes, arrolados antes de 2004 em 17 ensaios clínicos randomizados, demonstrou benefício de quimioterapia adjuvante exclusiva baseada em fluorouracila, após cirurgia com intuito curativo em pacientes nos estágios I a IV (18% de redução de risco global de morte com qualquer esquema de quimioterapia versus cirurgia isolada). Apesar de nenhum dos estudos ser cego e a randomização não ser centralizada, em pelo menos 3 deles, a análise de sensibilidade demonstrou consistência nos vários subgrupos analisados (44). Tal conclusão já havia sido relatada em diversas outras revisões sistemáticas com meta-análises, porém, devido à heterogeneidade e à qualidade metodológica dos estudos, principalmente quanto ao cegamento e à randomização, todos sugeriram que novos ensaios clínicos bem desenhados deveriam ser feitos para definir a adjuvância exclusiva com quimioterapia como uma alternativa padrão, inclusive para estágios iniciais (45-49). Nenhum esquema exclusivo de quimioterapia foi definido como mais benéfico. A tolerabilidade deve ser avaliada de acordo com o estado geral do paciente, e a maioria dos esquemas envolve fluorouracila e seus similares.

A quimioterapia perioperatória, com esquema que inclui epirrubicina, cisplatina e fluorouracila infusional (ECF), demonstrou benefício em sobrevida livre de doença e sobrevida global (50) em pacientes com diversos graus de comprometimento. Esse tratamento deve ser oferecido para pacientes cuja avaliação indique que irão tolerar os efeitos colaterais do esquema com três fármacos e a cirurgia de ressecção. Nas análises de subgrupo, todos os grupos se beneficiaram. Este é um estudo único que vem sendo reproduzido em outros estudos associados a outras formas de tratamento. Pelo menos mais um ensaio clínico randomizado demonstrou benefício na sobrevida global com esquema de quimioterapia perioperatório diverso do ECF. A escolha dos fármacos a serem utilizados deve levar em conta a experiência da instituição e a factibilidade da administração (51).

A quimioterapia exclusiva prévia à cirurgia não demonstrou efeito significativamente benéfico e não deve ser utilizada (52).

Para pacientes com doença avançada, a quimioterapia paliativa demonstrou ser melhor do que medidas de suporte exclusivas em pelo menos duas revisões sistemáticas, com impacto benéfico sobre a sobrevida e a qualidade de vida (53,54). Havendo resposta clínica inicial, o tratamento deve ser suspenso caso o paciente apresente progressão da doença ou intolerância ao tratamento.

Inexiste benefício demonstrado de tratamento de manutenção, apesar da alta taxa de recidiva em pacientes com doença avançada. No caso de recidiva, a quimioterapia com medicamentos não utilizados na primeira linha em monoterapia ou em combinação para pacientes com bom performance status é indicada, apesar de nenhum estudo de fase III ter sido realizado com esse grupo de pacientes separados dos com doença avançada já ao diagnóstico (55).

Um ensaio clínico randomizado demonstrou benefício na sobrevida global com o uso de trastuzumabe em tumores do estômago avançados que superexpressam o receptor HER2. Porém, como o estudo foi aberto e patrocinado pelo fabricante, melhores estudos são necessários (56), e, quando houver mais evidências a serem analisadas, este medicamento deverá ser submetido à CONITEC para esta indicação.

É importante salientar que há diferenças de prognóstico e efetividade de tratamento em populações asiáticas e não asiáticas e que tais aspectos devem ser levados em conta na análise das evidências para tomada de decisão nelas baseada na melhor evidência científica disponível.

6 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Inexistem estudos de fase III definindo o impacto em relação à sobrevida ou à qualidade de vida na monitorização pós-tratamento do câncer gástrico. À critério médico, consultas regulares e exames complementares são instituídos, e o seguimento do paciente com câncer gástrico segue recomendações baseadas em opinião de especialistas.

6.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A avaliação da resposta terapêutica nos tumores não ressecados deve ser feita por endoscopia digestiva alta. No caso de tratamento pré-operatório (prévio ou neoadjuvante) ou perioperatório, a avaliação da resposta é feita por exame anatomopatológico da peça cirúrgica.

O paciente deve ser seguido clinicamente e de acordo com os sintomas apresentados. Devem ser solicitados exames de 3 a 6 meses no primeiro e segundo anos e, após, a cada 6 a 12 meses por um período longo de seguimento, visto que recidivas tardias podem ocorrer.

6.2 CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

A radioterapia ou quimioterapia têm duração específica e devem ser interrompidas no caso de sinais clínicos, laboratoriais ou de imagem que indiquem progressão da doença ou na presença de efeitos colaterais que comprometam a efetividade do tratamento. Nessa última situação, o tratamento alternativo menos tóxico deve ser o proposto (57), se indicado.

7 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Inexistem evidências de que exames de laboratório ou de imagem, inclusive endoscopia, devam ser feitos regularmente para diagnóstico precoce de recidiva. Avaliação clínica regular e investigação de sinais ou sintomas devem ser disponíveis para todos os pacientes diagnosticados e tratados de câncer gástrico para os quais seria oferecido tratamento se tivessem uma recidiva (57,58).

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Pacientes com diagnóstico de câncer de estômago devem ser atendidos em hospitais habilitados em Oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com estadiamento, tratamento e controle dos efeitos adversos das diversas modalidades terapêuticas, eles dispõem de toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios, necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos pacientes, facilitando as ações de controle e avaliação. Incluem-se, entre essas ações: manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); autorização prévia dos procedimentos; monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda e a segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, existência e observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); compatibilidade da cobrança com os serviços executados; abrangência e integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos pacientes.

Excetuando-se a talidomida para o tratamento do mieloma múltiplo; do mesilato de imatinibe para a quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal (GIST), da leucemia mieloide crônica e da leucemia aguda cromossoma Philadelphia positivo e do trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama inicial e locorregionalmente avançado, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos da tabela do SUS compatíveis com quimioterapia do adenocarcinoma de estômago são os seguintes:

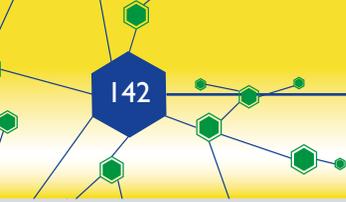
- » Quimioterapia paliativa – adulto 03.04.02.004-4 – Quimioterapia do adenocarcinoma de estômago avançado (doença metastática ou recidivada).
- » Quimioterapia prévia (neoadjuvante / citorrredutora) – adulto 03.04.04.017-7 – Quimioterapia pré-operatória do adenocarcinoma de estômago em estágio de II até IV sem metástase (M0).
- » Quimioterapia adjuvante (profilática) – adulto 03.04.05.025-3 – quimioterapia pós-operatória do adenocarcinoma de estômago em estágio de IB até IV sem metástase (M0).

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 118 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 487 p.
3. National Cancer Institute at the National Institute of Health. Stomach (Gastric) Cancer Prevention (PDQ®) (Internet). (atualizado em 15 fev. 2013; acessado em 08 out. 2011) Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/gastric/HealthProfessional/>
4. National Cancer Institute at the National Institute of Health. Gastric Cancer Treatment (PDQ®) (Internet). (atualizado em 02 fev. 2013; acessado em 08 out. 2011) Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/gastric/HealthProfessional>
5. Fuccio L, Eusebi LH, Bazzoli F. Gastric cancer, Helicobacter pylori infection and other risk factors. *World J Gastrointest Oncol.* 2010 Sep 15;2(9):342-7.
6. Mansfield PF. Clinical features, diagnosis, and staging of gastric cancer. (Internet). (atualizado em 11 fev. 2013; acessado em 12 out. 2011) Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-gastric-cancer>
7. Wang W, Li YF, Sun XW, Chen YB, Li W, Xu DZ, et al. Prognosis of 980 patients with gastric cancer after surgical resection. *Chin J Cancer.* 2010 Nov;29(11):923-30.
8. Xiao LB, Yu JX, Wu WH, Xu FF, Yang SB. Superiority of metastatic lymph node ratio to the 7th edition UICC N staging in gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2011 Dec 14;17(46):5123-30.
9. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, Steele G Jr, Winchester D, Osteen R. Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons. *Ann Surg.* 1993 Nov;218(5):583-92.
10. Bohle W, Scheidig A, Zoller WG. Endosonographic tumor staging for treatment decision in resectable gastric cancer. *J Gastrointest Liver Dis.* 2011 Jun;20(2):135-9.
11. Puli SR, Batapati Krishna Reddy J, Bechtold ML, Antillon MR, Ibdah JA. How good is endoscopic ultrasound for TNM staging of gastric cancers? A meta-analysis and systematic review. *World J Gastroenterol.* 2008 Jul 7;14(25):4011-9.
12. Kelly S, Harris KM, Berry E, Hutton J, Roderick P, Cullingworth J, et al. A systematic review of the staging performance of endoscopic ultrasound in gastro-oesophageal carcinoma. *Gut.* Oct 2001;49(4):534-9.
13. Mattar R, Alves de Andrade CR, DiFavero GM, Gama-Rodrigues JJ, Laudanna AA. Preoperative serum levels of CA 72-4, CEA, CA 19-9, and alpha-fetoprotein in patients with gastric cancer. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2002 May-Jun;57(3):89-92.
14. UICC - União Internacional Contra o Câncer. TNM – Classificação de Tumores Malignos - 2010. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer, 2012. Xxv, 325p. (7ª Edição).
15. Stomach. In: American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Manual. 6th ed. New York, NY: Springer, 2002, pp 99-106.
16. Madanick RD, Shaheen NJ. Early gastric cancer. Last literature review: May 2011. UpToDate version 19.2. Acesso em 12/10/11.
17. Earle C, Mamon H. Adjuvant and neoadjuvant treatment of gastric cancer (Internet): (atualizado em 19 fev 2013; acessado em 12 out. 2011). Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/adjuvant-and-neoadjuvant-treatment-of-gastric-cancer?source=search_t&search=Adjuvant+and+neoadjuvant+treatment+of+gastric+cancer&selectedTitle=1~150
18. Kwee RM, Kwee TC. Imaging in local staging of gastric cancer: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2007 May 20;25(15):2107-16.
19. Maluf-Filho F, Dotti CM, Halwan B, Queiros AF, Kupski C, Chaves DM, et al. An evidence-based consensus statement on the role and application of endosonography in clinical practice. *Endoscopy.* 2009 Nov;41(11):979-

- 87.
20. Mocellin S, Marchet A, Nitti D. EUS for the staging of gastric cancer: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2011 Jun;73(6):1122-34.
 21. Oda I, Saito D, Tada M, Iishi H, Tanabe S, Oyama T, et al. A multicenter retrospective study of endoscopic resection for early gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2006;9(4):262-70.
 22. Gotoda T. Endoscopic resection of early gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2007;10(1):1-11.
 23. Gotoda T, Iwasaki M, Kusano C, Seewald S, Oda I. Endoscopic resection of early gastric cancer treated by guideline and expanded National Cancer Centre criteria. *Br J Surg.* 2010 Jun;97(6):868-71.
 24. Yao GL, Yu JP, Yao QY. Feasibility and safety of laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a meta analysis of five prospective randomized controlled trials. *CRTER.* 2010;14(46):8726-31.
 25. Ohtani H, Tamamori Y et al. A meta-analysis of randomized controlled trials that compared laparoscopy-assisted and open distal gastrectomy for early gastric cancer. *J Gastrointest Surg.* 2010 Jun;14(6):958-64.
 26. Chen XZ, Hu JK, Yang K, Wang L, Lu QC. Short-term evaluation of laparoscopy-assisted distal gastrectomy for predictive early gastric cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009 Aug;19(4):277-284.
 27. McCulloch P, Nita ME, Kazi H, Gama-Rodrigues J. Extended versus limited lymph nodes dissection technique for adenocarcinoma of the stomach. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD001964.
 28. Lustosa SA, Saconato H, Atallah AN, Lopes Filho Gde J, Matos D. I. Impact of extended lymphadenectomy on morbidity, mortality, recurrence and 5-year survival after gastrectomy for cancer. Meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Cir Bras.* 2008 Nov-Dec;23(6):520-30.
 29. Yang SH, Zhang YC, Yang KH, Li YP, He XD, Tian JH, et al. An evidence-based medicine review of lymphadenectomy extent for gastric cancer. *Am J Surg.* 2009 Feb;197(2):246-51.
 30. Wang Z, Chen JQ, Cao YF. Systematic review of D2 lymphadenectomy versus D2 with para-aortic nodal dissection for advanced gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2010 Mar 7;16(9):1138-49.
 31. Chen XZ, Hu JK, Zhou ZG, Rui YY, Yang K, Wang L, et al. Meta-analysis of effectiveness and safety of D2 plus para-aortic lymphadenectomy for resectable gastric cancer. *J Am Coll Surg.* 2010 Jan;210(1):100-5.
 32. Sano T, Yamamoto S, Sasako M. Randomized controlled trial to evaluate splenectomy in total gastrectomy for proximal gastric carcinoma: Japan clinical oncology group study JCOG 0110-MF. *Jpn J Clin Oncol.* 2002 Sep;32(9):363-4.
 33. Lee KY, Noh SH, Hyung WJ, Lee JH, Lah KH, Choi SH, et al. Impact of splenectomy for lymph node dissection on long-term surgical outcome in gastric cancer. *Ann Surg Oncol.* 2001 Jun;8(5):402-6.
 34. Huang CM, Lin JX, Zheng CH, Li P, Xie JW, Wang JB. Impact of the number of dissected lymph nodes on survival for gastric cancer after distal subtotal gastrectomy. *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011:476014.
 35. Huang CM, Lin JX, Zheng CH, Li P, Xie JW, Lin BJ, et al. Prognostic impact of dissected lymph node count on patients with node-negative gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2009 Aug 21;15(31):3926-30.
 36. Schwarz RE, Smith DD. Clinical impact of lymphadenectomy extent in resectable gastric cancer of advanced stage. *Ann Surg Oncol.* 2007 Feb;14(2):317-28.
 37. Smith DD, Schwarz RR, Schwarz RE. Impact of total lymph node count on staging and survival after gastrectomy for gastric cancer: data from a large US-population database. *J Clin Oncol.* 2005 Oct 1;23(28):7114-24.
 38. J Karpeh MS, Leon L, Klimstra D, Brennan MF. Lymph node staging in gastric cancer: is location more important than Number? An analysis of 1,038 patients. *Ann Surg.* 2000 Sep;232(3):362-71.
 39. Chen S, Zhao BW, Li YF, Feng XY, Sun XW, Li W, et al. The prognostic value of harvested lymph nodes and the metastatic lymph node ratio for gastric cancer patients: results of a study of 1,101 patients. *PLoS One.* 2012 7(11):e49424.
 40. Valentini V, Cellini F, Minsky BD, Mattiucci GC, Balducci M, D'Agostino G, et al. Survival after radiotherapy in gastric cancer: systematic review and meta-analysis. *Radiother Oncol.* 2009 Aug;92(2):176-83.
 41. Fiorica F, Cartei F, Enea M, Licata A, Cabibbo G, Carau B, et al. The impact of radiotherapy on survival in

- resectable gastric carcinoma: a meta-analysis of literature data. *Cancer Treat Rev.* 2007 Dec;33(8):729-40.
42. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, Hundahl SA, Estes NC, Stemmermann GN, et al. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med.* 2001 Sep;345(10):725-30.
 43. Smalley SR, Benedetti JK, Haller DG, Hundahl SA, Estes NC, Ajani JA, et al. Updated analysis of SWOG-directed intergroup study 0116: a phase III trial of adjuvant radiochemotherapy versus observation after curative gastric cancer resection. *J Clin Oncol.* 2012 Jul 1;30(19):2327-33.
 44. Paoletti X, Oba K, Burzykowski T, Michiels S, Ohashi Y, Pignon JP, et al. Benefit of adjuvant chemotherapy for resectable gastric cancer: a meta-analysis. *JAMA.* 2010 May 5;303(17):1729-37.
 45. Oba K. Efficacy of adjuvant chemotherapy using tegafur-based regimen for curatively resected gastric cancer: update of a meta-analysis. *Int J Clin Oncol.* 2009 Apr;14(2):85-9.
 46. Sun P, Xiang JB, Chen ZY. Meta-analysis of adjuvant chemotherapy after radical surgery for advanced gastric cancer. *Br J Surg.* 2009 Jan;96(1):26-33.
 47. Zhao SL, Fang JY. The role of postoperative adjuvant chemotherapy following curative resection for gastric cancer: a meta-analysis. *Cancer Invest.* 2008 Apr-May;26(3):317-25.
 48. Liu TS, Wang Y, Chen SY, Sun YH. An updated meta-analysis of adjuvant chemotherapy after curative resection for gastric cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2008 Nov;34(11):1208-16.
 49. Jeung HC, Rha SY et al. Postoperative adjuvant chemotherapy of gastric cancer: scrutiny into the clinical evidence based on quality assessment of medical literature of randomized controlled trials. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2009 Apr;63(5):919-27.
 50. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Van de Velde CJ, Nicolson M, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med.* 2006 Jul;355(1):11-20.
 51. Ychou M, Boige V, Pignon JP, Conroy T, Bouche O, Lebreton G, et al. Perioperative chemotherapy compared with surgery alone for resectable gastroesophageal adenocarcinoma: an FNCLCC and FFCD multicenter phase III trial. *J Clin Oncol.* 2011 May 1;29(13):1715-21.
 52. Wu AW, Xu GW, Wang HY, Ji JF, Tang JL. Neoadjuvant chemotherapy versus none for resectable gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr;18(2):CD005047.
 53. Wagner AD, Unverzagt S, Grothe W, Kleber G, Grothey A, Haerting J, et al. Chemotherapy for advanced gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(3):CD004064.
 54. Casaretto L, Sousa PL, Mari JJ. Chemotherapy versus support cancer treatment in advanced gastric cancer: a meta-analysis. *Braz J Med Biol Res.* 2006 Apr;39(4):431-40.
 55. Bendell J, Yoon HH, Fidas P. Chemotherapy for locally advanced unresectable and metastatic esophageal and gastric cancer (Internet). (atualizado em 21 dez 2012; acessado em 12 out. 2011). Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/chemotherapy-for-locally-advanced-unresectable-and-metastatic-esophageal-and-gastric-cancer>
 56. Bang YJ, Van Cutsem E, Feyereislova A, Chung HC, Shen L, Sawaki A, et al. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastroesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomized controlled trial. *Lancet.* 2010 Aug 28;376(9742):687-97.
 57. Okines A, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2010 May;21 Suppl 5:v50-4.
 58. Whiting J, Sano T, Saka M, Fukagawa T, Katai H, Sasako M. Follow-up of gastric cancer: a review. *Gastric Cancer.* 2006; 9(2): 74-81.



CÂNCER CEREBRAL NO ADULTO

Portaria SAS/MS nº 599, de 26 de junho de 2012.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 29/12/2011 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para câncer cerebral no adulto ((“glioma”(MeSH Terms) OR “glioma”(All Fields)) AND (“adult”(MeSH Terms) OR “adult”(All Fields))), filtrados por interesse clínico ((randomized controlled trial(Publication Type) OR (randomized(Title/Abstract) AND controlled(Title/Abstract) AND trial(Title/Abstract))) e revisões sistemáticas ((systematic review (ti) OR meta-analysis (pt) OR meta-analysis (ti) OR systematic literature review (ti) OR (systematic review (tiab) AND review (pt)) OR consensus development conference (pt) OR practice guideline (pt) OR cochrane database syst rev (ta) OR acp journal club (ta) OR health technol assess (ta) OR evid rep technol assess summ (ta)) OR ((evidence based(ti) OR evidence-based medicine (mh) OR best practice* (ti) OR evidence synthesis (tiab)) AND (review (pt) OR diseases category(mh) OR behavior and behavior mechanisms (mh) OR therapeutics (mh) OR evaluation studies(pt) OR validation studies(pt) OR guideline (pt))) OR ((systematic (tw) OR systematically (tw) OR critical (tiab) OR (study selection (tw)) OR (predetermined (tw) OR inclusion (tw) AND criteri* (tw)) OR exclusion criteri* (tw) OR main outcome measures (tw) OR standard of care (tw) OR standards of care (tw)) AND (survey (tiab) OR surveys (tiab) OR overview* (tw) OR review (tiab) OR reviews (tiab) OR search* (tw) OR handsearch (tw) OR analysis (tiab) OR critique (tiab) OR appraisal (tw) OR (reduction (tw)AND (risk (mh) OR risk (tw)) AND (death OR recurrence))) AND (literature (tiab) OR articles (tiab) OR publications (tiab) OR publication (tiab) OR bibliography (tiab) OR bibliographies (tiab) OR published (tiab) OR unpublished (tw) OR citation (tw) OR citations (tw) OR database (tiab) OR internet (tiab) OR textbooks (tiab) OR references (tw) OR scales (tw) OR papers (tw) OR datasets (tw) OR trials (tiab) OR meta-analy* (tw) OR (clinical (tiab) AND studies (tiab)) OR treatment outcome (mh) OR treatment outcome (tw))) NOT (letter (pt) OR newspaper article (pt) OR comment (pt)).

Usando o filtro de ensaios clínicos e revisões sistemáticas foram selecionadas, respectivamente, 304 e 144 referências bibliográficas; após exclusão de informações duplicadas, estudos retrospectivos, ensaios clínicos iniciais (em fase I ou II), resultados interinos de estudos fase 3, estudos com medicamentos ou produtos para a saúde não registrados na ANVISA e estudos sobre outras neoplasias cerebrais, 28 artigos completos foram recuperados para análise.

Na biblioteca Cochrane, a busca foi realizada no dia 05/01/2012, utilizando-se a expressão “adult glioma” e foram localizadas oito revisões sistemáticas sobre o assunto, sendo duas pertinentes ao diagnóstico e tratamento de doentes com gliomas malignos.

2 INTRODUÇÃO

Os tumores cerebrais primários são um conjunto de neoplasias malignas originárias de células de sustentação do tecido nervoso. São tumores raros, correspondendo a 2% dos todos os cânceres conhecidos, porém com elevada mortalidade em adultos – status pouco modificada pelo emprego das modalidades terapêuticas disponíveis(1-3).

Estas Diretrizes compreendem a conduta terapêutica geral para os tumores neuroepiteliais do cérebro mais comuns no adulto, os gliomas(4,5), não se aplicando aos tumores com elementos embrionários (meduloeptelioma,

Consultores: Cléber José Martins Gomes e Sandro José Martins

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

tumor neuroectodérmico primitivo, meduloblastoma, neuroblastoma, retinoblastoma e ependimoblastoma), tumores da região selar (adenoma hipofisário, carcinoma hipofisário e craniofaringeoma), tumores de origem hematopoética (linfomas, plasmocitoma e sarcoma granulocítico), tumores de células germinativas (germinoma, carcinoma embrionário, tumor do seio endodérmico, coriocarcinoma, teratoma e tumores germinativos mistos), tumores das meninges (meningeoma, sarcomas e tumores melanocíticos), tumores dos nervos cranianos e espinhais (neurofibroma, neurinoma e Schwannoma maligno) e metástases cerebrais.

Os hospitais credenciados para atendimento em oncologia devem, por sua responsabilidade, dispor de protocolo clínico institucional complementar, adequado a estas Diretrizes, destinado a orientar a tomada de decisão por doentes e médicos, avaliar e garantir qualidade na assistência, orientar a destinação de recursos na assistência à saúde e fornecer elementos de boa prática médica (6).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C71.0 Neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos (neoplasia maligna supratentorial SOE);
- » C71.1 Neoplasia maligna do lobo frontal;
- » C71.2 Neoplasia maligna do lobo temporal;
- » C71.3 Neoplasia maligna do lobo parietal;
- » C71.4 Neoplasia maligna do lobo occipital;
- » C71.5 Neoplasia maligna do ventrículo cerebral (exclui quarto ventrículo, C 71.7);
- » C71.6 Neoplasia maligna do cerebelo;
- » C71.7 Neoplasia maligna do tronco cerebral (neoplasia maligna infratentorial SOE);
- » C71.8 Neoplasia maligna do encéfalo com lesão invasiva (neoplasia maligna que comprometa dois ou mais locais contíguos dentro desta categoria de três algarismos, e cujo local de origem não possa ser determinado);
- » C71.9 Neoplasia maligna do encéfalo, não especificado.

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

A avaliação inicial do doente compreende o exame clínico neurológico detalhado e exames de neuroimagem. A extensão da doença é diagnosticada minimamente por tomografia computadorizada contrastada (TC), complementada por ressonância magnética (RM) e espectroscopia, quando disponível; radiografia de crânio, arteriografia cerebral e mielografia são exames adicionais indicados ocasionalmente com base na avaliação médica individual(7,8).

O diagnóstico definitivo é firmado pelo estudo histopatológico de espécime tumoral obtido por biópsia estereotática ou a céu aberto, sendo essencial para o planejamento terapêutico. Recomenda-se que o patologista seja sempre informado sobre o quadro clínico do doente e os achados ao exame de neuroimagem. A gradação dos tumores é baseada em aspectos histopatológicos (critérios de St. Anne-Mayo), quais sejam: atipias nucleares, índice mitótico, proliferação endotelial e grau de necrose(5,9,10).

De acordo com o número de achados histopatológicos, os gliomas são classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em(5):

- » OMS grau I: lesões não infiltrativas, com baixo potencial proliferativo, sem atipias nucleares, mitoses, proliferação endotelial ou necrose;
- » OMS grau II: lesões em geral infiltrativas, com atipias nucleares e baixo índice mitótico, sem proliferação endotelial ou necrose;
- » OMS grau III: lesões infiltrativas, com dois critérios presentes, em geral atipias nucleares e alto índice mitótico;
- » OMS grau IV: lesões infiltrativas, com três ou quatro critérios presentes.

A biópsia ou cirurgia não são procedimentos necessários ou recomendáveis rotineiramente para o diagnóstico de gliomas tectais ou pontíneos difusos fora do contexto de estudos clínicos, sendo suficiente para este fim a avaliação por ressonância magnética(11,12).

5 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

A seleção do tratamento deverá ser adequada ao tipo histológico e gradação do tumor segundo a classificação da OMS dos tumores do sistema nervoso, localização do tumor, capacidade funcional (escala ECOG/Zubrod), condições clínicas e preferência do doente.

5.1 CIRURGIA

A ressecção cirúrgica é o tratamento recomendado na maioria dos casos de tumor cerebral, com objetivo de remover amplamente a neoplasia com a máxima preservação das funções neurológicas. Eventualmente, a localização do tumor em área eloquente permite apenas citorredução ou biópsia da lesão(13).

Doentes com hidrocefalia podem necessitar ventriculostomia ou derivação ventriculoperitoneal para palição de sintomas. Gastrostomia está indicada quase sempre que houver comprometimento da deglutição ou do reflexo da tosse.

5.2 RADIOTERAPIA

A radioterapia desempenha um papel central no tratamento paliativo do tumor cerebral, na doença inicialmente inoperável ou recorrente. A irradiação focal por meio de técnicas convencionais permite estabilizar ou melhorar a condição funcional de muitos doentes.

A dose empregada situa-se entre 54-60 Gy, podendo atingir 72 Gy com hiperfracionamento; o campo irradiado deve incluir a área de realce visível à TC com margens de 2-3 cm ou margem de 1-2 cm em torno da imagens de RM ponderadas em T2. Doentes com lesão pequena (até 4 cm) e contra-indicação para cirurgia podem se beneficiar de radioterapia focal estereotática(14,15).

5.3 QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia antineoplásica é pouco ativa para o câncer cerebral, produzindo benefício clínico temporário para alguns doentes(3,16). A necessidade de uso concomitante de medicamentos anticonvulsivantes para muitos doentes parece estar associada a melhor prognóstico, em particular com o ácido valproico, a despeito de toxicidade variável(17-19). Esquemas terapêuticos, quimioterápicos, contendo nitrosureias (carmustina ou lomustina), alquilantes (procarbazina, dacarbazina ou temozolomida), derivados da platina (cisplatina ou carboplatina), vincristina, teniposídeo, hidroxiureia, cloroquina, bevacizumabe e irinotecano se mostraram úteis no tratamento paliativo de gliomas cerebrais grau III ou IV, muitos deles administrados concomitantemente à radioterapia(3,16,20-25).

A temozolomida é um medicamento oral relacionado a um antineoplásico clássico, a dacarbazina; enquanto a dacarbazina requer metabolização hepática para produção do agente antineoplásico clinicamente ativo (monometiltriazenoimidazol carboxamida, MTIC), a temozolomida é convertida em MTIC no plasma(26). Em dois estudos clínicos randomizados sobre temozolomida em associação à radioterapia para gliomas de alto grau, este tratamento mostrou ser ativo quando comparado com placebo(27,28); outros estudos demonstraram eficácia comparável da temozolomida e do esquema PCV (procarbazina, lomustina e vincristina) para doentes com gliomas de alto grau(29) ou com astrocitoma anaplásico(30). Inexiste demonstração de que a temozolomida seja mais segura ou eficaz que outra terapia antineoplásica associada à radioterapia para doentes com gliomas malignos.

5.4 PLANO TERAPÊUTICO

Glioma Grau I OMS (astrocitoma pilocítico, astrocitoma de células gigantes subependimais, xantastrocitoma pleomórfico e subependimoma), tumor ependimário e do plexo coroide:

- » Cirurgia apenas, se completamente ressecável.
- » Cirurgia seguida por radioterapia, se houver confirmação ou suspeita de tumor residual.

Gliomas Grau II OMS (astrocitoma difuso, oligodendroglioma, ependimoma e oligoastrocitoma misto), tumor pineal e glioneural:

- » Cirurgia apenas, se completamente ressecável.
- » Cirurgia seguida por radioterapia, se houver confirmação ou suspeita de tumor residual.

Glioma Grau III OMS (astrocitoma anaplásico, oligodendroglioma anaplásico, ependimoma anaplásico e oligoastrocitoma anaplásico):

- » Cirurgia seguida por radioterapia.
- » Cirurgia seguida por radioterapia associada à quimioterapia.

Glioma Grau IV OMS (glioblastoma multiforme, espongioblastoma polar, astroblastoma e gliomatose cerebral):

- » Cirurgia seguida por radioterapia.
- » Cirurgia seguida por radioterapia associada à quimioterapia.
- » Radioterapia associada à quimioterapia.
- » Radioterapia paliativa.
- » Quimioterapia paliativa.

Glioma do Tronco Cerebral

- » Radioterapia exclusiva primária.
- » Observação clínica e radioterapia quando houver progressão clínica.

6 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Exames laboratoriais prévios à quimioterapia: hemograma, creatinina sérica, aminotransferases/transaminases (ALT/TGP e AST/TGO), gama-glutamilttransferase (gamaGT) e glicemia.

Exames laboratoriais durante a radioquimioterapia: hemograma semanal.

Exames de neuroimagem: pré-tratamento, 45-90 dias após a radioquimioterapia e ao término da quimioterapia pós-operatória.

6.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A avaliação da resposta ao tratamento antineoplásico paliativo é baseada na observação clínica e não pode ser feita exclusivamente por critérios radiológicos(31).

6.2 CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

A quimioterapia deve ser suspensa, temporária ou definitivamente, na ocorrência de:

- » Toxicidade clínica graus 3 e 4, conforme os parâmetros propostos pelo National Cancer Institute (EUA), de uso internacional.
- » Redução da capacidade funcional do doente para os níveis 3 ou 4 da escala de Zubrod.
- » Após seis ciclos de quimioterapia, nos doentes que recebem tratamento pós-operatório e não apresentam lesão residual.

- » A qualquer tempo, na evidência clínico-neurológica de progressão de doença.
- » Falta de aderência ao tratamento.
- » Manifestação voluntária do doente, após esclarecimento dos riscos envolvidos.

7 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Exame clínico ambulatorial no mínimo a cada três meses no primeiro ano, quadrimestral no segundo ano, semestral no terceiro ano e anual após, por toda a vida do doente.

Exames laboratoriais e de neuroimagem devem ser solicitados em bases individuais, de acordo com sintomas e sinais notados durante o acompanhamento.

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes adultos com diagnóstico de neoplasia maligna cerebral devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de radioterapia e minimamente naqueles com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento clínico.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo e pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01) e cirúrgicos (Grupo 04, Subgrupo 03) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

É o seguinte o procedimento da tabela do SUS para a quimioterapia de tumor cerebral em adulto, associada ou não à radioterapia:

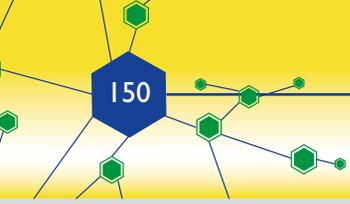
QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

03.04.02.032-0 – Quimioterapia de tumor do sistema nervoso central avançado.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blomgren H. Brain tumors. *Acta oncologica* (Stockholm, Sweden). 1996;35 Suppl 7:16-21.
2. Gutin PH, Posner JB. Neuro-oncology: diagnosis and management of cerebral gliomas--past, present, and future. *Neurosurgery*. 2000 Jul;47(1):1-8.
3. Lesley S, Burdett S. Chemotherapy for high-grade glioma. *Cochrane database of systematic reviews* (Online). 2002(4):CD003913.
4. Kleihues P, Burger PC, Scheithauer BW. The new WHO classification of brain tumours. *Brain pathology* (Zurich, Switzerland). 1993 Jul;3(3):255-68.
5. Kleihues P, Louis DN, Scheithauer BW, Rorke LB, Reifenberger G, Burger PC, et al. The WHO classification of tumors of the nervous system. *Journal of neuropathology and experimental neurology*. 2002 Mar;61(3):215-25; discussion 26-9.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. 13 ed. Brasília: MS/SAS/DRAC/CGSI, 2011. 110p.
7. Hutter A, Schwetye KE, Bierhals AJ, McKinstry RC. Brain neoplasms: epidemiology, diagnosis, and prospects for cost-effective imaging. *Neuroimaging clinics of North America*. 2003 May;13(2):237-50, x-xi.
8. Ferraz-Filho JR, Santana-Netto PV, Rocha-Filho JA, Sgnolf A, Mauad F, Sanches RA. Application of magnetic resonance spectroscopy in the differentiation of high-grade brain neoplasm and inflammatory brain lesions. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2009 Jun;67(2A):250-3.
9. Dumas-Duport C, Scheithauer B, O'Fallon J, Kelly P. Grading of astrocytomas. A simple and reproducible method. *Cancer*. 1988 Nov 15;62(10):2152-65.
10. Pitella JEH. Biópsia estereotáxica no diagnóstico de tumores cerebrais e lesões não-neoplásicas: indicações, acurácia e dificuldades diagnósticas. *J Bras Patol Med Lab*. 2008;44(5):343-54.
11. Salmaggi A, Fariselli L, Milanese I, Lamperti E, Silvani A, Bizzi A, et al. Natural history and management of brainstem gliomas in adults. A retrospective Italian study. *Journal of neurology*. 2008 Feb;255(2):171-7.
12. Wilkinson R, Harris J. Moral and legal reasons for altruism in the case of brainstem biopsy in diffuse glioma. *British journal of neurosurgery*. 2008 Oct;22(5):617-8.
13. Tsitlakidis A, Foroglou N, Venetis CA, Patsalas I, Hatzisotiriou A, Selviaridis P. Biopsy versus resection in the management of malignant gliomas: a systematic review and meta-analysis. *Journal of neurosurgery*. 2010 May;112(5):1020-32.
14. Tsao MN, Mehta MP, Whelan TJ, Morris DE, Hayman JA, Flickinger JC, et al. The American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) evidence-based review of the role of radiosurgery for malignant glioma. *International journal of radiation oncology, biology, physics*. 2005 Sep 1;63(1):47-55.
15. Bleehen NM, Stenning SP. A Medical Research Council trial of two radiotherapy doses in the treatment of grades 3 and 4 astrocytoma. The Medical Research Council Brain Tumour Working Party. *British journal of cancer*. 1991 Oct;64(4):769-74.
16. Huncharek M, Muscat J, Geschwind JF. Multi-drug versus single agent chemotherapy for high grade astrocytoma; results of a meta-analysis. *Anticancer research*. 1998 Nov-Dec;18(6B):4693-7.
17. Yap KY, Chui WK, Chan A. Drug interactions between chemotherapeutic esquemas and antiepileptics. *Clinical therapeutics*. 2008 Aug;30(8):1385-407.
18. Jaeckle KA, Ballman K, Furth A, Buckner JC. Correlation of enzyme-inducing anticonvulsant use with outcome of patients with glioblastoma. *Neurology*. 2009 Oct 13;73(15):1207-13.

19. Weller M, Gorlia T, Cairncross JG, van den Bent MJ, Mason W, Belanger K, et al. Prolonged survival with valproic acid use in the EORTC/NCIC temozolomide trial for glioblastoma. *Neurology*. 2011 Sep 20;77(12):1156-64.
20. Levin VA, Wara WM, Davis RL, Vestnys P, Resser KJ, Yatsko K, et al. Phase III comparison of BCNU and the combination of procarbazine, CCNU, and vincristine administered after radiotherapy with hydroxyurea for malignant gliomas. *Journal of neurosurgery*. 1985 Aug;63(2):218-23.
21. Nelson DF, Diener-West M, Horton J, Chang CH, Schoenfeld D, Nelson JS. Combined modality approach to treatment of malignant gliomas--re-evaluation of RTOG 7401/ECOG 1374 with long-term follow-up: a joint study of the Radiation Therapy Oncology Group and the Eastern Cooperative Oncology Group. *NCI Monogr*. 1988(6):279-84.
22. Shapiro WR, Green SB, Burger PC, Mahaley MS, Jr., Selker RG, VanGilder JC, et al. Randomized trial of three chemotherapy esquemas and two radiotherapy esquemas in postoperative treatment of malignant glioma. *Brain Tumor Cooperative Group Trial 8001*. *Journal of neurosurgery*. 1989 Jul;71(1):1-9.
23. Levin VA, Silver P, Hannigan J, Wara WM, Gutin PH, Davis RL, et al. Superiority of post-radiotherapy adjuvant chemotherapy with CCNU, procarbazine, and vincristine (PCV) over BCNU for anaplastic gliomas: NCOG 6G61 final report. *International journal of radiation oncology, biology, physics*. 1990 Feb;18(2):321-4.
24. Sotelo J, Briceno E, Lopez-Gonzalez MA. Adding chloroquine to conventional treatment for glioblastoma multiforme: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Annals of internal medicine*. 2006 Mar 7;144(5):337-43.
25. Friedman HS, Prados MD, Wen PY, Mikkelsen T, Schiff D, Abrey LE, et al. Bevacizumab alone and in combination with irinotecan in recurrent glioblastoma. *J Clin Oncol*. 2009 Oct 1;27(28):4733-40.
26. Newlands ES, Stevens MF, Wedge SR, Wheelhouse RT, Brock C. Temozolomide: a review of its discovery, chemical properties, pre-clinical development and clinical trials. *Cancer treatment reviews*. 1997 Jan;23(1):35-61.
27. Hart MG, Grant R, Garside R, Rogers G, Somerville M, Stein K. Temozolomide for high grade glioma. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2008(4):CD007415.
28. Stupp R, Hegi ME, Mason WP, van den Bent MJ, Taphoorn MJ, Janzer RC, et al. Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial. *The lancet oncology*. 2009 May;10(5):459-66.
29. Brada M, Stenning S, Gabe R, Thompson LC, Levy D, Rampling R, et al. Temozolomide versus procarbazine, lomustine, and vincristine in recurrent high-grade glioma. *J Clin Oncol*. 2010 Oct 20;28(30):4601-8.
30. Wick W, Hartmann C, Engel C, Stoffels M, Felsberg J, Stockhammer F, et al. NOA-04 randomized phase III trial of sequential radiochemotherapy of anaplastic glioma with procarbazine, lomustine, and vincristine or temozolomide. *J Clin Oncol*. 2009 Dec 10;27(35):5874-80.
31. Galanis E, Buckner JC, Maurer MJ, Sykora R, Castillo R, Ballman KV, et al. Validation of neuroradiologic response assessment in gliomas: measurement by RECIST, two-dimensional, computer-assisted tumor area, and computer-assisted tumor volume methods. *Neuro-oncology*. 2006 Apr;8(2):156-65.



CARCINOMA COLORRETAL

Portaria SAS/MS nº 958, de 26 de setembro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 05/01/2012 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para câncer colorretal no adulto: (systematic review (ti) OR meta-analysis (pt) OR meta-analysis (ti) OR systematic literature review (ti) OR (systematic review (tiab) AND review (pt)) OR consensus development conference (pt) OR practice guideline (pt) OR cochrane database syst rev (ta) OR acp journal club (ta) OR health technol assess (ta) OR evid rep technol assess summ (ta)) OR ((evidence based(ti) OR evidence-based medicine (mh) OR best practice* (ti) OR evidence synthesis (tiab)) AND (review (pt) OR diseases category(mh) OR behavior and behavior mechanisms (mh) OR therapeutics (mh) OR evaluation studies(pt) OR validation studies(pt) OR guideline (pt))) OR ((systematic (tw) OR systematically (tw) OR critical (tiab) OR (study selection (tw)) OR (predetermined (tw) OR inclusion (tw) AND criteri* (tw)) OR exclusion criteri* (tw) OR main outcome measures (tw) OR standard of care (tw) OR standards of care (tw)) AND (survey (tiab) OR surveys (tiab) OR overview* (tw) OR review (tiab) OR reviews (tiab) OR search* (tw) OR handsearch (tw) OR analysis (tiab) OR critique (tiab) OR appraisal (tw) OR (reduction (tw)AND (risk (mh) OR risk (tw)) AND (death OR recurrence))) AND (literature (tiab) OR articles (tiab) OR publications (tiab) OR publication (tiab) OR bibliography (tiab) OR bibliographies (tiab) OR published (tiab) OR unpublished (tw) OR citation (tw) OR citations (tw) OR database (tiab) OR internet (tiab) OR textbooks (tiab) OR references (tw) OR scales (tw) OR papers (tw) OR datasets (tw) OR trials (tiab) OR meta-analy* (tw) OR (clinical (tiab) AND studies (tiab)) OR treatment outcome (mh) OR treatment outcome (tw))) NOT (letter (pt) OR newspaper article (pt) OR comment (pt)).

Entre 744 referências encontradas, as 388 mais recentes (últimos cinco anos) foram selecionadas para revisão, das quais foram incluídos 56 estudos clínicos e meta-análises; e não foram consideradas 128 revisões narrativas ou estudos opinativos; 126 estudos de ciência básica ou pré-clínica; 55 artigos sobre doenças fora do escopo desta Diretriz; 13 textos sobre produtos sem registro na ANVISA; e 10 estudos farmacoeconômicos de outros países.

2 INTRODUÇÃO

O câncer de cólon e reto abrange tumores malignos do intestino grosso. Tanto homens como mulheres são igualmente afetados, sendo uma doença tratável e frequentemente curável quando localizada no intestino (sem extensão para outros órgãos) por ocasião do diagnóstico. A recorrência após o tratamento cirúrgico é um relevante evento clínico no curso da doença, constituindo-se nestes casos, em geral, na causa primária de morte(1).

Acredita-se que a maioria dos tumores colorretais origine-se de pólipos adenomatosos. Tais pólipos são neoplasias benignas do trato gastrointestinal, mas podem sofrer malignização com o tempo. O tipo histopatológico mais comum é o adenocarcinoma; outros tipos são neoplasias malignas raras, perfazendo 2% a 5% dos tumores colorretais, e requerem condutas terapêuticas específicas. Dependendo da arquitetura glandular, pleomorfismo celular e padrão da secreção de muco, o adenocarcinoma pode ser categorizado em três graus de diferenciação: bem diferenciado (grau I), moderadamente diferenciado (grau II) e mal diferenciado (grau III)(2).

Consultores: Sandro José Martins e Sérgio Renato Pais Costa

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

Estas Diretrizes compreendem a conduta diagnóstica e terapêutica geral para adultos com adenocarcinoma de cólon, adenocarcinoma do reto ou carcinoma epidermoide do reto. O carcinoma epidermoide do reto é uma doença rara, agressiva, pouco representada em estudos clínicos. As modalidades terapêuticas aqui recomendadas para esta doença são as mesmas empregadas para o adenocarcinoma de reto.

A seleção do tratamento deverá ser adequada ao estadiamento clínico da doença (classificação TNM, disponível em: <http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm>), capacidade funcional (escala ECOG/Zubrod), condições clínicas e preferência do doente.

Os hospitais credenciados para atendimento em oncologia devem, por sua responsabilidade, dispor de protocolo clínico institucional complementar, adequado a estas Diretrizes, destinado a orientar a tomada de decisão por doentes e médicos, avaliar e garantir qualidade na assistência, orientar a destinação de recursos na assistência à saúde e fornecer elementos de boa prática médica(3).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

As condições clínicas compreendidas nestas Diretrizes são codificadas segundo a CID 10 como:

C18 Neoplasia maligna do cólon:

- » C18.0 Neoplasia maligna do ceco - válvula ileocecal;
- » C18.1 Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme);
- » C18.2 Neoplasia maligna do cólon ascendente;
- » C18.3 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o);
- » C18.4 Neoplasia maligna do cólon transverso;
- » C18.5 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o);
- » C18.6 Neoplasia maligna do cólon descendente;
- » C18.7 Neoplasia maligna do cólon sigmoide – exclui junção retossigmoide;
- » C18.8 Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva;
- » C18.9 Neoplasia maligna do cólon, não especificado.
- » C19 Neoplasia maligna da junção retossigmoide;
- » C20 Neoplasia maligna do reto.

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

O diagnóstico de câncer de cólon é estabelecido pelo exame histopatológico de espécime tumoral obtido através da colonoscopia ou do exame de peça cirúrgica. A colonoscopia é o método preferencial de diagnóstico por permitir o exame de todo o intestino grosso e a remoção ou biópsia de pólipos que possam estar localizados fora da área de ressecção da lesão principal, oferecendo vantagem sobre a colonografia por tomografia(4). O diagnóstico da doença por exame radiológico contrastado do cólon (enema opaco) deve ser reservado para quando não houver acesso à colonoscopia ou quando existir contraindicação médica para esse exame. A investigação de possíveis metástases intra-abdominais e pélvicas deve ser feita alternativamente por meio de exame ultrassonográfico, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, a critério médico. A investigação de metástases pulmonares deve ser efetuada por meio de radiografia simples de tórax ou tomografia computadorizada, também a critério médico(1).

Na suspeita de câncer retal pela história clínica é mandatória a realização de um exame proctológico (toque retal). A identificação correta do local da lesão e a possibilidade de obtenção de espécime para exame histopatológico fazem com que a retossigmoidoscopia (rígida ou flexível) seja sempre indicada na suspeita de câncer retal. Nos casos confirmados da doença, a infiltração e extensão do tumor de reto devem ser avaliadas quando possível pela ultrassonografia endorretal, que tem acurácia comparável à tomografia computadorizada pélvica, ou pela ressonância

magnética. Pelo risco de tumores sincrônicos do cólon, a colonoscopia deve ser realizada sempre que possível antes do tratamento destes doentes(1,5).

O exame de tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) é útil na investigação de doença metastática à distância em doentes de alto risco com tumor potencialmente ressecável, em particular nos casos de metástase hepática isolada(6-8). A indicação de PET-CT deve ser feita para detecção de metástase de câncer colorretal, exclusivamente hepática e potencialmente ressecável.

5 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

5.1 CIRURGIA

5.1.1 CÂNCER DE CÓLON

O tratamento padrão para o câncer de cólon localizado envolve a ressecção cirúrgica por via aberta do tumor primário e linfonodos regionais. A cirurgia por via laparoscópica em casos selecionados enseja a mesma taxa de sucesso terapêutico que a cirurgia por via convencional, havendo benefícios (redução mediana de 1 dia na permanência hospitalar e menor uso de analgésicos) e riscos associados ao procedimento (necessidade de conversão para cirurgia aberta em 1 a cada 5 casos)(9,10). A dissecação linfonodal seletiva baseada na retirada de linfonodo sentinela, para doentes clinicamente sem envolvimento nodal, confere informação prognóstica adicional(11), mas a ausência de protocolos validados externamente e o curto tempo de seguimento de doentes cujo tratamento cirúrgico foi individualizado pelos achados do método limitam a aplicação clínica desta técnica – assim, tal procedimento deve ser restrito a protocolos clínicos experimentais.

A ressecção cirúrgica padrão deve visar margem distal livre de infiltração neoplásica, quando houver na peça operatória um limite de ressecção superior a 1,5 a 2,0 cm, com ressecção de no mínimo 15 linfonodos(12,13). A realização concomitante da ooforectomia pode ser reservada apenas para doentes menopausadas. Havendo suspeita de comprometimento de órgãos ou estruturas vizinhas à lesão, deve-se visar à ressecção completa em monobloco(1).

O tratamento cirúrgico pode ainda ser indicado com intenção curativa para casos selecionados de doentes com metástase hepática ou pulmonar ressecável, ou com finalidade paliativa, sempre na dependência das condições do doente e da reserva funcional do órgão acometido(14-19).

5.1.2 CÂNCER DE RETO

O tratamento padrão para o câncer do reto é a ressecção cirúrgica do tumor primário. Excetuando-se lesões T1, passíveis de excisão local em casos selecionados, a cirurgia requer a excisão total do mesorreto. A via de acesso laparoscópica permite a cirurgia com resultados oncológicos equiparáveis à via aberta(10,20). Mesmo após cirurgia ótima, a taxa de recorrência local nesta doença justifica a realização de tratamento multidisciplinar para os doentes com doença no estágio II e III. A quimiorradioterapia complementar pode ser administrada antes da cirurgia (neoadjuvante) para doentes com a doença classificada como em T3/T4 ou N1, ou após o procedimento cirúrgico (adjuvante) para doentes com doença em estágio II ou III.

5.2 QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia adjuvante está indicada para doentes com câncer colorretal no estágio III e, excepcionalmente, no estágio II, a critério médico(21,22). Empregam-se esquemas terapêuticos, quimioterápicos, baseados em fluoropirimidina (5-fluorouracila ou capecitabina – para casos em estágio II), associada ou não a oxaliplatina (para casos em estágio III)(23-25). Não se encontra definido o papel da quimioterapia contendo bevacizumabe ou cetuximabe no tratamento adjuvante do câncer de cólon. O início do tratamento adjuvante deve ocorrer entre 4 e 6 semanas após à cirurgia(3), havendo evidência de que o ganho em termos de sobrevida reduz-se 14% a cada 4 semanas de atraso, havendo porém algum benefício para tratamentos iniciados até 12 semanas após o tratamento cirúrgico(26).

A quimioterapia prévia (pré-operatória) está indicada para doentes com câncer de reto no estágio II ou III, associada à radioterapia. Empregam-se esquemas terapêuticos baseados em fluoropirimidina(27). Não se encontra

definido o papel da quimioterapia contendo oxaliplatina, irinotecano, bevacizumabe ou cetuximabe na quimioterapia prévia do câncer de reto.

A quimioterapia paliativa está indicada para doentes com câncer colorretal recidivado inoperável ou com doença no estágio IV ao diagnóstico, a critério médico. Empregam-se esquemas terapêuticos baseados em fluoropirimidina, associada ou não a oxaliplatina, irinotecano, mitomicina C, bevacizumabe, cetuximabe ou panitumumabe, observando-se características clínicas do doente e condutas adotadas no hospital.

Em doentes com metástases hepáticas ressecáveis (número limitado de lesões, localização intrahepática, ausência de envolvimento vascular, ausência ou mínima doença metastática extra-hepática, reserva funcional hepática adequada), a ressecção completa da doença hepática pode resultar em taxas de sobrevida em 5 anos de 25% a 40%(16).

Doentes com metástases hepáticas irressecáveis e ausência ou mínima doença metastática extra-hepática podem se beneficiar de quimioterapia paliativa sistêmica baseada em fluoropirimidina, contendo ou não oxaliplatina ou irinotecano, com objetivo de reduzir o volume tumoral e permitir a ressecção cirúrgica. Neste contexto, o uso de esquema terapêutico contendo cetuximabe ou bevacizumabe promoveu taxa de ressecabilidade maior que controles históricos (ou seja, não randomizados e comparativos), porém o significado clínico em termos de benefícios clínicos duradouros ou ganho de sobrevida são desconhecidos. Há limitada evidência sugerindo eficácia de métodos ablativos térmicos (micro-ondas, radiofrequência e crioterapia) nestes doentes(28).

A quimioterapia intra-arterial pode promover redução do risco de metástase hepática e maior sobrevida(29), enquanto no tratamento paliativo de metástases hepáticas promove maior taxa de resposta e retarda a progressão da doença, mas há dúvidas se isoladamente oferece benefício adicional à quimioterapia sistêmica(30-32). Alguns doentes com carcinomatose peritoneal podem se beneficiar de quimioterapia intracavitária após cirurgia citorrredutora máxima, havendo dúvida se tal conduta oferece vantagem adicional à quimioterapia paliativa sistêmica(33).

Muitos esquemas de quimioterapia sistêmica podem ser usados com finalidade paliativa, contendo medicamentos tais como 5-fluorouracil, capecitabina, irinotecano, oxaliplatina, raltitrexede, bevacizumabe e cetuximabe, em monoterapia ou em associação, por até três linhas de tratamento. A seleção do tratamento deve considerar as características fisiológicas e capacidade funcional individuais, perfil de toxicidade, preferências do doente e protocolos terapêuticos institucionais.

Recomenda-se que a quimioterapia paliativa de 1ª linha seja realizada para doentes com capacidade funcional 0, 1 ou 2 na escala de Zubrod. Quando medicamento possível, o tratamento deve ser feito com esquema contendo fluoropirimidina associada com oxaliplatina ou irinotecano(34-38). Doentes em tratamento com esquema baseado em oxaliplatina, com benefício antitumoral, mas que apresentem neuropatia periférica sintomática, podem receber tratamento com 5-FU e ácido folínico como terapia de manutenção(39).

A adição de bevacizumabe à quimioterapia de 1ª linha com fluoropirimidina e oxaliplatina não resultou em benefício em termos de ganho de sobrevida para os doentes tratados em um estudo primário (40), em que pese análise de subgrupo posterior (doentes maiores de 65 anos), não planejada antes do experimento, e meta-análise de estudos negativos sugerirem o contrário(41,42). Com esquemas contendo irinotecano, recomenda-se a associação com fluoropirimidina por infusão prolongada ou em formulação oral. Não há demonstração de vantagem em termos de ganho de sobrevida para a adição de bevacizumabe à quimioterapia de 1ª linha com fluoropirimidina infusional e irinotecano. O uso do bevacizumabe associa-se a um maior risco de perfuração intestinal, sangramento e isquemia cardíaca(41,43,44).

Recomenda-se que a quimioterapia paliativa de 2ª linha ou 3ª linha sejam realizadas apenas para doentes com capacidade funcional 0 ou 1 na escala de Zubrod, pois não há evidência científica de que o tratamento antineoplásico paliativo seja seguro ou eficaz para doentes com capacidade funcional 2. O esquema quimioterápico deve ser selecionado segundo o esquema usado anteriormente e o perfil de segurança e eficácia então observados(45-47).

O uso de quimioterapia paliativa contendo cetuximabe ou panitumumabe é de limitada aplicação prática, restrita a doentes com capacidade funcional 0 ou 1, em 3ª linha de quimioterapia, com expressão tumoral do gene KRAS conhecida(48). Quando usada, deve ser limitada aos doentes com tumores que apresentem expressão do gene KRAS natural, pois os doentes com tumores expressando KRAS mutado logram piores resultados terapêuticos com o uso deste medicamento(49).

5.3 RADIOTERAPIA

A radioterapia não é recomendada rotineiramente no tratamento pós-operatório de doentes com câncer de cólon. Há limitada evidência sugerindo que doentes selecionados poderiam ser beneficiados pela irradiação do leito tumoral em situações clínicas específicas (lesão T4, presença de perfuração ou obstrução intestinal e doença residual pós-operatória)(50).

A decisão quanto à indicação da radioterapia adjuvante para doentes com câncer de reto no estágio I deve considerar a extensão da neoplasia e o grau de diferenciação histológica do tumor: tumor bem diferenciado (Grau I), restrito à submucosa, não necessita tratamento complementar; tumor moderadamente diferenciado (Grau II) ou que atinge a muscular própria se beneficia de radioterapia adjuvante; tumor indiferenciado (Grau III) ou que atinge gordura perirretal ou que apresenta invasão vascular é de indicação de quimiorradioterapia.

A radioterapia é recomendada como parte do tratamento para doentes com câncer retal em estágio II ou III, consistindo na irradiação pélvica (45Gy a 55Gy) associada à quimioterapia com fluoropirimidina, ou na irradiação exclusiva abreviada (25Gy em cinco frações). O tratamento combinado não promove ganho de sobrevida ou maiores taxas de resposta patológica e de preservação do esfíncter do que a radioterapia abreviada(51-53).

5.4 OPÇÕES TERAPÊUTICAS POR ESTÁGIO CLÍNICO

5.4.1 CÂNCER DE CÓLON

Estágio 0:

- » Excisão local ou polipectomia, com margens livres.
- » Ressecção segmentar do cólon, para lesões que não são passíveis de excisão local.

Estágio I:

- » Ressecção segmentar do cólon, por via aberta ou laparoscópica.

Estágio II:

- » Ressecção segmentar do cólon, por via aberta ou laparoscópica.

Quimioterapia adjuvante não é recomendada rotineiramente, podendo ser empregada para casos selecionados (lesão T4, ressecção linfonodal insatisfatória ou tumor mal diferenciado). Recomenda-se apenas esquema terapêutico com fluoropirimidina, por não haver benefício em termos de ganho de sobrevida com a adição de oxaliplatina, irinotecano, mitomicina C, bevacizumabe ou cetuximabe.

Estágio III:

- » Ressecção segmentar do cólon, por via aberta ou laparoscópica.
- » Quimioterapia adjuvante com esquema terapêutico baseado em fluoropirimidina e oxaliplatina. Esquemas contendo irinotecano, mitomicina C, bevacizumabe ou cetuximabe não são recomendados, por não haver demonstração de vantagem clínica em termos de ganho de sobrevida, quando comparados aos esquemas contendo apenas fluoropirimidina.

Estágio IV ou doença recidivada:

- » Ressecção cirúrgica para lesões localmente recidivadas, lesões obstrutivas ou hemorrágicas, metástase pulmonar ou metástase hepática, como procedimento primário ou após quimioterapia paliativa regional ou sistêmica.
- » Radioterapia paliativa, com finalidade antiálgica ou hemostática.
- » Quimioterapia paliativa regional hepática ou sistêmica.

5.4.2 CÂNCER DO RETO

Estágio 0:

- » Polipectomia simples ou excisão local.
- » Ressecção local transanal ou transcoccígea.
- » Radioterapia externa e endocavitária.

Estágio I:

- » Ressecção ampla e anastomose término-terminal ou colo-anal.
- » Amputação abdominoperineal do reto.
- » Ressecção local transanal ou transcoccígea, seguida ou não por radioterapia ou radioquimioterapia.

Estágios II e III:

- » Quimiorradioterapia prévia seguida por cirurgia radical.
- » Excisão mesorretal total e ressecção anterior baixa ou amputação abdominoperineal.
- » Quimiorradioterapia adjuvante após cirurgia radical.
- » Quimioterapia adjuvante para casos selecionados no estágio II (lesão T4, ressecção linfonodal insatisfatória ou tumor mal diferenciado). Recomenda-se apenas esquemas terapêuticos baseados em fluoropirimidina, por não haver benefício em termos de ganho de sobrevida para a adição de oxaliplatina, irinotecano, mitomicina C, bevacizumabe ou cetuximabe.
- » Quimioterapia adjuvante (casos em estágio III) com esquemas terapêuticos baseados em fluoropirimidina e oxaliplatina. Esquemas contendo irinotecano, mitomicina C, bevacizumabe, cetuximabe ou panitumumabe não são recomendados, por não haver demonstração de vantagem clínica em termos de ganho de sobrevida quando comparados aos tratamentos contendo apenas fluoropirimidina.

Estágio IV ou doença recidivada:

- » Ressecção paliativa anterior baixa ou amputação abdominoperineal.
- » Ressecção de metástase hepática ou pulmonar.
- » Quimiorradioterapia paliativa.
- » Quimioterapia paliativa.
- » Radioterapia paliativa.

6 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

6.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A avaliação da resposta ao tratamento antineoplásico sistêmico deve ser feita pelos critérios RECIST, sempre que aplicáveis(54):

- » RC (resposta completa) = desaparecimento das lesões-alvo;
- » RP (resposta parcial) = redução de pelo menos 30% na soma do maior diâmetro das lesões-alvo;
- » PD (progressão de doença) = aumento de 20% ou mais na soma do maior diâmetro das lesões alvo;
- » DE (doença estável) = pequenas alterações que não cumprem os critérios acima.

6.2 CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO

A quimioterapia deve ser suspensa, temporária ou definitivamente, na ocorrência de(3-55):

- » Toxicidade clínica graus 3 e 4, conforme os parâmetros propostos por grupos cooperativos norte-americanos, de uso internacional(56,57);
- » Redução da capacidade funcional do doente para os níveis 2, 3 ou 4 da escala de Zubrod;
- » Ausência de resposta após o 4º ciclo de quimioterapia;
- » A qualquer tempo, na evidência de progressão de doença;
- » Falta de aderência ao tratamento;
- » Manifestação voluntária do doente, após esclarecimento dos riscos envolvidos.

7 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O objetivo do seguimento de doentes com câncer colorretal tratado com intenção curativa (estádio I, II ou III) é diagnosticar precocemente a recorrência da doença, o aparecimento de lesões pré-malignas ou de segunda neoplasia colorretal em momento oportuno para tratamento.

Neste sentido, recomenda-se:

- » Consultas médicas regulares, a cada 3-6 meses, nos primeiros três anos após o tratamento; a cada 6 meses até o quinto ano; e segundo indicação médica após este período;
- » Dosagem sérica do CEA, a cada três meses nos primeiros três anos após o término do tratamento, para doentes tratados no estágio II ou III;
- » Tomografia computadorizada do tórax e do abdome anual nos primeiros três anos; tomografia da pelve é recomendada para doentes com câncer retal que não receberam radioterapia;
- » Colonoscopia, a se realizar pelo menos um ano após a cirurgia; se normal, repetir a intervalos de 5 anos; se anormal, repetir em um ano. Doentes com maior risco para síndromes hereditárias associadas ao câncer colorretal necessitam periodicidade mais freqüente deste exame;
- » Retossigmoidoscopia flexível, anual por cinco anos, indicada para doentes com câncer de reto no estágio II e III; doentes que não receberam irradiação pélvica necessitam ser avaliados semestralmente por cinco anos.

Os exames a seguir não devem ser indicados no seguimento de doentes com câncer colorretal: hemograma e testes de função hepática; teste de sangue oculto nas fezes; radiografia de tórax; e PET-CT.

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de câncer colorretal devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Enquanto os doentes com diagnóstico de câncer de cólon ou de junção retossigmoide podem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com ou sem serviço de radioterapia, doentes com câncer de reto devem ser tratados em hospitais habilitados em oncologia com serviço de radioterapia.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, freqüência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das freqüências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica), entre outras. Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo e pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem

medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento.

Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01) e cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, com versão mensalmente disponibilizada em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia do carcinoma de cólon ou do reto:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

- » 03.04.02.001-0 - Quimioterapia do adenocarcinoma de cólon avançado - 1ª linha
- » 03.04.02.002-8 - Quimioterapia do adenocarcinoma de cólon avançado - 2ª linha
- » 03.04.02.009-5 - Quimioterapia do adenocarcinoma de reto avançado - 1ª linha
- » 03.04.02.010-9 - Quimioterapia do adenocarcinoma de reto avançado - 2ª linha

QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOAJUVANTE OU CITORREDUTORA) – ADULTO

- » 03.04.04.001-0 - Quimioterapia do adenocarcinoma de reto (prévia)
- » 03.04.04.005-3 - Quimioterapia do carcinoma epidermoide de reto/canal anal/margem anal

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA) – ADULTO

- » 03.04.05.002-4 - Quimioterapia de adenocarcinoma de cólon
- » 03.04.05.003-2 - Quimioterapia do adenocarcinoma de reto (adjuvante)

QUIMIOTERAPIA - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- » 03.04.08.004-7 - Quimioterapia intra-arterial
- » 03.04.08.006-3 - Quimioterapia intracavitária

Para fins de avaliação e controle, deve ser considerada quimioterapia de 2ª linha toda quimioterapia antineoplásica paliativa realizada após uma quimioterapia paliativa inicial (1ª linha) não importa em que estabelecimento ou sistema de saúde tenha sido realizada.

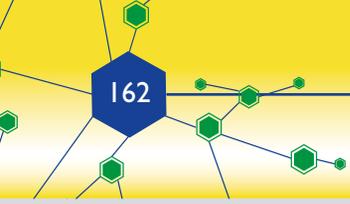
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cordeiro F, Yamaguchi NH, Habr-Gama A, Cutait R, Reinan RJ, Abramoff R, et al. Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cirúrgico e Multidisciplinar do Câncer Colorretal. São Paulo: AMB/CFM, 2001. 12p.
2. Hamilton SR, Aaltonen LA, eds. Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. Lion: IARC 2000.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. 13 ed. Brasília: MS/SAS/DRAC/CGSI, 2011. 110p.
4. Rosman AS, Korsten MA. Meta-analysis comparing CT colonography, air contrast barium enema, and colonoscopy. Am J Med. 2007 Mar;120(3):203-10 e4.
5. Compton CC, Greene FL. The staging of colorectal cancer: 2004 and beyond. CA Cancer J Clin. 2004 Nov-Dec;54(6):295-308.
6. Niekel MC, Bipat S, Stoker J. Diagnostic imaging of colorectal liver metastases with CT, MR imaging, FDG PET, and/or FDG PET/CT: a meta-analysis of prospective studies including patients who have not previously undergone treatment. Radiology. 2010 Dec;257(3):674-84.

7. Maas M, Rutten IJ, Nelemans PJ, Lambregts DM, Cappendijk VC, Beets GL, et al. What is the most accurate whole-body imaging modality for assessment of local and distant recurrent disease in colorectal cancer? A meta-analysis: imaging for recurrent colorectal cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2011 Aug;38(8):1560-71.
8. Patel S, McCall M, Ohinmaa A, Bigam D, Dryden DM. Positron emission tomography/computed tomographic scans compared to computed tomographic scans for detecting colorectal liver metastases: a systematic review. *Ann Surg*. 2011;253(4):666-71.
9. Ohtani H, Tamamori Y, Arimoto Y, Nishiguchi Y, Maeda K, Hirakawa K. A meta-analysis of the short- and long-term results of randomized controlled trials that compared laparoscopy-assisted and conventional open surgery for colorectal cancer. *J Cancer*. 2011;2:425-34.
10. Ohtani H, Tamamori Y, Azuma T, Mori Y, Nishiguchi Y, Maeda K, et al. A meta-analysis of the short- and long-term results of randomized controlled trials that compared laparoscopy-assisted and conventional open surgery for rectal cancer. *J Gastrointest Surg*. 2011 Aug;15(8):1375-85.
11. van der Pas MH, Meijer S, Hoekstra OS, Riphagen, II, de Vet HC, Knol DL, et al. Sentinel-lymph-node procedure in colon and rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2011 Jun;12(6):540-50.
12. Chen SL, Bilchik AJ. More extensive nodal dissection improves survival for stages I to III of colon cancer: a population-based study. *Ann Surg*. 2006 Oct;244(4):602-10.
13. Chang GJ, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Moyer VA. Lymph node evaluation and survival after curative resection of colon cancer: systematic review. *J Natl Cancer Inst*. 2007 Mar 21;99(6):433-41.
14. Galizia G, Lieto E, Orditura M, Castellano P, Imperatore V, Pinto M, et al. First-line chemotherapy vs bowel tumor resection plus chemotherapy for patients with unresectable synchronous colorectal hepatic metastases. *Arch Surg*. 2008 Apr;143(4):352-8; discussion 8.
15. Anwar S, Peter M, Dent J, Scott N. Palliative excisional surgery for primary colorectal cancer in patients with incurable metastatic disease. Is there a survival benefit? A systematic review. *Colorectal Dis*. 2011 Sep 8.
16. Antoniou A, Lovegrove RE, Tilney HS, Heriot AG, John TG, Rees M, et al. Meta-analysis of clinical outcome after first and second liver resection for colorectal metastases. *Surgery*. 2007 Jan;141(1):9-18.
17. Stillwell AP, Buettner PG, Ho YH. Meta-analysis of survival of patients with stage IV colorectal cancer managed with surgical resection versus chemotherapy alone. *World J Surg*. 2010 Apr;34(4):797-807.
18. Brouquet A, Abdalla EK, Kopetz S, Garrett CR, Overman MJ, Eng C, et al. High survival rate after two-stage resection of advanced colorectal liver metastases: response-based selection and complete resection define outcome. *J Clin Oncol*. 2011;29(8):1083-90.
19. Tanaka K, Ichikawa Y, Endo I. Liver resection for advanced or aggressive colorectal cancer metastases in the era of effective chemotherapy: a review. *Int J Clin Oncol*. 2011 Oct;16(5):452-63.
20. Baik SH, Gincherman M, Mutch MG, Birnbaum EH, Fleshman JW. Laparoscopic vs open resection for patients with rectal cancer: comparison of perioperative outcomes and long-term survival. *Dis Colon Rectum*. 2011 Jan;54(1):6-14.
21. Mamounas E, Wieand S, Wolmark N, Bear HD, Atkins JN, Song K, et al. Comparative efficacy of adjuvant chemotherapy in patients with Dukes' B versus Dukes' C colon cancer: results from four National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project adjuvant studies (C-01, C-02, C-03, and C-04). *J Clin Oncol*. 1999 May;17(5):1349-55.
22. Wu X, Zhang J, He X, Wang C, Lian L, Liu H, et al. Postoperative adjuvant chemotherapy for stage II colorectal cancer: a systematic review of 12 randomized controlled trials. *J Gastrointest Surg*. 2011 Mar;16(3):646-55.
23. Gill S, Loprinzi CL, Sargent DJ, Thome SD, Alberts SR, Haller DG, et al. Pooled analysis of fluorouracil-based adjuvant therapy for stage II and III colon cancer: who benefits and by how much? *J Clin Oncol*. 2004 May 15;22(10):1797-806.
24. Kuebler JP, Wieand HS, O'Connell MJ, Smith RE, Colangelo LH, Yothers G, et al. Oxaliplatin combined with weekly bolus fluorouracil and leucovorin as surgical adjuvant chemotherapy for stage II and III colon cancer: results from NSABP C-07. *J Clin Oncol*. 2007 Jun 1;25(16):2198-204.
25. Andre T, Boni C, Navarro M, Tabernero J, Hickish T, Topham C, et al. Improved overall survival with oxaliplatin,

- fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. *J Clin Oncol*. 2009 Jul 1;27(19):3109-16.
26. Biagi JJ, Raphael MJ, Mackillop WJ, Kong W, King WD, Booth CM. Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011;305(22):2335-42.
 27. Latkauskas T, Paskauskas S, Dambrauskas Z, Gudaityte J, Saladzinskas S, Tamelis A, et al. Preoperative chemoradiation vs radiation alone for stage II and III resectable rectal cancer: a meta-analysis. *Colorectal Dis*. 2010 Nov;12(11):1075-83.
 28. Pathak S, Jones R, Tang JM, Parmar C, Fenwick S, Malik H, et al. Ablative therapies for colorectal liver metastases: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2011;13(9):e252-65.
 29. Tang JT, Wang JL, Fang JY. Meta-analysis: perioperative regional liver chemotherapy for improving survival and preventing liver metastases in patients with colorectal carcinoma. *J Dig Dis*. 2010 Aug;11(4):208-14.
 30. Mocellin S, Pasquali S, Nitti D. Fluoropyrimidine-HAI (hepatic arterial infusion) versus systemic chemotherapy (SCT) for unresectable liver metastases from colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD007823.
 31. Power DG, Kemeny NE. Role of adjuvant therapy after resection of colorectal cancer liver metastases. *J Clin Oncol*. 2010 May 1;28(13):2300-9.
 32. Wieser M, Sauerland S, Arnold D, Schmiegel W, Reinacher-Schick A. Peri-operative chemotherapy for the treatment of resectable liver metastases from colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *BMC Cancer*. 2010;10:309.
 33. Cao C, Yan TD, Black D, Morris DL. A systematic review and meta-analysis of cytoreductive surgery with perioperative intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *Ann Surg Oncol*. 2009 Aug;16(8):2152-65.
 34. Zhao G, Gao P, Yang KH, Tian JH, Ma B. Capecitabine/oxaliplatin as first-line treatment for metastatic colorectal cancer: a meta-analysis. *Colorectal Dis*. 2010;12(7):615-23.
 35. Zhuang L, Bai J, Huang H, Tang C, Yang J, Zhou B, et al. Meta-analysis of chemotherapy with irinotecan or oxaliplatin-involved regimen for untreated metastatic advanced colorectal cancer. *Oncol Res*. 2010;18(9):437-44.
 36. Cassidy J, Saltz L, Twelves C, Van Cutsem E, Hoff P, Kang Y, et al. Efficacy of capecitabine versus 5-fluorouracil in colorectal and gastric cancers: a meta-analysis of individual data from 6171 patients. *Ann Oncol*. 2011;22(12):2604-9.
 37. Koukourakis GV, Zacharias G, Tsalafoutas J, Theodoridis D, Kouloulis V. Capecitabine for locally advanced and metastatic colorectal cancer: A review. *World J Gastrointest Oncol*. 2011;2(8):311-21.
 38. Petrelli F, Cabiddu M, Barni S. 5-Fluorouracil or capecitabine in the treatment of advanced colorectal cancer: a pooled-analysis of randomized trials. *Med Oncol*. 2012 Jun;29(2):1020-9.
 39. Chibaudel B, Maindrault-Goebel F, Lledo G, Mineur L, Andre T, Bennamoun M, et al. Can chemotherapy be discontinued in unresectable metastatic colorectal cancer? The GERCOR OPTIMOX2 Study. *J Clin Oncol*. 2009 Dec 1;27(34):5727-33.
 40. Saltz LB, Clarke S, Diaz-Rubio E, Scheithauer W, Figer A, Wong R, et al. Bevacizumab in combination with oxaliplatin-based chemotherapy as first-line therapy in metastatic colorectal cancer: a randomized phase III study. *J Clin Oncol*. 2008 Apr 20;26(12):2013-9.
 41. Galfrascoli E, Piva S, Cinquini M, Rossi A, La Verde N, Bramati A, et al. Risk/benefit profile of bevacizumab in metastatic colon cancer: a systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis*. 2011 Apr;43(4):286-94.
 42. Whyte S, Pandor A, Stevenson M, Rees A. Bevacizumab in combination with fluoropyrimidine-based chemotherapy for the first-line treatment of metastatic colorectal cancer. *Health Technol Assess*. 2011;14(Suppl. 2):47-53.

43. Ranpura V, Hapani S, Chuang J, Wu S. Risk of cardiac ischemia and arterial thromboembolic events with the angiogenesis inhibitor bevacizumab in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Oncol.* 2010 Apr;49(3):287-97.
44. Hang XF, Xu WS, Wang JX, Wang L, Xin HG, Zhang RQ, et al. Risk of high-grade bleeding in patients with cancer treated with bevacizumab: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011;67(6):613-23.
45. Oostendorp LJ, Stalmeier PF, Pasker-de Jong PC, Van der Graaf WT, Ottevanger PB. Systematic review of benefits and risks of second-line irinotecan monotherapy for advanced colorectal cancer. *Anticancer Drugs.* 2010 Sep;21(8):749-58.
46. Clarke SJ, Yip S, Brown C, van Hazel GA, Ransom DT, Goldstein D, et al. Single-agent irinotecan or FOLFIRI as second-line chemotherapy for advanced colorectal cancer; results of a randomised phase II study (DaVINCI) and meta-analysis (corrected). *Eur J Cancer.* 2011;47(12):1826-36.
47. Vale CL, Tierney JF, Fisher D, Adams RA, Kaplan R, Maughan TS, et al. Does anti-EGFR therapy improve outcome in advanced colorectal cancer? A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev.* 2011.
48. Loupakis F, Cremolini C, Salvatore L, Schirripa M, Lonardi S, Vaccaro V, et al. Clinical impact of anti-epidermal growth factor receptor monoclonal antibodies in first-line treatment of metastatic colorectal cancer: meta-analytical estimation and implications for therapeutic strategies. *Cancer.* 2011;118(6):1523-32.
49. Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M, Ghilardi M, Barni S. Cetuximab and panitumumab in KRAS wild-type colorectal cancer: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2011;26(7):823-33.
50. Martenson JA, Jr., Willett CG, Sargent DJ, Mailliard JA, Donohue JH, Gunderson LL, et al. Phase III study of adjuvant chemotherapy and radiation therapy compared with chemotherapy alone in the surgical adjuvant treatment of colon cancer: results of intergroup protocol 0130. *J Clin Oncol.* 2004 Aug 15;22(16):3277-83.
51. Bujko K, Nowacki MP, Nasierowska-Guttmejer A, Michalski W, Bebenek M, Kryj M. Long-term results of a randomized trial comparing preoperative short-course radiotherapy with preoperative conventionally fractionated chemoradiation for rectal cancer. *Br J Surg.* 2006 Oct;93(10):1215-23.
52. Latkauskas T, Pauzas H, Gineikiene I, Janciauskiene R, Juozaityte E, Saladzinskas Z, et al. Initial results of a randomized controlled trial comparing clinical and pathological downstaging of rectal cancer after preoperative short-course radiotherapy or long-term chemoradiotherapy, both with delayed surgery. *Colorectal Dis.* 2012 Mar;14(3):294-8.
53. Ceelen W, Fierens K, Van Nieuwenhove Y, Pattyn P. Preoperative chemoradiation versus radiation alone for stage II and III resectable rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer.* 2009 Jun 15;124(12):2966-72.
54. Choi JH, Ahn MJ, Rhim HC, Kim JW, Lee GH, Lee YY, et al. Comparison of WHO and RECIST criteria for response in metastatic colorectal carcinoma. *Cancer Res Treat.* 2005 Oct;37(5):290-3.
55. BRASIL, Ministério da Saúde. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 130p.
56. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1982 Dec;5(6):649-55.
57. Trotti A, Colevas AD, Setser A, Rusch V, Jaques D, Budach V, et al. CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. *Semin Radiat Oncol.* 2003 Jul;13(3):176-81.



CARCINOMA DE FÍGADO NO ADULTO

Portaria SAS/MS nº 602, de 26 de junho de 2012.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 08/01/2012 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para carcinoma hepatocelular no adulto: (systematic review (ti) OR meta-analysis (pt) OR meta-analysis (ti) OR systematic literature review (ti) OR (systematic review (tiab) AND review (pt)) OR consensus development conference (pt) OR practice guideline (pt) OR cochrane database syst rev (ta) OR acp journal club (ta) OR health technol assess (ta) OR evid rep technol assess summ (ta)) OR ((evidence based(ti) OR evidence-based medicine (mh) OR best practice* (ti) OR evidence synthesis (tiab)) AND (review (pt) OR diseases category(mh) OR behavior and behavior mechanisms (mh) OR therapeutics (mh) OR evaluation studies(pt) OR validation studies(pt) OR guideline (pt))) OR ((systematic (tw) OR systematically (tw) OR critical (tiab) OR (study selection (tw)) OR (predetermined (tw) OR inclusion (tw) AND criteri* (tw)) OR exclusion criteri* (tw) OR main outcome measures (tw) OR standard of care (tw) OR standards of care (tw)) AND (survey (tiab) OR surveys (tiab) OR overview* (tw) OR review (tiab) OR reviews (tiab) OR search* (tw) OR handsearch (tw) OR analysis (tiab) OR critique (tiab) OR appraisal (tw) OR (reduction (tw)AND (risk (mh) OR risk (tw)) AND (death OR recurrence))) AND (literature (tiab) OR articles (tiab) OR publications (tiab) OR publication (tiab) OR bibliography (tiab) OR bibliographies (tiab) OR published (tiab) OR unpublished (tw) OR citation (tw) OR citations (tw) OR database (tiab) OR internet (tiab) OR textbooks (tiab) OR references (tw) OR scales (tw) OR papers (tw) OR datasets (tw) OR trials (tiab) OR meta-analy* (tw) OR (clinical (tiab) AND studies (tiab)) OR treatment outcome (mh) OR treatment outcome (tw))) NOT (letter (pt) OR newspaper article (pt) OR comment (pt)).

Entre 475 referências encontradas, as 321 mais recentes (últimos cinco anos) foram revisadas; identificaram-se 65 estudos clínicos e meta-análises elegíveis; e não foram incluídos 82 artigos sobre doenças ou condições clínicas fora do escopo destas Diretrizes, 48 estudos de ciência básica ou pré-clínica, 42 revisões narrativas ou estudos opinativos, 40 relatos de experiência institucional, 31 relatos de diretrizes internacionais de tratamento, 11 textos sobre produtos sem registro na ANVISA e 2 estudos farmacoeconômicos de outros países.

2 INTRODUÇÃO

O câncer hepatocelular ou hepatocarcinoma é a neoplasia epitelial maligna primária do fígado. Trata-se de um tumor raro em todo o mundo, sendo que no Brasil está relacionado, em 98% dos doentes, com cirrose hepática e pode estar associado à hepatite crônica secundária à infecção pelo vírus da hepatite C (54%) ou da hepatite B (16%) e ao consumo de álcool (14%), fatores de risco com diferenças regionais de prevalência relevantes (1,2).

A doença inicial é potencialmente curável pela cirurgia, quando possível a ressecção completa da lesão tumoral. Alguns doentes podem ser candidatos ao transplante hepático, com intuito curativo. Doentes com doença irrisecável ou comorbidades que limitem a possibilidade de cirurgia são tratados com finalidade paliativa por quimioterapia regional, ligadura ou embolização da artéria hepática, injeção percutânea de etanol, ablação por radiofrequência, crioterapia ou quimioterapia sistêmica(3,4).

Consultores: Sandro José Martins e Sérgio Renato Pais Costa

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

A capacidade funcional (escala de Zubrod), função hepática, presença ou não de cirrose e sua gravidade (classificação Child-Pugh) são fatores que orientam a indicação terapêutica e o estabelecimento do prognóstico dos doentes(5,6). A dosagem do marcador biológico alfa-fetoproteína (AFP) é de baixa sensibilidade para o diagnóstico presuntivo do hepatocarcinoma entre doentes com lesão inicial (nódulos menores que 2 cm) e de baixa especificidade entre doentes com hepatite crônica B ou C, não sendo recomendada isoladamente para rastreamento ou diagnóstico do hepatocarcinoma. Porém, este marcador se encontra aumentado no soro em 50% a 70% dos doentes diagnosticados e fornece informação prognóstica: níveis séricos normais são encontrados em doentes que logram maior sobrevida(5,7,8).

Estas Diretrizes compreendem a conduta terapêutica geral para o câncer hepatocelular, não se aplicando aos casos de colangiocarcinoma intra-hepático ou de hepatoblastoma. A seleção do tratamento deverá ser adequada ao estadiamento clínico da doença, capacidade funcional (escala Zubrod), condições clínicas e preferência do doente. Os hospitais credenciados para atendimento em oncologia devem, por sua responsabilidade, dispor de protocolo clínico institucional complementar, adequado a estas Diretrizes, destinado a orientar a tomada de decisão por doentes e médicos, avaliar e garantir qualidade na assistência, orientar a destinação de recursos na assistência à saúde e fornecer elementos de boa prática médica(9).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

» C22.0 - Carcinoma de células hepáticas (carcinoma hepatocelular ou hepatocarcinoma).

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

Recomenda-se o rastreamento do hepatocarcinoma por ultrassonografia de abdome a cada seis meses, associada ou não à dosagem de AFP, entre pacientes com diagnóstico de cirrose hepática que possam se beneficiar do tratamento curativo do tumor (Child-Pugh A ou Child-Pugh B sem comorbidades); neste cenário, a dosagem de AFP apresenta sensibilidade e especificidade insuficientes para ser usada isoladamente no diagnóstico precoce do hepatocarcinoma(5,10,11).

O diagnóstico do hepatocarcinoma pode ser feito preferencialmente por meio de métodos radiológicos dinâmicos, não invasivos, tais como tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) ou ultrassonografia com contraste (US)(12). O diagnóstico anatomopatológico deve ser reservado para pacientes não cirróticos, e em casos nos quais os métodos radiológicos são inconclusivos, por exame citopatológico ou histopatológico de espécime tumoral obtido por punção com agulha fina ou biópsia hepática percutânea, laparoscópica ou a céu aberto(7,13).

Nódulos hepáticos menores que 1 cm em doentes cirróticos podem ser acompanhados sem intervenção imediata, com ultrassonografia de abdome a cada 3 ou 4 meses; se a lesão permanecer estável por 18-24 meses, o seguimento pode ser feito a cada 6-12 meses. Lesões entre 1 cm e 2 cm devem ser avaliadas por punção-biópsia com agulha fina, em que pesem as taxas de resultado falso negativo entre 30% e 40%. Em tumores com diâmetro maior que 2 cm, o diagnóstico de hepatocarcinoma pode ser firmado se dois métodos de imagem mostrarem nódulo maior que 2 cm com presença de hipervascularização arterial e clareamento na fase portal. Recomenda-se realizar a biópsia se a lesão não apresentar aspecto típico de vascularização ao exame radiológico(14-16).

Tomografia computadorizada do tórax e tomografia computadorizada ou ressonância magnética do abdome e pelve são recomendadas para a avaliação da extensão da doença(17). Angiografia hepática é necessária para definir a ressecabilidade da lesão, podendo ser realizada por via convencional ou por meio de tomografia computadorizada helicoidal (angioTC) ou ressonância magnética (angioRM)(18).

O estadiamento pelo sistema TNM baseia-se nos resultados da análise anatomopatológica e é adequado para estimar o prognóstico de doentes após ressecção cirúrgica ou transplante hepático(17,19). Classificações que incorporam parâmetros clínicos e radiológicos, tais como Okuda, Barcelona Clinic Liver Cancer Group e Cancer of the Liver Italian Program (CLIP), são utilizadas com esta finalidade para doentes não cirúrgicos(20-22). A classificação de Barcelona é a mais difundida em nosso meio, sendo apropriada para a definição de conduta no doente com hepatocarcinoma e cirrose:

- » Estágio 0: tumor único ocupando menos que 50% do fígado, em doente assintomático (Zubrod 0), sem ascite, com níveis séricos de bilirrubina total menor que 3 mg/dL e albumina maior que 3 g/dL;
- » Estágio A: tumor único ocupando menos que 50% do fígado ou até três tumores com maior diâmetro de até 3 cm, em doente assintomático (Zubrod 0), Child-Pugh A ou B;
- » Estágio B: tumor ocupando mais que 50% do fígado ou multinodular, em doente assintomático (Zubrod 0), Child-Pugh A ou B;
- » Estágio C: presença de pelo menos um dos seguintes critérios: invasão vascular, disseminação extra-hepática, em doente sintomático (Zubrod 1 ou 2), Child-Pugh A ou B;
- » Estágio D: doente incapacitado (Zubrod 3 ou 4), qualquer que seja a extensão do tumor ou a função hepática (Child-Pugh A, B ou C);

5 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

5.1 CIRURGIA

A ressecção cirúrgica é o tratamento que confere melhor prognóstico aos doentes de hepatocarcinoma, com taxas de cura entre 40% e 50%; no entanto, apenas 10%-15% dos doentes ao diagnóstico apresentam condições clínicas e extensão tumoral compatíveis com realização de cirurgia curativa(2,3). A eficácia e segurança na ressecção hepática são fundamentadas na reserva fisiológica hepática do doente. Assim, a indicação de uma cirurgia de ressecção hepática dependerá do estado clínico do doente e da quantidade prevista de parênquima hepático restante, que deve ser em torno de 10% do peso corporal, havendo possibilidade de sucesso mesmo na ressecção de tumores com diâmetro acima de 10 cm e em casos selecionados de recorrência da doença(23-25). Nos doentes cirróticos, somente os com a classificação de Child-Pugh A (cirrose inicial) e ausência de hipertensão porta são candidatos à ressecção hepática com segurança. A via de acesso laparoscópica pode ser empregada com resultados oncológicos equivalentes à cirurgia convencional por via aberta(20,26,27).

O transplante hepático com doador cadáver ou intervivos é uma opção terapêutica para doentes que apresentem inicialmente tumor único de até 5 cm ou até três tumores com maior diâmetro de até 3 cm, sem invasão vascular e sem doença neoplásica extra-hepática, bem como para casos selecionados que atingem tal condição após outro tratamento inicial (17,28,29).

5.2 PROCEDIMENTOS ACESSÓRIOS

Quando a condição clínica do doente não é compatível com a realização de cirurgia radical ou quando se aguarda a realização de transplante hepático, outros procedimentos para tratamento locorregional podem resultar em regressão tumoral:

- » Ablação química por injeção percutânea (IPE): consiste na injeção intratumoral de etanol absoluto ou ácido acético a 50%, procedimento cirúrgico ambulatorial bem tolerado, realizado com auxílio de ultrassonografia e indicado para doentes que apresentem até três nódulos medindo no máximo 3 cm(30,31).
- » Ablação por radiofrequência (ARF): consiste na termocoagulação do tumor por ondas de rádio de alta frequência. Esta modalidade terapêutica apresenta melhor resultado oncológico que a IPE, porém resulta em maiores taxas de eventos adversos(32). O posicionamento intratumoral dos eletrodos é feito com auxílio de ultrassonografia, por via percutânea, laparoscópica ou por cirurgia aberta. A ARF

está indicada para lesão tumoral de até 4 cm, distante de órgãos vizinhos (vesícula biliar, estômago e cólon), da cápsula hepática e de ramos da veia hepática e veia porta, em localização acessível(33,34).

Quando a doença é irressecável, a embolização arterial do tumor pode reduzir suas dimensões, tornando-o passível de cirurgia radical em alguns doentes e controlar temporariamente os sintomas, porém não há demonstração de que promova aumento de do tempo de sobrevivência(35,36). O procedimento consiste na cateterização e injeção pela artéria hepática direita ou esquerda de quimioterapia antineoplásica, contraste rádio-opaco e um agente embolizante, para promover a necrose tumoral e mínima lesão do tecido hepático normal. Diversos agentes embolizantes podem ser usados, como partículas de Gelfoam, microesferas de acetato de polivinila e esferas carregadas com quimioterápicos(37,38). O procedimento pode ser associado à IPE e está indicado para doentes com capacidade funcional 0, 1 ou 2 (escala de Zubrod), com tumor ocupando menos de 50% do volume hepático, com função hepática e renal preservadas, na ausência de tumor extra-hepático, trombose da veia porta, infecção ativa, colestase ou comorbidades clinicamente não compensadas(39,40).

Há limitada evidência científica de que a quimioterapia sistêmica paliativa resulte em benefícios clinicamente relevantes para doentes com hepatocarcinoma, resultando na maioria dos estudos em baixas taxas de resposta (menor que 20%) e sobrevivência mediana de 8 a 10 meses. Há relatos do uso de esquemas terapêuticos com doxorubicina, cisplatina, 5-fluorouracila, interferon, epirubicina, capecitabina, gemcitabina, oxaliplatina, bevacizumabe, erlotinibe, sunitinibe ou sorafenibe, como agentes únicos ou em associação(41-48); destes antineoplásicos, apenas o sorafenibe conta com evidências de alguma vantagem terapêutica, em termos de eficácia, provenientes de estudos multicêntricos de fase III, em que seu uso foi comparado com o de placebo ou de doxorubicina(49-51). A experiência clínica no Ocidente com hormonioterapia paliativa usando o antiestrogênio tamoxifeno ou análogos da somatostatina, isoladamente ou em associação, não demonstrou benefício clínico para os doentes(52-54). Há limitada informação sobre a segurança da quimioterapia paliativa para doentes com comprometimento da função hepática, pelo que esta modalidade de tratamento deve ser reservada para doentes Child-Pugh A.

5.3 OPÇÕES TERAPÊUTICAS (CLASSIFICAÇÃO DE BARCELONA)

Estágio 0:

- » Ressecção cirúrgica;
- » Injeção percutânea de etanol;
- » Ablação por radiofrequência.

Estágio A:

- » Ressecção cirúrgica;
- » Transplante hepático;
- » Injeção percutânea de etanol;
- » Ablação por radiofrequência.

Estágio B:

- » Quimioembolização transarterial por cateter, seguida ou não por ressecção cirúrgica.

Estágio C:

- » Quimioterapia paliativa.

Estágio D:

- » Medidas de suporte clínico, sem tratamento antitumoral.

6 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

6.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A avaliação da resposta ao tratamento do hepatocarcinoma deve ser feita pelo uso de métodos radiológicos dinâmicos, em que a presença de necrose e áreas sem realce ao contraste pode ser traduzida por resposta antitumoral(55).

6.2 CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

A quimioterapia paliativa deve ser suspensa, temporária ou definitivamente, na ocorrência de(9,56):

- » Toxicidade clínica graus 3 e 4, conforme os parâmetros propostos pelo National Cancer Institute (EUA), de uso internacional;
- » Redução da capacidade funcional do doente para os níveis 3 ou 4 da escala de Zubrod;
- » Ausência de resposta após o 4º ciclo de quimioterapia citotóxica;
- » Após 6 ciclos de quimioterapia citotóxica, nos doentes que responderam à quimioterapia;
- » A qualquer tempo, na evidência de progressão de doença, particularmente nos doentes tratados com sorafenibe;
- » Falta de aderência ao tratamento;
- » Manifestação voluntária do doente, após esclarecimento dos riscos envolvidos.

7 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O monitoramento após tratamento cirúrgico ou transplante hepático para doentes com hepatocarcinoma deve incluir tomografia computadorizada ou ressonância magnética de abdome, com contraste, a cada 6-12 meses, associada à dosagem de AFP(17).

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes adultos com diagnóstico de câncer hepatocelular devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo e pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos cirúrgicos (Grupo 04 e os subgrupos 07 e 16) e de transplantes (Grupo 05, Subgrupo 05) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

É o seguintes o procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia do carcinoma hepatocelular:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

03.04.02.038-9 – Quimioterapia de carcinoma do fígado ou do trato biliar avançado.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goncalves CS, Pereira FE, Gayotto LC. Hepatocellular carcinoma in Brazil: report of a national survey (Florianópolis, SC, 1995). *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 1997 May-Jun;39(3):165-70.
2. Carrilho FJ, Kikuchi L, Branco F, Goncalves CS, Mattos AA. Clinical and epidemiological aspects of hepatocellular carcinoma in Brazil. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(12):1285-90.
3. Llovet JM, Fuster J, Bruix J. The Barcelona approach: diagnosis, staging, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Liver Transpl*. 2004 Feb;10(2 Suppl 1):S115-20.
4. Salhab M, Canelo R. An overview of evidence-based management of hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. *J Cancer Res Ther*. 2011 Oct-Dec;7(4):463-75.
5. Farinati F, Marino D, De Giorgio M, Baldan A, Cantarini M, Cursaro C, et al. Diagnostic and prognostic role of alpha-fetoprotein in hepatocellular carcinoma: both or neither? *Am J Gastroenterol*. 2006 Mar;101(3):524-32.
6. Cabibbo G, Enea M, Attanasio M, Bruix J, Craxi A, Camma C. A meta-analysis of survival rates of untreated patients in randomized clinical trials of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2010 Apr;51(4):1274-83.
7. Colli A, Fraquelli M, Casazza G, Massironi S, Colucci A, Conte D, et al. Accuracy of ultrasonography, spiral CT, magnetic resonance, and alpha-fetoprotein in diagnosing hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2006 Mar;101(3):513-23.
8. Singal A, Volk ML, Waljee A, Salgia R, Higgins P, Rogers MA, et al. Meta-analysis: surveillance with ultrasound for early-stage hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009 Jul;30(1):37-47.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. 13 ed. Brasília: MS/SAS/DRAC/CGSI, 2011. 110p.
10. Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2004 Jul;130(7):417-22.
11. Trinchet JC, Chaffaut C, Bourcier V, Degos F, Henrion J, Fontaine H, et al. Ultrasonographic surveillance of hepatocellular carcinoma in cirrhosis: a randomized trial comparing 3- and 6-month periodicities. *Hepatology*. 2011 Dec;54(6):1987-97.
12. Xie L, Guang Y, Ding H, Cai A, Huang Y. Diagnostic value of contrast-enhanced ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging for focal liver lesions: a meta-analysis. *Ultrasound Med Biol*. 2011 Jun;37(6):854-61.
13. Lee JM, Trevisani F, Vilgrain V, Wald C. Imaging diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma. *Liver Transpl*. 2011 Oct;17 Suppl 2:S34-43.
14. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. 2011 Mar;53(3):1020-2.
15. Kudo M, Izumi N, Kokudo N, Matsui O, Sakamoto M, Nakashima O, et al. Management of hepatocellular carcinoma in Japan: Consensus-Based Clinical Practice Guidelines proposed by the Japan Society of Hepatology (JSH) 2010 updated version. *Dig Dis*. 2011;29(3):339-64.
16. Sherman M, Burak K, Maroun J, Metrakos P, Knox JJ, Myers RP, et al. Multidisciplinary Canadian consensus recommendations for the management and treatment of hepatocellular carcinoma. *Curr Oncol*. 2011 Oct;18(5):228-40.
17. Clavien PA, Lesurtel M, Bossuyt PM, Gores GJ, Langer B, Perrier A. Recommendations for liver transplantation for

- hepatocellular carcinoma: an international consensus conference report. *Lancet Oncol.* 2012 Jan;13(1):e11-22.
18. Outwater EK. Imaging of the liver for hepatocellular cancer. *Cancer Control.* 2010 Apr;17(2):72-82.
 19. Varotti G, Ramacciato G, Ercolani G, Grazi GL, Vetrone G, Cescon M, et al. Comparison between the fifth and sixth editions of the AJCC/UICC TNM staging systems for hepatocellular carcinoma: multicentric study on 393 cirrhotic resected patients. *Eur J Surg Oncol.* 2005 Sep;31(7):760-7.
 20. Vauthey JN, Dixon E, Abdalla EK, Helton WS, Pawlik TM, Taouli B, et al. Pretreatment assessment of hepatocellular carcinoma: expert consensus statement. *HPB (Oxford).* 2010 Jun;12(5):289-99.
 21. Sirivatanauksorn Y, Tovikkai C. Comparison of staging systems of hepatocellular carcinoma. *HPB Surg.* 2011;2011:818217.
 22. Marrero JA, Fontana RJ, Barrat A, Askari F, Conjeevaram HS, Su GL, et al. Prognosis of hepatocellular carcinoma: comparison of 7 staging systems in an American cohort. *Hepatology.* 2005 Apr;41(4):707-16.
 23. Yamashita Y, Taketomi A, Shirabe K, Aishima S, Tsujita E, Morita K, et al. Outcomes of hepatic resection for huge hepatocellular carcinoma (≥ 10 cm in diameter). *J Surg Oncol.* 2011 Sep 1;104(3):292-8.
 24. Zhou Y, Sui C, Li B, Yin Z, Tan Y, Yang J, et al. Repeat hepatectomy for recurrent hepatocellular carcinoma: a local experience and a systematic review. *World J Surg Oncol.* 2010;8:55.
 25. Zhou YM, Li B, Xu DH, Yang JM. Safety and efficacy of partial hepatectomy for huge (≥ 10 cm) hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Med Sci Monit.* 2011 Feb 25;17(3):RA76-83.
 26. Li N, Wu YR, Wu B, Lu MQ. Surgical and oncologic outcomes following laparoscopic versus open liver resection for hepatocellular carcinoma: A meta-analysis. *Hepatol Res.* 2012 Jan;42(1):51-9.
 27. Vigano L, Tayar C, Laurent A, Cherqui D. Laparoscopic liver resection: a systematic review. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2009;16(4):410-21.
 28. Mazzaferro V, Bhoori S, Sposito C, Bongini M, Langer M, Miceli R, et al. Milan criteria in liver transplantation for hepatocellular carcinoma: an evidence-based analysis of 15 years of experience. *Liver Transpl.* 2011 Oct;17 Suppl 2:S44-57.
 29. Gordon-Weeks AN, Snaith A, Petrinic T, Friend PJ, Burls A, Silva MA. Systematic review of outcome of downstaging hepatocellular cancer before liver transplantation in patients outside the Milan criteria. *Br J Surg.* 2011 Sep;98(9):1201-8.
 30. Bertot LC, Sato M, Tateishi R, Yoshida H, Koike K. Mortality and complication rates of percutaneous ablative techniques for the treatment of liver tumors: a systematic review. *Eur Radiol.* 2011 Dec;21(12):2584-96.
 31. Schoppmeyer K, Weis S, Mossner J, Fleig WE. Percutaneous ethanol injection or percutaneous acetic acid injection for early hepatocellular carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(3):CD006745.
 32. Bouza C, Lopez-Cuadrado T, Alcazar R, Saz-Parkinson Z, Amate JM. Meta-analysis of percutaneous radiofrequency ablation versus ethanol injection in hepatocellular carcinoma. *BMC Gastroenterol.* 2009;9:31.
 33. Tiong L, Maddern GJ. Systematic review and meta-analysis of survival and disease recurrence after radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma. *Br J Surg.* 2011 Sep;98(9):1210-24.
 34. Germani G, Pleguezuelo M, Gurusamy K, Meyer T, Isgro G, Burroughs AK. Clinical outcomes of radiofrequency ablation, percutaneous alcohol and acetic acid injection for hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. *J Hepatol.* 2010 Mar;52(3):380-8.
 35. Oliveri RS, Wetterslev J, Gluud C. Transarterial (chemo)embolisation for unresectable hepatocellular carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(3):CD004787.
 36. Doffoel M, Bonnetain F, Bouche O, Vetter D, Abergel A, Fratte S, et al. Multicentre randomised phase III trial comparing Tamoxifen alone or with Transarterial Lipiodol Chemoembolisation for unresectable hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients (Federation Francophone de Cancerologie Digestive 9402). *Eur J Cancer.* 2008 Mar;44(4):528-38.
 37. Xie F, Zang J, Guo X, Xu F, Shen R, Yan L, et al. Comparison of transcatheter arterial chemoembolization and microsphere embolization for treatment of unresectable hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2012 Mar;138(3):455-62.
 38. Marelli L, Stigliano R, Triantos C, Senzolo M, Cholongitas E, Davies N, et al. Transarterial therapy for hepatocellular

- carcinoma: which technique is more effective? A systematic review of cohort and randomized studies. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2007 Jan-Feb;30(1):6-25.
39. Wang N, Guan Q, Wang K, Zhu B, Yuan W, Zhao P, et al. TACE combined with PEI versus TACE alone in the treatment of HCC: a meta-analysis. *Med Oncol*. 2011 Dec;28(4):1038-43.
 40. Wang W, Shi J, Xie WF. Transarterial chemoembolization in combination with percutaneous ablation therapy in unresectable hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. *Liver Int*. 2010 May;30(5):741-9.
 41. Boige V, Raoul JL, Pignon JP, Bouche O, Blanc JF, Dahan L, et al. Multicentre phase II trial of capecitabine plus oxaliplatin (XELOX) in patients with advanced hepatocellular carcinoma: FFCD 03-03 trial. *Br J Cancer*. 2007 Oct 8;97(7):862-7.
 42. Kaseb AO, Garrett-Mayer E, Morris JS, Xiao L, Lin E, Onicescu G, et al. Efficacy of bevacizumab plus erlotinib for advanced hepatocellular carcinoma and predictors of outcome: final results of a phase II trial. *Oncology*. 2012;82(2):67-74.
 43. Louafi S, Boige V, Ducreux M, Bonyhay L, Mansourbakht T, de Baere T, et al. Gemcitabine plus oxaliplatin (GEMOX) in patients with advanced hepatocellular carcinoma (HCC): results of a phase II study. *Cancer*. 2007 Apr 1;109(7):1384-90.
 44. Philip PA, Mahoney MR, Allmer C, Thomas J, Pitot HC, Kim G, et al. Phase II study of Erlotinib (OSI-774) in patients with advanced hepatocellular cancer. *J Clin Oncol*. 2005 Sep 20;23(27):6657-63.
 45. Pohl J, Zuna I, Stremmel W, Rudi J. Systemic chemotherapy with epirubicin for treatment of advanced or multifocal hepatocellular carcinoma. *Chemotherapy*. 2001 Sep-Oct;47(5):359-65.
 46. von Delius S, Lersch C, Mayr M, Stock K, Schulte-Frohlinde E, Schmid RM, et al. Capecitabine for treatment of advanced hepatocellular carcinoma. *Hepatogastroenterology*. 2007 Dec;54(80):2310-4.
 47. Yeo W, Mok TS, Zee B, Leung TW, Lai PB, Lau WY, et al. A randomized phase III study of doxorubicin versus cisplatin/interferon alpha-2b/doxorubicin/fluorouracil (PIAF) combination chemotherapy for unresectable hepatocellular carcinoma. *J Natl Cancer Inst*. 2005 Oct 19;97(20):1532-8.
 48. Koeberle D, Montemurro M, Samaras P, Majno P, Simcock M, Limacher A, et al. Continuous Sunitinib treatment in patients with advanced hepatocellular carcinoma: a Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK) and Swiss Association for the Study of the Liver (SASL) multicenter phase II trial (SAKK 77/06). *Oncologist*. 2010;15(3):285-92.
 49. Abou-Alfa GK, Johnson P, Knox JJ, Capanu M, Davidenko I, Lacava J, et al. Doxorubicin plus sorafenib vs doxorubicin alone in patients with advanced hepatocellular carcinoma: a randomized trial. *JAMA*. 2010 Nov 17;304(19):2154-60.
 50. Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, Hilgard P, Gane E, Blanc JF, et al. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2008 Jul 24;359(4):378-90.
 51. Zhang T, Ding X, Wei D, Cheng P, Su X, Liu H, et al. Sorafenib improves the survival of patients with advanced hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of randomized trials. *Anticancer Drugs*. 2010 Mar;21(3):326-32.
 52. Verset G, Verslype C, Reynaert H, Borbath I, Langlet P, Vandebroek A, et al. Efficacy of the combination of long-acting release octreotide and tamoxifen in patients with advanced hepatocellular carcinoma: a randomised multicentre phase III study. *Br J Cancer*. 2007 Sep 3;97(5):582-8.
 53. Nowak AK, Stockler MR, Chow PK, Findlay M. Use of tamoxifen in advanced-stage hepatocellular carcinoma. A systematic review. *Cancer*. 2005 Apr 1;103(7):1408-14.
 54. Jia WD, Zhang CH, Xu GL, Ge YS, Wang W. Octreotide therapy for hepatocellular carcinoma: a systematic review of the evidence from randomized controlled trials. *Hepatogastroenterology*. 2010 Mar-Apr;57(98):292-9.
 55. Forner A, Ayuso C, Varela M, Rimola J, Hessheimer AJ, de Lope CR, et al. Evaluation of tumor response after locoregional therapies in hepatocellular carcinoma: are response evaluation criteria in solid tumors reliable? *Cancer*. 2009 Feb 1;115(3):616-23.
 56. BRASIL, Ministério da Saúde. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 130p.

CARCINOMA DE PULMÃO

Portaria SAS/MS nº 957, de 26 de setembro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 16/01/2012 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para câncer de pulmão no adulto: (systematic review (ti) OR meta-analysis (pt) OR meta-analysis (ti) OR systematic literature review (ti) OR (systematic review (tiab) AND review (pt)) OR consensus development conference (pt) OR practice guideline (pt) OR cochrane database syst rev (ta) OR acp journal club (ta) OR health technol assess (ta) OR evid rep technol assess summ (ta)) OR ((evidence based(ti) OR evidence-based medicine (mh) OR best practice* (ti) OR evidence synthesis (tiab)) AND (review (pt) OR diseases category(mh) OR behavior and behavior mechanisms (mh) OR therapeutics (mh) OR evaluation studies(pt) OR validation studies(pt) OR guideline (pt))) OR ((systematic (tw) OR systematically (tw) OR critical (tiab) OR (study selection (tw)) OR (predetermined (tw) OR inclusion (tw) AND criteri* (tw)) OR exclusion criteri* (tw) OR main outcome measures (tw) OR standard of care (tw) OR standards of care (tw)) AND (survey (tiab) OR surveys (tiab) OR overview* (tw) OR review (tiab) OR reviews (tiab) OR search* (tw) OR handsearch (tw) OR analysis (tiab) OR critique (tiab) OR appraisal (tw) OR (reduction (tw)AND (risk (mh) OR risk (tw)) AND (death OR recurrence))) AND (literature (tiab) OR articles (tiab) OR publications (tiab) OR publication (tiab) OR bibliography (tiab) OR bibliographies (tiab) OR published (tiab) OR unpublished (tw) OR citation (tw) OR citations (tw) OR database (tiab) OR internet (tiab) OR textbooks (tiab) OR references (tw) OR scales (tw) OR papers (tw) OR datasets (tw) OR trials (tiab) OR meta-analy* (tw) OR (clinical (tiab) AND studies (tiab)) OR treatment outcome (mh) OR treatment outcome (tw))) NOT (letter (pt) OR newspaper article (pt) OR comment (pt)).

Entre 749 referências encontradas, as 480 mais recentes (últimos cinco anos) foram revisadas e identificaram-se 96 estudos clínicos e meta-análises elegíveis; e não foram incluídos 112 estudos de ciência básica ou pré-clínica, 106 revisões narrativas ou estudos opinativos, 110 artigos sobre doenças ou condições clínicas fora do escopo destas Diretrizes, 29 relatos de diretrizes internacionais de tratamento, 22 textos sobre produtos sem registro na ANVISA e 5 estudos farmacoeconômicos de outros países.

2 INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão é uma das principais causas de morte evitável em todo o mundo, pois, em 90% dos casos diagnosticados, está associado ao tabagismo. Altamente letal, a sobrevida média cumulativa total em cinco anos varia entre 13% e 21% em países desenvolvidos e entre 7% e 10% nos países em desenvolvimento. No Brasil, entre 2005-2009, foi o tipo de câncer que mais fez vítimas entre os homens e foi o segundo mais letal entre as mulheres(1-3).

O fator de risco mais importante para ocorrência do câncer de pulmão é o tabagismo. Fumantes têm o risco decuplicado de desenvolver a doença, em relação aos não fumantes, risco que está relacionado à quantidade de cigarros consumida, duração do hábito e idade em que iniciou o tabagismo. A cessação do tabagismo a qualquer tempo resulta na diminuição do risco de desenvolver câncer de pulmão. O tabagismo passivo, exposição ambiental ao gás radônio e exposição ocupacional prévia à mineração de amianto constituem fatores de risco adicionais para a doença(3).

Consultores: Cléber José Martins Gomes e Sandro José Martins

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

Estas Diretrizes compreendem a conduta terapêutica geral para o câncer de pulmão, compreendendo os seguintes tipos histológicos: carcinoma de pequenas células, carcinoma epidermoide, adenocarcinoma, carcinoma de grandes células, carcinoma adenoescamoso e carcinoma indiferenciado, classificados para fins terapêuticos e prognósticos em dois grupos: o carcinoma de pequenas células (CPPC) e os carcinomas de células não pequenas (CPCNP). A história natural de neoplasias como o carcinoma pleomórfico ou sarcomatoide, carcinoma mucoepidermoide e carcinoma adenocístico é pouco conhecida, e as modalidades terapêuticas aqui recomendadas são aplicáveis a estas doenças, a critério médico. Os tumores carcinoides constituem um grupo de doenças à parte, enquadrados para fins terapêuticos, entre os cânceres neuroendócrinos(3a).

A seleção do tratamento deverá ser adequada ao estadiamento clínico da doença (classificação TNM), capacidade funcional (escala ECOG/Zubrod), condições clínicas e preferência do doente. A extensão da doença nos casos de câncer de pulmão de pequenas células é classificada para fins terapêuticos em doença localizada e doença extensa. Doença localizada é aquela confinada ao hemitórax de origem, mediastino e linfonodos supraclaviculares ipsilaterais, passíveis de tratamento por um mesmo campo de irradiação. A presença de derrame pleural ipsilateral enseja prognóstico intermediário entre casos de doença localizada e doença extensa. Doença extensa é aquela disseminada além da fossa supraclavicular ipsilateral, incluindo-se os casos de metástases à distância(4,5).

Os hospitais credenciados para atendimento em oncologia devem, por sua responsabilidade, dispor de protocolo clínico institucional complementar, adequado a estas Diretrizes, destinado a orientar a tomada de decisão por doentes e médicos, avaliar e garantir qualidade na assistência, orientar a destinação de recursos na assistência à saúde e fornecer elementos de boa prática médica (5a).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

C 34 BRÔNQUIOS E PULMÕES:

- » C34.0 Brânquio principal, carina, hilo do pulmão;
- » C34.1 Lobo superior do pulmão, brânquio do lobo superior, língua;
- » C34.2 Lobo médio do pulmão, brânquio do lobo médio;
- » C34.3 Lobo inferior do pulmão, brânquio do lobo inferior;
- » C34.8 Lesão sobreposta do pulmão;
- » C34.9 Pulmão, bronquíolo, broncogênico – sem outra especificação.

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

O diagnóstico presuntivo de câncer de pulmão é feito na investigação de sintomas respiratórios (tosse, dispneia, dor torácica, hemoptise) e constitucionais (fadiga e emagrecimento), ou por achado radiológico atípico em exame realizado com outro propósito. Mesmo para fumantes, não é recomendado o rastreamento radiológico (radiografia de tórax ou tomografia computadorizada de baixa dose) para indivíduos assintomáticos; apesar de resultados promissores verificados no National Lung Screening Trial (NLST), permanecem indefinidas questões como a reprodutibilidade do método de aquisição e leitura das imagens, frequência do exame e população sob risco apropriada para a intervenção no Brasil (6-8).

O diagnóstico definitivo é firmado pelo exame histopatológico ou citológico de espécime tumoral obtido por broncoscopia, mediastinoscopia, biópsia pleural ou biópsia pleuropulmonar a céu aberto ou vídeo-assistida. Eventualmente, o diagnóstico será feito após estudo anatomopatológico de peça cirúrgica - segmento, lobo pulmonar ou pulmão. A citologia de escarro não é recomendada rotineiramente, porém pode ser útil no diagnóstico de tumores de localização central(9,10).

Como já mencionado, usa-se agrupar em dois grupos os casos de câncer de pulmão, segundo o tipo histopatológico, para fins terapêuticos e prognósticos: câncer de pulmão de pequenas células (CPPC) e câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP). O primeiro grupo (15%) corresponde aos casos de carcinoma de pequenas células, doença de evolução clínica mais agressiva, enquanto o segundo grupo (85%) agrega os demais tipos histopatológicos. No entanto, a experiência clínica acumulada com medicamentos antineoplásicos introduzidos na última década para tratamento do CPCNP demonstra que a segurança e eficácia deles podem guardar relação com o subtipo histopatológico e características moleculares, sendo importante diferenciar, minimamente, os subtipos escamoso e não escamoso do CPCNP, bem como, idealmente, identificar a presença de mutação do receptor para o fator de crescimento epitelial (EGFR) nos casos de adenocarcinoma (11,12).

Uma vez obtida a confirmação da malinidade e do tipo histopatológico tumoral, procede-se ao estadiamento clínico por meio de tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome superior, com contraste. A cintilografia óssea com Tecnécio-99m é indicada para doentes com câncer de pulmão de pequenas células e, nos demais casos, quando há queixa de dor óssea. A cintilografia óssea apresenta boa sensibilidade para o diagnóstico de metástases, mas elevada taxa de resultados falso positivos por doenças degenerativas osteoarticulares ou trauma ósseo. Achados anormais à cintilografia devem ser confirmados por outros exames de imagem para se estabelecer o diagnóstico de metástase óssea. A investigação por TC ou ressonância magnética (RM) do cérebro não é indicada rotineiramente como parte do estadiamento clínico do CPCNP, devendo ser empregada para doentes com câncer de pulmão de pequenas células e, nos demais casos, quando houver suspeita clínica de metástase no sistema nervoso central(13).

A indicação de PET-CT deve ser feita para o estadiamento clínico do câncer de pulmão de células não pequenas potencialmente ressecável. Esse exame apresenta maior sensibilidade para o diagnóstico de acometimento linfonodal mediastinal e hilar se comparado à TC, permitindo maior acurácia no diagnóstico da doença localizada (estágio I)(14,15). No entanto, o desempenho do exame é inferior para doentes em áreas endêmicas para tuberculose, pelo que, se há linfonodos mediastinais aumentados à TC (16 mm ou maior), faz-se necessária a abordagem cirúrgica complementar, por mediastinoscopia cervical ou toracoscopia, para minimizar a indicação de toracotomias desnecessárias(5,16,17).

5 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

5.1 CÂNCER DE PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS

5.1.1 CIRURGIA

O tratamento cirúrgico não é recomendado para este tipo de neoplasia, pelo seu comportamento biológico de propensão precoce a originar metástases à distância. Quando este diagnóstico é firmado após uma ressecção cirúrgica pulmonar, o doente deve receber tratamento sistêmico complementar compatível com o estadiamento da doença. O papel da cirurgia não foi estudado prospectivamente nesta neoplasia, mas doentes operados com tumor localizado lograram melhor prognóstico, em séries históricas, quando comparados aos tratados por radioquimioterapia (18-20).

5.1.2 RADIOTERAPIA

A irradiação torácica aumenta a sobrevida de doentes com câncer de pulmão de pequenas células, sendo costumeiramente indicada. A irradiação craniana com finalidade profilática (25 Gy em 10 frações de 250 cGy) previne a recorrência da doença no sistema nervoso central, sendo indicada para doentes que obtiveram controle da doença torácica, e permite o controle temporário de sintomas de metástases no sistema nervoso central(21,22).

5.1.3 QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia aumenta a sobrevida de doentes com câncer de pulmão de pequenas células (CPCP), sendo indicada em associação à radioterapia para doentes com doença localizada (quimioterapia prévia) e isoladamente para doentes com doença avançada ou metastática (quimioterapia paliativa). No entanto, mesmo com a assistência terapêutica integral poucos doentes são curados e a expectativa de sobrevida em 5 anos para doentes com doença

limitada e extensa é de 10% e 5%, respectivamente(23). Nos casos de CPCP inexistente benefício com quimioterapia de manutenção ou com intensificação de dose(24).

O esquema terapêutico, quimioterápico, padrão envolve a associação de derivado da platina (cisplatina ou carboplatina) e o etoposido. Outros esquemas que produzem resultados similares e toxicidade variável incluem: ciclofosfamida, doxorubicina e vincristina (CAV); ciclofosfamida, doxorubicina e etoposido; ciclofosfamida, etoposido e vincristina; cisplatina e topotecano; cisplatina e irinotecano; ifosfamida, cisplatina e etoposido; carboplatina e paclitaxel; carboplatina e gemcitabina(25-28).

A neoplasia na maioria dos doentes responde inicialmente a quimioterapia, mas recidiva em geral no primeiro ano após o início do tratamento. A chance de resposta à quimioterapia de 2ª linha varia segundo a resposta obtida ao tratamento inicial: doentes responsivos com recidiva 60-90 dias após o término do tratamento inicial (doença sensível) têm maior possibilidade de resposta à quimioterapia de 2ª linha. Doentes responsivos com recidiva dentro de 60-90 dias do término do tratamento inicial (doença refratária) ou que não respondem ou progridem na vigência do tratamento inicial (doença quimiorresistente) apresentam menor chance de benefício à quimioterapia de 2ª linha. O esquema de quimioterapia de 1ª linha pode ser repetido nos casos de “doença sensível”, especialmente quando a recidiva ocorre tardiamente (acima de seis meses). Pacientes com “doença refratária” ou “quimiorresistente” raramente logram benefício de quimioterapia paliativa de 2ª linha; quando indicada, podem ser usados esquemas baseados nos antineoplásicos não utilizadas no tratamento de 1ª linha, em monoterapia ou em associação, sendo maior a experiência clínica acumulada com uso do topotecano ou do esquema CAV (29,30).

5.1.4 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Doença localizada:

- » Quimioterapia sistêmica associada à irradiação torácica, com ou sem irradiação craniana nos casos de resposta clínica completa no pulmão.
- » Quimioterapia sistêmica, com ou sem irradiação craniana nos casos de resposta clínica completa no pulmão.
- » Ressecção cirúrgica, seguida por quimioterapia sistêmica ou quimioterapia associada à irradiação torácica, com ou sem irradiação craniana, para doentes no estágio I.

Doença extensa:

- » Quimioterapia sistêmica, com ou sem irradiação craniana nos com resposta clínica completa no pulmão.
- » Radioterapia paliativa torácica ou para metástases cerebrais, epidurais ou ósseas.

5.2 CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAR NÃO PEQUENAS

5.2.1 CIRURGIA

A cirurgia é a modalidade terapêutica com maior potencial curativo para os casos de carcinoma pulmonar de células não pequenas (CPCNP), nos doentes com doença localizada ao diagnóstico realizada por toracotomia ou toracoscopia vídeo-assistida(31,32). No intra-operatório, o cirurgião optará, dependendo da extensão real do tumor e da necessidade de se preservar a função pulmonar, pela ressecção em cunha, segmentectomia, lobectomia ou mesmo pneumectomia com ressecção das cadeias linfáticas regionais(33). Enquanto nos ensaios clínicos com doentes em estágio I o prognóstico após lobectomia ou uma ressecção menor parece ser similar, dados acumulados da prática clínica sugerem que os resultados oncológicos são inferiores com ressecções em cunha e segmentectomias(34,35). Em casos selecionados de metástase cerebral isolada, sincrônica ou metacrônica, a ressecção cirúrgica completa da lesão enseja prognóstico mais favorável que o tratamento paliativo exclusivo(36).

5.2.2 RADIOTERAPIA

A radioterapia externa (teleterapia) tem indicação nos casos de CPCNP em qualquer estágio tumoral, com finalidade curativa ou paliativa e em uso associado ou combinado com a cirurgia ou a quimioterapia.

A irradiação ablativa estereotática (83,2 Gy a 146 Gy) é uma modalidade de radioterapia que pode ser indicada para doentes no estágio I que não apresentem condições clínicas para tratamento cirúrgico (37-39).

A irradiação torácica associada à quimioterapia sistêmica promove a cura de uma pequena parcela de doentes com doença localizada inoperável(40,41). A irradiação craniana profilática não é indicada para casos de CPCNP(42).

Sintomas de progressão locorregional ou de acometimento metastático ósseo ou do sistema nervoso podem ser paliados com a teleterapia; a braquiterapia endoluminal pode ser empregada na palição de sintomas respiratórios, mas não parece conferir vantagem adicional à radioterapia externa (43).

5.2.3 QUIMIOTERAPIA

O esquema terapêutico padrão para a quimioterapia prévia ou adjuvante do CPCP é associação de cisplatina com o etoposido.

A quimioterapia adjuvante confere maior sobrevida para doentes com doença localizada operados(44,45). Alguns doentes com doença localmente avançada logram benefício com quimioterapia prévia à cirurgia, tratamento associado ou não à radioterapia(46-48). Em doentes com doença avançada ou metastática ao diagnóstico, a quimioterapia paliativa resulta em modesto incremento na sobrevida mediana (2-3 meses), com possibilidade de controle temporário dos sintomas, mas sem expectativa de cura, (49-53).

Muitos esquemas de quimioterapia sistêmica podem ser usados com finalidade paliativa, contendo medicamentos tais como cisplatina, carboplatina, etoposido, mitomicina C, vimblastina, vinorelbina, gemcitabina, docetaxel, paclitaxel, pemetrexede, erlotinibe, gefitinibe, bevacizumabe e cetuximabe, em monoterapia ou em associações, por até três linhas de tratamento(49). A seleção do tratamento deve considerar as características fisiológicas e capacidade funcional individuais, tipo histológico, perfil de toxicidade clínica, preferências do doente e protocolos terapêuticos institucionais.

Recomenda-se que a quimioterapia paliativa de 1ª linha seja indicada para doentes com capacidade funcional 0, 1 ou 2 na escala de Zubrod. Quando medicamente possível, o tratamento deve ser feito com esquema terapêutico contendo cisplatina ou carboplatina, associada com um segundo agente antineoplásico(54,55). Em um único ensaio clínico, a adição de bevacizumabe à quimioterapia de 1ª linha com carboplatina e paclitaxel promoveu aumento de sobrevida (diferença de 2 meses no tempo mediano de sobrevida) para um subgrupo selecionado de doentes: capacidade funcional 0 ou 1, subtipo histológico não escamoso, sem metástase cerebral, sem hemoptise, e à custa de maior toxicidade(56). Inexiste evidência de benefício semelhante para a associação de bevacizumabe a outros esquemas de quimioterapia de 1ª linha, e revisões sistemáticas dos estudos de fase III publicados são contraditórias quanto a haver alguma vantagem para tratamentos contendo bevacizumabe(57-59). A adição de cetuximabe à quimioterapia de 1ª linha com cisplatina e vinorelbina promoveu aumento de sobrevida (diferença de 1,2 meses) para um subgrupo selecionado de doentes (capacidade funcional 0 ou 1, tumores com expressão do receptor para o fator de crescimento epitelial) e à custa de maior toxicidade(60,61). Apesar de que tal benefício não foi observado com o cetuximabe em associação ao esquema carboplatina e paclitaxel(62), revisões sistemáticas de estudos controlados de fase II-III sugerem incremento de sobrevida com cetuximabe associado a esquemas contendo cisplatina - diferença de 6% na taxa de sobrevida em 1 ano (63,64). Há necessidade de corroboração dos resultados de eficácia e segurança das pesquisas clínicas com bevacizumabe e cetuximabe no tratamento do câncer de pulmão, antes que seu uso possa ser adotado rotineiramente.

A presença da mutação do gene que codifica o receptor para o fator de crescimento epitelial (EGFR) é um fator preditivo de resposta aos inibidores do sítio da tirosina-quinase associada ao EGFR, tais como o erlotinibe e o gefitinibe. Nesta condição, monoterapia com um destes medicamentos é uma opção terapêutica aceitável para quimioterapia paliativa inicial ou após falha a outro esquema terapêutico(65-68).

Recomenda-se que a quimioterapia paliativa de 2ª linha ou 3ª linha seja realizada apenas para doentes com capacidade funcional 0 ou 1 na escala de Zubrod. Inexiste evidência científica de que o tratamento antineoplásico paliativo de 2ª ou 3ª linha seja seguro ou eficaz para doentes com capacidade funcional comprometida (nível igual ou maior que 2 na escala de Zubrod). O esquema quimioterápico deve ser selecionado segundo o esquema usado anteriormente e o perfil de segurança e eficácia então observados, indicando-se preferencialmente medicamentos antineoplásicos em monoterapia(49,69,70). O início imediato da quimioterapia de 2ª linha após o término da quimioterapia inicial ou “tratamento de manutenção”, com erlotinibe ou pemetrexede(71,72), parece conferir vantagem sobre o

mesmo tratamento quando iniciado após a progressão clínica da doença, mas há necessidade de corroboração dos resultados de eficácia iniciais e melhor definição do perfil de doentes que se beneficiariam, antes que esta conduta possa ser generalizada como rotina(73-75).

5.2.4 OPÇÕES TERAPÊUTICAS POR ESTÁGIO CLÍNICO

Estágio 0:

- » Ressecção cirúrgica conservadora: segmentectomia ou ressecção em cunha.

Estágio I:

- » Ressecção cirúrgica conservadora: lobectomia, segmentectomia ou ressecção em cunha;
- » Radioterapia torácica radical, para doentes com contraindicação médica para cirurgia.

Estágio II:

- » Ressecção cirúrgica: pneumectomia, lobectomia ou ressecção segmentar pulmonar;
- » Radioterapia torácica radical, para doentes com contraindicação médica para cirurgia;
- » Quimioterapia adjuvante, após a cirurgia;
- » Radioterapia torácica associada ou não à quimioterapia, seguida ou não por ressecção cirúrgica (tumor do ápice pulmonar – tumor de Pancoast - ou invasão de parede torácica).

Estágio IIIA:

- » Ressecção cirúrgica (T3N1M0): pneumectomia, lobectomia ou ressecção segmentar pulmonar;
- » Radioterapia torácica radical associada à quimioterapia, para doentes com invasão linfática N2 ou contraindicação médica para cirurgia;
- » Radioterapia torácica radical, para doentes com contra-indicação médica para quimiorradioterapia;
- » Quimioterapia adjuvante, após cirurgia;
- » Radioterapia torácica associada ou não à quimioterapia, seguida ou não por ressecção cirúrgica (tumor de Pancoast ou invasão de parede torácica).

Estágio IIIB, IV e doença recidivada:

- » Radioterapia torácica associada ou não à quimioterapia;
- » Quimioterapia paliativa;
- » Ressecção cirúrgica de metástase cerebral isolada, seguida ou não por radioterapia craniana;
- » Radioterapia externa, associada ou não à radioterapia intersticial, para lesões endobrônquicas sintomáticas;
- » Radioterapia paliativa, com finalidade antiálgica ou hemostática.

6 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

6.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A avaliação da resposta ao tratamento antineoplásico sistêmico deve ser feita pelos critérios RECIST, sempre que aplicáveis(76).

6.2 CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO

A quimioterapia deve ser suspensa, temporária ou definitivamente, na ocorrência de(55,77,78):

- » Toxicidade clínica graus 3 e 4, conforme os parâmetros propostos pelo National Cancer Institute (EUA), de uso internacional;
- » Redução da capacidade funcional do doente para os níveis 2, 3 ou 4 da escala de Zubrod;
- » Ausência de resposta após o 4º ciclo de quimioterapia;
- » Após 6 ciclos de quimioterapia, nos doentes responsivos;
- » A qualquer tempo, na evidência de progressão neoplásica;
- » Falta de aderência ao tratamento;
- » Manifestação voluntária do doente, após esclarecimento dos riscos envolvidos.

7 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Doentes tratados com intenção curativa devem ser reavaliados quanto a complicações relacionadas aos procedimentos médicos em um prazo de 3-4 meses após o término do tratamento. No seguimento, recomenda-se a realização de consulta médica e exames de imagem (radiografia de tórax ou TC de tórax) a cada 6 meses por 2 anos e, então, anualmente. Exames laboratoriais, marcadores tumorais, citologia de escarro, broncoscopia e PET-CT não devem ser indicados para fins de acompanhamento pós-tratamento(79).

Doentes que são fumantes devem ser encorajados a abandonar hábito e ser encaminhados para tratamento antitabágico – comportamental e de apoio farmacoterápico.

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de câncer de pulmão devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de radioterapia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo e pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01) e cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia do câncer de pulmão:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

- » 03.04.02.021-4 - Quimioterapia do carcinoma pulmonar de células não pequenas avançado
- » 03.04.02.022-2 - Quimioterapia do carcinoma pulmonar indiferenciado de células pequenas avançado

QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOADJUVANTE) - ADULTO

- » 03.04.04.009-6 - Quimioterapia do carcinoma pulmonar de células não pequenas (prévia)
- » 03.04.04.010-0 - Quimioterapia do carcinoma pulmonar indiferenciado de células pequenas (prévia)

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA) – ADULTO

- » 03.04.05.017-2 - Quimioterapia do carcinoma pulmonar de células não pequenas (adjuvante)
- » 03.04.05.018-0 - Quimioterapia de carcinoma pulmonar indiferenciado de células pequenas (adjuvante)

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Atlas de Mortalidade por Câncer. Instituto Nacional de Câncer 2012.
2. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011 Mar Apr;61(2):69-90.
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International journal of cancer*. 2010 Dec 15;127(12):2893-917.
- 3a. Novaes FT et al Câncer de pulmão: histologia, estágio, tratamento e sobrevida http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000800009 - nt. *J. bras. pneumol*. vol.34 no.8 São Paulo Aug. 2008. (Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000800009)
4. Rami-Porta R, Crowley JJ, Goldstraw P. The revised TNM staging system for lung cancer. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2009 Feb;15(1):4-9.
5. Kalemkerian GP. Staging and imaging of small cell lung cancer. *Cancer Imaging*. 2011;11:253-8.
- 5a. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. 13 ed. Brasília: MS/SAS/DRAC/CGSI, 2011. 110p.
6. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011 Aug 4;365(5):395-409.
7. Bach PB. Inconsistencies in findings from the early lung cancer action project studies of lung cancer screening. *Journal of the National Cancer Institute*. 2011 Jul 6;103(13):1002-6.
8. Gopal M, Abdullah SE, Grady JJ, Goodwin JS. Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: a systematic review and meta-analysis of the baseline findings of randomized controlled trials. *J Thorac Oncol*. 2010 Aug;5(8):1233-9.
9. Vansteenkiste J, Doooms C, De Leyn P. Early stage non-small-cell lung cancer: challenges in staging and adjuvant treatment: evidence-based staging. *Ann Oncol*. 2010 Oct;21 Suppl 7:vii189-95.
10. Darling GE, Dickie AJ, Malthaner RA, Kennedy EB, Tey R. Invasive mediastinal staging of non-small-cell lung cancer: a clinical practice guideline. *Curr Oncol*. 2011 Dec;18(6):e304-10.
11. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR, Yatabe Y, et al. International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. *J Thorac Oncol*. 2011 Feb;6(2):244-85.
12. Paech DC, Weston AR, Pavlakis N, Gill A, Rajan N, Barraclough H, et al. A systematic review of the interobserver variability for histology in the differentiation between squamous and nonsquamous non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2011 Jan;6(1):55-63.
13. Silvestri GA, Gould MK, Margolis ML, Tanoue LT, McCrory D, Toloza E, et al. Noninvasive staging of non-small cell lung cancer: ACCP evidenced-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest*. 2007 Sep;132(3 Suppl):178S-201S.
14. Lv YL, Yuan DM, Wang K, Miao XH, Qian Q, Wei SZ, et al. Diagnostic performance of integrated positron emission tomography/computed tomography for mediastinal lymph node staging in non-small cell lung cancer:

- a bivariate systematic review and meta-analysis. *J Thorac Oncol*. 2011 Aug;6(8):1350-8.
15. Wang J, Welch K, Wang L, Kong FM. Negative predictive value of positron emission tomography and computed tomography for stage T1-2N0 non-small-cell lung cancer: a meta-analysis. *Clinical lung cancer*. 2012 Mar;13(2):81-9.
 16. Lee JW, Kim BS, Lee DS, Chung JK, Lee MC, Kim S, et al. 18F-FDG PET/CT in mediastinal lymph node staging of non-small-cell lung cancer in a tuberculosis-endemic country: consideration of lymph node calcification and distribution pattern to improve specificity. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2009 Nov;36(11):1794-802.
 17. Al-Sarraf N, Aziz R, Doddakula K, Gately K, Wilson L, McGovern E, et al. Factors causing inaccurate staging of mediastinal nodal involvement in non-small cell lung cancer patients staged by positron emission tomography. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2007 Jun;6(3):350-3.
 18. Koletsis EN, Prokakis C, Karanikolas M, Apostolakis E, Dougenis D. Current role of surgery in small cell lung carcinoma. *Journal of cardiothoracic surgery*. 2009;4:30.
 19. Schreiber D, Rineer J, Weedon J, Vongtama D, Wortham A, Kim A, et al. Survival outcomes with the use of surgery in limited-stage small cell lung cancer: should its role be re-evaluated? *Cancer*. 2010 Mar 1;116(5):1350-7.
 20. Lim E, Belcher E, Yap YK, Nicholson AG, Goldstraw P. The role of surgery in the treatment of limited disease small cell lung cancer: time to reevaluate. *J Thorac Oncol*. 2008 Nov;3(11):1267-71.
 21. Le Pechoux C, Dunant A, Senan S, Wolfson A, Quoix E, Faivre-Finn C, et al. Standard-dose versus higher-dose prophylactic cranial irradiation (PCI) in patients with limited-stage small-cell lung cancer in complete remission after chemotherapy and thoracic radiotherapy (PCI 99-01, EORTC 22003-08004, RTOG 0212, and IFCT 99-01): a randomised clinical trial. *The lancet oncology*. 2009 May;10(5):467-74.
 22. Herrmann MK, Bloch E, Overbeck T, Koerber W, Wolff HA, Hille A, et al. Mediastinal radiotherapy after multidrug chemotherapy and prophylactic cranial irradiation in patients with SCLC--treatment results after long-term follow-up and literature overview. *Cancer Radiother*. 2011 Apr;15(2):81-8.
 23. Pelayo Alvarez M, Gallego Rubio O, Bonfill Cosp X, Agra Varela Y. Chemotherapy versus best supportive care for extensive small cell lung cancer. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2009(4):CD001990.
 24. Rossi A, Garassino MC, Cinquini M, Sburlati P, Di Maio M, Farina G, et al. Maintenance or consolidation therapy in small-cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*. 2010 Nov;70(2):119-28.
 25. Amarasena IU, Walters JA, Wood-Baker R, Fong K. Platinum versus non-platinum chemotherapy regimens for small cell lung cancer. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2008(4):CD006849.
 26. Lee SM, James LE, Qian W, Spiro S, Eisen T, Gower NH, et al. Comparison of gemcitabine and carboplatin versus cisplatin and etoposide for patients with poor-prognosis small cell lung cancer. *Thorax*. 2009 Jan;64(1):75-80.
 27. de Jong WK, Groen HJ, Koolen MG, Biesma B, Willems LN, Kwa HB, et al. Phase III study of cyclophosphamide, doxorubicin, and etoposide compared with carboplatin and paclitaxel in patients with extensive disease small-cell lung cancer. *Eur J Cancer*. 2007 Nov;43(16):2345-50.
 28. Lima JP, dos Santos LV, Sasse EC, Lima CS, Sasse AD. Camptothecins compared with etoposide in combination with platinum analog in extensive stage small cell lung cancer: systematic review with meta-analysis. *J Thorac Oncol*. 2011 Dec;5(12):1986-93.
 29. Cheng S, Evans WK, Stys-Norman D, Shepherd FA. Chemotherapy for relapsed small cell lung cancer: a systematic review and practice guideline. *J Thorac Oncol*. 2007 Apr;2(4):348-54.
 30. Riemsma R, Simons JP, Bashir Z, Gooch CL, Kleijnen J. Systematic Review of topotecan (Hycamtin) in relapsed small cell lung cancer. *BMC cancer*. 2010;10:436.
 31. Yan TD, Black D, Bannon PG, McCaughan BC. Systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials on safety and efficacy of video-assisted thoracic surgery lobectomy for early-stage non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2009 May 20;27(15):2553-62.
 32. Whitson BA, Groth SS, Duval SJ, Swanson SJ, Maddaus MA. Surgery for early-stage non-small cell lung cancer: a systematic review of the video-assisted thoracoscopic surgery versus thoracotomy approaches to lobectomy.

- Ann Thorac Surg. 2008 Dec;86(6):2008-16; discussion 16-8.
33. Hughes MJ, Chowdhry MF, Woolley SM, Walker WS. In patients undergoing lung resection for non-small cell lung cancer, is lymph node dissection or sampling superior? *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2011 Sep;13(3):311-5.
 34. Whitson BA, Groth SS, Andrade RS, Maddaus MA, Habermann EB, D'Cunha J. Survival after lobectomy versus segmentectomy for stage I non-small cell lung cancer: a population-based analysis. *Ann Thorac Surg.* 2011 Dec;92(6):1943-50.
 35. Fan J, Wang L, Jiang GN, Gao W. Sublobectomy versus lobectomy for stage I non-small-cell lung cancer, a meta-analysis of published studies. *Ann Surg Oncol.* 2012 Feb;19(2):661-8.
 36. Modi A, Vohra HA, Weeden DF. Does surgery for primary non-small cell lung cancer and cerebral metastasis have any impact on survival? *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2009 Apr;8(4):467-73.
 37. Lagerwaard FJ, Versteegen NE, Haasbeek CJ, Slotman BJ, Paul MA, Smit EF, et al. Outcomes of stereotactic ablative radiotherapy in patients with potentially operable stage I non-small cell lung cancer. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 2012 May 1;83(1):348-53.
 38. Zhang J, Yang F, Li B, Li H, Liu J, Huang W, et al. Which is the optimal biologically effective dose of stereotactic body radiotherapy for Stage I non-small-cell lung cancer? A meta-analysis. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 2011 Nov 15;81(4):e305-16.
 39. Palma D, Lagerwaard F, Rodrigues G, Haasbeek C, Senan S. Curative treatment of Stage I non-small-cell lung cancer in patients with severe COPD: stereotactic radiotherapy outcomes and systematic review. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2012 Mar 1;82(3):1149-56.
 40. O'Rourke N, Roque IFM, Farre Bernado N, Macbeth F. Concurrent chemoradiotherapy in non-small cell lung cancer. *Cochrane database of systematic reviews (Online).* 2010(6):CD002140.
 41. Auperin A, Le Pechoux C, Rolland E, Curran WJ, Furuse K, Fournel P, et al. Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 2010 May 1;28(13):2181-90.
 42. Gore EM, Bae K, Wong SJ, Sun A, Bonner JA, Schild SE, et al. Phase III comparison of prophylactic cranial irradiation versus observation in patients with locally advanced non-small-cell lung cancer: primary analysis of radiation therapy oncology group study RTOG 0214. *J Clin Oncol.* 2011 Jan 20;29(3):272-8.
 43. Cardona AF, Reveiz L, Ospina EG, Ospina V, Yepes A. Palliative endobronchial brachytherapy for non-small cell lung cancer. *Cochrane database of systematic reviews (Online).* 2008(2):CD004284.
 44. Stuschke M, Pottgen C. Chemotherapy: Effectiveness of adjuvant chemotherapy for resected NSCLC. *Nature reviews.* 2010 Nov;7(11):613-4.
 45. Arriagada R, Auperin A, Burdett S, Higgins JP, Johnson DH, Le Chevalier T, et al. Adjuvant chemotherapy, with or without postoperative radiotherapy, in operable non-small-cell lung cancer: two meta-analyses of individual patient data. *Lancet.* 2010 Apr 10;375(9722):1267-77.
 46. Burdett SS, Stewart LA, Ryzewska L. Chemotherapy and surgery versus surgery alone in non-small cell lung cancer. *Cochrane database of systematic reviews (Online).* 2007(3):CD006157.
 47. Gilligan D, Nicolson M, Smith I, Groen H, Dalesio O, Goldstraw P, et al. Preoperative chemotherapy in patients with resectable non-small cell lung cancer: results of the MRC LU22/NVALT 2/EORTC 08012 multicentre randomised trial and update of systematic review. *Lancet.* 2007 Jun 9;369(9577):1929-37.
 48. Bakir M, Fraser S, Routledge T, Scarci M. Is surgery indicated in patients with stage IIIa lung cancer and mediastinal nodal involvement? *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2011 Sep;13(3):303-10.
 49. Younes RN, Pereira JR, Fares AL, Gross JL. Chemotherapy beyond first-line in stage IV metastatic non-small cell lung cancer. *Rev Assoc Med Bras.* 2011 Dec;57(6):686-91.
 50. Baggstrom MQ, Stinchcombe TE, Fried DB, Poole C, Hensing TA, Socinski MA. Third-generation chemotherapy agents in the treatment of advanced non-small cell lung cancer: a meta-analysis. *J Thorac Oncol.* 2007 Sep;2(9):845-53.

51. NSCLCCG. Chemotherapy and supportive care versus supportive care alone for advanced non-small cell lung cancer. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2010(5):CD007309.
52. NCCLCCG. Chemotherapy in addition to supportive care improves survival in advanced non-small-cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 16 randomized controlled trials. *J Clin Oncol*. 2008 Oct 1;26(28):4617-25.
53. Pat K, Dooms C, Vansteenkiste J. Systematic review of symptom control and quality of life in studies on chemotherapy for advanced non-small cell lung cancer: how CONSORTed are the data? Lung cancer (Amsterdam, Netherlands). 2008 Oct;62(1):126-38.
54. Delbaldo C, Michiels S, Rolland E, Syz N, Soria JC, Le Chevalier T, et al. Second or third additional chemotherapy drug for non-small cell lung cancer in patients with advanced disease. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2007(4):CD004569.
55. Goffin J, Lacchetti C, Ellis PM, Ung YC, Evans WK. First-line systemic chemotherapy in the treatment of advanced non-small cell lung cancer: a systematic review. *J Thorac Oncol*. 2010 Feb;5(2):260-74.
56. Sandler A, Gray R, Perry MC, Brahmer J, Schiller JH, Dowlati A, et al. Paclitaxel-carboplatin alone or with bevacizumab for non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2006 Dec 14;355(24):2542-50.
57. Reck M, von Pawel J, Zatloukal P, Ramlau R, Gorbounova V, Hirsh V, et al. Overall survival with cisplatin-gemcitabine and bevacizumab or placebo as first-line therapy for nonsquamous non-small-cell lung cancer: results from a randomised phase III trial (AVAiL). *Ann Oncol*. 2010 Sep;21(9):1804-9.
58. Botrel TE, Clark O, Clark L, Paladini L, Faleiros E, Pegoretti B. Efficacy of bevacizumab (Bev) plus chemotherapy (CT) compared to CT alone in previously untreated locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC): systematic review and meta-analysis. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*. 2011 Oct;74(1):89-97.
59. Lima AB, Macedo LT, Sasse AD. Addition of bevacizumab to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2011;6(8):e22681.
60. Pirker R, Pereira JR, von Pawel J, Krzakowski M, Ramlau R, Park K, et al. EGFR expression as a predictor of survival for first-line chemotherapy plus cetuximab in patients with advanced non-small-cell lung cancer: analysis of data from the phase 3 FLEX study. *The lancet oncology*. 2012 Jan;13(1):33-42.
61. Pirker R, Pereira JR, Szczesna A, von Pawel J, Krzakowski M, Ramlau R, et al. Cetuximab plus chemotherapy in patients with advanced non-small-cell lung cancer (FLEX): an open-label randomised phase III trial. *Lancet*. 2009 May 2;373(9674):1525-31.
62. Lynch TJ, Patel T, Dreisbach L, McCleod M, Heim WJ, Hermann RC, et al. Cetuximab and first-line taxane/carboplatin chemotherapy in advanced non-small-cell lung cancer: results of the randomized multicenter phase III trial BMS099. *J Clin Oncol*. 2010 Feb 20;28(6):911-7.
63. Ibrahim EM, Abouelkhair KM, Al-Masri OA, Chaudry NC, Kazkaz GA. Cetuximab-based therapy is effective in chemotherapy-naive patients with advanced and metastatic non-small-cell lung cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Lung*. 2011 Jun;189(3):193-8.
64. Lin H, Jiang J, Liang X, Zhou X, Huang R. Chemotherapy with cetuximab or chemotherapy alone for untreated advanced non-small-cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*. 2010 Oct;70(1):57-62.
65. Gao G, Ren S, Li A, Xu J, Xu Q, Su C, et al. Epidermal growth factor receptor-tyrosine kinase inhibitor therapy is effective as first-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer with mutated EGFR: A meta-analysis from six phase III randomized controlled trials. *International journal of cancer*. 2011 Dec 13.
66. Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M, Barni S. Efficacy of EGFR tyrosine kinase inhibitors in patients with EGFR-mutated non-small-cell lung cancer: a meta-analysis of 13 randomized trials. *Clinical lung cancer*. 2011 Mar;13(2):107-14.
67. Wang F, Wang LD, Li B, Sheng ZX. Gefitinib Compared with Systemic Chemotherapy as First-line Treatment

- for Chemotherapy-naive Patients with Advanced Non-small Cell Lung Cancer: A Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))*. 2011 Oct 22.
68. Ku GY, Haaland BA, de Lima Lopes G, Jr. Gefitinib vs. chemotherapy as first-line therapy in advanced non-small cell lung cancer: meta-analysis of phase III trials. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*. 2011 Dec;74(3):469-73.
 69. Qi WX, Shen Z, Yao Y. Meta-analysis of docetaxel-based doublet versus docetaxel alone as second-line treatment for advanced non-small-cell lung cancer. *Cancer chemotherapy and pharmacology*. 2011 Jan;69(1):99-106.
 70. Di Maio M, Chiodini P, Georgoulas V, Hatzidaki D, Takeda K, Wachtors FM, et al. Meta-analysis of single-agent chemotherapy compared with combination chemotherapy as second-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2009 Apr 10;27(11):1836-43.
 71. Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M, Barni S. Erlotinib as maintenance therapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: a pooled analysis of three randomized trials. *Anti-cancer drugs*. 2011 Nov;22(10):1010-9.
 72. Greenhalgh J, McLeod C, Bagust A, Boland A, Fleeman N, Dundar Y, et al. Pemetrexed for the maintenance treatment of locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2011 Oct;14(Suppl. 2):33-9.
 73. Zhang X, Zang J, Xu J, Bai C, Qin Y, Liu K, et al. Maintenance therapy with continuous or switch strategy in advanced non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2011 Jul;140(1):117-26.
 74. Coudert B, Ciuleanu T, Park K, Wu YL, Giaccone G, Brugger W, et al. Survival benefit with erlotinib maintenance therapy in patients with advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC) according to response to first-line chemotherapy. *Ann Oncol*. 2012 Feb;23(2):388-94.
 75. Velez M, Belalcazar A, Domingo G, Blaya M, Raez LE, Santos ES. Accelerated second-line or maintenance chemotherapy versus treatment at disease progression in NSCLC. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2010 Apr;10(4):549-57.
 76. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 2009 Jan;45(2):228-47.
 77. Trotti A, Colevas AD, Setser A, Rusch V, Jaques D, Budach V, et al. CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. *Semin Radiat Oncol*. 2003 Jul;13(3):176-81.
 78. BRASIL, Ministério da Saúde. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 130p.
 79. Rubins J, Unger M, Colice GL. Follow-up and surveillance of the lung cancer patient following curative intent therapy: ACCP evidence-based clinical practice guideline (2nd edition). *Chest*. 2007 Sep;132(3 Suppl):355S-67S.

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Portaria SAS/MS nº 840, de 8 de setembro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Considerando a heterogeneidade das entidades patológicas que se descrevem como leucemia mieloide aguda (LMA), a vasta literatura sobre esta neoplasia maligna e seu predominante caráter de pesquisa básica, translacional e clínica, nos âmbitos diagnóstico e terapêutico; os vários esquemas quimioterápicos e protocolos terapêuticos igualmente validados; e as altas complexidade e relevância do papel dos recursos humanos, materiais e de infraestrutura para o adequado atendimento dos doentes e a obtenção de bons resultados terapêuticos, aqui se apresentam diretrizes com o objetivo basicamente orientador e baseadas na experiência de grandes serviços nacionais e internacionais e em bibliografia selecionada.

Assim, uma busca ampla da literatura foi realizada, e o caráter de restrição à inclusão dos artigos utilizados baseou-se na experiência dos autores.

2 INTRODUÇÃO

A leucemia mieloide aguda (LMA) consiste de um grupo heterogêneo de neoplasias malignas relacionado com as células hematopoéticas, representando um dos tipos mais comuns da leucemia em adultos. A incidência da LMA aumenta significativamente com o progredir da idade. Em crianças menores de 15 anos de idade, ela representa 15%-20% dos diagnósticos das leucemias agudas. Na pediatria, a incidência anual é de 0,7 caso novo por 100.000 crianças abaixo de 18 anos de idade. Há um pequeno pico durante os dois primeiros anos de vida e um acréscimo após os 13 anos de idade. A LMA é caracterizada por uma transformação clonal das células precursoras hematopoéticas, mediante processo de múltiplas etapas, por meio da aquisição de rearranjos cromossômicos ou diferentes mutações genéticas, acrescida de diminuição da velocidade de autodestruição e parada na diferenciação celular. Mais de vinte diferentes anomalias cromossômicas foram identificadas na LMA *de novo*, em alta porcentagem de crianças (70%-85%). A medula óssea e o sangue periférico são principalmente caracterizados por leucocitose com predomínio de células imaturas, mormente os blastos. Assim que as células imaturas se acumulam na medula óssea, elas substituem as células hematopoéticas normais, resultando numa insuficiência funcional da medula óssea e, conseqüentemente, sangramento, anemia e infecção (1-129).

A LMA também pode ser causada por exposição à radiação ionizante e substâncias que danificam o DNA, mas é incomum nos pacientes adultos e crianças, uma clara história de contato com carcinógenos conhecidos (29,39,67,86,121).

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Consultores: Sílvia Regina Brandalise e Jane de Almeida Dobbin

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C92.0 Leucemia mieloide aguda - Exclui: exacerbação aguda de leucemia mieloide crônica (C92.1)
- » C92.3 Sarcoma mieloide (Cloroma, Sarcoma granulocítico)
- » C92.4 Leucemia promielocítica aguda
- » C92.5 Leucemia mielomonocítica aguda
- » C92.7 Outras leucemias mieloides
- » C93.0 Leucemia monocítica aguda - Exclui: exacerbação aguda de leucemia monocítica crônica (C93.1)
- » C93.7 Outras leucemias monocíticas
- » C94.0 Eritremia e eritroleucemia agudas (Doença de Di Guglielmo)
- » C94.2 Leucemia megacarioblástica aguda - megacarioblástica (aguda), megacariocítica (aguda)
- » C94.3 Leucemia de mastócitos

4 CLASSIFICAÇÃO CITOPATOLÓGICA E CITOGENÉTICA

A LMA é classificada com base na morfologia de acordo com a Classificação FAB (Franco-Americano-Britânica), nos subtipos FAB-M0 – FAB-M7. A citoquímica, imunofenotipagem e, especialmente, métodos citogenéticos e de genética molecular são importantes para se estabelecer um diagnóstico correto (121).

As tabelas 1 e 2 resumem, respectivamente, a classificação pela Organização Mundial da Saúde e a classificação citogenética utilizada por grupos de estudos internacionais.

Tabela 1 - Classificação OMS da LMA modificada a partir de 2008 (121)

LMA com anormalidades genéticas recorrentes
» LMA com t(8;21)(q22;q22); AML 1/ETO
» LMA com inv(16)(p13;q22) ou t(16;16)(p13;q22); CBFbeta/MYH11
» Leucemia promielocítica aguda com t(15;17)(q22;q12); PML/RARalfa (FAB-tipo: M3 e M3v)
» LMA com anomalia 11q23; rearranjos MLL/XX
LMA com displasia de multilinhagens
» LMA sem mielodisplasia (MDS) anterior
» LMA após MDS
LMA e MDS associada à terapia
» LMA após terapia com alquilantes
» LMA após terapia com inibidores da topoisomerase
» Outros tipos
LMA não classificável nos grupos acima
» LMA com mínima diferenciação (FAB M0)
» LMA sem maturação (FAB M1)
» LMA com maturação (FAB M2)
» Leucemia mielomonocítica aguda (LMMoA) (FAB M4)
» LMMoA com eosinofilia anormal (FAB M4Eo)
» Leucemia monoblástica aguda (FAM M5a)
» Leucemia monocítica aguda (FAB M5b)
» Leucemia eritroide aguda (FAB M6)
» Leucemia megacarioblástica aguda (FAB M7)
» Leucemia basofílica aguda (FAB M2 Baso)
» Panmielose aguda com mielofibrose
Sarcoma mieloide
Proliferações mieloides relacionadas com Síndrome de Down
Neoplasia de células dentríticas blástica plasmocitoide

Tabela 2 - Classificação citogenética (12)

PARÂMETRO	GERMAN AMLCG	SWOG/ECOG	CALGB
Favorável	t(15;17), t(8;21), inv(16)t(16;16)	t(15;17), t(8;21) (faltando) del(9q), cariótipos complexos (ie, 3 ou mais anl não relac.)	t(15;17), t(8;21), inv(16)t(16;16), inv(16)t(16;16)/del(16q),
Intermediário	cariótipo normal, outro não complexo	cariótipo normal, + 6, +8, -Y, del(12p)	cariótipo normal outro não complexo
Desfavorável ou adverso	inv(3)/t(3;3), -5/del(5q), -7/del(7q), anl(11q23), del(12p), anl(17p), cariótipos complexos (3 ou mais anl não relac.)	anl(3q), (9q), (11q), (21q), anl(17p), -5/del(5q), -7/del(7q), t(6;9), t(9;22), cariótipos complexos (3 ou mais anl não relac.)	inv(3)/t(3;3), -7, t(6;9), t(6;11), t(11;19), +8, cariótipos complexos (3 ou mais anl não relac.) (excl. aqueles com alterações favoráveis)

AMLCG: Acute Myeloid Leukemia Cooperative Group; SWOG: Southwest Oncology Group; ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; CALGB: Cancer and Leukemia Group B; não relac.: não relacionado; anl: anormalidades.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Doentes com até 19 incompletos; e
- » Observância dos critérios mínimos para o diagnóstico de LMA.

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Para os doentes com 19 anos ou mais anos dever-se-ão observar as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas da Leucemia Mieloide Aguda do Adulto.

7 AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO PROGNÓSTICA

O prognóstico dos pacientes com LMA é atualmente baseado na presença ou ausência de anormalidades citogenéticas e moleculares. O Sistema Europeu de Prognóstico Leukemia Net (ELN) categoriza os pacientes em um dos quatro grupos de risco, com relação ao risco de recaída, sobrevida livre de doença e sobrevida global: favorável, intermediário-1, intermediário-2 e adverso (Tabela 3). LMA com t(8;21)(q22;q22) (RUNX1-RUNX1T1), t(15;17) (PML-RAR α), e inv(16)(p13;q22)(p13.1;q22) (CBFB-MYH11), comumente referido como fator central de ligação (CBF)-LMA, corresponde aproximadamente a 15% das LMA e cursa com um prognóstico relativamente favorável, em termos de remissão a longo prazo. Mutações no DNMT3A, TET2, e ASXL1 estão emergindo como importantes fatores de prognóstico adverso, em subgrupos de pacientes com LMA, independentes das mutações FLT3. Mutações nas vias metabólicas dos genes IDH1 e IDH2 foram identificadas em 25%-30% dos pacientes com LMA citogeneticamente normal. As mutações na posição R140 estão associadas com melhor sobrevida no subgrupo de FLT3-ITD não mutante, mas mutações na posição R172 conferem resultados significativamente inferiores, ilustrando a importância de mutações concomitantes e da posição de mutação em determinar o impacto prognóstico do gene mutante. Cariótipos favoráveis ocorrem em maior porcentagem nas crianças do que nos adultos, e as incidências como também as taxas de sobrevida diminuem com o avançar da idade nos adultos, indicando que a idade tem grande impacto

sobre o resultado dos grupos citogenéticos definidos. (2,12,19,20,23,32,42,57,79,98,100). Portanto, os relatos com dados citogenéticos de adultos não são diretamente aplicáveis às crianças (5,12,19,42,57,74).

Tabela 3 – Sistema europeu de prognóstico *Leukemia Net* (ELN) (98)

GRUPO GENÉTICO	SUBGRUPOS
Favorável	t(8;21)(q22q22); RUNX1-RUNX1T1 inv(16)(p13;1q22) ou t(16;16)(p13.1;q22) CBFb-MYH11, mutação NPM1 sem FLT3-ITD (cariótipo normal), mutação CEBPA (cariótipo normal)
Intermediário-1 (*)	mutação NPM1 e FLT3-ITD (cariótipo normal) wild-type NPM1 e FLT3-ITD (cariótipo normal) wild-type NPM1 sem FLT3-ITD (cariótipo normal)
Intermediário-2	t(9;11)(p22q23); MLLT3-MLL anorm. citogenéticas outras que não favorável ou adversa (**)
Adverso	Inv(3)(q21q26.2) ou t(3;3)(q21;q26.2); RPN1-EV11, t(6;9)(p23;q34); DEK-NUP214; t(v;11)(v;q23); rearranjo MLL; -5 ou del(5q); -7; an(17p); cariótipo complexo (***)

(*) Inclui todas as leucemias mieloides agudas com cariótipo normal, exceto aquelas incluídas no subgrupo favorável; a maioria dos casos está associada com pobre prognóstico, mas eles devem ser relatados separadamente em virtude da potencial resposta diferente ao tratamento.

(**) Para a maioria das anormalidades, números adequados não foram estudados para tirar conclusões com relação ao seu significado prognóstico.

(***) Três ou mais anormalidades cromossômicas na ausência de uma das translocações recorrentes ou inversões designadas pela OMS, isto é, t(15;17), t(8;21), inv(16) ou t(16;16), t(9;11), t(v;11)(v;q23), t(6;9), inv(3) ou t(3;3); indicam quantos casos de cariótipos complexos têm envolvimento dos braços dos cromossomas 5q, 7q e 17p.

Um dos primeiros genes identificados como sendo comumente mutante na LMA foi o receptor-3 da tirosinoquinase (FLT3, localizado no cromossoma 13q12) fms-like. Na análise multivariada, a presença da mutação da duplicação tandem interna do FLT3 (FLT3-ITD) e alta expressão do BAALC (*Brain and Acute Leukemia, Cytoplasmic*) foram genes identificados como fatores independentes do prognóstico, associadas com inferior sobrevida livre de eventos nos pacientes de LMA. Uma análise recente do estado mutante dos genes FLT3 e NPM1 ao diagnóstico mostrou ser importante para a correta estratificação do prognóstico de pacientes pediátricos com LMA, e a análise do nível da expressão gênica pelo menos do BAALC pode adicionar informação importante no prognóstico (75,77).

Adicionalmente a citogenética favorável, a resposta precoce à terapia de indução (menos de 15% de blastos na medula óssea, no dia 15), está associada com um prognóstico favorável. Como resultado da intensa colaboração da pesquisa clínica sobre o câncer pediátrico por grupos cooperativos no mundo inteiro, a taxa de cura na LMA da criança melhorou consideravelmente nas últimas três décadas. Atualmente, 90% de todos os pacientes na idade pediátrica alcançam a remissão completa, e aproximadamente 60%-70% se tornam sobreviventes a longo prazo. Resultados significativamente inferiores ainda são observados nos pacientes adultos.

Recente avaliação das recomendações do ELN, em um coorte independente com 954 pacientes adultos com LMA *de novo*, não encontrou diferenças na evolução para os subgrupos intermediário-1 versus intermediário-2. Assim, o sistema ELN foi revisado e os subgrupos foram sugeridos como: favorável (leucemia CBF, ou citogenéticas intermediárias com mutação NPM1 ou mutação CEBPA bialélica), intermediário-I (citogenéticas intermediárias), intermediário-II (citogenéticas intermediárias e pelo menos um dos seguintes: MLL-PTD, mutação RUNX1, FLT3-IT/wt razão igual ou maior que 0,5) e adverso (citogenéticas adversas).

Estudo colaborativo internacional identificou, recentemente, uma assinatura genética comum composta de 24 genes, como fator prognóstico independente da sobrevida nos pacientes com LMA. Os autores mostraram que esta classificação de risco integrada, incorporando esta assinatura gênica, poderia melhorar substancialmente a

amplamente aceita classificação de risco ELN da LMA, provendo um melhor panorama para a estratificação de risco e prognóstico para os pacientes com LMA (4,62,78).

8 TRATAMENTO E MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA

O tratamento da LMA tem duas fases – indução e consolidação, que poderá incluir o transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH). O objetivo da indução é alcançar a remissão completa (RC), definida como menos de 5% de blastos na medula óssea normocelular, ausência de leucemia extramedular, contagem de neutrófilos acima de 1.000/mm³, e contagem de plaquetas acima de 100.000/mm³. A consolidação visa a eliminar as células leucêmicas residuais que persistem após a indução.

Os medicamentos usados no tratamento da LMA mudaram pouco, mas o aperfeiçoamento da sua administração e notáveis avanços na terapia de suporte permitiram a otimização da administração da terapia intensiva, com menores morbidade e mortalidade. Deste modo, a melhora é devida principalmente ao contínuo progresso na compreensão da biologia da doença, na identificação de fatores prognósticos associados com sua evolução e a alocação dos pacientes em esquemas de tratamento de intensidade apropriada.

Uma melhor terapia de resgate pós-recaída e o concomitante desenvolvimento de novos agentes alvo-moleculares, para uso em combinação com outros quimioterápicos antineoplásicos, também têm contribuído para a melhoria na sobrevida global dos doentes. O tratamento da LMA em crianças consiste numa terapia de indução, que é baseada em esquema com antraciclina, citarabina e etoposido, seguido por alguns cursos de quimioterapia de consolidação. As possibilidades para a consolidação são também o TCTH, alogênico (alo-TCTH) ou autólogo (auto-TCTH), este mais conhecido como quimioterapia de alta dose com resgate autólogo de células-tronco hematopoéticas.

As indicações de TCTH devem observar os critérios do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Os esquemas de tratamento diferem em muitos aspectos, incluindo as doses cumulativas dos medicamentos, a escolha das antraciclinas (ou também antracenedionas), o número e a intensidade dos blocos de tratamento e a quimioterapia intratecal utilizada na terapia preventiva do acometimento do sistema nervoso central (SNC). Apesar das várias estratégias, os resultados têm se tornado relativamente semelhantes. Aqueles relatados do recente estudo LMA02 mostraram que uma sobrevida de 90% pode ser alcançada pelas crianças com LMA de baixo risco, definido por características genéticas, que se aproximam com a evolução dos doentes de leucemia linfóide aguda de baixo risco.

A maioria dos estudos clínicos de grupos pediátricos utiliza a quimioterapia intratecal na prevenção da leucemia no SNC, empregando um ou três medicamentos e em várias doses. No entanto, nem todos os grupos pediátricos utilizam esta terapia intratecal em suas condutas rotineiras. No estudo do *Children's Oncology Group*, foi mostrado que não houve diferença na sobrevida global dos doentes de LMA com acometimento do SNC ao diagnóstico, em comparação com aqueles sem esse acometimento, mas eles receberam a radioterapia no SNC, pois apresentavam maior risco de recaída isolada no SNC, indicando uma necessidade de se investigar uma terapia mais agressiva dirigida ao SNC para esses pacientes (1,4,6,7,9,30,39-41,44,49,51).

A terapia de manutenção já não é mais usada no tratamento da LMA de pacientes na faixa etária pediátrica, por ter falhado na demonstração dos benefícios, exceto nos estudos BFM. Em um estudo piloto do *Children's Oncology Group* (AAML03P1), o gentuzumabe ozogamicina, um agente anticorpo-alvo humanizado anti-CD33, em combinação com a quimioterapia intensiva durante a indução da remissão e intensificação pós-remissão, se mostrou viável e seguro em crianças com LMA *de novo* com taxas de sobrevida comparáveis aos resultados recentemente publicados de estudos clínicos. Este medicamento, no entanto, foi retirado do mercado em junho de 2010 por causa de um estudo clínico realizado em pacientes adultos pelo *Southwest Oncology Group* (SWOG S0106)(19), que demonstrou que o medicamento aumentou o óbito dos pacientes e nenhum benefício pôde ser alcançado em relação às terapias convencionais do câncer (1,6,16,18,21,35,58,66,80,90,93,102-104,120,124).

Terapia dos pacientes pediátricos com LMA do subtipo promielocítico (Ipma)

A leucemia promielocítica aguda (LPMA) é uma forma rara da LMA, representando apenas 5%-8% da LMA pediátrica. De acordo com a classificação FAB, a LPMA é chamada de M3 ou M3V (variante). Citogeneticamente,

a LPMA é caracterizada pela aberração cromossômica específica t(15;17), que resulta na fusão entre o gene da leucemia promielocítica (PML, sigla em Inglês) no cromossoma 15 e o gene do receptor-alfa ácido retinoico (RAR-alfa) no cromossoma 17, resultando na proteína de fusão PML RAR-alfa. O gene de fusão leva a um bloqueio na diferenciação, com acúmulo de células granulocíticas em fase promielocítica na medula óssea e no sangue periférico. A desintegração destas células com a liberação de proteínas pró-coagulantes causa uma coagulopatia grave, e há risco de vida com a coagulação intravascular disseminada, bem como o risco de fibrinólise primária. Comparando com os outros tipos de LMA, na LPMA a leucopenia é significativamente mais comum, a hepatoesplenomegalia é menos comum e é raro o acometimento do sistema nervoso central pela leucemia. Nas duas últimas décadas, esta doença, antes rapidamente fatal, foi transformada na leucemia aguda mais curável. Comparativamente aos adultos, a LPMA em crianças é caracterizada por maior incidência de hiperleucocitose, maior incidência da morfologia microgranular com múltiplos bastões de Auer e pela ocorrência mais frequente das isoformas PML RAR-alfa bcr2 e bcr3 (27,117,130,131).

A LPMA é rara em lactentes e pacientes pediátricos, de modo que os protocolos de tratamento são baseados principalmente na experiência com a LMA do adulto. A presença da proteína de fusão PML RAR-alfa fundamenta o uso do ácido transretinoico (ATRA), que ultrapassa o bloqueio de diferenciação, evitando, assim, a destruição das células e resultando em maior diferenciação das células leucêmicas em granulócitos maduros e, adicionalmente, numa rápida resolução da coagulopatia com risco de vida. O padrão atual do tratamento, tanto para adultos como crianças com LPMA, é considerado ser a indução concomitante com ATRA e quimioterapia baseada em antraciclinas (p. ex., idarubicina/mitoxantrona ou daunorrubicina). Isto é então seguido por 2 ou 3 ciclos de terapia de consolidação, baseados em antraciclinas.

Enquanto que a maioria dos grupos não faz uso da terapia de manutenção para os outros tipos de LMA, esta manutenção com ATRA, associada ou não à quimioterapia de baixa dose (p. ex., 6-mercaptopurina e metotrexato) foi estabelecida como terapia padrão na LPMA. Esta conduta terapêutica resultou na primeira remissão completa (RC1) em mais de 90% dos casos e sobrevida livre de doença em 5 anos de aproximadamente 80%. No entanto, os sintomas de pseudotumor cerebral e outros sintomas relacionados ao ATRA (síndrome do ATRA) são mais frequentemente observados em crianças do que em adultos, e a alta dose cumulativa das antraciclinas pode resultar no aumento da cardiotoxicidade tardia em crianças. Para reduzir estes riscos com sucesso, alguns grupos usaram dose reduzida do ATRA (p. ex. 25mg/m² ao invés de 45 mg/m²).

Recentemente, o grupo de estudos da LMA-BFM recomendou quimioterapia baseada na combinação antraciclina-citarabina para o tratamento da LPMA pediátrica, com dose cumulativa reduzida de antraciclina (350 mg/m²) combinada com o ATRA para reduzir sequelas a longo prazo, tal como a cardiotoxicidade. Os dados atuais sugerem que a adição de alta dose de citarabina a daunorrubicina, em pacientes de alto risco, pode resultar numa tendência para melhor sobrevida (132-142).

Ao diagnóstico, a contagem dos glóbulos brancos (GB) do sangue periférico foi identificada como o fator prognóstico mais importante do resultado terapêutico. O risco de recidiva permanece maior em crianças que inicialmente têm contagens altas dos GB (superiores a 5.000/mm³ ou 10.000/mm³) e pacientes com doença residual, no final dos cursos de consolidação. Nesses casos, a adição do trióxido de arsênio (ATO) na consolidação da indução e terapia de consolidação recentemente mostrou melhora estatística significativa na sobrevida livre de eventos e sobrevida livre de doença em crianças com LPMA. O ATO também mostrou atividade promissora no tratamento de primeira linha, como alternativa para a quimioterapia baseada na combinação do ATRA e antraciclinas. O ATO induz remissão completa sem imunossupressão e causa menos efeitos adversos. Recentemente, as indicações para a terapia com ATO têm sido feitas para o resgate de pacientes de LPMA recidivados após o tratamento de primeira linha. (143-151), porém essa indicação não se inclui em bula e nem tem registro para uso pediátrico.

O uso do ATRA fez da LPMA a leucemia mieloide aguda mais curável e, mesmo após uma recaída, a doença ainda é curável. No entanto, o ATO continua alvo de vários protocolos de pesquisa, inexistindo, até o momento, evidência da superioridade do ATO, comparado com a combinação do ATRA com antraciclina, na primeira indução

de remissão, bem como na associação com citarabina e antraciclina na recaída que envolve o SNC. Em razão da sua atividade antileucêmica nos pacientes recidivados e do perfil de toxicidade relativamente favorável, o ATO pode ser uma opção de tratamento para os pacientes com recidiva da LPMA, porém, repete-se, essa indicação não se inclui em bula e nem tem registro para uso pediátrico. Dados recentes de um pequeno grupo de pacientes demonstrou que o ATO oral, particularmente na manutenção prolongada com o ATRA oral, pode evitar a necessidade do transplante de células-tronco na recaída da LPMA pediátrica. Outras condutas pesquisadas incluem os esquemas de quimioterapia (alta dose) utilizados no tratamento da LMA recidivada, usualmente combinado com ATRA, ATRA lipossomal ou retinoides sintéticos, transplante autólogo ou alogênico de células-tronco hematopoéticas e anticorpos monoclonais direcionados contra o CD33, como o gemtuzumabe ozogamicina (136,149,152-155).

O transplante de células-tronco hematopoéticas, autólogo ou alogênico, é terapia eficaz no tratamento de crianças com LPMA recidivada ou refratária. O auto-TCTH está associado com baixa mortalidade relacionada ao tratamento, enquanto que o alo-TCTH está associado com baixa incidência de recaída, sugerindo um forte efeito enxerto-versus-leucemia contra a LPMA residual.

Embora a maioria dos pacientes com LPMA tenha a doença de novo, um número aumentado de casos tem sido associado à exposição prévia à quimioterapia, em particular aos inibidores da topoisomerase II (tais como mitoxantrona, etoposido, doxorubicina e epirrubina) e outras classes de agentes citotóxicos (tais como agentes alquilantes e análogos dos nucleosídeos), bem como a radioterapia. O Grupo Europeu APL estima que 22% de todas as LPMA estejam relacionadas à terapia. A LPMA relacionada à terapia é sensível à terapia padrão, com nenhum caso visto de resistência ou recaída. A seleção com esquemas com menos quimioterapia pode ser uma maneira possível para melhorar os resultados para essa população crescente de pacientes (156-160).

Transplante de células progenitoras hematopoéticas no tratamento da LMA da criança e do adolescente

Desde 1985, o alo-TCTH de doador irmão compatível tem sido amplamente recomendado para os pacientes com LMA recentemente diagnosticada, após a quimioterapia de indução. Isso resultou em um risco de recaída significativamente menor do que com a quimioterapia somente, como terapia de consolidação. No entanto, menos recaídas são frequentemente contrabalanceadas com a maior mortalidade relacionada ao tratamento e mais toxicidade aguda e a longo prazo causadas pelo alo-TCTH. Além disso, os doadores irmãos compatíveis estão disponíveis em cerca de um entre cada quatro pacientes, e a taxa de salvamento para a recaída após alo-TCTH em primeira remissão (RC1) é muitas vezes menor do que se a criança tivesse sido tratada somente com a quimioterapia.

Com base em uma revisão recente de vários estudos clínicos de fase III, o alo-TCTH não é mais recomendado para pacientes pediátricos com LMA recém-diagnosticada, e não é clara a eficácia nos pacientes de alto risco. O TCTH ainda é utilizado, no entanto, por alguns grupos, para os pacientes de risco padrão. Devido aos efeitos colaterais agudos e tardios mais graves, quando comparado com a quimioterapia, o alo-TCTH em RC1 para LMA pediátrica, em geral, não é recomendado. Subgrupos genéticos, no entanto, podem se beneficiar do alo-TCTH (21,30). O alo-TCTH com condicionamento de intensidade reduzida tem mostrado diminuir a toxicidade relacionada ao transplante e emergiu como uma opção atrativa de tratamento para os pacientes de alto risco. O papel da consolidação com altas doses de quimioterapia com auto-TCTH ainda é controverso (7,24,29,36,85,88,98,105,122). A duração da primeira remissão (RC1) tem um significativo impacto na terapia de salvamento para os pacientes recidivados. Pacientes com uma duração da RC1 maior que 12 meses são mais propensos de alcançarem uma resposta à quimioterapia de resgate com base em altas doses de citarabina, enquanto que uma RC1 com duração menor que 6 meses está associada com uma probabilidade inferior a 20% de alcançar uma segunda remissão completa.

A evolução das crianças com LMA se tornou promissora durante os últimos anos, e a relativamente alta taxa de mortalidade relacionada ao tratamento e as taxas de recaída, puderam ser nitidamente reduzidas. No entanto, as taxas de resposta e a sobrevida global ainda são inferiores às da leucemia linfoblástica aguda (LLA), e o prognóstico para os pacientes com leucemia refratária e para aqueles com primeira remissão curta, ainda é quase invariavelmente sombrio. Os pacientes com mutação ITD (*internal tandem duplication*) do gene receptor 3 da tirosinoquinase (FLT3), subtipo M6 ou

M7 FAB, LMA relacionada à síndrome mielodisplásica (MDS, sigla em Inglês), cariótipo com monossomia 7, ou doença persistente após 2 cursos de quimioterapia de indução convencional alcançam um resultado particularmente pobre.

Terapia dos pacientes pediátricos com LMA recidivada/refratária

O papel do alo-TCTH na LMA recidivada/refratária está bem estabelecido e foi recentemente confirmado como mandatório para a cura. A quimioterapia de reindução pode produzir uma segunda remissão completa (RC2), usualmente de curta duração, em 30%-60% dos pacientes recidivados. Como a maioria dos protocolos de LMA de primeira linha apresenta doses cumulativas elevadas de antraciclinas ou antracenedionas, os esquemas de tratamento para as doenças recorrentes devem limitar ou evitar o uso desta classe de agentes, particularmente se o tratamento de resgate incluir o alo-TCTH (31,69,81,97). Os pacientes com menor risco de recaída podem se beneficiar do tratamento de escalonamento, poupando-se dos efeitos colaterais adversos. O uso da irradiação craniana profilática do SNC e do tratamento de manutenção parece não ser indicado em geral e, portanto, a irradiação foi quase completamente abandonada (3,9,15,16,46,60,70,80,83,101,106,129).

Um número de agentes quimioterápicos utilizados com menor frequência mostrou atividade na LMA recidivada, incluindo a amsacrina, mitoxantrona, fludarabina, clofarabina, cladribina, troxacitabina, cloretazina, hemoharringtonina, diaziquona, idarrubicina, topotecano e etoposido, sendo que alguns desses agentes já são componentes combinados dos esquemas atuais. Terapias-alvo que são baseadas na exploração de eventos fisiopatológicos críticos para a leucemogênese também estão sob investigação. Tais terapias incluem inibidores da viaras e ativadores da tirosinoquinase, tais como a farnesiltransferase (p. ex. tipifarnibe) e FLT3 (p. ex. sorafenibe, leustaurinibe e quizartinibe), inibidores da deacetilase-histona (p. ex. vorinostat) e inibidores de agentes DNA-hipometiladores (p. ex. decitabina, azacitidina), que promovem a transcrição de genes silenciados, inibidores da angiogênese (p. ex. bevacizumabe) e agentes anti-bcl-2, respectivamente. Os primeiros resultados com sorafenibe foram promissores em estudos realizados em adultos, mostrando posteriormente remissão prolongada também em pacientes pediátricos com LMA recidivada. É provável que a ótima aplicação destes agentes envolverá a combinação de inibidores e a quimioterapia, potencialmente com um alvo inibidor da rifampicina (m-TOR), tais como o everolimo ou temsirolimo. O gemtuzumabe ozogamicina (GO) é um novo anticorpo monoclonal anti-CD33 vinculado ao antibiótico antitumoral enedina, a caliqueamicina. De acordo com os dados do estudo de fase II de recaída da LMA 2001/02, o agente único gemtuzumabe ozogamicina serviu como tratamento de resgate favorável, para crianças com LMA refratária em primeira ou segunda recaída. No entanto, este fármaco foi retirado do mercado em junho de 2010 (22,34,44,45,50,64,69,97,99,107,125,126,128,129).

Apesar da grande melhoria nas taxas de sobrevida global, os pacientes com LMA ainda sofrem recaídas e morrem por causa da doença. A maioria dos óbitos é decorrente da doença progressiva, mas 5%-15% dos pacientes morrem por complicações relacionadas ao tratamento, infecções ocorrentes no momento do diagnóstico e durante o tratamento e outros efeitos colaterais que se manifestam a longo prazo, devidos ao tratamento de alta intensidade. Portanto, é importante identificar a base genética subjacente à heterogeneidade clínica da doença, de modo que estratégias de tratamento alternativas possam ser desenvolvidas. Melhorias nas taxas de sobrevida da LMA provavelmente irão requerer a introdução de terapias individualizadas, em que medicamentos-alvo mais específicos para a leucemia sejam utilizados num esforço para impedir a progressão leucêmica, em combinação com o melhor tratamento de suporte, para prevenir óbitos precoces e relacionados ao tratamento (33,48,76,77,81,114).

Uma grande preocupação com as crianças é o desenvolvimento a longo prazo da toxicidade cardíaca, após exposição a altas doses de antracíclicos. A encapsulação das antraciclinas é um método potencial do uso desses medicamentos, alternando assim, tanto a atividade anti-tumoral como o perfil dos efeitos colaterais. A daunorrubicina lipossomal demonstrou apresentar diferente farmacocinética, com um potencial para redução da dose limitante da cardiotoxicidade, em comparação com a daunorrubicina. Além do mais, foi relatado produzir alta área média sob os níveis da curva plasmática (AUC), devido à lenta distribuição do meio lipossomal dentro do organismo e, também, por reduzir a conversão da daunorrubicina para o tóxico, mas inativo, o daunorrubicinol (25,94,97). Recentemente, a combinação da fludarabina com citarabina e fator estimulante de colônias de granulócitos (FLAG) com doxorubicina lipossomal não peguilada, em crianças com LMA refratária à terapia de primeira linha, ou que recaíram após a

quimioterapia ajustada ao risco, mostrou ser segura em termos de cardiotoxicidade aguda e necessita ser confirmada por estudos clínicos maiores e randomizados (6).

Casos especiais de LMA em pacientes pediátricos

Crianças com Síndrome de Down (SD) têm acentuada predisposição para leucemia, com um risco de 10 a 20 vezes, quando comparadas com crianças sem SD. Aquelas com SD que desenvolvem LMA usualmente o fazem entre 1 e 4 anos de idade, em geral após terem sofrido de doença mieloproliferativa transitória (DMT, antes referida como reação leucemoide) no período neonatal. Entre as crianças com SD que desenvolvem LMA, é notável a frequência da leucemia do subtipo megacariocítica aguda, que uniformemente abriga mutações somáticas no gene do fator de transcrição GATA1. Uma série de relatos concluiu que as crianças com SD tratadas de LMA tiveram resultado melhor do que as crianças que não apresentam SD. Em geral, a taxa de remissão é de aproximadamente 90% com uma sobrevida livre de eventos de aproximadamente 70%-80% e baixas taxas de recidivas, como 3%. As crianças com SD têm maior sensibilidade à citarabina e alcançam melhor resultado com o uso de esquemas quimioterápicos menos agressivos (30,104,127). Em relatório recente do *Japanese Children's Cancer and Leukemia Study Group* (AML9805 Down Study), a quimioterapia contínua e combinada de alta dose de citarabina, com intensidade reduzida neste grupo, se mostrou eficaz em crianças com SD e com LMA (52,116).

A LMA secundária se refere ao desenvolvimento da LMA, tanto após a história de doença prévia (síndrome mielodisplásica, doença mieloproliferativa crônica) ou após o tratamento com quimioterapia (incluindo agentes alquilantes, inibidores da topoisomerase II - epipodofilotoxinas e antraciclinas - ou radiação) ou a exposição a carcinógenos ambientais. A magnitude do risco associado com esses fatores depende de diversas variáveis, incluindo o esquema de administração, os medicamentos concomitantes e fatores relacionados ao hospedeiro. Os resultados para este grupo de pacientes foram relatados como pobres em comparação com as pessoas que desenvolveram LMA *de novo*. Estes pacientes de LMA deverão ser incluídos em estudos de quimioterapia de primeira linha e deverão ser estratificados pelo status da doença pré-tratamento e história da exposição. Estudos recentes em adultos sobreviventes de câncer sugerem que, ao contrário das crenças anteriores, o resultado da LMA secundária não é necessariamente pior do que da LMA *de novo*, quando ajustada pelas características citogenéticas. Um sistema de classificação do prognóstico foi estabelecido para todos os pacientes com LMA secundária, permitindo desenvolver futuras estratégias de tratamento (40,59,96,113,115).

Monitorização do tratamento dos pacientes pediátricos com LMA

Ao diagnóstico devem ser realizados os seguintes exames de rotina: hemograma completo, testes de coagulação (tempo de protrombina, tempo de tromplastina parcial ou tempo de trombina, fibrinogênio) e de fibrinólise (D-dímeros ou produtos de degradação da fibrina), exame do líquido, mielograma com citoquímicas (PAS, peroxidase, Sudan Black, alfa-naftil, esterase), imunofenotipagem para marcadores mieloides (CD33, CD13, CD14, CD34, HLA-DR, CD61, CD11c, CD41, CD42a, CD56, CD117, Glicoforina/Gero, NG2, CD64), para marcadores linfoides da Linhagem B (CD10, CD19, CD20, CD22, CD34, sIgM, cIgM e cCD79 alfa) e da Linhagem T (CD 2, sCD3, cCD3, CD5, CD7, CD34, HLA-DR, TdT, CD 1a, CD4, CD8, CD56, CD99), citogenética (convencional, de banda ou FISH) e biologia molecular. Provas de função hepática e renal deverão ser feitas antes do tratamento. Exames de imagem são recomendados na suspeita de acometimento extramedular.

Após o início da terapia, os controles laboratoriais das contagens do sangue periférico, perfil da coagulação/fibrinólise e função renal deverão ser realizados a cada 1-2 dias, conforme as alterações presentes ao diagnóstico. Novo mielograma deverá ser procedido no dia 15 da terapia de indução, para a quantificação dos blastos leucêmicos. Se a contagem dos blastos for inferior a 5%, avaliado pela morfologia, o tratamento pode ser adiado até a recuperação hematológica, tempo durante o qual é recomendado o controle semanal da medula óssea. Para pacientes com 5% ou mais de células blásticas, o prosseguimento da indução deve imediato. A avaliação da Doença Residual Mínima (DRM) no dia 15, por citometria de fluxo ou RQ-PCR, ainda não está definitivamente estabelecida na LMA, como já ocorre nos pacientes com LLA.

A estratificação do risco (no dia 15 da indução) permite classificar os pacientes em três grupos: Responder

pobre (15% ou mais de células leucêmicas no D15 ou 5% ou mais no final da indução; Responder intermediário (5%-14,9% de células leucêmicas no D15) e Bom respondedor (pacientes com menos de 5% de células leucêmicas no D15). Aos pobres respondedores pode ser oferecido o TCTH, caso seja identificado algum doador compatível, aparentado ou não.

Ao final da terapia da indução, novo mielograma, exame de citogenética (no caso de se ter identificado alteração genética ao diagnóstico) e exame do líquido devem ser realizados para a definição do estado da Remissão Clínica (RC). A avaliação da DRM no final da indução da LMA ainda necessita de mais estudos, incluindo a escolha da técnica mais recomendada, prevalecendo até o momento o PCR em tempo real.

Exames cardiológicos de rotina, além dos testes de função hepática e renal, deverão ser realizados antes de cada bloco da consolidação da terapia. Por ocasião do término do tratamento, mielograma (com ou sem estudo citogenético) e exame do líquido são recomendados.

9 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

No seguimento dos pacientes fora de terapia, é recomendado monitorar possível recidiva molecular naqueles doentes de LPMA, com periodicidade variável a cada 3-6 meses nos primeiros 2 anos de acompanhamento. Exame clínico e hemograma completo devem ser mensais durante o primeiro ano fora de terapia, a seguir a cada 2 meses por um ano, espaçando-se, a seguir, para cada 3-6 meses. Exames cardiológicos de rotina deverão ser realizados anualmente.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com menos de 19 anos e diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia ou de oncologia pediátrica (com hematologia) e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu monitoramento laboratorial.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional, de laboratórios e de apoio social necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

O hospital deve ter em suas próprias dependências o atendimento ambulatorial diário, com atendimento emergencial 24h/dia nos 7 dias da semana.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotadas no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

NOTA 1 - Exceto pelo Mesilato de Imatinibe (para a quimioterapia da leucemia mieloide crônica, da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo e do tumor do estroma gastrointestinal) e, até que se regularize o abastecimento do mercado, pela L-asparaginase (para a quimioterapia da leucemia e linfoma linfoblásticos), o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. (O Mesilato de Imatinibe e a L-asparaginase são comprados pelo Ministério da Saúde e dispensados aos hospitais habilitados em oncologia no SUS pela Assistência Farmacêutica das secretarias estaduais de saúde.) Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do(s) medicamento(s) antineoplásico(s) é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

NOTA 2 - Os seguintes procedimentos da tabela do SUS são compatíveis com a quimioterapia de tumores de criança e adolescente, inclusive a Leucemia Mieloide Aguda:

- » 03.04.07.001-7 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 1ª linha;
- » 03.04.07.002-5 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 2ª linha (primeira recidiva);
- » 03.04.07.004-1 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 3ª linha (segunda recidiva); e
- » 03.04.07.03-3 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 4ª linha (terceira recidiva).

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados aos medicamentos e procedimentos utilizados para o diagnóstico e tratamento da leucemia mieloide aguda.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrahamsson J et al. Response-guided induction therapy in pediatric acute myeloid leukemia with excellent remission rate. *J. Clin. Oncol.* 29 (2011): 310-315.
2. Abdel-Wahab O. Molecular genetics of acute myeloid leukemia: clinical implications and opportunities for integrating genomics into clinical practice. *Hematology* 17 (Suppl 1) (2012): S39-42.
3. Absalon MJ, Smith FO. Treatment strategies for pediatric acute myeloid leukemia. *Expert Opin. Pharmacother.* 10 (2009): 57-79.
4. Alpermann T et al. Evaluation of the proposed reporting system of the European LeukemiaNet and recommendations for prognosis of acute myeloid leukemia. *Leuk. Res.* 37 (2013):197-200.
5. Balgobind BV et al. The heterogeneity of pediatric MLL-rearranged acute myeloid leukemia. *Leukemia* 25 (2011): 1239-1248.
6. Barbaric D et al. Minimally differentiated acute myeloid leukemia (FAB AML-M0) is associated with an adverse outcome in children: a report from the Children's Oncology Group, studies CCG-2891 and CCG-2961. *Blood* 109 (2007): 2314-2321.
7. Baron F et al. Impact of graft-versus-host disease after reduced-intensity conditioning allogeneic stem cell transplantation for acute myeloid leukemia: a report from the Acute Leukemia Working Party of the European group for blood and marrow transplantation. *Leukemia* 26 (2012): 2462-2468.
8. Becker PS et al. Clofarabine with high dose cytarabine and granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) priming for relapsed and refractory acute myeloid leukaemia. *Br. J. Haematol.* 155 (2011): 182-189.
9. Bleakley M et al. Bone marrow transplantation for paediatric AML in first remission: a systematic review and

- meta-analysis. *Bone Marrow Transplant*. 29 (2002): 843-852.
10. Büchner T et al. Acute Myeloid Leukemia (AML): different treatment strategies versus a common standard arm-combined prospective analysis by the German AML Intergroup. *J. Clin. Oncol.* 30 (2012): 3604-3610.
 11. Burnett AK. New induction and postinduction strategies in acute myeloid leukemia. *Curr. Opin. Hematol.* 19 (2012): 76-81.
 12. Burnett A et al. Therapeutic advances in acute myeloid leukemia. *J. Clin. Oncol.* 29 (2011): 487-494.
 13. Burnett A et al. Identification of patients with acute myeloblastic leukemia who benefit from the addition of gemtuzumab ozogamicin: results of the MRC AML 15 trial. *J. Clin. Oncol.* 29 (2011): 369-377.
 14. Castaigne S. Why is it so difficult to use gemtuzumab ozogamicin? *Blood* 121 (2013): 4813-4814.
 15. Castellino SM et al. Outcomes in childhood AML in the absence of transplantation in first remission - Children's Cancer Group (CCG) studies 2891 and CCG 213. *Pediatr. Blood Cancer* 50 (2008): 9-16.
 16. Cooper TM et al. AAML03P1, a pilot study of the safety of gemtuzumab ozogamicin in combination with chemotherapy for newly diagnosed childhood acute myeloid leukemia. A report from the Children's Oncology Group. *Cancer* 118 (2012): 761-769.
 17. Craddock C et al. Factors predicting outcome after unrelated donor stem cell transplantation in primary refractory acute myeloid leukaemia. *Leukemia* 25 (2011): 808-813.
 18. Creutzig U et al. Treatment strategies and long-term results in paediatric patients treated in four consecutive AML-BFM trials. *Leukemia* 19 (2005): 2030-2042.
 19. Creutzig U et al. Significance of age in acute myeloid leukemia patients younger than 30 years. A common analysis of the pediatric trials AML-BFM 93/98 and the adult trials AMLCG 92/99 and AMLSG HD93/98A. *Cancer* 112 (2008): 562-571.
 20. Döhner H et al. Diagnosis and management of acute myeloid leukemia in adults: recommendations from an international expert panel, on behalf of the European LeukemiaNet. *Blood* 115 (2010): 453-474.
 21. Entz-Werle N et al; EORTC Children Leukemia Group. Results of 58872 and 58921 trials in acute myeloblastic leukemia and relative value of chemotherapy vs allogeneic bone marrow transplantation in first complete remission: the EORTC Children Leukemia Group report. *Leukemia* 19 (2005): 2072-2081.
 22. Epling-Burnette PK, Loughran TP Jr. Suppression of farnesyltransferase activity in acute myeloid leukemia and myelodysplastic syndrome: current understanding and recommended use of tipifarnib. *Expert Opin. Investig. Drugs* 19 (2010): 689-69.
 23. Estey EH. Acute myeloid leukemia: 2013 update on risk-stratification and management. *Am. J. Hematol.* 88 (2013): 318-327.
 24. Estey EH. How to manage high-risk acute myeloid leukemia. *Leukemia* 26 (2012): 861-869.
 25. Fassas A, Anagnostopoulos A. The use of liposomal daunorubicin (DaunoXome) in acute myeloid leukemia. *Leuk. Lymphoma* 46 (2005): 795-802.
 26. Feldman EJ, Gergis U. Management of refractory acute myeloid leukemia: reinduction therapy or straight to transplantation? *Curr. Hematol. Malig Rep.* 7 (2012): 74-77.
 27. Fernandez HF et al. Anthracycline dose intensification in acute myeloid leukemia. *N. Engl. J. Med.* 361 (2009): 1249-1259.
 28. Fernandez HF, Rowe JM. Induction therapy in acute myeloid leukemia: intensifying and targeting the approach. *Curr. Opin. Hematol.* 17 (2010): 79-84.
 29. Ferrara F, Schiffer CA. Acute myeloid leukaemia in adults. *Lancet* 381 (2013): 484-495.
 30. Gams AS. Acute myeloid leukemia and Down syndrome evolution of modern therapy – state of the art review. *Pediatr. Blood Cancer* 44 (2005): 13-20.
 31. Gorman MF et al. Outcome for children treated for relapsed or refractory acute myelogenous leukemia (rAML): a Therapeutic Advances in Childhood Leukemia (TACL) Consortium study. *Pediatr. Blood Cancer* 55 (2010): 421-429.
 32. Gregory TK et al. Molecular prognostic markers for adult acute myeloid leukemia with normal cytogenetics. *J.*

- Hematol. Oncol. 2 (2009): 23.
33. Gupta S et al. Treatment-related mortality in children with acute myeloid leukaemia in Central America: Incidence, timing and predictors. *Eur. J. Cancer* 48 (2012): 1363-1369.
 34. Harned TM, Gaynon PS. Treating refractory leukemias in childhood, role of clofarabine. *Ther. Clin. Risk Manag.* 4 (2008): 327-336.
 35. Harrison CJ et al. Cytogenetics of childhood acute myeloid leukemia: United Kingdom Medical Research Council Treatment trials AML 10 and 12. *J. Clin. Oncol.* 28 (2010): 2674-2681.
 36. Hemmati PG et al. Reduced intensity conditioning prior to allogeneic stem cell transplantation in first complete remission is effective in patients with acute myeloid leukemia and an intermediate-risk karyotype. *Int. J. Hematol.* 91 (2010): 436-445.
 37. Henze G, Weinberger H. *Esquemas Seleccionados no Tratamento dos Cânceres da Criança.* 1ª Ed. Baxter. 2012. 263pg. Tradução autorizada.
 38. Herdrich K, Weinberger H. *Selected Schedules in the Therapy of Malignant Tumors.* 17th ed. Baxter. 2013. 229pg.
 39. Hiddemann W et al. German AML Cooperative Group. Towards a pathogenesis-oriented therapy of acute myeloid leukemia. *Crit. Rev. Oncol./Hematol.* 56 (2005): 235-245.
 40. Hijjiya N et al. Acute leukemia as a secondary malignancy in children and adolescents. Current findings and issues. *Cancer* 115 (2009): 23-35.
 41. Hill BT, Copelan EA. Acute myeloid leukemia: when to transplant in first complete remission. *Curr. Hematol. Malig. Rep.* 5 (2010): 101-108.
 42. Hong WJ, Medeiros BC. Unfavorable-risk cytogenetics in acute myeloid leukemia. *Expert Rev. Hematol.* 4 (2011): 173-184.
 43. Hsieh YY et al. Effect of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation from matched siblings or unrelated donors during the first complete remission in patients with cytogenetically normal acute myeloid leukemia. *Eur. J. Haematol.* 86 (2011): 237-245.
 44. Inaba H et al. Combination of cladribine plus topotecan for recurrent or refractory pediatric acute myeloid leukemia. *Cancer* 116 (2010): 98-105.
 45. Inaba H et al. Phase I pharmacokinetic and pharmacodynamic study of the multikinase inhibitor sorafenib in combination with clofarabine and cytarabine in pediatric relapsed/refractory leukemia. *J. Clin. Oncol.* 29 (2011): 3293-3300.
 46. Ishaqi MK et al. Outcome of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for children with acute myelogenous leukemia in second complete remission: single center experience. *Pediatr. Transplant.* 13 (2009): 999-1003.
 47. Jamieson K, Odenike O. Late-phase investigational approaches for the treatment of relapsed/refractory acute myeloid leukemia. *Expert Opin. Pharmacother.* 13 (2012): 2171-2187.
 48. Johnston DL et al. The presence of central nervous system disease at diagnosis in pediatric acute myeloid leukemia does not affect survival: a Children's Oncology Group study. *Pediatr. Blood Cancer* 55 (2010): 414-420.
 49. Juliusson G et al. Age and acute myeloid leukemia: real world data on decision to treat and outcomes from the Swedish Acute Leukemia Registry. *Blood* 113 (2009): 4179-4187.
 50. Kang HJ et al. High transcript level of FLT3 associated with high risk of relapse in pediatric acute myeloid leukemia. *J. Korean Med. Sci.* 25 (2010): 841-845.
 51. Kaspers GJ. Pediatric acute myeloid leukemia. *Expert Rev. Anticancer Ther.* 12 (2012): 405-413.
 52. Khan I et al. Myeloid leukemia in down syndrome. *Crit. Rev. Oncog.* 16 (2011): 25-36.
 53. Klusmann JH et al. The role of matched sibling donor allogeneic stem cell transplantation in pediatric high-risk acute myeloid leukemia: results from the AML-BFM 98 study. *Haematologica* 97 (2012): 21-29.
 54. Koh KN et al. Favorable outcomes after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in children with high-risk or advanced acute myeloid leukemia. *J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 33 (2011): 281-288.
 55. Koreth J et al. Allogeneic stem cell transplantation for acute myeloid leukemia in first complete remission: systematic review and meta-analysis of prospective clinical trials. *JAMA* 301 (2009): 2349-2361.
 56. Kubal T, Lancet JE. The thorny issue of relapsed acute myeloid leukemia. *Curr. Opin. Hematol.* 20 (2013): 100-106.
 57. Kühn MW et al. High-resolution genomic profiling of adult and pediatric core-binding-factor acute myeloid

- leukemia reveals new recurrent genomic alterations. *Blood* 119 (2012): 67-75.
58. Lange BJ et al. Outcomes in CCG-2961, a Children's Oncology Group phase 3 trial for untreated pediatric acute myeloid leukemia: a report from the Children's Oncology Group. *Blood* 111 (2008): 1044-1053.
 59. Larson RA. Is secondary leukemia an independent poor prognostic factor in acute myeloid leukemia? *Best Pract. Res. Clin. Haematol.* 20 (2007): 29-37.
 60. Larson SM et al. High dose cytarabine and mitoxantrone: an effective induction regimen for high-risk acute myeloid leukemia (AML). *Leuk. Lymphoma* 53 (2012): 445-450.
 61. Lee D-H et al. Comparable outcomes of HLA-matched unrelated and HLA-identical sibling donor bone marrow transplantation for childhood acute myeloid leukemia in first remission. *Pediatr. Transplant.* 13 (2009): 210-216.
 62. Li Z et al. Identification of a 24-gene prognostic signature that improves the international collaborative study. *J. Clin. Oncol.* 31 (2013): 1172-1181.
 63. Liesveld J. Management of AML: who do we really cure? *Leuk. Res.* 36 (2012): 1475-1480.
 64. Litzow MR. Progress and strategies for patients with relapsed and refractory acute myeloid leukemia. *Curr. Opin. Hematol.* 14 (2007): 130-137.
 65. Löwenberg B et al; Dutch-Belgian Cooperative Trial Group for Hemato-Oncology (HOVON); Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK) Collaborative Group. Cytarabine dose for acute myeloid leukemia. *N. Engl. J. Med.* 364 (2011): 1027-1036.
 66. Manola KN. Cytogenetics of pediatric acute myeloid leukemia. *Eur. J. Haematol.* 83 (2009): 391-405.
 67. Marcucci G et al. Molecular genetics of adult acute myeloid leukemia: prognostic and therapeutic implications. *J. Clin. Oncol.* 29 (2011): 475-486.
 68. Mathisen MS, Ravandi F. Efficacy of tosedostat, a novel, oral agent for elderly patients with relapsed or refractory acute myeloid leukemia: a review of phase II OPAL trial. *Future Oncol.* 8 (2012): 351-357.
 69. Mato AR et al. Novel strategies for relapsed and refractory acute myeloid leukemia. *Curr. Opin. Hematol.* 15 (2008): 108-114.
 70. Masetti R et al. Emerging targeted therapies for pediatric acute myeloid leukemia. *Recent Pat. Anticancer Drug Discov.* 6 (2011): 354-366.
 71. McClune BL et al. Effect of age on outcome of reduced-intensity hematopoietic cell transplantation for older patients with acute myeloid leukemia in first complete remission or with myelodysplastic syndrome. *J. Clin. Oncol.* 28 (2010): 1878-1887.
 72. McLaughlin B et al. Fludarabine and cytarabine in patients with relapsed acute myeloid leukemia refractory to initial salvage therapy. *Int. J. Hematol.* 96 (2012): 743-747.
 73. McKenzie SB. Advances in understanding the biology and genetics of acute myelocytic leukemia. *Clin. Lab. Sci.* 18 (2005): 28-37.
 74. Meshinchi S, Arceci RJ. Prognostic factors and risk-based therapy in pediatric acute myeloid leukemia. *Oncologist* 12 (2007): 341-355.
 75. Mizushima Y et al. Prognostic significance of the BAALC isoform pattern and CEBPA mutations in pediatric acute myeloid leukemia with normal karyotype: a study by the Japanese Childhood AML Cooperative Study Group. *Int. J. Hematol.* 91 (2010): 831-837.
 76. Molgaard-Hansen L et al; Nordic Society of Paediatric Haematology and Oncology (NOPHO). Early and treatment-related deaths in childhood acute myeloid leukaemia in the Nordic countries: 1984-2003. *Br. J. Haematol.* 151 (2010): 447-459.
 77. Molgaard-Hansen L et al; Nordic Society of Paediatric Haematology and Oncology (NOPHO). Treatment-related deaths in second complete remission in childhood acute myeloid leukaemia. *Br. J. Haematol.* 152 (2011): 623-630.
 78. Mrózek K et al. Prognostic significance of the European LeukemiaNet standardized system for reporting cytogenetic and molecular alterations in adults with acute myeloid leukemia. *J. Clin. Oncol.* 30 (2012): 4515-4523.
 79. Naoe T, Kiyoi H. Gene mutations of acute myeloid leukemia in the genome era. *Int. J. Hematol.* 97 (2013): 165-174.

80. Niewerth D et al. A review on allogeneic stem cell transplantation for newly diagnosed pediatric acute myeloid leukemia. *Blood* 116 (2010): 2205-2214.
81. Ofran Y, Rowe JM. Treatment for relapsed acute myeloid leukemia: what is new? *Curr. Opin. Hematol.* 19 (2012): 89-94.
82. Ofran Y, Rowe JM. Induction and postremission strategies in acute myeloid leukemia: what is new? *Curr. Opin. Hematol.* 18 (2011): 83-88.
83. Oliansky DM et al. The role of cytotoxic therapy with hematopoietic stem cell transplantation in the therapy of acute myeloid leukemia in children: an evidence-based review. *Biol. Blood Marrow Transplant.* 13 (2007): 1-25.
84. Paun O, Lazarus HM. Allogeneic hematopoietic cell transplantation for acute myeloid leukemia in first complete remission: have the indications changed? *Curr. Opin. Hematol.* 19 (2012): 95-101.
85. Peccatori J, Ciceri F. Allogeneic stem cell transplantation for acute myeloid leukemia. *Haematologica* 95 (2010): 857-859.
86. Pedersen-Bjergaard J et al. Genetic pathways in the pathogenesis of therapy-related myelodysplasia and acute myeloid leukemia. *Hematology (Am. Soc. Hematol. Educ. Program)* 2007 (2007): 392-397.
87. Perel Y et al. Impact of addition of maintenance therapy to intensive induction and consolidation chemotherapy for childhood acute myeloblastic leukemia: results of a prospective randomized trial, LAME 89/91. *Leucemie Aigue Myeloïde Infant. J. Clin. Oncol.* 20 (2002): 2774-2782.
88. Phillips GL. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) for high-risk acute myeloid leukemia (AML)/myelodysplastic syndrome (MDS): how can we improve outcomes in the near future? *Leuk. Res.* 36 (2012): 1490-1495.
89. Quarello P et al. FLAG-liposomal doxorubicin (Myocet) regimen for refractory or relapsed acute leukemia pediatric patients. *J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 34 (2012): 208-216.
90. Radhi M et al. Prognostic factors in pediatric acute myeloid leukemia. *Curr. Hematol. Malign. Rep.* 5 (2010): 200-206.
91. Rao AV et al. Age-specific differences in oncogenic pathway dysregulation and anthracycline sensitivity in patients with acute myeloid leukemia. *J. Clin. Oncol.* 27 (2009): 5580-5586.
92. Ravandi F. Primary refractory acute myeloid leukaemia – in search of better definitions and therapies. *Br. J. Haematol.* 155 (2011): 413-419.
93. Ravindranath Y et al; Pediatric Oncology Group. Pediatric Oncology Group (POG) studies of acute myeloid leukemia (AML): a review of four consecutive childhood AML trials conducted between 1981 and 2000. *Leukemia* 19 (2005): 2101-2116.
94. Reinhardt D et al. Liposomal daunorubicine combined with cytarabine in the treatment of relapsed/refractory acute myeloid leukemia in children. *Klin. Pädiatr.* 214 (2002): 188-194.
95. Ritchie EK et al. Decitabine in patients with newly diagnosed and relapsed acute myeloid leukemia. *Leuk. Lymphoma* 2013, Feb 7 (Epub ahead of print).
96. Rizzieri DA et al. Outcomes of patients who undergo aggressive induction therapy for secondary acute myeloid leukemia. *Cancer* 115 (2009): 2922-2929.
97. Robak T et al. Novel and emerging drugs for acute myeloid leukemia: pharmacology and therapeutic activity. *Curr. Med. Chem.* 18 (2011): 638-666.
98. Roboz GJ. Current treatment of acute myeloid leukemia. *Curr. Opin. Oncol.* 24 (2012): 711-719.
99. Rodriguez-Ariza A et al. VEGF targeted therapy in acute myeloid leukemia. *Crit. Rev. Oncol./Hematol.* 80 (2011): 241-256.
100. Röllig C et al. Long-term prognosis of acute myeloid leukemia according to the new genetic risk classification of the European LeukemiaNet recommendations: evaluation of the proposed reporting system. *J. Clin. Oncol.* 29 (2011): 2758-2765.
101. Rubnitz JE. Childhood acute myeloid leukemia. *Curr. Treat. Options Oncol.* 9 (2008): 95-105.
102. Rubnitz JE et al. Combination of cladribine and cytarabine is effective for childhood acute myeloid leukemia: results of the St Jude AML97 trial. *Leukemia* 23 (2009): 1410-1416.

103. Rubnitz JE et al. Minimal residual disease-directed therapy for childhood acute myeloid leukaemia: results of the AML02 multicentre trial. *Lancet Oncol.* 11 (2010): 543-552.
104. Rubnitz JE et al. Acute myeloid leukemia. *Hematol. Oncol. Clin. North Am.* 24 (2010): 35-63.
105. Sabty FA et al. Is there still a role for autologous stem cell transplantation in acute myeloid leukemia? *Neoplasma* 60 (2013): 167-173.
106. Sander A et al. Consequent and intensified relapse therapy improved survival in pediatric AML: results of relapse treatment in 379 patients of three consecutive AML-BFM trials. *Leukemia* 24 (2010): 1422-1428.
107. Scott E et al. Targeted signal transduction therapies in myeloid malignancies. *Curr. Oncol. Rep.* 12 (2010): 358-365.
108. Smith FO et al; Children's Cancer Group. Long-term results of children with acute myeloid leukemia: a report of three consecutive Phase III trials by the Children's Cancer Group: CCG 251, CCG 213 and CCG 2891. *Leukemia* 19 (2005): 2054-2062.
109. Song KW, Lipton J. Is it appropriate to offer allogeneic hematopoietic stem cell transplantation to patients with primary refractory acute myeloid leukemia? *Bone Marrow Transplant.* 36 (2005): 183-191.
110. Staffas A et al; Nordic Society of Pediatric Hematology and Oncology (NOPHO). Presence of FLT3-ITD and high BAALC expression are independent prognostic markers in childhood acute myeloid leukemia. *Blood* 118 (2011): 5905-5913.
111. Stasi R et al. Gemtuzumab ozogamicin in the treatment of acute myeloid leukemia. *Cancer Treat. Rev.* 34 (2008): 49-60.
112. Stein EM, Tallman MS. Remission induction in acute myeloid leukemia. *Int. J. Hematol.* 96 (2012): 164-170.
113. Stölzel F et al. Risk stratification using a new prognostic score for patients with secondary acute myeloid leukemia: results of the prospective AML96 trial. *Leukemia* 25 (2011): 420-428.
114. Sung L et al. Life-threatening and fatal infections in children with acute myeloid leukemia: a report from the Children's Oncology Group. *J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 34 (2012): e30-35.
115. Sztokowski T et al. Secondary acute myeloid leukemia - a single center experience. *Neoplasma* 57 (2010): 170-178.
116. Taga T et al. Continuous and high-dose cytarabine combined chemotherapy in children with Down syndrome and acute myeloid leukemia: Report from the Japanese Children's Cancer and Leukemia Study Group (JCCLSG) AML 9805 Down study. *Pediatr. Blood Cancer* 57 (2011): 36-40.
117. Teuffel O et al. Anthracyclines during induction therapy in acute myeloid leukaemia: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Haematol.* 161 (2013): 192-203.
118. Thomas X et al. Outcome of treatment after first relapse in younger adults with acute myeloid leukemia initially treated by the ALFA-9802 trial. *Leuk. Res.* 36 (2012): 1112-1118.
119. Trifilio S et al. Idarubicin appears equivalent to dose-intense daunorubicin for remission induction in patients with acute myeloid leukemia. *Leuk. Res.* 37 (2013): 868-871.
120. Tsukimoto I et al. Risk-stratified therapy and the intensive use of cytarabine improves the outcome in childhood acute myeloid leukemia: the AML99 trial from the Japanese Childhood AML Cooperative Study Group. *J. Clin. Oncol.* 27 (2009): 4007-4013.
121. Vardiman JW et al. The 2008 revision of the World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute leukemia: rationale and important changes. *Blood* 114 (2009): 937-951.
122. Vellenga E et al; Dutch-Belgian Hemato-Oncology Cooperative Group (HOVON), Swiss Group for Clinical Cancer Research Collaborative Group (SAKK). Autologous peripheral blood stem cell transplantation for acute myeloid leukemia. *Blood* 118 (2011): 6037-6042.
123. Verdeguer A et al. Genetic alterations in children and adolescents with acute myeloid leukaemia. *Clin. Transl. Oncol.* 12 (2010): 590-596.
124. von Neuhoff C et al. Prognostic impact of specific chromosomal aberrations in a large group of pediatric patients with acute myeloid leukemia treated uniformly according to trial AML-BFM 98. *J. Clin. Oncol.* 28 (2010): 2682-2689.
125. Watt TC, Cooper T. Sorafenib as treatment for relapsed or refractory pediatric acute myelogenous leukemia. *Pediatr. Blood Cancer* 2011, Nov 2 (Epub ahead of print).

126. Wiernik PH. FLT3 inhibitors for the treatment of acute myeloid leukemia. *Clin. Adv. Hematol. Oncol.* 8 (2010): 429-436.
127. Xavier AC et al. Unique clinical and biological features of leukemia in Down syndrome children. *Expert Rev. Hematol.* 3 (2010): 175-186.
128. Zhu X et al. Novel agents and regimens for acute myeloid leukemia: 2009 ASH annual meeting highlights. *J. Hematol. Oncol.* 3 (2010): 17.
129. Zwaan CM et al; International BFM Study Group on Paediatric AML. Salvage treatment for children with refractory first or second relapse of acute myeloid leukaemia with gemtuzumab ozogamicin: results of a phase II study. *Br. J. Haematol.* 148 (2010): 768-776.
130. Breen KA et al. The pathogenesis and management of the coagulopathy of acute promyelocytic leukaemia. *Br. J. Haematol.* 156 (2012): 24-36.
131. Mantadakis E et al. A comprehensive review of acute promyelocytic leukemia in children. *Acta Haematol.* 119 (2008): 73-82.
132. Adès L et al. Treatment of newly diagnosed acute promyelocytic leukemia (APL): a comparison of French-Belgian-Swiss and PETHEMA results. *Blood* 111 (2008): 1078-1084.
133. Adès L et al. Is cytarabine useful in the treatment of acute promyelocytic leukemia? Results of a randomized trial from the European Acute Promyelocytic Leukemia Group. *J. Clin. Oncol.* 24 (2006): 5703-5710.
134. Creutzig U et al; AML-BFM Study Group. Favourable outcome of patients with childhood acute promyelocytic leukaemia after treatment with reduced cumulative anthracycline doses. *Br. J. Haematol.* 149 (2010): 399-409.
135. Fenaux P et al. Treatment of acute promyelocytic leukemia by retinoids. *Curr. Top. Microbiol. Immunol.* 313 (2007): 101-128.
136. Ferrara F. Acute promyelocytic leukemia: what are the treatment options? *Expert Opin. Pharmacother.* 11 (2010): 587-596.
137. Gregory J, Feusner J. Acute promyelocytic leukemia in childhood. *Curr. Oncol. Rep.* 11 (2009): 439-445.
138. Kamimura T et al. Advances in therapies for acute promyelocytic leukemia. *Cancer Sci.* 102 (2011): 1929-1937.
139. Lo-Coco F, Ammatuna E. Front line clinical trials and minimal residual disease monitoring in acute promyelocytic leukemia. *Curr. Top. Microbiol. Immunol.* 313 (2007): 145-156.
140. Mi J. Current treatment strategy of acute promyelocytic leukemia. *Front. Med.* 5 (2011): 341-347.
141. Sirulnik LA, Stone RM. Acute promyelocytic leukemia: current strategies for the treatment of newly diagnosed disease. *Clin. Adv. Hematol./Oncol.* 3 (2005): 391-397.
142. Yoo ES. Recent advances in the diagnosis and management of childhood acute promyelocytic leukemia. *Korean J. Pediatr.* 54 (2011): 95-105.
143. Grimwade D et al. Acute promyelocytic leukemia: a paradigm for differentiation therapy. *Cancer Treat. Res.* 145 (2010): 219-235.
144. Hu J et al. Long-term efficacy and safety of all-trans retinoic acid/arsenic trioxide-based therapy in newly diagnosed acute promyelocytic leukemia. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 106 (2009): 3342-3347.
145. Hu J. Arsenic in the treatment of newly diagnosed acute promyelocytic leukemia: current status and future research direction. *Front. Med.* 5 (2011): 45-52.
146. Park JH, Tallman MS. Managing acute promyelocytic leukemia without conventional chemotherapy: is it possible? *Expert Rev. Hematol.* 4 (2011): 427-436.
147. Ravandi F et al. Effective treatment of acute promyelocytic leukemia with all-trans-retinoic acid, arsenic trioxide, and gemtuzumab ozogamicin. *J. Clin. Oncol.* 27 (2009): 504-510.
148. Sanz MA, Lo-Coco F. Modern approaches to treating acute promyelocytic leukemia. *J. Clin. Oncol.* 29 (2011): 495-503.
149. Sanz MA et al. Management of acute promyelocytic leukemia: recommendations from an expert panel on behalf of the European LeukemiaNet. *Blood* 113 (2009): 1875-1891.
150. Wang H et al. The efficacy and safety of arsenic trioxide with or without all-trans retinoic acid for the treatment of

- acute promyelocytic leukemia: a meta-analysis. *Leuk. Res.* 35 (2011): 1170-1177.
151. Zhou J et al. Single-agent arsenic trioxide in the treatment of children with newly diagnosed acute promyelocytic leukemia. *Blood* 115 (2010): 1697-1702.
 152. Au WY et al. Oral arsenic trioxide for relapsed acute promyelocytic leukemia in pediatric patients. *Pediatr. Blood Cancer* 58 (2012): 630-632
 153. Breccia M, Lo-Coco F. Gemtuzumab ozogamicin for the treatment of acute promyelocytic leukemia: mechanisms of action and resistance, safety and efficacy. *Expert Opin. Ther.* 11 (2011): 225-234
 154. Dvorak CC et al. Hematopoietic stem cell transplant for pediatric acute promyelocytic leukemia. *Biol. Blood Marrow Transplant.* 14 (2008): 824-830.
 155. Tallman MS. Treatment of relapsed or refractory acute promyelocytic leukemia. *Best Pract. Res. Clin. Hematol.* 20 (2007): 57-65
 156. Dayyani F et al. Outcome of therapy-related acute promyelocytic leukemia with or without arsenic trioxide as a component of frontline therapy. *Cancer* 117 (2011): 110-115.
 157. Elliott MA et al. Therapy-related acute promyelocytic leukemia: observations relating to APL pathogenesis and therapy. *Eur. J. Haematol.* 88 (2012): 237-243.
 158. Joannides M et al. Mediterr. Molecular pathogenesis of secondary acute promyelocytic leukemia. *J. Hematol. Infect. Dis.* 3 (2011): e2011045.
 159. Pulsoni A et al. Clinicobiological features and outcome of acute promyelocytic leukemia occurring as a second tumor: the GIMEMA experience. *Blood* 100 (2002): 1972-1976.
 160. Ravandi F. Therapy-related acute promyelocytic leukemia. *Haematologica* 96 (2011): 493-495.

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA DO ADULTO

Portaria SAS/MS nº 705, de 12 de agosto de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Considerando a heterogeneidade das entidades patológicas que se descrevem como leucemia mieloide aguda (LMA), a vasta literatura sobre esta neoplasia maligna e seu predominante caráter de pesquisa, básica, translacional e clínica, nos âmbitos diagnóstico e terapêutico; os vários esquemas quimioterápicos e protocolos terapêuticos igualmente validados; e as altas complexidade e relevância do papel dos recursos humanos, materiais e de infraestrutura para o adequado atendimento dos doentes e a obtenção de bons resultados terapêuticos, aqui se apresentam diretrizes com o objetivo basicamente orientador e baseadas na experiência de grandes serviços nacionais e internacionais e em bibliografia selecionada.

Assim, uma busca ampla da literatura foi realizada, e o caráter de restrição à inclusão dos artigos utilizado baseou-se na experiência dos autores.

2 INTRODUÇÃO

As leucemias agudas resultam de uma transformação maligna das células hematopoéticas primitivas, seguida de uma proliferação clonal e conseqüente acúmulo dessas células transformadas. A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) sofre, caracteristicamente, uma parada maturativa celular na fase de blastos ou promielócitos, levando à redução dos elementos normais no sangue periférico. As células apresentam marcadores mieloides específicos, incluindo bastões de Auer (grânulos aberrantes), alteração citoquímica (negro de Sudan, mieloperoxidase ou esterase não específica) e antígenos de superfície específicos. (1) O evento inicial que determina a proliferação neoplásica é desconhecido, mas é resultante de mutação somática e ocorre na célula-tronco (*stem cell*) comprometendo a maturação mieloide (2).

A incidência da LMA ajustada por idade é de 3,6 casos novos por 100.000 habitantes por ano, com uma idade mediana ao diagnóstico de 66 anos (3).

As deficiências da hematopoese na medula óssea, com a substituição das células normais por células imaturas que nela se acumulam, resultam numa insuficiência funcional da medula óssea que, em conseqüência, se expressa clinicamente por anemia, sangramento, infecções e síndrome de hiperviscosidade. A medula óssea e o sangue periférico são principalmente caracterizados por leucocitose com predomínio de células imaturas, mormente os blastos.

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C92.0 Leucemia mieloide aguda - Exclui: exacerbação aguda de leucemia mieloide crônica (C 92.1)
- » C92.3 Sarcoma mieloide (Cloroma, Sarcoma granulocítico)

Consultores: Jane de Almeida Dobbin e Reinaldo Dal Bello Figueiras Júnior

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

- » C92.4 Leucemia promielocítica aguda
- » C92.5 Leucemia mielomonocítica aguda
- » C92.7 Outras leucemias mieloides
- » C93.0 Leucemia monocítica aguda - Exclui: exacerbação aguda de leucemia monocítica crônica (C93.1)
- » C93.7 Outras leucemias monocíticas
- » C94.0 Eritremia e eritroleucemia agudas (Doença de Di Guglielmo)
- » C94.2 Leucemia megacarioblástica aguda - megacarioblástica (aguda), megacariocítica (aguda)
- » C94.3 Leucemia de mastócitos

4 CLASSIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DA LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA (4,5)

A primeira tentativa para classificar a LMA foi feita pelo Grupo FAB (Franco-Americano-Britânico), com base apenas na porcentagem dos blastos, na morfologia e no grau de diferenciação da linhagem celular. O grau de diferenciação dos sub-tipos FAB M0 – FAB M7 era realizado inicialmente pela citoquímica e posteriormente pela imunofenotipagem das células imaturas. A classificação FAB é baseada essencialmente no conteúdo granular e nos aspectos nucleares dos blastos.

Já a nova classificação da Organização Mundial da Saúde (5), baseada nas anormalidades citogenéticas ou na citogenética molecular, subdivide a LMA em diversas entidades genético-clínico-patológicas:

LMA com anormalidades genéticas recorrentes:

- » LMA com t(8;21)(q22;q22); AML 1/ETO
- » LMA com inv(16)(p13;q22); ou t(16;16)(p13;q22);CBFBeta/MYH11
- » Leucemia promielocítica aguda com t(15;17)(q22;q12);PML/RARAlfa - LMA com anomalia 11q23; rearranjos MLL/XX

LMA com displasia de multilinhagens

- » LMA sem síndrome mielodisplásica (MDS) anterior
- » LMA após MDS

LMA e MDS associada a terapia

- » LMA após terapia com alquilante
- » LMA após inibidor da topoisomerase
- » Outros tipos

LMA não classificáveis nos grupos acima

- » LMA com mínima diferenciação (FAB M0)
- » LMA sem maturação (FAB M1)
- » LMA com maturação (FAB M2)
- » Leucemia Promielocítica aguda (FAB M3) e variante (FAB M3v)
- » Leucemia Mielomonocítica Aguda (FAB M4)
- » Leucemia Mielomonocítica Aguda com eosinofilia (FAB M4Eo)
- » Leucemia Monoblástica Aguda (FAB M5a)
- » Leucemia Monocítica Aguda (FAB M5b)
- » Leucemia Eritroide Aguda (FAB M6)
- » Leucemia Megacarioblástica Aguda (FAB M7)
- » Leucemia Basofílica Aguda (FAB M2 baso)
- » Panmielose aguda com mielofibrose

Sarcoma mielóide

- » Proliferações mieloides relacionadas com síndrome de Down
- » Neoplasia de células dendríticas blástica plasmocitoide

Leucemias agudas de linhagem ambígua

- » Leucemia Aguda Indiferenciada
- » Leucemia Aguda de Fenótipo Misto com t(9;22)(q34;q11.2); BCR-ABL 1
- » Leucemia Aguda de Fenótipo Misto com t(v;11q23); rearranjo MLL
- » Leucemia Aguda de Fenótipo Misto, B/mieloide, NOS
- » Leucemia Aguda de Fenótipo Misto, T/mieloide, NOS
- » Leucemia Aguda de Fenótipo Misto, NOS – tipos raros
- » Outras leucemias de linhagem ambígua

5 DIAGNÓSTICO (1,2,5,6) E AVALIAÇÃO PRÉ-TRATAMENTO

Os seguintes exames são a base do diagnóstico clínico:

- » hemograma completo com contagem diferencial;
- » citomorfologia das células blásticas, por microscopia ótica do sangue periférico (SP), medula óssea (MO) e líquor (LCR);
- » citoquímica (mieloperoxidase, negro de Sudam e esterase inespecífica) das células blásticas, como auxiliares ao diagnóstico;
- » biópsia de medula óssea no caso de aspirado medular “seco”;
- » imunofenotipagem das células blásticas do SP ou da MO;
- » avaliação citogenética convencional com um mínimo de 20 metáfases analisadas ou citogenética molecular com hibridização *in situ* por fluorescência (FISH); e
- » avaliação por biologia molecular preferencialmente da medula óssea.

A porcentagem de blastos exigida para o diagnóstico de LMA é 20% ou mais de mieloblastos ou monoblastos/promonócitos ou megacarioblastos no SP ou na MO. Havendo menos do que 20% de blastos no SP ou na MO, o diagnóstico de LMA também pode ser feito quando há t(8;21)(q22;q22), inv(16)(p13.1q22), t(16;16)(p13.1;q22) ou t(15;17)(q22;q12). O diagnóstico de leucemia eritroide aguda é feito nos casos com 50% ou mais de precursores eritroides na MO, associado a 20% ou mais de blastos de células não eritroides da MO. Mieloblastos, monoblastos e megacarioblastos são incluídos na contagem dos blastos. Na LMA com diferenciação monocítica ou mielomonocítica, os monoblastos e promonócitos, mas não os monócitos anormais, são considerados e contados como blastos. Eritroblastos não são contados como blastos, exceto no caso da leucemia eritroide pura.

Por sua vez, os seguintes itens visam a determinar a invasão leucêmica extramedular e as condições clínicas do doente:

- » anamnese e exame físico;
- » exames de coagulação, incluindo a dosagem de fibrinogênio;
- » dosagem bioquímica sérica: glicose, sódio, potássio, cálcio, creatinina, dosagens das transferases/transaminases, fosfatase alcalina, DHL, bilirrubinas, ureia, proteína total, ácido úrico, colesterol total, triglicerídios, creatinofosfoquinase e enzimas pancreáticas;
- » punção lombar, se clinicamente indicada;
- » exames bacteriológicos de secreções e líquidos orgânicos, se clinicamente indicada;
- » testes sorológicos para hepatites A, B e C e para HIV;
- » exame de fezes;
- » exame de urina;
- » eletrocardiograma e ecocardiograma; e
- » radiografia simples de tórax em PA e perfil.

6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Doentes com 19 ou mais anos de idade; e
- » observância dos critérios mínimos para o diagnóstico de LMA.

7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Para os doentes com menos de 19 anos de idade, dever-se-ão observar as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas da Leucemia Mieloide Aguda de Crianças e Adolescentes.

8 FATORES PROGNÓSTICOS

Aspectos clínicos (características do pacientes e sua condição de saúde), morfologia celular, marcadores de superfície e a citogenética são fatores que, em LMA, vão predizer a mortalidade relacionada ao tratamento (MRT).

Ainda entre os aspectos clínicos faz-se necessário citar: idade do doente, capacidade funcional (*performance status*), história prévia de doença medular (p.ex., síndrome mielodisplásica) e exposição a agentes quimioterápicos. Indivíduos jovens têm melhor prognóstico que os idosos. A exposição a agentes quimioterápicos também diferencia o prognóstico conforme o antineoplásico usado. A contagem de glóbulos brancos maior do que 20.000/mm³ ou desidrogenase láctica (DHL) elevada, ao diagnóstico, são fatores desfavoráveis.

O cariótipo das células leucêmicas, entretanto, é o fator mais importante para se prognosticar a resposta à quimioterapia de indução e a sobrevida global do paciente. O sistema Europeu de Prognóstico *Leukemia Net* (ELN) categoriza o paciente adulto jovem em quatro grupos de risco: favorável, intermediário-1, intermediário-2 e adverso. O impacto das lesões genéticas secundárias, associadas a translocações ou inversões necessitam de mais investigação, com exceção da trissomia do 22 na LMA com inv(16) ou t(16;16), que tem sido associada a uma melhor sobrevida livre de recaída (SLR). Define-se o cariótipo complexo na presença de 3 ou mais (em alguns estudos, 5 ou mais) anormalidades cromossômicas. O cariótipo complexo, que ocorre em 10% a 12% dos pacientes, quando não associado a t(8;21), inv(16) ou t(16;16) e t(15;17) deve ser considerado de prognóstico adverso. As anormalidades citogenéticas de prognóstico desfavorável aumentam com a idade. Com isso, algumas classificações de risco, baseadas no estudo citogenético, têm sido propostas para a população idosa com LMA.

Pacientes com citogenética normal e historicamente considerados de prognóstico intermediário são agora divididos em subgrupos moleculares com significativa implicação prognóstica (Tabela 1). Por exemplo, a presença da duplicação interna em *tandem* (ITD) do gene FLT3 (FLT3-ITD) tem sido associada a doença agressiva e de mau prognóstico. Em contraste, pacientes com o gene CEBPA e NPM1 (nucleofosmina1) sem mutações concomitantes com o FLT3 têm um prognóstico significativamente favorável ao tratamento. Algumas mutações, como por exemplo o gene KIT (receptor tirosinoquinase classe III) associado a t(8;21), podem afastar a classificação inicial “favorável” da LMA.

Tabela 1 – Sistema europeu de prognóstico *Leukemia Net* (ELN) (7)

GRUPO GENÉTICO	SUBGRUPOS
Favorável	t(8;21)(q22q22); RUNX1-RUNX1T1 inv(16)(p13;1q22) ou t(16;16)(p13.1;q22) CFBF-MYH11, mutação NPM1 sem FLT3-ITD (cariótipo normal), mutação CEBPA (cariótipo normal)
Intermediário-1 (*)	mutação NPM1 e FLT3-ITD (cariótipo normal) wild-type NPM1 e FLT3-ITD (cariótipo normal) wild-type NPM1 sem FLT3-ITD (cariótipo normal)

Intermediário-2	t(9;11)(p22q23); MLLT3-MLL anorm. citogenéticas outras que não favorável ou adversa (**)
Adverso	Inv(3)(q21q26.2) ou t(3;3)(q21;q26.2); RPN1-EV11, t(6;9)(p23;q34); DEK-NUP214; t(v;11)(v;q23); re-arranjo MLL; -5 ou del(5q); -7; an(17p); cariótipo complexo (***)

(*) Inclui todas as leucemias mieloides agudas com cariótipo normal, exceto aquelas incluídas no subgrupo favorável; a maioria dos casos está associada com pobre prognóstico, mas eles devem ser relatados separadamente em virtude da potencial resposta diferente ao tratamento.

(**) Para a maioria das anormalidades, números adequados não foram estudados para tirar conclusões com relação ao seu significado prognóstico.

(***) Três ou mais anormalidades cromossômicas na ausência de uma das translocações recorrentes ou inversões designadas pela OMS, isto é, t(15;17), t(8;21), inv(16) ou t(16;16), t(9;11), t(v;11)(v;q23), t(6;9), inv(3) ou t(3;3); indicam quantos casos de cariótipos complexos têm envolvimento dos braços dos cromossomas 5q, 7q e 17p.

9 TRATAMENTO (1,2,4,6-13)

O tratamento da LMA exige uma quimioterapia inicial de indução de remissão, com o objetivo de atingir remissão completa (RC) da doença e conseqüente restauração das células sanguíneas normais. Esta fase é seguida por uma terapia de pós-remissão para erradicar a doença residual mínima (DRM). Depois, dois a quatro cursos de “consolidação” com ou sem tratamento prolongado de “manutenção”.

A cura da LMA ocorre ainda numa minoria de pacientes adultos que se submetem aos diversos protocolos de quimioterapia e, nos casos de prognóstico intermediário ou desfavorável, apesar do elevado potencial de morbidade, os resultados do transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico (alo-TCTH) ou autólogo (auto-TCTH) são melhores do que os obtidos com a quimioterapia padrão, sendo que o auto-TCTH é reservado para o paciente que atingiu resposta molecular após recaída da leucemia do subtipo promielocítica aguda (LPMA).

As indicações de TCTH devem observar os critérios do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Existem dois obstáculos para a cura: a mortalidade relacionada ao tratamento (MRT) e a resistência à quimioterapia. Com isso, os protocolos terapêuticos atuais distinguem os pacientes jovens dos pacientes idosos (idade igual ou maior de 60 anos), pois o idoso está associado a índice de capacidade funcional mais alto (ou seja, pior) e a anormalidade no exame citogenético. Independentemente da idade, o objetivo inicial do tratamento da LMA é atingir a RC (medula óssea com menos de 5% de mieloblastos e, no sangue periférico, neutrófilos acima de 1.000/mm³ e plaquetas acima de 100.000/mm³) para o controle da hematopoese. Para ser considerado potencialmente curado, os pacientes devem permanecer em RC por 2 a 3 anos, quando, então, o risco de recaída da LMA diminui seguramente para menos de 10%.

9.1 MODALIDADES TERAPÊUTICAS

Terapia de Indução – Três dias de antraciclina (ou daunorrubicina ou idarrubina ou mitoxantrona) e 7 dias de citosina arabinosídeo (protocolo “7 + 3”) continua sendo o tratamento padrão para a indução de remissão da LMA do adulto. Este tratamento ocasiona um período de pancitopenia grave durante 3 a 4 semanas, necessitando-se de tratamento de suporte e por vezes com internação em Unidade de Tratamento Intensivo. A maioria dos protocolos de tratamento preconiza o exame de medula óssea uma semana após o término do esquema quimioterápico e, se houver células leucêmicas residuais, administra-se um segundo curso de quimioterapia com outros antineoplásicos e doses mais intensas. O índice de remissão completa é de 60% a 80% no grupo de pacientes jovens.

Terapia de Consolidação – Cerca de 30% dos pacientes de LMA recidivam nos primeiros 6 meses e mais de 50% no primeiro ano. Com o objetivo de retardar ou prevenir a recidiva do paciente jovem, tem-se preconizado a terapia pós-remissão, que consiste em ciclos repetitivos (pelo menos 3 ciclos) de citosina arabinosídeo em altas doses (HiDAC, sigla em Inglês). O uso de consolidação intensiva prolongada ou de poliquimioterapia não parece ser superior a HiDAC isolada.

Terapia de Manutenção – Exceto nos casos de leucemia promielocítica aguda (LPMA), o tratamento de manutenção não deve ser administrado rotineiramente no adulto com LMA.

Transplante de células-tronco hematopoéticas – Apesar do elevado potencial de morbidade, talvez seja a terapia anti-LMA mais efetiva para os casos de prognóstico intermediário ou desfavorável. Essa morbidade, entretanto, assim como a mortalidade vêm declinando com a melhora da terapia antimicrobiana e com o controle da doença do enxerto contra o hospedeiro. Além disso, o número de doadores não aparentados e a doação de sangue de cordão umbilical vêm se expandindo, aumentando progressivamente a chance de identificação de doadores compatíveis.

9.2 SITUAÇÕES ESPECIAIS

Terapia do idoso – Na avaliação inicial do paciente idoso com LMA, deve-se, mesmo antes de realizar exames invasivos, ponderar, de modo criterioso, sobre os parâmetros clínicos, econômicos, sociais e psicológicos para uma determinação precisa do planejamento terapêutico. Pacientes com idade entre 60 e 74 anos e com *performance status* abaixo do índice 2 de Zubrod e sem comorbidades podem ser tratados como o adulto jovem, resultando em uma taxa de RC e de morte pelo tratamento abaixo de 15%. As doses, entretanto, precisam ser individualizadas. Para o subtipo com citogenética de mau prognóstico, a taxa de RC é de apenas 30%, com SG abaixo de 5%. Já para o paciente muito idoso (75 ou mais anos), a alternativa é a utilização da citarabina subcutânea em baixas doses, que é associada a uma sobrevida maior quando comparada a hidroxiureia oral.

Sarcoma mieloide – O sarcoma mieloide (que tem como sinônimos tumor mieloide extramedular, sarcoma granulocítico e cloroma) é uma massa tumoral extramedular constituído de blastos mieloides e situado principalmente na pele, linfonodo, trato gastrointestinal, osso, tecido conectivo e testículo. O sarcoma mieloide pode preceder a LMA, estar a ela associado ou ser uma transformação de uma mielodisplasia ou de uma síndrome mieloproliferativa. Seu diagnóstico é dado pela citoquímica ou pela imuno-histoquímica, e a morfologia é, em geral, mielomonocítica ou monoblástica. É ainda associado com hiperleucocitose, t(8;21) e positividade para CD56. O sarcoma mieloide de novo (ou seja, sem ser por evolução de outro tipo de hemopatia de linhagem mieloide) deve ser tratado como LMA. Dados sobre o impacto no prognóstico é limitado: enquanto alguns estudos relatam um impacto negativo, outros sugerem que a quimioterapia padrão seguida de transplante de células-tronco hematopoéticas não é inferior aos resultados da terapia da LMA do adulto. O tumor é sensível à radioterapia.

Acometimento do sistema nervoso central – A invasão do sistema nervoso (SNC) na LMA ocorre em menos de 5% dos pacientes adultos. Inexiste indicação para profilaxia com quimioterapia intratecal nos pacientes sem sintomas do SNC, embora possa ela ser considerada em situações especiais, como, por exemplo, na hiperleucocitose. Nos pacientes com acometimento do SNC, 40mg a 50mg de citarabina devem ser administradas intratecalmente, 2 a 3 vezes por semana, até o desaparecimento das células blásticas do líquido, seguidas por mais 3 injeções deste mesmo medicamento.

Recidiva da LMA – A maioria das recidivas ocorre dentro dos 3 anos do diagnóstico, tornando as opções de tratamento insatisfatórias. Sobrevida longa dependerá do sucesso da indução de remissão com esquemas diferentes da primeira indução (mitoxantrona, vepesido ou fludarabina) e da possibilidade de consolidação com TCTH. O prognóstico do paciente que recai é determinado por fatores como idade, duração da primeira remissão e cariótipo.

Leucemia promielocítica aguda – Há 50 anos, a leucemia promielocítica aguda (LPMA) tem sido identificada como uma entidade clínica separada, por ter uma fisiopatologia única e por merecer cuidados especiais no início do tratamento. Em mais de 95% dos casos a LPMA resulta da translocação cromossômica t(15;17), detectável pela citogenética convencional, pelo FISH ou RT-PCR. O rearranjo dos genes PML/RARA pode ser detectado por técnicas moleculares, tais como FISH ou RT-PCR. Embora seja caracterizada por uma morfologia típica, com grânulos anormais e múltiplos bastões de Auer, existe uma variante microgranular que faz pensar em LPMA quando houver distúrbio de coagulação associado. A LPMA, comparada com outros tipos de LMA do jovem, ocorre com mais frequência nos hispânicos e nos obesos. A LPMA é sensível à daunorrubicina e à idarrubicina e é especialmente sensível ao ácido transretinoico (ATRA) que age induzindo a maturação das células blásticas, levando à remissão completa e à resolução do distúrbio de coagulação. O principal fator prognóstico da LPMA é a leucometria inicial. Pacientes com leucometria abaixo de 10.000/

mm³ terão taxas de RC maior do que 90% com idarrubicina associada ao ATRA, enquanto leucometria acima de 10.000/mm³ implica em taxa de RC entre 70% e 85%. Uma vez em remissão, o paciente recebe terapia de consolidação com 3 cursos de idarrubicina e ATRA. Seguem-se vários tipos de consolidação e manutenção com ATRA, sendo o melhor para a escolha do protocolo a monitoração do PML/RARA com PCR para detectar a remissão molecular. Recidiva de doença é rara, principalmente nos pacientes de baixo risco. O trióxido de arsênio (ATO) tem se mostrado eficaz nesses casos e tem sido alvo de vários protocolos de pesquisa; e, até o momento, não há evidência da superioridade do arsênio, comparado com a combinação do ATRA com antraciclina, na primeira indução de remissão, bem na associação com citarabina e antraciclina na recaída que envolve o SNC.

9.3 TRATAMENTO DE SUPORTE

Antibioticoterapia – No período da granulocitopenia, o paciente permanece em alto risco de infecção bacteriana, necessitando de vigilância constante e pronta ação a qualquer processo febril, para evitar septicemia. A detecção do foco infeccioso é fundamental na orientação terapêutica, sendo preconizadas coletas de hemo- e uroculturas, além de avaliação rigorosa da pele, mucosas e pulmão. A lavagem das mãos, a higiene pessoal e o cuidado dentário são ações essenciais na prevenção das infecções.

Fatores de Crescimento – Os fatores estimuladores de colônias de granulócitos (G-CSF) ou de granulócitos e macrófagos (GM-CSF), que contribuem para a recuperação dos granulócitos, podem ser usados em protocolos específicos, particularmente em idosos ou na infecção grave.

Hemoterapia – A anemia deve ser corrigida com concentrado de hemácias. A transfusão de plaquetas reduziu dramaticamente a morte por hemorragia nos casos de LMA. A transfusão de plaquetas deve ser instituída quando a contagem for menor que 10.000/mm³ em paciente estável, ou menor que 50.000/mm³ em paciente com sangramento ou que necessite de procedimento invasivo, que deve ser evitado tanto pelo risco hemorrágico, quanto pelo risco de circulação bacteriana e sepse. Além do número de plaquetas, a indicação de transfusão deve ser considerada nos casos de sangramento de mucosa, infecção, mucosite grave e febre. Os hemocomponentes devem ser irradiados, em vista do risco de doença do enxerto versus hospedeiro transfusional. Inexiste evidência para a indicação de transfusão de granulócitos no paciente com LMA.

9.4 MONITORIZAÇÃO

Para a monitorização laboratorial, devem ser realizados os exames previstos na conduta ou protocolo utilizados no hospital, incluindo as avaliações do mielograma, da imunofenotipagem, dos achados citogenéticos e determinação quantitativa da DRM na medula óssea. Controles periódicos do líquor serão realizados por ocasião das injeções intratecais.

A investigação de DRM tornou-se um relevante meio para documentar a rapidez da remissão e para monitorar o resultado do tratamento. As técnicas mais usadas são o RT-PCR, FISH e citometria de fluxo. No entanto, exceto na LPMA e na LMA com o oncogene BCR-ABL, precisam ainda ser mais bem definidos alguns aspectos, a partir dos quais uma intervenção terapêutica deveria ser efetuada.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com 19 ou mais anos e diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu monitoramento laboratorial.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional, de laboratórios e de apoio social necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

O hospital deve ter em suas próprias dependências o atendimento ambulatorial diário, com atendimento emergencial 24h/dia nos 7 dias da semana.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem decrescente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

NOTA 1 - Exceto pelo Mesilato de Imatinibe (para a quimioterapia da leucemia mieloide crônica, da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo e do tumor do estroma gastrointestinal) e, até que se regularize o abastecimento do mercado, pela L-asparaginase (para a quimioterapia da leucemia e linfoma linfoblásticos), o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. (O Mesilato de Imatinibe e a L-asparaginase são comprados pelo Ministério da Saúde e dispensados aos hospitais habilitados em oncologia no SUS pela Assistência Farmacêutica das secretarias estaduais de saúde.) Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do(s) medicamento(s) antineoplásico(s) é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

NOTA 2 - Os seguintes procedimentos da tabela do SUS são compatíveis com a quimioterapia de neoplasias do adulto, inclusive a Leucemia Mieloide Aguda:

- » 03.04.06.007-0 – Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt – 1ª linha
- » 03.04.06.008-9 – Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt – 2ª linha
- » 03.04.06.009-7 – Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt – 3ª linha
- » 03.04.06.010-0 – Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt – 4ª linha.

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados aos medicamentos e procedimentos utilizados para o diagnóstico e tratamento da leucemia mieloide aguda.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kebriaei P, Champlin R, Lima M, Estey E. Management of Acute Leukemias, In: VT de Vita Jr. et al. Cancer: Principles Practice of Oncology, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2011, Chap. 131, p. 1928–1954.
2. Chauffaille MLLF. Leucemia Mielocítica Aguda, In: AC Lopes et al. Tratado de Clínica Médica, Ed. Roca, 2006, Cap. 165, p.2026 – 2039.
3. Szer J. The prevelant predicament of relapsed acute myeloid leukemia. In: HEMATOLOGY American Society of Hematology Education Program Book p. 42-48, December 2012.
4. Faderl S, Kantarjian HM. Clinical Manifestations and Treatment of Acute Myeloid Leukemia. In: Hoffman, R. et al. Hematology: Basic Principles and Practice. 6th ed. Churchill Livingstone: 2013, Chap. 58, p. 863-881.
5. Vardiman JW, Brunning RD, Arber DA et al. Introduction and overview of the classification of the myeloid neoplasm – In: WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, 4th ed SH Swerdlow et al, Intern. Agency for Research on Cancer, Lyon, France: IARC Press; 2008, Chap.1, p.18-30.
6. Döhner H, Estey EH, Amadori S et al. Diagnosis and management of acute myeloid leukemia in adults: recommendations from an international expert panel, on behalf of the European LeukemiaNet – Blood 2010; 115:453-474.
7. Roboz GJ. Novel Approaches to the Treatment of Acute Myeloid Leukemia In: HEMATOLOGY American Society of Hematology Education Program Book p.43 – 50, December 2011.
8. Paietta E. Minimal residual disease in acute myeloid leukemia: coming of age – In: HEMATOLOGY American Society of Hematology Education Program Book p. 35-42, December 2012.
9. Dombret H. Optimal acute myeloid leukemia therapy in 2012 In: Hematology Education: the education programme for the annual congress of the European Hematology association 2012: 6(1) p.41-48.
10. Patel JP, Levine RL. How do novel molecular genetic markers influence treatment decisions in acute myeloid leukemia. In: HEMATOLOGY American Society of Hematology Education Program Book p.28-34, December 2012.
11. Amadori S, Breccia M, Stasi R. Acute myeloid leukemia in older patients: conventional and new therapies – In: Hematology Education: the education programme for the annual congress of the European Hematology association 2013: 7(1) p. 41-48.
12. Blain JA, Lalleman-Breitenbach V, Thé H. PML/RARA as the master driver of acute promyelocytic leukemia pathogenesis and basis for therapy response - In: Hematology Education: the education programme for the annual congress of the European Hematology association 2013: 7(1) p. 49-56.
13. Pagnano KBB, Rego EM, Rohr S et al. Guidelines on the diagnosis na treatment for acute promyelocytic leukemia: Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular Guidelines . Project Associação Médica Brasileira 2013 – Rev Bras Hematol Hemoter 2014:36(1):71-92.



MELANOMA MALIGNO CUTÂNEO

Portaria SAS/MS nº 357, de 8 de abril de 2013.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foram realizadas buscas nas bases de dados Medline/Pubmed, Embase e Cochrane em 10/10/2012.

Na base de dados Medline/Pubmed, utilizando-se os termos “*Melanoma/drug therapy*” (Mesh) OR “*Melanoma/immunology*” (Mesh) OR “*Melanoma/radiotherapy*” (Mesh) OR “*Melanoma/surgery*” (Mesh) OR “*Melanoma/therapy*” (Mesh), restringindo-se para estudos em humanos, em inglês, e utilizando-se os filtros “*Meta-Analysis*”, “*Randomized Controlled Trial*” e “*Clinical Trial, Phase III Trial*”, foram obtidos 611 estudos. Quando restrito somente para meta-análises, restaram 51 estudos.

Na base de dados Embase, utilizando-se os termos ‘*melanoma*’/exp AND ‘*therapy*’/exp AND ((*cochrane review*)/lim OR (*controlled clinical trial*)/lim OR (*meta-analysis*)/lim OR (*randomized controlled trial*)/lim OR (*systematic review*)/lim) AND (*humans*)/lim AND (*english*)/lim AND (*embase*)/lim AND (‘*meta-analysis*’/de OR ‘*phase 3 clinical trial*’/de OR ‘*systematic review*’/de) AND ‘*melanoma*’/de AND (‘*meta-analysis*’/de OR ‘*systematic review*’/de), foram encontrados 277 estudos.

Na base de dados Cochrane, utilizando-se o termo “melanoma”, foram localizadas 3 revisões sistemáticas.

Títulos e resumos dos estudos identificados a partir da estratégia de pesquisa foram selecionados por dois revisores para avaliar a elegibilidade. Os estudos de interesse foram meta-análises e revisões sistemáticas relacionadas com os diagnóstico e tratamento de melanoma maligno. O artigo completo de todos os estudos elegíveis foi obtido para avaliação da qualidade e extração de dados. A bibliografia dos artigos revisados foi usada para buscar ensaios clínicos randomizados (ECR) ou outros artigos que fossem de relevância clínica e científica para a elaboração destas Diretrizes.

A qualidade de todos os estudos individuais foi avaliada de forma independente por dois revisores utilizando o texto completo. Após filtragem, foram avaliados 315 estudos clínicos pelos termos da busca. Um total de 51 artigos foi selecionado para uma avaliação completa, contemplando artigos relacionados com diagnóstico, tratamento cirúrgico e tratamento adjuvante bem como os relacionados com o tratamento sistêmico de doença avançada. Foram ainda selecionados ECRs de relevância clínica. Quando havia mais de uma meta-análise ou revisões sistemáticas sobre o mesmo tema, somente as mais recentes foram consideradas para a elaboração do texto.

Após a consulta pública, foram incorporados os artigos relevantes e que contribuíram para a finalização destas Diretrizes.

2 INTRODUÇÃO

O melanoma maligno, simplesmente chamado de melanoma é, entre as neoplasias de pele, o de pior prognóstico. Forma-se a partir da transformação maligna dos melanócitos, células produtoras de melanina que se originam embriologicamente da crista neural, sendo a pele seu principal sítio primário. A maioria desses tumores (70%) se desenvolve na pele normal, e os demais têm origem de nevos melanocíticos pré-existentes (1). Seu desenvolvimento é resultante de múltiplas e progressivas alterações no DNA celular, que podem ser causadas por ativação de proto-oncogenes, por mutações ou deleções de genes supressores tumorais ou por alteração estrutural dos cromossomas.

Consultores: André Tesainer Brunetto, Letícia Brunetto, Gilberto Schwartzmann, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

O tumor apresenta uma fase inicial de crescimento radial, principalmente intraepidérmico, seguida por uma fase de crescimento vertical, com invasão da derme e dos vasos, iniciando a disseminação metastática. Quando não diagnosticado e, portanto, não tratado no início, o tumor tende a aumentar de tamanho em extensão e altura, com progressiva alteração de suas cores e formas originais. Mais tarde, há ulceração, sangramento ou sintomas como prurido, dor ou inflamação (1,2).

O melanoma representa 4% do total dos cânceres cutâneos, sendo menos frequente que os carcinomas basocelular e epidermoide (1-3). Entretanto, apesar de ter uma incidência relativamente baixa, assume grande importância devido ao seu elevado potencial de gerar metástases e a sua letalidade. Muito mais frequente em pessoas de pele clara, afeta principalmente a faixa etária dos 30 aos 60 anos (4) e acomete ambos os sexos em igual proporção, sendo no homem mais comum no dorso e, na mulher, nos membros inferiores (1).

Importante fator de risco para o desenvolvimento de melanoma são os fototipos I e II de Fitzpatrick, ou seja, indivíduos que apresentam pele, cabelos e olhos claros e se queimam facilmente ao invés de se bronzear (5,6). Outros fatores de risco são presença de lesões pigmentadas, como efélides, nevos atípicos ou grande número de nevos comuns (mais de 50), exposição solar intermitente, queimaduras solares (especialmente durante a infância) (5-9), uso de camas de bronzamento e melanoma cutâneo prévio. História familiar positiva tanto para melanoma como para múltiplos nevos atípicos também é fator relevante. Mutações nos genes CDKN2A e CDK4 foram detectadas em algumas famílias com melanoma hereditário, conferindo um risco aumentado de 60%-90% para essa neoplasia (1).

Tem-se observado atualmente um expressivo crescimento das taxas de incidência de melanoma nas populações de fototipos claros em todo o mundo (8, 10) – provavelmente em função da interação de fatores ambientais, comportamentais e fenotípicos (11-14). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, para 2012 foram estimados 6.230 novos casos de melanoma cutâneo no Brasil, sendo 3.170 em homens e 3.060 em mulheres (3). O número de mortes registrado em 2008 foi de 1.311, sendo 754 homens e 557 mulheres (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.df>).

Os esforços para reduzir a incidência de melanoma cutâneo têm se focado na identificação de indivíduos de alto risco para desenvolver essa neoplasia e na proteção solar. Pessoas com fototipos claros, facilidade de se queimar, cabelos ruivos ou loiros ou olhos verdes ou azuis têm um risco aumentado para melanoma cutâneo quando comparadas com a população geral. Como para os demais tipos de câncer de pele, a prevenção constitui-se basicamente na proteção solar, seja com cuidados de horário (evitando exposição solar entre 10-16 horas), seja, principalmente, com o uso de barreiras físicas, como chapéu, guarda-sol e camiseta. Para a redução da incidência de melanoma cutâneo e diminuição da mortalidade (15-17), o uso de filtros solares permanece ainda controverso. O diagnóstico precoce desempenha importante papel. O INCA estimula o autoexame periódico da pele à procura de lesões suspeitas e orienta sobre sinais de alerta que devem estimular o indivíduo a procurar orientação médica (8,13,18-20).

Nos últimos anos, principalmente devido à detecção precoce, houve uma grande melhora na sobrevivência dos pacientes com melanoma. A sobrevivência média mundial estimada em 5 anos é de 69%, sendo de 73% nos países desenvolvidos e de 56% nos países em desenvolvimento (3,10). O melanoma geralmente tem bom prognóstico, com altas possibilidades de cura, quando diagnosticado em estágio inicial, razão por que a prevenção e o diagnóstico precoce assumem importante papel.

O principal fator prognóstico do melanoma é o estadiamento, que depende da profundidade de invasão da lesão primária (espessura), da existência de comprometimento linfonodal e de metástases à distância (7). Outros fatores reconhecidos por exame histopatológico também são importantes fatores prognósticos independentes, como ulceração (1), ausência de regressão tumoral e de infiltrados linfocitários, alta taxa mitótica (número de mitoses por mm²) e invasão vascular (21,22).

O número de linfonodos acometidos é o fator prognóstico mais importante para pacientes com metástases linfonodais. Para os com doença avançada, as principais variáveis de significado prognóstico são número de metástases locais e sítio de acometimento das metástases. As metástases sistêmicas implicam um prognóstico reservado, com sobrevivência média de 6-9 meses após o reconhecimento da disseminação metastática. Pacientes com acometimento metastático cutâneo ou linfonodal exclusivo, descritos no estadiamento como M1a, têm a

melhor sobrevida. A seguir, encontram-se os pacientes com metástases pulmonares, classificados como M1b. O pior prognóstico é reservado aos pacientes com metástases viscerais (extrapulmonares) ou com elevação de DHL (desidrogenase láctica), classificados com M1c (23,24). Apesar dos avanços da quimioterapia, inclusive da imunoterapia, o sucesso no tratamento medicamentoso do melanoma avançado permanece com limitações, e o prognóstico da doença metastática é reservado.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C43 Melanoma maligno da pele
- » C43.0 Melanoma maligno do lábio
- » C43.1 Melanoma maligno da pálpebra, incluindo as comissuras palpebrais
- » C43.2 Melanoma maligno da orelha e do conduto auditivo externo
- » C43.3 Melanoma maligno de outras partes e partes não especificadas da face
- » C43.4 Melanoma maligno do couro cabeludo e do pescoço
- » C43.5 Melanoma maligno do tronco
- » C43.6 Melanoma maligno do membro superior, incluindo ombro
- » C43.7 Melanoma maligno do membro inferior, incluindo quadril
- » C43.8 Melanoma maligno invasivo da pele
- » C43.9 Melanoma maligno de pele, não especificado

D03 Melanoma *in situ*

- » D 03.0 Melanoma *in situ* do lábio
- » D 03.1 Melanoma *in situ* da pálpebra, incluindo o canto
- » D 03.2 Melanoma *in situ* da orelha e do conduto auditivo externo
- » D 03.3 Melanoma *in situ* de outras partes e partes não especificadas da face
- » D 03.4 Melanoma *in situ* do couro cabeludo e do pescoço
- » D 03.5 Melanoma *in situ* do tronco
- » D 03.6 Melanoma *in situ* dos membros superiores, incluindo ombro
- » D 03.7 Melanoma *in situ* dos membros inferiores, incluindo quadril
- » D 03.8 Melanoma *in situ* de outras localizações
- » D 03.9 Melanoma *in situ*, não especificado

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico parte da suspeita clínica de uma lesão de pele. Geralmente, o paciente se queixa do surgimento de uma nova lesão pigmentada ou de modificações de tamanho, forma ou cor de um nevo melanocítico pré-existente. Assimetria (A), bordas irregulares ou mal definidas (B), coloração mista (C), diâmetro de mais de 5 mm (D) e evolução da lesão com o surgimento de alterações, como aumento de tamanho ou sangramento (E), chamados critérios ABCDE, são achados reconhecidamente suspeitos quando presentes em lesões melanocíticas e já podem ser detectados nas fases iniciais de desenvolvimento do tumor (7).

A dermatoscopia, integrante do exame físico, é um método não invasivo que permite visualizar *in vivo* a distribuição da melanina na epiderme e na derme superficial e analisar mais detalhadamente lesões pigmentares,

permitindo diferenciar, muitas vezes, outras doenças clinicamente confundidas com melanoma, como carcinomas basocelulares pigmentados e ceratoses seborreicas. Esse método é de grande utilidade quando empregado por profissional experiente (19). Estudos demonstram maior especificidade da dermatoscopia em relação ao exame da lesão a olho nu. São critérios dermatoscópicos sugestivos do diagnóstico de melanoma: pigmentação assimétrica, pseudópodes (estrias irregulares na periferia da lesão), véu cinza azulado (áreas de regressão tumoral) e arquitetura vascular atípica (1,25).

Biópsia excisional da lesão com margens de 1-2 mm de pele normal deve ser realizada em pacientes com lesões suspeitas de melanoma, sendo o diagnóstico confirmado por exame histopatológico da lesão. Biópsia incisional somente é aceitável se a excisional não puder ser realizada devido ao tamanho ou à localização da lesão. Nesses casos, a escolha do local a ser biopsiado deve ser a porção mais enegrecida ou mais elevada da lesão clínica. Raspagens (*shavings*) e curetagens são completamente contraindicadas como métodos para biópsia porque impossibilitam a avaliação de toda a espessura tumoral e a realização do diagnóstico definitivo e do estadiamento por exame histopatológico (7).

Devem ser descritos no exame anatomopatológico os seguintes achados: diagnóstico e subtipo de melanoma, margens, presença de crescimento radial (somente) ou vertical associado, espessura tumoral (índice de Breslow e nível de Clark), presença de ulceração, invasão vascular ou perineural, regressão, infiltrado inflamatório e índice mitótico (1,13).

A profundidade (invasão) do tumor é um determinante fundamental do prognóstico e do tratamento e é descrita de duas maneiras: o índice de Breslow, que avalia a profundidade do tumor em milímetros (atualmente é o principal fator usado para estadiamento do melanoma cutâneo e base indispensável para o tratamento), e o nível de Clark, que descreve a invasão neoplásica em cinco níveis em relação às camadas da pele (6,13):

- » Nível I: o tumor envolve somente a epiderme;
- » Nível II: o tumor envolve a epiderme e parte da derme papilar;
- » Nível III: o tumor preenche a derme papilar;
- » Nível IV: o tumor envolve a derme reticular; e
- » Nível V: o tumor invade as camadas de gordura da pele - a hipoderme.

4.2 ESTADIAMENTO

A extensão do tumor na pele e além dela (estadiamento clínico) é dado pelos exames clínico e histopatológico e é que definirá o tratamento e o prognóstico dos pacientes. O estadiamento clínico permitirá a definição dos seguintes critérios: tamanho do tumor em relação à profundidade na derme (T, definido patologicamente de pT1 a pT4), acometimento linfonodal (N0 a N3) e ausência (M0) ou presença (M1) de metástase(s) à distância, adotando-se as seguintes categorias e subcategorias (20,26):

TUMOR (T) – definido pelo exame histopatológico:

- » pTx - o tumor primário não pode ser avaliado (shaving e melanoma em regressão)
- » pT0 – sem evidência de tumor primário
- » pTis – melanoma in situ
- » pT1 – tumor com até 1 mm de espessura
- » pT1a: sem ulceração e mitose com menos de 1/mm²
- » pT1b: com ulceração e mitose com 1/mm² ou mais
- » pT2 – tumor com 1,01-2 mm de espessura
- » pT2a: sem ulceração
- » pT2b: com ulceração
- » pT3 – tumor com 2,01-4 mm de espessura
- » pT3a: sem ulceração
- » pT3b: com ulceração
- » pT4 – tumor com com mais de 4 mm de espessura
- » pT4a: sem ulceração
- » pT4b: com ulceração

LINFONODOS REGIONAIS (N) – definidos pelo exame físico e diagnóstico por imagem:

- » NX – os linfonodos regionais não podem ser avaliados
- » N0 sem evidência de metástase em linfonodos regionais
- » N1 – acometimento de 1 linfonodo regional
- » N1a: micrometástases
- » N1b: macrometástases
- » N2 – acometimento de 2-3 linfonodos regionais
- » N2a: micrometástases
- » N2b: macrometástases
- » N2c: metástases in trânsito/satélites sem linfonodo regional metastático
- » N3 – acometimento de 4 ou mais linfonodos metastáticos, ou coalescentes, metástases in trânsito/satélites com linfonodo(s) regional(ais) metastático(s)

METÁSTASE (M) – definida pelo exame físico e diagnóstico por imagem:

- » M0 - sem evidência de metástase à distância
- » M1 – presença de metástase à distância
- » M1a - metástases para pele à distância, subcutânea ou linfonodal não regional
- » M1b – metástase(s) pulmonar(es)
- » M1c metástases para outra(s) víscera(s) ou qualquer local com DHL elevado.

GRUPAMENTO POR ESTÁDIOS CLÍNICOS (EC)

GRUPAMENTO POR ESTÁDIOS CLÍNICOS (EC)			
Estádio 0	pTis (*)	N0	M0
Estádio I			
Estádio IA	pT1a	N0	M0
Estádio IB	pT1b	N0	M0
	pT2a	N0	N0
Estádio II			
Estádio IIA	pT2b	N0	M0
	pT3a	N0	M0
Estádio IIB	pT3b	N0	M0
	pT4a	N0	M0
Estádio IIC	pT4b	N0	M0
Estádio III			
Estádio IIIA	pT1a-4a	N1a, 2a	M0
Estádio IIIB	pT1a-4a	N1b, 2b, 2c	M0
	pT1b-4b	N1a, 2a, 2c	M0
Estádio IIIC	pT1b-4b	N1b, 2b	M0
	Qualquer pT	N3	M0
Estádio IV	Qualquer pT	Qualquer N	M1

(*) pTis – tumor *in situ***Recomendações quanto aos exames de estadiamento e decisões terapêuticas**

- » Estádios clínicos I e II com índice de Breslow de menos de 4 mm sem ulceração: realizar radiografia simples de tórax e provas de função hepática;
- » Estádios clínicos I e II com índice de Breslow de mais de 4 mm ou com ulceração: realizar hemograma, provas de função hepática e tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdômen/pelve;
- » Estádios III e IV: realizar hemograma, provas de função hepática, dosagem de DHL e TC de tórax e abdômen/pelve.

NOTA: Pacientes com lesões em pescoço, face ou couro cabeludo necessitam de TC de pescoço.

5 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

O tratamento é definido após a confirmação histopatológica e o estadiamento patológico do tumor primário (10,18,27).

5.1 TRATAMENTO CIRÚRGICO

Ampliação de margens

Após o diagnóstico e o estadiamento, quando o tumor não for metastático, é realizada excisão local para ampliação das margens, pois excisão com margens estreitas é acompanhada geralmente por recidiva local, já que lesões satélites são bastante comuns (7,13). A definição da margem a ser ampliada é definida pela espessura tumoral. Uma revisão sistemática com meta-análise publicada em 2011 (28) mostra que não existe diferença significativa para a sobrevida livre de doença ou sobrevida global entre a realização de ampliação de margens amplas (com mais de 4-5 cm) ou reduzidas.

Esse estudo corrobora meta-análises anteriores (29-32) e recomenda as seguintes margens:

- » melanoma in situ: ampliar 0,5 cm de margem;
- » melanoma com espessura de menos de 1 mm: ampliar 1 cm de margem;
- » melanoma com espessura de 1 mm ou mais ou com ulceração: ampliar 1,0 cm de margem e realizar biópsia de linfonodo sentinela;
- » melanoma com espessura entre 1,01-2,0 mm: ampliar 1,0-2,0 cm de margem e realizar biópsia de linfonodo sentinela;
- » melanoma com espessura entre 2,01-4,00 mm: ampliar margem de 2,0 cm ou mais e realizar biópsia de linfonodo sentinela.

Investigação de linfonodo sentinela

No passado, a dissecação eletiva dos linfonodos da cadeia de drenagem da área topográfica do melanoma era tema controverso. Como a biópsia do primeiro linfonodo de drenagem (linfonodo sentinela - LS) permite a avaliação do acometimento linfático regional, não havendo metástase no LS há mais de 95% de possibilidade de que não ocorra doença metastática naquela cadeia. A retirada de amostra do LS poupa os pacientes da morbidade associada a dissecações linfáticas extensas e, por vezes, desnecessárias (28).

A indicação de biópsia do LS é assunto amplamente discutido. Para o Grupo Brasileiro de Melanoma – GBM (www.gbm.org.br), o procedimento deve ser realizado se as lesões apresentarem índice de Breslow 0,76 cm ou mais, sem evidências clínicas, radiológicas ou histopatológicas de metástase, ou índice com menos de 0,76 cm, associadas a ulceração ou regressão tumoral.

Linfocintilografia pré-operatória deve ser realizada com corante azul patente e gama probe intraoperatório para determinar o primeiro linfonodo de drenagem da cadeia linfonodal acometida pelo tumor. Após, é feita a biópsia do LS (determinado pela linfocintilografia) e procedido o exame patológico. Caso haja LS positivo, linfadenectomia deve ser realizada (33). Quando há ausência de metástase linfática, o paciente é acompanhado clinicamente e com exames periódicos; quando há linfonodo acometido pelo melanoma, indica-se linfadenectomia seletiva. Apenas a retirada dos linfonodos regionais metastáticos não aumenta comprovadamente a sobrevida dos pacientes, mas diminui a recorrência local e auxilia na identificação dos que podem ser beneficiados pela terapia adjuvante – tratamento complementar à ressecção do tumor primário (27,34).

Esvaziamento linfático e ressecção

Pacientes com linfonodos palpáveis ou com biópsia positiva para LS devem ser submetidos à dissecação de todos os linfonodos da respectiva cadeia de drenagem, embora não se tenha na literatura registro de um benefício claro de sobrevida global com esta conduta. A presença de metástases linfáticas pode significar doença sistêmica, o que confere ao paciente um prognóstico pior e uma sobrevida em torno de 40% em 5 anos (7,27).

Ressecção de metástase à distância

Se, após os exames de estadiamento, houver suspeita de doença visceral, podem ser realizadas punção aspirativa com agulha fina guiada por exame de imagem ou biópsia aberta da área suspeita para confirmação histopatológica. Quando um desses exames for positivo para malignidade, devem-se considerar as opções terapêuticas a seguir:

- » metástase solitária ou limitada: ressecção ou terapia sistêmica, principalmente quando há progressão da metástase;
- » metástases disseminadas não acometendo o sistema nervoso central (SNC): terapia sistêmica;
- » metástases disseminadas acometendo o SNC: cirurgia/radioterapia ou terapia sistêmica.

A ressecção de metástases à distância pode ser recomendada para alguns casos selecionados. Baseia-se em relatos de séries de pacientes com metástase pulmonar, hepática ou cerebral única que, após a ressecção cirúrgica, apresentaram maior sobrevida em comparação com os não operados (35). Existem também relatos de casos de pacientes submetidos à ressecção de metástase isolada tardia com longa sobrevida e mesmo cura. A intenção de uma ressecção curativa de metástase pode ser considerada para pacientes com estado geral preservado, longo tempo de evolução livre de recidivas e tumores com comportamento biológico menos agressivo que possibilitem ressecção de menor morbimortalidade. Não há, porém, estudos de fase III que sustentem tal prática.

5.2 TRATAMENTO ADJUVANTE SISTÊMICO

A maioria dos pacientes com melanoma cutâneo apresenta-se, por ocasião do diagnóstico, com a neoplasia em estádios iniciais I e IIA (tumor localizado ou com menos de 4 mm de espessura sem ulceração ou com até 2 mm de espessura com ulceração) tanto no Brasil quanto em países desenvolvidos (1,7,10). Nesses pacientes, a cirurgia é curativa em 70%-90% dos casos. Em comparação, os pacientes com tumores em estágio IIB (tumor localizado com mais de 4 mm de espessura sem ulceração ou com 2,01-4,0 mm de espessura com ulceração), em estágio IIC (tumor localizado com mais de 4 mm de espessura com ulceração) ou em estágio III (acometimento linfático regional) têm um risco de 30%-80% de recorrência. Esses grupos de alto risco constituem o foco principal dos estudos que avaliaram a eficácia da terapia adjuvante (10,13).

Nos últimos 30 anos, uma série de terapias tem sido testada em um esforço para reduzir as taxas de recorrência em populações de alto risco, incluindo quimioterapia adjuvante com antineoplásicos (dacarbazina), ou agentes com ação autoimune e vacinas (vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) e *Corynebacterium parvum*), ou levamisol e agentes hormonais (acetato de megestrol). Apesar de resultados iniciais promissores, nenhum desses agentes isoladamente ou em combinação provou benefício quando comparado a qualquer observação ou placebo em ECRs (6,13).

Os resultados mais promissores foram relatados com o uso de alfa-interferona (α -IFN), que se tornou uma opção de tratamento na Europa e nos EUA para pacientes com melanoma ressecado com linfonodo positivo (estádio clínico III) e é considerado para pacientes com linfonodos negativos, cujo risco de recorrência é estimada em 30%-40% ou mais (estádio IIB e IIC) (6,13,27).

Todos os ECRs com doses altas de IFN adjuvante (indução de 20 milhões UI/m²/dia de D1-D5, durante 4 semanas, seguida de dose de manutenção de 10 milhões UI/m², 3 vezes por semana, durante 11 meses - ECOG 1684) mostraram melhora estatisticamente significativa na sobrevida livre de recidiva. No entanto, os resultados em termos de sobrevida global têm sido conflitantes (36-40). Vários ECRs avaliaram doses mais baixas (indução de 10 milhões UI/m²/dia de D1-D5, durante 4 semanas, seguida de dose de manutenção de 5 milhões UI/m², 3 vezes por semana, durante 2 anos - EORTC 18952) de IFN isoladamente ou em combinação com interleucina-2 (IL-2) para determinar se eficácia semelhante poderia ser alcançada com menor toxicidade. Embora alguns desses estudos tenham demonstrado sobrevida livre de recidiva para o braço IFN em relação ao placebo, principalmente em pacientes com melanomas de 1,5-4 mm de espessura, esse benefício foi perdido assim que o tratamento foi interrompido, levantando a hipótese de que o tratamento prolongado pode ser necessário (41-43). Globalmente, os ECRs com doses intermediárias ou baixas demonstraram menos benefícios do que os observados com doses altas de IFN adjuvante em termos de sobrevida global.

O estudo EORTC 18952 (44) com IFN em doses intermediárias no braço com duração de 25 meses mostrou um aumento absoluto de 7,2% no intervalo livre de metástase e de 5,4% na sobrevida global. Em pacientes com doença de pouco volume (acometimento linfonodal microscópico), a magnitude da redução de risco foi maior. Outro estudo com IFN peguado com duração de 5 anos versus observação (EORTC 18991) (45) não demonstrou aumento de sobrevida global (HR 0,90; IC95% 0,77-1,06; $p = 0,2$). Eggermont e colaboradores (46), em uma análise combinada desses dois estudos, não demonstraram benefícios sobre a sobrevida global, porém com alta toxicidade.

Wheatley e colaboradores (47) realizaram a primeira importante meta-análise da literatura baseada em estudos randomizados de IFN adjuvante versus observação em pacientes com melanoma de alto risco. A análise de 12 estudos permitiu aos autores concluir que a sobrevida livre de recidiva foi melhor com IFN (HR para recidiva 0,83; IC 95% 0,77-0,90; (p abaixo de 0,0001)), correspondente a 17% de redução do risco de recorrência. Entretanto, não houve benefício em termos de sobrevida global (HR para mortalidade 0,93; IC 95% 0,85-1,02; (p abaixo de 0,1)). Posteriormente, uma série de autores publicou diversas meta-análises sugerindo um benefício conflitante ou apenas modesto em termos de sobrevida global para IFN adjuvante, particularmente em pacientes de alto risco e com tumores ulcerados (48-50).

Recentemente, uma meta-análise (51) com base em 14 estudos randomizados com pacientes de alto risco, publicados entre 1990 e 2008, demonstrou aumento de sobrevida global (HR 0,89; IC 95% 0,83-0,96), contudo não foi capaz de identificar um esquema terapêutico ideal de duração mais adequada. Garbe e colaboradores (52) também publicaram uma revisão sistemática recentemente, demonstrando que a sobrevida global de pacientes com melanoma melhorou com o uso de IFN adjuvante em comparação com o grupo controle (OR 0,88; IC 95% 0,79-0,99; $p = 0,03$), independentemente da dose ou peguilação do IFN (52), embora os dados que suportam o uso de doses intermediárias não sigam uma padronização e estudos importantes publicados antes de 2002 tenham sido restringidos. Adicionalmente, uma meta-análise recente não revelou melhora na sobrevida global de pacientes que receberam INF em doses altas, mostrando que ainda existe uma discordância na literatura quanto à melhor conduta para esse grupo (53).

Embora o impacto na sobrevida seja pequeno, algumas meta-análises demonstram um benefício em termos de mortalidade na faixa de 3%-5% em 5 anos. Decisões de tratamento para pacientes com alto risco devem ser individualizadas, com base em uma estimativa do risco de recidiva de acordo com os critérios de estadiamento TNM e comorbidades. ECRs que explorem outras terapias para essa população ainda são necessários, devendo o uso de IFN adjuvante ser discutido com os pacientes no que diz respeito ao seu risco-benefício. É importante salientar que o tratamento com IFN tem impacto negativo na qualidade de vida e que os efeitos colaterais limitam seu uso prolongado, principalmente com doses mais altas.

No Brasil, a partir da deliberação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS – CONITEC, foi aprovado o uso de doses intermediárias de IFN para a quimioterapia adjuvante do melanoma cutâneo em estágio III.

5.3 TRATAMENTO DA DOENÇA METASTÁTICA

Entre os pacientes com melanoma metastático, em estágio IV, o tempo mediano de sobrevida estimado é em torno de 8 meses; menos de 10% dos pacientes sobrevivem 5 anos desde o diagnóstico (54). A quimioterapia tem-se demonstrado inefetiva no aumento da sobrevida global desses pacientes, porém a palição de sintomas, as respostas terapêuticas e o aumento do tempo para recorrência podem ser atingidos com diversos medicamentos e acabam por beneficiar alguns pacientes cuidadosamente selecionados.

Os quimioterápicos antineoplásicos mais comumente estudados são dacarbazina, temozolomida (análogo da imidazotetrazina estrutural e funcionalmente semelhante a dacarbazina), nitrosureias, os análogos da platina e os agentes com ação nos microtúbulos (alcaloides da vinca e taxanos). As taxas de resposta são semelhantes, e os efeitos colaterais e a tolerância ao tratamento variam de acordo com o medicamento escolhido (52).

A dacarbazina é o quimioterápico mais amplamente utilizado no tratamento de melanoma metastático (55). Foi originalmente relatado, em estudos de fase II mais antigos que este fármaco produziria respostas objetivas em até um quarto dos pacientes; porém, em estudos atuais, as taxas de resposta situam-se em torno de 5%-12% (56-57). Infelizmente, a maioria das respostas, tanto de dacarbazina como de seu análogo oral, a temozolomida, é transitória,

e apenas 1%-2% dos pacientes obtêm uma resposta de longo prazo à quimioterapia (58). A fotemustina, em estudo comparativo com a dacarbazina, mostrou-se equivalente (se não superior, mas o estudo tem poder estatístico reduzido) em termos de eficácia e sobrevida (56). Alguns pacientes obtêm melhora dos sintomas, mas não há um único ECR que mostre melhores resultados em termos de sobrevida global. Muitos agentes quimioterápicos foram testados sozinhos ou em combinação em ECR de fase III (por exemplo, o esquema Dartmouth: cisplatina, carmustina e tamoxifeno vs dacarbazina), mas seus autores também não conseguiram demonstrar um benefício de sobrevida global em comparação com dacarbazina como agente único (57).

Uma taxa de resposta objetiva em torno de 16% foi observada com o uso de IL-2 no conjunto de estudos de fase II em pacientes com melanoma metastático. O tratamento administrado utilizou um esquema de doses altas (por exemplo, 14 doses de 600.000 UI/Kg, de 8/8 horas, durante 2 dias, com intervalos de 2 semanas, esquema repetido por 4 ciclos a cada 6 semanas se houver resposta ao tratamento inicial) e 5% dos pacientes obtiveram respostas completas em longo prazo. No entanto, a terapia com IL-2 não demonstrou ter aumentado a sobrevida global na população pesquisada (59).

Petrella e colaboradores (60) publicaram uma revisão sistemática sobre o uso da IL-2 como agente único no tratamento do melanoma metastático, na qual analisaram 19 publicações, sendo 1 revisão sistemática, 5 estudos randomizados, 12 estudos de fase II de braço único e 1 relatório sobre qualidade de vida. Nenhum dos ECRs controlados comparou IL-2 com terapia padrão ou com placebo. Os estudos randomizados empregaram uma série de esquemas de dosagem e diferentes esquemas de tratamento combinando IL-2 com outros agentes. Os dados de três estudos randomizados controlados demonstraram que o agente único IL-2, quando administrado em doses altas, promoveu taxas de resposta objetiva variando de 5%-27%, com taxas de resposta completa variando de 0%-4%. Os estudos de fase II não comparativos mostraram consistentemente que IL-2 em doses altas promoveu taxas de resposta objetiva de 10%-33%, com as taxas de resposta completa variando de 0%-15%. Os pacientes respondedores nesses estudos de fase II apresentaram respostas de longo prazo variando de 1,5 mês a 148 meses (mediana de 70 meses). Essa revisão sistemática sugere que pacientes com melanoma metastático com bom status de desempenho (performance status/PS, ECOG 0-1), com níveis normais de LDH, menos de três órgãos acometidos ou metástases cutâneas ou subcutâneas têm uma probabilidade mais alta de atingir uma resposta completa duradoura. Esse subgrupo de pacientes cuidadosamente selecionados poderia ser considerado para o tratamento com doses altas de IL-2 (60-66).

Doses baixas de IL-2 e vias alternativas de administração têm sido estudadas como forma de reduzir seus efeitos colaterais, pois, apesar da taxa de resposta global, essa terapia está associada a toxicidade grave, o que limita ainda mais sua indicação. Há ainda a questão da experiência com a referida terapia. Existe uma curva de aprendizado que diz respeito aos médicos e aos centros que pretendem utilizá-la. Recentemente, um estudo brasileiro mostrou atividade de IL-2 em doses altas em segunda linha após falha de bioquimioterapia (67). Por fim, não há uma estimativa da população que seria candidata ao uso de IL-2, mas é indubitavelmente uma minoria de pacientes (60-66).

A primeira citocina recombinante utilizada no tratamento do melanoma metastático foi a IFN. A incorporação de uma molécula de polietilenoglicol a IFN (alfapeginterferona – PEG-IFN), que aumenta a meia-vida do IFN e permite sua administração menos frequentemente, parece ser também eficaz e segura (68). Estudos iniciais com IFN tiveram uma taxa de resposta objetiva de 16%, e cerca de 1/3 das respostas foram completas (69). Em contraste com quimioterapia com outros antineoplásicos, as respostas foram, por vezes, adiadas para até 6 meses após o início da terapia. A utilidade do IFN em monoterapia em pacientes com melanoma metastático é limitada uma vez que as respostas do tumor têm sido largamente confinadas a pacientes com pequenos volumes de doença no tecido cutâneo e a duração média da resposta é de apenas 4 meses (70). Algumas vacinas têm sido estudadas na esperança de aumentar o reconhecimento imunológico e as respostas antitumorais por meio da apresentação de antígenos e de melhorar a capacidade de resposta de memória das células T. O maior conhecimento dos epítopos antigênicos que são relevantes e capazes de induzir imunidade antitumoral levou a uma variedade de condutas com a utilização de vacinas. Embora bem toleradas, as vacinas raramente têm sido monitorizadas com métodos suficientemente críticos para detectar se induziram ou não uma resposta imune. ECRs com pacientes metastáticos não conseguiram mostrar melhora da eficácia do tratamento, particularmente no que diz respeito à sobrevida global e, atualmente, o uso de vacinas não é recomendado fora de estudos clínicos (37,71,72). Um trabalho recente avaliou a combinação de IL-2

com vacina de peptídeo gp100 e revelou melhora apenas marginal na sobrevida global ($p = 0,06$), não sendo ainda recomendado seu uso combinado no contexto de doença avançada fora de estudos clínicos (71).

A utilização de agentes hormonais, particularmente tamoxifeno, pode trazer benefício para alguns pacientes com melanoma metastático. Uma meta-análise comparando quimioterapia com tamoxifeno como agente único ou em combinação com outras modalidades de tratamento versus o não uso de tamoxifeno foi recentemente publicada (73). Nove ECRs foram selecionados, e o grupo que utilizou tamoxifeno teve uma maior probabilidade de resposta com risco relativo de 1,36 (IC 95%; 1,04-1,77; $p = 0,02$), no entanto não houve melhora na mortalidade absoluta em 1 ano. A incidência de toxicidade hematológica foi maior no grupo que utilizou tamoxifeno, e análises de subgrupo mostraram que pacientes do sexo feminino tinham mais chance de responder. A associação de outros quimioterápicos com tamoxifeno aumenta as taxas de resposta, mas a custo de uma maior toxicidade e sem aumento da sobrevida global. Seu uso em associação com outros agentes não está recomendado na prática clínica.

A estratégia de bioquimioterapia, utilizando a associação de quimioterápicos como cisplatina, vimblastina e dacarbazina com IFN ou IL-2, aumenta as taxas de resposta, mas ainda não altera significativamente a sobrevida global em comparação com a quimioterapia sozinha, segundo ECRs de fases II e III (74,75). Duas revisões sistemáticas anteriores a 2004, uma avaliando 41 ECRs e outra avaliando 20 ECRs utilizando vários esquemas de tratamento, incluindo esses esquemas quimioterápicos, não evidenciaram melhora na sobrevida sem progressão ou na sobrevida global dos pacientes; apenas observaram melhora nas taxas de resposta objetiva (58,76). Meta-análises publicadas posteriormente confirmaram as informações anteriores de que a associação de quimioterápicos com IFN e IL-2, a chamada bioquimioterapia, não traz benefício em termos de sobrevida global, mas somente aumento das taxas de resposta objetiva ao custo de uma maior toxicidade, embora se observe um subgrupo de pacientes com resposta completa ou duradoura (77).

No Brasil, os centros que adotam tal estratégia utilizam o esquema de cisplatina, dacarbazina, vimblastina, IL-2 e IFN. São descritas taxas de resposta da ordem de até 50% e sobrevida prolongada em cerca de 6% dos pacientes, em especial entre os que obtiveram resposta completa. Novamente, se trata de uma terapêutica de elevada complexidade aplicável somente a pacientes cuidadosamente selecionados em centros com experiência. Vale ressaltar que as meta-análises publicadas incluíram estudos com esquemas completamente distintos e sem a capacidade de detectar benefício real e um estudo randomizado de fase III, negativo, com redução imprópria das dosagens no curso do tratamento. Na prática clínica, sobretudo em pacientes com excelente *performance*, mas com elevada carga de doença que necessitam de repostas rápidas, o uso da bioquimioterapia em centros especializados permanece aceita por muitos autores, principalmente pela falta de medicamentos efetivos contra essa doença agressiva e resistente (74,78,79).

Desta forma, nenhum medicamento ou combinação de medicamentos comercializados no Brasil comprovadamente aumentaram as taxas de sobrevida global por melanoma metastático, embora a palição de sintomas com respostas terapêuticas e o aumento do tempo para recorrência possam ser atingidos. Dos medicamentos disponíveis, nenhum tratamento demonstrou ser mais eficaz e custo-efetivo em ECRs ou em meta-análises do que a dacarbazina (250 mg/m² de D1-D5 ou 1.000 mg/m² no D1 a cada 3 semanas, por via intravenosa, por 4-6 ciclos), recomendando-se, portanto, nestas Diretrizes, seu uso em pacientes com condições clínicas de tolerar a quimioterapia como primeira linha de tratamento sistêmico. A temozolomida, na dose de 200mg/m²/dia, por cinco dias, a cada quatro semanas (80), mostrou-se igualmente eficaz à dacarbazina. Porém, como o seu custo é muito superior ao da dacarbazina, o Ministério da Saúde não recomenda o uso da temozolomida para o melanoma metastático.

O uso de IL-2 em doses altas pode ser considerado, sob a responsabilidade institucional, para pacientes cuidadosamente selecionados em centros com experiência e logística para sua administração. O perfil de toxicidade da IL-2 limita os pacientes que podem tolerar com segurança seu uso. Consideram-se somente pacientes sem sintomas relacionados à doença e sem comorbidades significativas, ou o risco de morte decorrente do tratamento passa a ser um limitante. Os candidatos ao tratamento são os com baixo volume de doença não visceral (por exemplo, linfonodos ou partes moles), ou com menos de três órgãos acometidos sem metástases cerebrais, quando não indicado o uso de dacarbazina como primeira linha de tratamento.

A IFN ou a bioquimioterapia não têm impacto em termos de sobrevida global e não oferecem vantagens significativas em relação ao tratamento padrão recomendado por estas Diretrizes, não sendo, portanto, recomendados. Fica a critério e responsabilidade da conduta institucional a utilização de IFN ou bioquimioterapia para pacientes selecionados fora desse contexto após ampla discussão sobre riscos e benefícios do tratamento. O uso de vacinas ou hormônios em monoterapia ou em combinação não é reconhecido, e o tratamento de segunda linha ou de manutenção também não é recomendado nestas Diretrizes por falta de ECR que mostre claro benefício na diminuição da mortalidade.

A conduta para pacientes com doença disseminada é um problema difícil. Novas abordagens terapêuticas estão sendo pesquisados, principalmente alvos moleculares específicos que têm sido identificados em melanomas. Até hoje, várias vias foram avaliadas em estudos de fases I, II e III com diversos alvos moleculares, como os proto-oncogene c-KIT, receptores do fator de crescimento epidérmico (EGFR), receptores do fator de crescimento vascular endotelial (VEGFR), fatores de crescimento derivados de plaquetas (PDGF), inibidores da tirosinoquinase e outros. No entanto, os resultados não apresentam um claro benefício global em termos de sobrevida, embora possa haver um aumento de sobrevida livre de doença ou respostas promissoras. A dificuldade encontra-se em selecionar marcadores preditivos de resposta terapêutica.

Visto não haver evidência de claro benefício global em termos de sobrevida, o Ministério da Saúde não recomenda o uso do vemurafenibe (inibidor da tirosinoquinase contra BRAF) (81) e do ipilimumabe (anticorpo monoclonal anti-CTLA-4) (82, 83) para pacientes com melanoma disseminado. Quando houver mais evidências a serem analisadas, estes medicamentos deverão ser submetidos à CONITEC.

5.4 RADIOTERAPIA

O melanoma tem sido considerado historicamente um tumor resistente à radioterapia quando comparado a outros tipos de câncer. Embora o tratamento curativo seja a cirurgia de ressecção completa da lesão primária, a radioterapia mantém-se útil para casos selecionados de tumores irresssecáveis, quando o resultado cosmético da cirurgia for desfavorável, principalmente em estruturas da região da face, da cabeça e do pescoço. A radioterapia permanece como uma modalidade de tratamento paliativo, principalmente no sistema nervoso central, na coluna vertebral e nos ossos. O uso de radioterapia adjuvante após ressecção linfática diminui a recidiva local, mas não aumenta a sobrevida global. Pode ser considerada para pacientes com alto risco de recidiva local após linfadenectomia radical, mas não está isento de toxicidade adicional e o risco-benefício deve ser amplamente discutido com os pacientes antes de sua utilização. Novas modalidades terapêuticas e técnicas de radioterapia ainda estão sendo consolidadas para avaliação da melhor eficácia clínica, contudo não é o objetivo detalhá-las nestas Diretrizes (84-86).

6 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

6.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

Pacientes sob quimioterapia devem ser monitorizados para resposta terapêutica nos sítios de doença com exames de imagem (TC preferencialmente) a cada 6 semanas ou após 2 ciclos de tratamento. Em caso de resposta ou doença estável, recomenda-se um total de 4-6 ciclos conforme a tolerância ao tratamento. Contudo, não há dado comprovado que defina o número de ciclos de quimioterapia a ser utilizado. Alguns autores sugerem a manutenção do tratamento enquanto houver benefício, respeitando-se a toxicidade.

6.2 CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO

Pacientes que apresentaram qualquer tipo de intolerância à quimioterapia (graus 3 e 4, de acordo com a *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE) Versão 4 (87)) ou intolerância considerada grave devem ter a dose reduzida após avaliação médica. Será retomado o tratamento apenas quando a toxicidade retornar para os graus 1 ou 2. Pacientes que não tolerarem doses reduzidas devem ter o tratamento suspenso. Essa conduta simplificada deve levar em conta o medicamento utilizado, o evento adverso em questão e o benefício atingido pelo paciente.

7 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O exame periódico dos pacientes com melanoma tem o intuito de detectar a recorrência da doença e o desenvolvimento de um segundo tumor primário. Os padrões de seguimento são baseados na frequência de recorrência para cada categoria de espessura do melanoma. Assim, os pacientes com tumores mais espessos, particularmente com mais de 1,5 mm, requerem observação de perto nos primeiros 2 anos de seguimento. Os tumores menos espessos (com menos de 0,76 mm) podem ser seguidos menos frequentemente porque o risco do retorno é de aproximadamente 1% ao ano.

Recomendações quanto ao acompanhamento clínico:

EC I e II

- » Exame físico a cada 3 meses nos primeiros 2 anos; após, a cada 6 meses até o quinto ano.
- » Radiografia simples de tórax e dosagem de DHL a cada 6 meses nos primeiros 2 anos; após, anualmente até 5 anos
- » Após o quinto ano, apenas exame físico anual.

EC III

- » Exame físico, provas de função hepática e dosagem de DHL a cada 3 meses nos primeiros 2 anos; após, a cada 6 meses até o quinto ano.
- » Radiografia simples de tórax a cada 6 meses nos 2 primeiros anos; após, anualmente, até 5 anos.
- » Após o quinto ano, apenas exame físico anual.

No geral, após 5 anos, todos os pacientes devem ser seguidos em um programa anual - a menos que tenham nevos displásicos, casos que recomendam consultas a cada 6 meses. O risco de um segundo tumor primário aumenta significativamente nos pacientes com nevos displásicos e história familiar de melanoma. O exame anual deve continuar por pelo menos 10 anos (mas provavelmente para toda a vida) porque as recidivas tardias surgem em aproximadamente 3% dos pacientes. O seguimento contínuo é recomendado também para pacientes com nevos displásicos (1).

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Pacientes com diagnóstico de melanoma maligno devem ser atendidos em hospitais habilitados em Oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, tratamento e controle dos efeitos adversos das diversas modalidades terapêuticas, eles dispõem de toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos pacientes, facilitando ações de controle e avaliação. Incluem-se, entre essas ações, manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); autorização prévia dos procedimentos; monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados *versus* autorizados *versus* ressarcidos); verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, existência e observância da conduta ou do protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); compatibilidade da cobrança com os serviços executados; abrangência e integralidade assistenciais; grau de satisfação dos pacientes.

Excetuando-se talidomida para o tratamento do mieloma múltiplo, pelo mesilato de imatinibe para a quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal (GIST), leucemia mieloide crônica e leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo e pelo trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama inicial e locorregionalmente avançado, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas estão indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado a prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 04) e cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

Os procedimentos da tabela do SUS compatíveis com quimioterapia do melanoma maligno são os seguintes:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

- » 03.04.02.023-0 - Quimioterapia paliativa do melanoma maligno avançado (metastático/ recidivado/ inoperável)

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE – ADULTO

- » 03.04.05.032-6 – Quimioterapia adjuvante de melanoma cutâneo operado em estágio III

QUIMIOTERAPIA DE TUMORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- » 03.04.07.001-7 - Quimioterapia de câncer na infância e adolescência – primeira linha
- » 03.04.07.002-5 - Quimioterapia de câncer na infância e adolescência – segunda linha (primeira recidiva)

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freedberg I, Eisen A, Wolff K, Austen F, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003.
2. Atkins MB, Hsu J, Lee S, Cohen GI, Flaherty LE, Sosman JA, et al. Phase III trial comparing concurrent biochemotherapy with cisplatin, vinblastine, dacarbazine, interleukin-2, and interferon alfa-2b with cisplatin, vinblastine, and dacarbazine alone in patients with metastatic malignant melanoma (E3695): a trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol*. 2008;26(35):5748-54.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da Incidência de Câncer no Brasil – 2012. Rio de Janeiro. INCA, 2011. 118p.
4. Sampaio S, Rivitti E. Dermatologia. 2 ed. Sao Paulo: Artes Medicas; 2001.
5. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer*. 2005;41(1):45-60.
6. Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous melanoma. *Lancet*. 2005;365(9460):687-701.
7. Doherty, GM, Way, L. Cirurgia - diagnóstico e tratamento. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004.
8. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhake CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreens, and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. *Int J Dermatol*. 2002;41(9):557-62.
9. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer*. 2005;41(14):2040-59.

10. Boyle P, Maisonneuve P, Dore JF. Epidemiology of malignant melanoma. *Br Med Bull*. 1995;51(3):523-47.
11. Mendes GL, Koifman RJ, Koifman S. Mortality frequency and trends attributed to melanoma in Brazil from 1980-2005. *J Toxicol Environ Health A*. 2010;73(13-14):850-7.
12. Simard EP, Ward EM, Siegel R, Jemal A. Cancers with increasing incidence trends in the United States: 1999 through 2008. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(2):118-12.
13. Tsao H, Atkins MB, Sober AJ. Management of cutaneous melanoma. *N Engl J Med*. 2004;351(10):998-1012.
14. Little EG, Eide MJ. Update on the current state of melanoma incidence. *Dermatol Clin*. 2012;30(3):355-61.
15. Robinson JK, Bigby M. Prevention of melanoma with regular sunscreen use. *JAMA*. 2011;306(3):302-3.
16. Lebwohl M. ACP journal club. Regular sunscreen use reduces invasive but not overall melanoma in white adults. *Ann Intern Med*. 2011;154(10):JC5-12.
17. Bastuji-Garin S, Diepgen TL. Cutaneous malignant melanoma, sun exposure, and sunscreen use: epidemiological evidence. *Br J Dermatol*. 2002;146 Suppl 61:24-30.
18. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol*. 2002;3(3):159-65.
19. Cestari TF, Miozzo A, Centeno A, Brodt C, Pacheco F, Bakos L. Evaluation of ultraviolet-B susceptibility in the population of Rio Grande do Sul, Brazil. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1997;9:140.
20. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Pele Melanoma. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma. Acesso em: 10 Out 2012.
21. Massi D, Borgognoni L, Franchi A, Martini L, Reali UM, Santucci M. Thick cutaneous malignant melanoma: a reappraisal of prognostic factors. *Melanoma Res*. 2000;10(2):153-64.
22. Payette MJ, Katz M 3rd, Grant-Kels JM. Melanoma prognostic factors found in the dermatopathology report. *Clin Dermatol*. 2009;27(1):53-74.
23. Weide B, Elsasser M, Buttner P, Pflugfelder A, Leiter U, Eigentler TK, et al. Serum markers lactate dehydrogenase and S100B predict independently disease outcome in melanoma patients with distant metastasis. *Br J Cancer*. 2012;107(3):422-8.
24. Eton O, Legha SS, Moon TE, Buzaid AC, Papadopoulos NE, Plager C, et al. Prognostic factors for survival of patients treated systemically for disseminated melanoma. *J Clin Oncol*. 1998;16(3):1103-11.
25. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol*. 2008;159(3):669-76.
26. União Internacional Contra o Câncer. TNM – Classificação de Tumores Malignos. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer, 2012. xxv, 325p. (7ª Edição).
27. Garbe C, Peris K, Hauschild A, Saiag P, Middleton M, Spatz A, et al. Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline--Update 2012. *Eur J Cancer*. 2012;48(15):2375-90.
28. Wright F, Spithoff K, Eason A, Murray C, Toye J, McCready D, et al. Primary excision margins and sentinel lymph node biopsy in clinically node-negative melanoma of the trunk or extremities. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2011;23(9):572-8.
29. Lens MB, Nathan P, Bataille V. Excision margins for primary cutaneous melanoma: updated pooled analysis of randomized controlled trials. *Arch Surg*. 2007;142(9):885-91; discussion 91-3.
30. Sladden MJ, Balch C, Barzilai DA, Berg D, Freiman A, Handiside T, et al. Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD004835.
31. Lens MB, Dawes M, Goodacre T, Bishop JA. Excision margins in the treatment of primary cutaneous melanoma: a systematic review of randomized controlled trials comparing narrow vs wide excision. *Arch Surg*. 2002;137(10):1101-5.
32. Haigh PI, DiFronzo LA, McCready DR. Optimal excision margins for primary cutaneous melanoma: a systematic review and meta-analysis. *Can J Surg*. 2003;46(6):419-26.
33. Thompson JF, Uren RF. Lymphatic mapping in management of patients with primary cutaneous melanoma. *Lancet Oncol*. 2005;6(11):877-85.

34. Ranieri JM, Wagner JD, Wenck S, Johnson CS, Coleman JJ 3rd. The prognostic importance of sentinel lymph node biopsy in thin melanoma. *Ann Surg Oncol*. 2006;13(7):927-32.
35. Wong SL, Coit DG. Role of surgery in patients with stage IV melanoma. *Curr Opin Oncol*. 2004;16(2):155-60.
36. Kirkwood JM, Ibrahim JG, Sondak VK, Richards J, Flaherty LE, Ernstoff MS, et al. High- and low-dose interferon alfa-2b in high-risk melanoma: first analysis of intergroup trial E1690/S9111/C9190. *J Clin Oncol*. 2000;18(12):2444-58.
37. Kirkwood JM, Ibrahim JG, Sosman JA, Sondak VK, Agarwala SS, Ernstoff MS, et al. High-dose interferon alfa-2b significantly prolongs relapse-free and overall survival compared with the GM2-KLH/QS-21 vaccine in patients with resected stage IIB-III melanoma: results of intergroup trial E1694/S9512/C509801. *J Clin Oncol*. 2001;19(9):2370-80.
38. Kirkwood JM, Manola J, Ibrahim J, Sondak V, Ernstoff MS, Rao U. A pooled analysis of eastern cooperative oncology group and intergroup trials of adjuvant high-dose interferon for melanoma. *Clin Cancer Res*. 2004;10(5):1670-7.
39. Kirkwood JM, Strawderman MH, Ernstoff MS, Smith TJ, Borden EC, Blum RH. Interferon alfa-2b adjuvant therapy of high-risk resected cutaneous melanoma: the Eastern Cooperative Oncology Group Trial EST 1684. *J Clin Oncol*. 1996;14(1):7-17.
40. Pectasides D, Dafni U, Bafaloukos D, Skarlos D, Polyzos A, Tsoutsos D, et al. Randomized phase III study of 1 month versus 1 year of adjuvant high-dose interferon alfa-2b in patients with resected high-risk melanoma. *J Clin Oncol*. 2009;27(6):939-44.
41. Grob JJ, Dreno B, de la Salmoniere P, Delaunay M, Cupissol D, Guillot B, et al. Randomised trial of interferon alpha-2a as adjuvant therapy in resected primary melanoma thicker than 1.5 mm without clinically detectable node metastases. French Cooperative Group on Melanoma. *Lancet*. 1998;351(9120):1905-10.
42. Pehamberger H, Soyer HP, Steiner A, Kofler R, Binder M, Mischer P, et al. Adjuvant interferon alfa-2a treatment in resected primary stage II cutaneous melanoma. Austrian Malignant Melanoma Cooperative Group. *J Clin Oncol*. 1998;16(4):1425-9.
43. Hauschild A, Weichenthal M, Rass K, Linse R, Berking C, Bottjer J, et al. Efficacy of low-dose interferon {alpha}2a 18 versus 60 months of treatment in patients with primary melanoma of ≥ 1.5 mm tumor thickness: results of a randomized phase III DeCOG trial. *J Clin Oncol*. 2010;28(5):841-6.
44. Eggermont AM, Suci S, MacKie R, Ruka W, Testori A, Kruit W, et al. Post-surgery adjuvant therapy with intermediate doses of interferon alfa 2b versus observation in patients with stage IIb/III melanoma (EORTC 18952): randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;366(9492):1189-96.
45. Eggermont AM, Suci S, Santinami M, Testori A, Kruit WH, Marsden J, et al. Adjuvant therapy with pegylated interferon alfa-2b versus observation alone in resected stage III melanoma: final results of EORTC 18991, a randomised phase III trial. *Lancet*. 2008;372(9633):117-26.
46. Eggermont AM, Suci S, Testori A, Patel A, Spatz A; EORTC Melanoma Group. Ulceration of primary melanoma and responsiveness to adjuvant interferon therapy: Analysis of the adjuvant trials EORTC18952 and EORTC18991 in 2,644 patients. *J Clin Oncol*. 2009;27:462s.
47. Wheatley K, Ives N, Hancock B, Gore M, Eggermont A, Suci S. Does adjuvant interferon-alpha for high-risk melanoma provide a worthwhile benefit? A meta-analysis of the randomised trials. *Cancer Treat Rev*. 2003;29(4):241-52.
48. Pirard D, Heenen M, Melot C, Vereecken P. Interferon alpha as adjuvant postsurgical treatment of melanoma: a meta-analysis. *Dermatology*. 2004;208(1):43-8.
49. Verma S, Quirt I, McCready D, Bak K, Charette M, Iscoe N. Systematic review of systemic adjuvant therapy for patients at high risk for recurrent melanoma. *Cancer*. 2006;106(7):1431-42.
50. Wheatley K, Ives N, Eggermont A, Kirkwood JM, Cascinelli N, Markovic SN, et al. Interferon-Alfa as adjuvant therapy for melanoma: An individual patient data meta-analysis of randomised trials. *J Clin Oncol*. 2007;25(18s):8526.
51. Mocellin S, Pasquali S, Rossi CR, Nitti D. Interferon alpha adjuvant therapy in patients with high-risk melanoma:

- a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2010;102(7):493-501.
52. Garbe C, Eigentler TK, Keilholz U, Hauschild A, Kirkwood JM. Systematic review of medical treatment in melanoma: current status and future prospects. *Oncologist.* 2011;16(1):5-24.
 53. Petrella T, Verma S, Spithoff K, Quirt I, McCready D; Melanoma Disease Site Group. Adjuvant interferon therapy for patients at high risk for recurrent melanoma: an updated systematic review and practice guideline. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2012;24(6):413-23.
 54. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol.* 2009;27(36):6199-206.
 55. Lens MB, Eisen TG. Systemic chemotherapy in the treatment of malignant melanoma. *Expert Opin Pharmacother.* 2003;4(12):2205-11.
 56. Avril MF, Aamdal S, Grob JJ, Hauschild A, Mohr P, Bonerandi JJ, et al. Fotemustine compared with dacarbazine in patients with disseminated malignant melanoma: a phase III study. *J Clin Oncol.* 2004;22(6):1118-25.
 57. Schadendorf D, Ugurel S, Schuler-Thurner B, Nestle FO, Enk A, Brocker EB, et al. Dacarbazine (DTIC) versus vaccination with autologous peptide-pulsed dendritic cells (DC) in first-line treatment of patients with metastatic melanoma: a randomized phase III trial of the DC study group of the DeCOG. *Ann Oncol.* 2006;17(4):563-70.
 58. Eigentler TK, Caroli UM, Radny P, Garbe C. Palliative therapy of disseminated malignant melanoma: a systematic review of 41 randomised clinical trials. *Lancet Oncol.* 2003;4(12):748-59.
 59. Keilholz U, Stoter G, Punt CJ, Scheibenbogen C, Lejeune F, Eggermont AM. Recombinant interleukin-2-based treatments for advanced melanoma: the experience of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Melanoma Cooperative Group. *Cancer J Sci Am.* 1997;3 Suppl 1:S22-8.
 60. Petrella T, Quirt I, Verma S, Haynes AE, Charette M, Bak K. Single-agent interleukin-2 in the treatment of metastatic melanoma: a systematic review. *Cancer Treat Rev.* 2007;33(5):484-96.
 61. Kammula US, White DE, Rosenberg SA. Trends in the safety of high dose bolus interleukin-2 administration in patients with metastatic cancer. *Cancer.* 1998;83(4):797-805.
 62. Atkins MB, Lotze MT, Dutcher JP, Fisher RI, Weiss G, Margolin K, et al. High-dose recombinant interleukin 2 therapy for patients with metastatic melanoma: analysis of 270 patients treated between 1985 and 1993. *J Clin Oncol.* 1999;17(7):2105-16.
 63. Atkins MB. Cytokine-based therapy and biochemotherapy for advanced melanoma. *Clin Cancer Res.* 2006;12(7 Pt 2):2353s-8s.
 64. Phan GQ, Attia P, Steinberg SM, White DE, Rosenberg SA. Factors associated with response to high-dose interleukin-2 in patients with metastatic melanoma. *J Clin Oncol.* 2001;19(15):3477-82.
 65. O'Day SJ, Atkins MB, Boasberg P, Wang HJ, Thompson JA, Anderson CM, et al. Phase II multicenter trial of maintenance biotherapy after induction concurrent Biochemotherapy for patients with metastatic melanoma. *J Clin Oncol.* 2009;27(36):6207-12.
 66. Schwartzentruber DJ. Guidelines for the safe administration of high-dose interleukin-2. *J Immunother.* 2001;24(4):287-93.
 67. Buzaid AC, Schmerling RA, Vieira Guedes RA, de Freitas D, William WN Jr. High-dose interleukin-2 in patients with metastatic melanoma whose disease progressed after biochemotherapy. *Melanoma Res.* 2011;21(4):370-5.
 68. Dummer R, Garbe C, Thompson JA, Eggermont AM, Yoo K, Maier T, et al. Randomized dose-escalation study evaluating peginterferon alfa-2a in patients with metastatic malignant melanoma. *J Clin Oncol.* 2006;24(7):1188-94.
 69. Agarwala SS, Kirkwood JM. Interferons in melanoma. *Curr Opin Oncol.* 1996;8(2):167-74.
 70. Creagan ET, Ahmann DL, Frytak S, Long HJ, Chang MN, Itri LM. Phase II trials of recombinant leukocyte A interferon in disseminated malignant melanoma: results in 96 patients. *Cancer Treat Rep.* 1986;70(5):619-24.
 71. Schwartzentruber DJ, Lawson DH, Richards JM, Conry RM, Miller DM, Treisman J, et al. gp100 peptide vaccine

- and interleukin-2 in patients with advanced melanoma. *N Engl J Med*. 2011;364(22):2119-27.
72. Eggermont AM. Immunotherapy: Vaccine trials in melanoma -- time for reflection. *Nat Rev Clin Oncol*. 2009;6(5):256-8.
 73. Beguerie JR, Xingzhong J, Valdez RP. Tamoxifen vs. non-tamoxifen treatment for advanced melanoma: a meta-analysis. *Int J Dermatol*. 2010;49(10):1194-202.
 74. Bajetta E, Del Vecchio M, Nova P, Fusi A, Daponte A, Sertoli MR, et al. Multicenter phase III randomized trial of polychemotherapy (CVD regimen) versus the same chemotherapy (CT) plus subcutaneous interleukin-2 and interferon-alpha2b in metastatic melanoma. *Ann Oncol*. 2006;17(4):571-7.
 75. Ridolfi R, Chiarion-Sileni V, Guida M, Romanini A, Labianca R, Freschi A, et al. Cisplatin, dacarbazine with or without subcutaneous interleukin-2, and interferon alpha-2b in advanced melanoma outpatients: results from an Italian multicenter phase III randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2002;20(6):1600-7.
 76. Huncharek M, Caubet JF, McGarry R. Single-agent DTIC versus combination chemotherapy with or without immunotherapy in metastatic melanoma: a meta-analysis of 3273 patients from 20 randomized trials. *Melanoma Res*. 2001;11(1):75-81.
 77. Lui P, Cashin R, Machado M, Hemels M, Corey-Lisle PK, Einarson TR. Treatments for metastatic melanoma: synthesis of evidence from randomized trials. *Cancer Treat Rev*. 2007;33(8):665-80.
 78. Eton O, Legha SS, Bedikian AY, Lee JJ, Buzaid AC, Hodges C, et al. Sequential biochemotherapy versus chemotherapy for metastatic melanoma: results from a phase III randomized trial. *J Clin Oncol*. 2002;20(8):2045-52.
 79. Legha SS, Ring S, Eton O, Bedikian A, Buzaid AC, Plager C, et al. Development of a biochemotherapy regimen with concurrent administration of cisplatin, vinblastine, dacarbazine, interferon alfa, and interleukin-2 for patients with metastatic melanoma. *J Clin Oncol*. 1998;16(5):1752-9.
 80. Middleton MR, Grob JJ, Aaronson N, Fierlbeck G, Tilgen W, Seiter S, et al. Randomized phase III study of temozolomide versus dacarbazine in the treatment of patients with advanced metastatic malignant melanoma. *J Clin Oncol*. 2000;18(1):158-66.
 81. Chapman PB, Hauschild A, Robert C, Haanen JB, Ascierto P, Larkin J, et al. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. *N Engl J Med*. 2011;364(26):2507-16.
 82. Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *N Engl J Med*. 2010;363(8):711-23.
 83. Robert C, Thomas L, Bondarenko I, O'Day S, M JW, Garbe C, et al. Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma. *N Engl J Med*. 2011;364(26):2517-26.
 84. Khan MK, Khan N, Almasan A, Macklis R. Future of radiation therapy for malignant melanoma in an era of newer, more effective biological agents. *Onco Targets Ther*. 2011;4:137-48.
 85. Khan N, Khan MK, Almasan A, Singh AD, Macklis R. The evolving role of radiation therapy in the management of malignant melanoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011;80(3):645-54.
 86. Burmeister BH, Henderson MA, Ainslie J, Fisher R, Di Iulio J, Smithers BM, et al. Adjuvant radiotherapy versus observation alone for patients at risk of lymph-node field relapse after therapeutic lymphadenectomy for melanoma: a randomised trial. *Lancet Oncol*. 2012;13(6):589-97.
 87. National Cancer Institute. Common terminology criteria for adverse events v4.0. Disponível em: <http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/>. Acesso em: 10 Out 2012.



NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO

Portaria SAS/MS nº 458, de 21 de maio de 2012.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada busca de artigos nas bases de dados do Medline/Pubmed, Embase e Cochrane em 25/07/2011.

Na base de dados Medline/Pubmed, utilizando-se os termos “*Ovarian Neoplasms/therapy*”(Mesh) OR “*Ovarian Neoplasms/drug therapy*”(Mesh) OR “*Ovarian Neoplasms/immunology*”(Mesh) OR “*Ovarian Neoplasms/radiotherapy*”(Mesh) OR “*Ovarian Neoplasms/surgery*”(Mesh) OR “*Ovarian Neoplasms/therapy*”(Mesh) e restringindo-se para estudos em humanos, em inglês, com o filtro metanálises, foram encontrados 74 estudos. Os mesmos termos foram usados para estudos de fase III em adultos nos últimos 10 anos, revelando 227 estudos.

Na base de dados Embase, utilizando-se os termos ‘*ovary cancer*’/exp OR ‘*ovary tumor*’/exp AND ‘*cancer therapy*’/exp OR ‘*cancer surgery*’/exp e restringindo-se para estudos em humanos, em inglês, com o filtro metanálises, foram encontrados 156 estudos. Os mesmos termos foram usados para estudos de fase III nos últimos 10 anos, resultando em 57 trabalhos.

Na base de dados Cochrane, utilizando-se a expressão “*cancer of the ovary*”, foram localizadas 13 revisões sistemáticas.

Primeiramente foram selecionadas metanálises e revisões sistemáticas relativas a opções de tratamento do câncer de ovário, excluindo artigos não relacionados ao assunto e estudos cujos desfechos não tivessem relevância clínica. Após, foram selecionados os estudos de fase III de temas não abordados e publicados após as metanálises e revisões sistemáticas selecionadas. Foram consultados ainda o *UpToDate*, versão 19.2, diretrizes clínicas de sociedades internacionais de especialistas, estudos antigos de relevância histórica no tratamento do câncer de ovário e estudos de fase II para abordar o tratamento da doença resistente a platina.

2 INTRODUÇÃO

O carcinoma de ovário é a neoplasia maligna ginecológica mais letal, com incidência mundial de 200.000 novos casos ao ano. No Brasil, a estimativa é de 6.190 novos casos para 2012 e de 2.963 mortes por esta doença (1). Dados internacionais estimam que cerca de 75% dos novos diagnósticos são realizados em estágios avançados, o que é responsável, em parte, pela alta mortalidade associada.

Cerca de 90% dos carcinomas de ovário são de origem epitelial, da superfície epitelial ovariana ou derivados mullerianos, como as tubas uterinas (trompas de Falópio). Os adenocarcinomas primários peritoneais são classificados e tratados como carcinomas ovarianos epiteliais. Os demais tumores ovarianos derivam de outras células, como as germinativas, estromais ou mistas, e não serão abordados, por apresentarem comportamento e tratamentos distintos (2).

Entre os principais fatores de risco a considerar no diagnóstico de neoplasia maligna epitelial de ovário, incluem-se história de câncer de ovário em familiar(es) de primeiro grau, nuliparidade, infertilidade, obesidade e possivelmente uso de reposição hormonal (em especial estrogênica). Fatores aparentemente protetores são gestação prévia, amamentação, uso de contraceptivos orais e ligadura tubária (3-11).

Consultores: Daniela Lessa da Silva, Antônio Fabiano Ferreira Filho, Leandro Totti Cavazzola, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

Apenas 5% dos casos são considerados de origem familiar. A definição de história familiar positiva refere-se às pacientes com dois ou mais parentes de primeiro grau com câncer de ovário, incluindo aquelas com genótipo ovário, incluindo comprovado BRCA 1 e dois ou mais parentes de primeiro grau com câncer de 2 ou famílias afetadas pela síndrome de Lynch. Em pacientes de alto risco, com mutações de BRCA 1 ou 2, a ooforectomia pode reduzir o risco. Apenas 5% dos casos são considerados de origem familiar. A definição de história familiar positiva refere-se às pacientes com de câncer de ovário ou trompa de Falópio em cerca de 80% (12,13).

Cerca de 60% das pacientes com neoplasia maligna epitelial de ovário apresentarão recidiva da doença em algum momento de sua evolução. O risco é particularmente alto nos estágios clínicos (EC) III e IV com volume residual de doença pós-operatório superior a 2 cm, situação em que a estimativa varia de 80% a 85% dos casos (14).

Além do estadiamento da doença e do volume residual pós-operatório, fatores de risco associados à recidiva são idade inferior a 40 anos, histologia mucinosa ou de células claras, grau histológico pouco diferenciado, *performance status* comprometido, tratamento inicial sem composto de platina, presença de ascite no momento da citorredução cirúrgica e persistência de níveis elevados do marcador CA 125 após quimioterapia de primeira linha (15).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C56 - Neoplasia maligna do ovário
- » C57.0 - Neoplasia maligna da trompa de Falópio
- » C78.6 - Neoplasia maligna secundária do retroperitônio e do peritônio

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

O câncer de ovário frequentemente se manifesta em estágios avançados, com a ocorrência de sintomas vagos, como distensão abdominal, dor abdominal ou pélvica, sintomas urinários, surgimento de massa abdominal, flatulência ou saciedade precoce relacionada a metástases peritoneais. Em alguns casos, pode ocorrer dispneia devido à ascite ou a derrame pleural associado (16). Os sintomas inicialmente não levam de imediato à suspeita de câncer. Sua evolução e persistência em mulheres entre 40 e 65 anos, faixa etária na qual a incidência torna-se mais frequente, pode levar o médico a suspeitar e diagnosticar esta neoplasia.

Mesmo com os exames e tratamentos disponíveis atualmente, não foi possível estabelecer um programa de triagem eficaz em mulheres assintomáticas. Em estudo recente, com triagem por dosagens seriadas do marcador tumoral sérico CA 125 e ecografia transvaginal, não foi observada redução da mortalidade por carcinoma de ovário (2).

A avaliação da extensão tumoral (estadiamento) é basicamente cirúrgica. A cavidade pélvica e a abdominal devem ser exploradas meticulosamente em busca de implantes peritoneais e omentais, sendo necessário realizar pan-histerectomia na maioria dos casos. Mais detalhes sobre as intervenções cirúrgicas estão descritos a seguir. Todo o material cirúrgico obtido deve ser encaminhado para exames citológico e histopatológico.

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E CIRÚRGICO

Na suspeita do diagnóstico de câncer de ovário, o exame físico pode muitas vezes demonstrar aumento de volume abdominal (por ascite), massa pélvica ou derrame pleural. Nestas situações, os exames de imagem, como ecografia abdominal ou pélvica identificando lesão expansiva ovariana ou anexial, podem aumentar a suspeita e levar ao prosseguimento da investigação. Laparotomia é o método cirúrgico de escolha para diagnóstico e estadiamento dos carcinomas ovarianos, de vez que é fundamental para o diagnóstico anatomopatológico, o estadiamento e o primeiro tratamento nos casos em que é possível realizar citorredução máxima (ressecção tumoral o mais completa possível).

4.2 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Os exames de imagem são úteis na investigação inicial de sintomas abdominais persistentes, achados frequentes nas neoplasias ovarianas.

À ecografia, a presença de massa pélvica fixa é muito sugestiva de carcinoma ovariano, especialmente se acompanhada de ascite. Na presença de ascite sem lesão expansiva associada, a citologia positiva para células malignas no líquido de ascite permite o diagnóstico de neoplasia ovariana ou primária peritoneal, cujos tratamentos seguem a mesma indicação.

O estadiamento do câncer de ovário é dependente de intervenção cirúrgica. Os exames de imagem complementam o estadiamento sistêmico e podem incluir ecografia abdominal ou pélvica e tomografias computadorizadas de abdômen, pelve e tórax. Entretanto, cirurgia é o principal método para diagnóstico, estadiamento e tratamento nos casos de doença restrita à cavidade abdominal.

4.3 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Os carcinomas epiteliais de ovário podem ser responsáveis pela produção do marcador tumoral CA 125. Esta glicoproteína pode estar presente em concentrações elevadas em pacientes com câncer de ovário, porém isoladamente não é útil como exame de triagem ou diagnóstico, podendo ser válido para o acompanhamento das pacientes em tratamento antineoplásico e durante seu seguimento (17).

Em pacientes com citologia peritoneal positiva para adenocarcinoma e com dúvidas sobre a origem primária tumoral, a razão entre os marcadores tumorais CA 125 e CEA acima de 25 pode ser útil para afastar o diagnóstico de tumores de origem gastrointestinal metastáticos para o peritônio (18).

4.4 ESTADIAMENTO

O estadiamento é determinado pelas classificações internacionais FIGO (*Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique*), AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) e UICC (União Internacional contra o Câncer) (19,20,21)

Estágio I (EC I)

O tumor é limitado ao(s) ovário(s).

- » IA: Tumor limitado a um ovário, cápsula intacta, ausência de tumor na superfície ovariana. Ausência de células malignas no líquido de ascite ou no lavado peritoneal.
- » IB: Tumor limitado aos dois ovários, cápsulas intactas, ausência de tumor nas superfícies ovarianas. Ausência de células malignas no líquido de ascite ou no lavado peritoneal.
- » IC: Tumor limitado a um ou aos dois ovários associado a qualquer das seguintes características: ruptura de cápsula, presença de tumor na(s) superfície(s) ovariana(s), presença de células malignas no líquido de ascite ou no lavado peritoneal.

Obs.: A presença de ascite não afeta o estadiamento, exceto se houver células malignas.

Estágio II (EC II)

O tumor acomete um ou ambos os ovários e há extensão para a pelve.

- » IIA: Tumor com extensão ou implantes no útero ou nas trompas de Falópio. Ausência de células malignas no líquido de ascite ou no lavado peritoneal.
- » IIB: Tumor com extensão para ou implantes em outros tecidos pélvicos. Ausência de células malignas no líquido de ascite ou no lavado peritoneal.
- » IIC: Tumor nos estágios IIA ou IIB. Presença de células malignas no líquido de ascite ou no lavado peritoneal.

Estágio III (EC III)

O tumor acomete um ou os dois ovários com implantes peritoneais microscópicos confirmados fora da pelve. Metástases na superfície hepática significam EC III. Tumor limitado à pelve verdadeira, mas com extensão maligna histologicamente documentada para intestino delgado ou omento.

- » IIIA: Metástases peritoneais microscópicas além da pelve (sem tumor macroscópico).
- » IIIB: Metástases peritoneais macroscópicas além da pelve com até 2 cm de diâmetro.
- » IIIC: Metástases peritoneais além da pelve com mais de 2 cm de diâmetro ou metástases em linfonodos regionais.

Estágio IV (EC IV)

O tumor acomete um ou os dois ovários e apresenta metástases à distância. Se houver derrame pleural, deve ser documentada a presença de células malignas para confirmar tratar-se de EC IV. Metástase(s) no parênquima hepático determina(m) EC IV.

Grau de diferenciação tumoral (escore baseado na avaliação microscópica tumoral) (20,21)

Além do estágio, a definição do grau de diferenciação tumoral ao exame histopatológico também é determinante da terapêutica a se adotar. Os graus de diferenciação subdividem-se em:

- » Gx: O grau de diferenciação não pode ser avaliado.
- » G1: Tumor bem diferenciado (baixo grau)
- » G2: Tumor moderadamente diferenciado (grau intermediário)
- » G3: Tumor pouco diferenciado (alto grau)
- » G4: Tumor indiferenciado (alto grau)

5 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

O tratamento do câncer ovariano pode apresentar potencial curativo ou paliativo, dependendo do estadiamento inicial e da evolução da neoplasia. Nos casos de potencial curativo (EC I a III), a interação multidisciplinar com envolvimento do cirurgião e do oncologista clínico é de extrema importância, pois o tratamento, além da intervenção cirúrgica, pode envolver a indicação de quimioterapia prévia ou adjuvante.

5.1 CIRURGIA

Cirurgia primária

A cirurgia padrão para o estadiamento e tratamento de neoplasia maligna epitelial de ovário deve, preferencialmente, ser realizada por equipe experiente em tumores pélvicos. Compreende histerectomia abdominal total com salpingo-ooforectomia bilateral e omentectomia, avaliação e biópsia do peritônio diafragmático, goteiras parietocólicas, peritônio pélvico, amostragem de linfonodos pélvicos e para-aórticos, além de lavagem peritoneal para pesquisa de células malignas (quatro lavados: diafragmático, dos lados direito e esquerdo do abdômen e da pelve). Para pacientes com histologia mucinosa, também é recomendada apendicectomia (4,22).

Nos estágios EC IA e IB, G1 ou G2 (tumor bem ou moderadamente diferenciado), é recomendado tratamento cirúrgico isolado. Em pacientes em idade fértil que desejem gestar e apresentem tumores bem diferenciados, a salpingo-ooforectomia unilateral pode ser considerada uma opção devido ao baixo índice de recidiva nestes estágios e com este grau de diferenciação (23).

O objetivo da cirurgia, além do estadiamento, é realizar uma ressecção tumoral completa preferencialmente e, quando não for factível, deixar o mínimo de tumor macroscópico na cavidade abdominal, com lesões de diâmetro máximo de 1 a 2 cm. A classificação da cirurgia está relacionada ao grau de citorredução alcançada, ou seja, de acordo com a presença e o tamanho das lesões residuais: citorredução máxima ou completa identifica uma ressecção completa, sem tumor residual visível; citorredução ótima significa permanência de lesões de diâmetros de 1 mm até 1 cm; citorredução subótima corresponde aos casos de doença residual com mais de 1 cm. O grau de citorredução primária depende de fatores como idade e performance clínica da paciente, experiência da equipe cirúrgica e volume e apresentação do tumor.

Os parâmetros utilizados para definição de citorredução ótima podem variar de acordo com o centro e os estudos publicados. O ponto de corte de 2 cm para o tamanho de lesão residual máxima vem sendo questionado, e estudos mais recentes estão sugerindo que o nível padrão seria 1 cm (24). Adotando-se este conceito, atualmente, nos centros de tratamento especializados, nos casos em que a avaliação pré ou transoperatória sugere que será impossível alcançar uma citorredução ótima, procede-se somente à coleta de fragmentos para biópsia e encaminhamento das pacientes para quimioterapia prévia (25).

A ressecção primária completa tem impacto positivo no prognóstico das pacientes, tanto em termos de sobrevida livre de progressão (SLP) quanto de sobrevida global (SG). Este impacto positivo pode ser observado mesmo em pacientes com EC IV, independentemente do sítio da metástase à distância (26).

Quando pacientes tratadas com citorredução completa primária são comparadas com pacientes submetidas a citorredução ótima ou subótima (ou seja, permanência de qualquer volume de doença residual macroscópica) (24), a SG mediana é de 108,6 meses versus 48,3 nos EC IIB-III B, de 81,1 meses versus 34,2 meses no EC III C e de 54,6 meses versus 24,6 meses no EC IV, respectivamente.

Cirurgia para diagnóstico anatomopatológico

Nos casos em que a cirurgia padrão não pode ser feita, em especial por ascite volumosa ou por extensão tumoral maciça, nem é possível a realização de biópsia de uma lesão metastática periférica ou a obtenção diagnóstica em exame citológico do líquido peritoneal, o procedimento cirúrgico deve ter o intuito de coletar material para exame citológico ou histopatológico, procedendo-se imediatamente à quimioterapia prévia por 3 ciclos seguida de cirurgia citorrredutora máxima (conforme descrito) (24,27).

Cirurgia secundária (*debulking* ou citorredução de intervalo)

Nos tumores que se apresentam em estágios avançados, nem sempre é possível uma cirurgia primária citorrredutora ótima, e alguns centros procedem a uma cirurgia subótima. Nestes casos, existe um fundamento teórico para uma segunda intervenção cirúrgica, no intervalo da quimioterapia, com o intuito de ressecção máxima. Contudo, os resultados desta conduta em estudos randomizados são conflitantes (27-30).

Uma revisão sistemática avaliou os 3 principais estudos randomizados com um total de 781 pacientes tratadas com cirurgia subótima primária, 3 ciclos de quimioterapia, seguidos de cirurgia de citorredução e mais 3 ciclos de quimioterapia, ou tratadas com cirurgia primária e quimioterapia por 6 ciclos. Não foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa para sobrevida (HR 0,80, IC 95%, 0,61 - 1,06). Entretanto, a análise de subgrupo realizada em 2 dos estudos, nos quais a cirurgia primária não foi realizada por ginecologistas oncológicos ou foi menos extensa, mostrou benefício para a cirurgia citorrredutora secundária (HR 0,68, IC 95%, 0,53 - 0,87). A conclusão dos autores foi que a heterogeneidade dos resultados impede uma recomendação definitiva e que a escolha entre cirurgia primária extensa ou quimioterapia prévia seguida de cirurgia de citorredução deve considerar o caso específico da paciente e a disponibilidade de cirurgiões altamente treinados (31).

Cirurgia de *second look*

A cirurgia de *second look* seria a realizada após o término da quimioterapia adjuvante, para avaliação da resposta tumoral e ressecção de eventuais lesões residuais. Todavia, este tratamento não acrescenta resultados positivos à sobrevida, estando de modo geral contraindicado (30).

Cirurgia de resgate na recidiva

Para um pequeno subgrupo de pacientes (do universo de cerca de 60% das que apresentarão recidiva da neoplasia) pode ser proposta uma nova abordagem cirúrgica, denominada “citorredução cirúrgica secundária” (32,33).

Centros de referência para o tratamento da doença têm demonstrado aumento de cerca de 50% da sobrevida mediana desde o momento da recorrência (32).

Como esta condição é considerada incurável, é fundamental que a seleção das pacientes no pré-operatório seja criteriosa e que seja possível mensurar com acurácia o volume residual da doença ao fim da cirurgia, pois parece haver benefício apenas para as pacientes nas quais é realizada ressecção completa (32).

5.2 QUIMIOTERAPIA

Quimioterapia prévia (neoadjuvante ou citorrredutora)

Nos casos em que não é possível realizar uma cirurgia primária completa, seja pela condição clínica da paciente, seja pela presença de ascite volumosa ou em razão de extensão tumoral maciça, procede-se à quimioterapia neoadjuvante à base de taxano (paclitaxel) e composto de platina (cisplatina ou carboplatina) por 3 a 6 ciclos, seguidos de cirurgia para citorredução máxima e, após, de quimioterapia adjuvante com o mesmo esquema, no caso de resposta à quimioterapia neoadjuvante. Ou seja, o número mínimo total é de 6 ciclos

de quimioterapia prévia e adjuvante no caso de resposta tumoral ao esquema quimioterápico empregado na neoadjuvância (34-36).

A taxa de resposta à quimioterapia de primeira linha é de cerca de 80%, podendo este tratamento auxiliar na busca da citorredução máxima, um dos fatores mais importantes no sucesso terapêutico (34).

Quimioterapia adjuvante

Quimioterapia adjuvante à base de composto de platina (cisplatina ou carboplatina) e taxano (paclitaxel) por 6 ciclos é o tratamento padrão para pacientes tratadas com cirurgia primária em EC IC, II e III (37,38). Em pacientes em EC IA e IB não submetidas a estadiamento cirúrgico adequado, quimioterapia pós-operatória com estes mesmos antineoplásicos pode ser uma opção, e está formalmente indicada se apresentarem tumores G3 (39).

Nos estágios iniciais, em pacientes selecionadas, o uso de composto de platina isoladamente é considerado por alguns como opção, pois em EC I e II esta questão não foi abordada de maneira definitiva. A preferência por terapia combinada com taxano é originária das evidências em EC III e IV, onde é clara a diferença de sobrevida (40).

O composto de platina utilizado não parece interferir nos resultados com relação à sobrevida. Dados disponíveis de 12 estudos de fase III, com um total de 2.219 pacientes avaliadas por metanálise, não demonstraram evidências de diferença na sobrevida, se usada cisplatina ou carboplatina, tanto isoladamente como em esquemas de combinação (41). Entretanto, a combinação de cisplatina (75 mg/m²) e paclitaxel (135 mg/m²) em infusão de 24 horas comparada à de carboplatina (AUC 7,5) e paclitaxel (175 mg/m²) em infusão de 3 horas demonstrou ser um esquema em geral mais tóxico, mas não inferior, em estudo randomizado publicado em 2003, envolvendo 792 pacientes com carcinoma ovariano em EC III em quimioterapia adjuvante. As toxicidades gastrointestinal, renal, metabólica e hematológica (leucopenia de grau 4) foram significativamente mais frequentes no grupo tratado com cisplatina, e trombocitopenia de grau 2 ou mais foi mais comum no grupo tratado com carboplatina (42).

A adição de um terceiro fármaco ao esquema de platina e taxano não parece apresentar benefícios. A adição de gencitabina, por exemplo, além de acrescentar toxicidade ao esquema, demonstrou redução no tempo de sobrevida livre de progressão (43).

Quimioterapia intraperitoneal (IP)

A instilação de quimioterápico intraperitoneal (IP) resulta, teoricamente, em altas concentrações do fármaco no meio intraperitoneal e relativamente altas concentrações sanguíneas. Em modelos pré-clínicos, as moléculas de cisplatina foram capazes de penetrar aproximadamente 4 mm nos tecidos tumorais, portanto, para o resultado ideal, seria necessária uma citorredução ótima ou completa antes da aplicação (44). Apesar de resultados de ensaios clínicos randomizados avaliando quimioterapia IP adjuvante à base de cisplatina terem demonstrado melhora na SLP e SG, este tratamento ainda gera controvérsias. Os maiores estudos publicados foram conduzidos por grupos cooperativos americanos (GOG-172, GOG-114 e SWOG-8501/GOG-104). Somente o GOG-172 e o GOG-114 avaliaram como controle o tratamento considerado padrão, com paclitaxel e cisplatina por via intravenosa (IV). Além destes estudos norte-americanos, somente um estudo italiano e outro realizado em Taiwan foram publicados com resultados positivos, nos quais o incremento na SG parece depender de uma citorredução completa. Em metanálise que avaliou os resultados de SLP e SG dos 6 ensaios clínicos randomizados disponíveis até 1996, foi confirmado aumento significativo na SLP e SG. Entretanto, quando retirado da análise o SWOG-8501/GOG-104 (que comparou cisplatina IP (100 mg/m²) + ciclofosfamida IV (600 mg/m²) com cisplatina IV (100 mg/m²) + ciclofosfamida IV (600 mg/m²), ou seja, não foi usado taxano no esquema IV), os resultados perderam robustez com relação ao impacto na SG (HR = 0,819, IC 95%, 0,662-0,997, p = 0,028). Além disso, as altas taxas de complicações associadas à quimioterapia IP interferem na incorporação de seu uso de forma universal. Eventos adversos hematológicos e gastrointestinais de graus 3 e 4 são mais frequentes em pacientes tratadas com quimioterapia IP quando comparados com os das tratadas com quimioterapia IV. Em 24% a 75% das pacientes não foi possível completar o tratamento IP devido a complicações relacionadas ao cateter (45). Entre as principais complicações relatadas estão dor abdominal, sangramento, infecção, peritonite, bloqueio do cateter, vazamento, movimentação e mau funcionamento do dispositivo. Em razão destes fatores, o consenso é que quimioterapia IP associada a quimioterapia IV com paclitaxel e platina pode ser uma opção somente em centros altamente treinados neste tipo de procedimento.

Quimioterapia na recidiva

A escolha do tratamento na recidiva depende basicamente da resposta ao tratamento prévio. Classificam-se as pacientes em sensíveis, resistentes ou refratárias à quimioterapia com composto de platina de acordo com o intervalo livre de progressão: se a recidiva ocorrer em 6 meses ou mais, as pacientes são consideradas sensíveis; se ocorrer em menos de 6 meses, resistentes; e se não houver resposta ou progressão tumoral durante a quimioterapia, refratárias. A resistência ao tratamento prévio com composto de platina é importante fator prognóstico e preditivo.

» Doença sensível à platina

Os resultados sugerem que quimioterapia à base de composto de platina (carboplatina ou cisplatina) é superior aos esquemas sem ele e que a combinação deste com um segundo fármaco pode oferecer vantagem em relação à sobrevida (41). A reintrodução do esquema quimioterápico que associa composto de platina e paclitaxel é uma opção efetiva (41,46,47). A adição de um terceiro fármaco, como gencitabina, doxorrubicina lipossomal ou topotecano, a este esquema, entretanto, não confere benefícios em termos de SLP ou SG (48,49), assim como a inclusão sequencial de topotecano ao esquema de carboplatina e paclitaxel (4 ciclos de topotecano seguidos de 4 ciclos de paclitaxel e carboplatina comparativamente a 8 ciclos de carboplatina e paclitaxel) mostrou-se mais tóxica e sem impacto sobre os resultados de eficácia (50). O uso de cisplatina semanal, em esquema de aumento de dose-intensidade (50 mg/m² por 9 semanas) também não oferece vantagem quando comparado com o esquema tradicional (75 mg/m² a cada 21 dias) (51). Como alternativa ao esquema de paclitaxel e platina, a associação de doxorrubicina lipossomal a carboplatina é uma opção com eficácia similar, porém com perfil de toxicidade diverso: o esquema de taxano e platina está associado a maiores taxas de alopecia (83,6% versus 7%), neuropatia sensorial (26,9% versus 4,9%) e reações de hipersensibilidade (18,8% versus 5,6%) enquanto o esquema de carboplatina e doxorrubicina lipossomal apresenta maiores taxas de náusea (35,2% versus 24,2%), mucosite grau 3 (13,9% versus 7%) e síndrome mão-pé grau 2-3 (12% versus 2,2%) (52,53).

» Doença refratária ou resistente à platina

Pacientes com progressão da doença neoplásica durante o curso ou dentro de 6 meses da finalização da primeira quimioterapia à base de platina representam um grupo heterogêneo. As taxas de resposta nestas circunstâncias variam de 10% a 15% e não estão diretamente relacionadas à sobrevida. O objetivo do tratamento é paliativo e de controle da doença, sendo preferencialmente utilizada monoterapia. Nem todos os antineoplásicos ativos foram avaliados por ensaios clínicos de fase III, em especial os mais antigos, porém podem ser opções válidas de tratamento, uma vez que nenhum medicamento até o momento parece representar avanço significativo, em especial com relação à sobrevida, na doença refratária a composto de platina. Neste caso, as opções são gencitabina, doxorrubicina lipossomal, etoposídeo oral, paclitaxel, fluorouracila e ácido folínico, tamoxifeno ou topotecano, entre outros. A escolha depende da disponibilidade, do perfil de toxicidade, da comodidade e dos custos do tratamento, pois, em relação à sobrevida, não são observadas diferenças (54-61)

Entre as combinações de tratamento avaliadas em estudos de fase III, a associação de trabectedina com doxorrubicina lipossomal demonstrou aumento de cerca de 6 semanas na SLP. Em análise exploratória *post hoc*, o subgrupo de pacientes classificadas como “parcialmente sensíveis à platina” (6-12 meses de intervalo livre de doença após quimioterapia com composto de platina), apresentou aumento na sobrevida mediana de 17 para 23 meses, quando comparado com o subgrupo que fez uso de doxorrubicina lipossomal. Entretanto, esta análise deve ser mais bem avaliada por ensaios com poder e delineamento adequados para a avaliação desta hipótese. Outra crítica ao estudo é que o braço experimental foi comparado com o subgrupo que fez uso de doxorrubicina lipossomal isolada, quando o tratamento padrão seria a associação deste medicamento com platina, já que as pacientes foram consideradas “parcialmente sensíveis à platina”. Ou seja, embora os resultados desta associação sejam promissores neste subgrupo de pacientes, não há, até o presente momento, segurança para seu uso corriqueiro. Os resultados destes estudos não foram suficientes para levar trabectedina à regulamentação pelo FDA (62-65), embora o tenha sido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela *European Medicine Agency* (EMA).

Tratamento de manutenção ou consolidação

Devido à alta taxa de recidiva do carcinoma ovariano, foram avaliadas estratégias de manutenção de tratamento com a finalidade de observar potenciais mudanças na evolução da doença. O uso de 6 ciclos extras de paclitaxel em pacientes em remissão clínica após quimioterapia com composto de platina e paclitaxel não demonstrou aumento na SLP ou na SG em pacientes tratadas no EC IIB a IV (66,67).

Já a manutenção com 12 ciclos demonstrou aumento na SLP (22 versus 14 meses), mas não na SG (68). Em metanálise de ensaios clínicos para avaliação da manutenção ou consolidação, foi observada uma vantagem marginal na SG (HR 0,84, 95% IC, 0,84-0,99, $p = 0,4$). A suposição teórica é que nenhum estudo individualmente tem poder para detectar esta diferença, e a conclusão geral até o momento é que a vantagem possivelmente não se justifique perante a toxicidade e os custos relacionados ao tratamento de manutenção ou consolidação (69).

A manutenção com bevacizumabe foi avaliada em dois estudos de fase III, o GOG- 218 (70) e o ICON-7 (71). No primeiro, pacientes em EC III com ressecção incompleta ou em EC IV após cirurgia de debulking receberam tratamento complementar com paclitaxel e carboplatina por 6 ciclos e placebo a cada 3 semanas do ciclo 2 ao 22 (grupo controle), ou paclitaxel e carboplatina por 6 ciclos mais bevacizumabe (15 mg/kg) do ciclo 2 ao 6, e placebo a cada 3 semanas do ciclo 7 ao 22, ou paclitaxel e carboplatina por 6 ciclos e bevacizumabe (15 mg/kg) do ciclo 2 ao 22, a cada 3 semanas. A mediana da SLP foi de 10,3 meses no grupo controle, de 11,2 meses no grupo com bevacizumabe por 5 ciclos concomitantemente ao paclitaxel e carboplatina e 14,1 meses no grupo de manutenção com bevacizumabe. Não houve diferença na SG.

O estudo ICON-7 avaliou dois regimes em pacientes em EC I ou em IIA G3 ou de células claras e em IIB a IV após cirurgia: paclitaxel (175 mg/m²) e carboplatina (AUC 5-6) a cada 21 dias por 6 ciclos versus este mesmo esquema associado a bevacizumabe (7,5 mg/kg) concomitante a cada 21 dias por 5 ou 6 ciclos e continuado por 12 ciclos adicionais ou até a progressão da doença. A mediana da SLP foi de 17,3 meses para o tratamento padrão e de 19 meses para o grupo em uso continuado de bevacizumabe. Os dados da SG não foram publicados.

Os estudos de fase III com bevacizumabe publicados até o momento compararam o tratamento atual considerado padrão (6 ciclos de paclitaxel e carboplatina) versus tratamento de manutenção por no mínimo mais 12 ciclos com bevacizumabe. Não houve braço com tratamento de manutenção com quimioterapia padrão para comparação. Quando bevacizumabe foi adicionado concomitante ao tratamento padrão, por no máximo 6 ciclos, a comparação não demonstrou diferença na SLP. Utilizando os dados disponíveis na literatura, acima expostos, pode-se observar que as diferenças na SLP são de curta duração, não sendo esperadas diferenças na SG.

Devido ao risco aumentado de efeitos adversos graves, como perfuração intestinal, hemorragia, hipertensão arterial e retardo na cicatrização (72), existe uma preocupação em âmbito mundial com a avaliação de segurança e da relação de custo-efetividade de tais tratamentos. Com base nos resultados do estudo GOG-218, o grupo da Universidade de Ohio estimou, através de um modelo simplificado, os custos potenciais associados com a adição de bevacizumabe no tratamento do carcinoma ovariano, considerando estimativas de custos com os medicamentos e com os tratamentos de perfurações intestinais fatais e não fatais. Utilizando amostra de 600 pacientes, com risco de perfuração de 1,2%, os resultados demonstraram que os custos com o esquema padrão seriam de cerca de 2,5 milhões de dólares versus 21,4 milhões de dólares no grupo de tratamento com 6 ciclos de bevacizumabe contra 78,3 milhões de dólares no grupo de manutenção com bevacizumabe. Apesar da controvérsia relacionada ao tema, tradicionalmente, na avaliação de custo-efetividade, é utilizada a razão custo-efetividade incremental (ICER) inferior a 50 mil dólares por ano de vida salvo. A estimativa utilizada levaria a uma ICER de 479.712 mil dólares por ano de vida salvo livre de progressão no grupo tratado com bevacizumabe por 5 a 6 ciclos e de 401.088 mil dólares para o grupo de manutenção (73). Concluindo, a adição de bevacizumabe ao tratamento padrão não demonstrou ser custo-efetiva, e seu benefício em termos de prolongamento da SLP, quando consideradas a curta duração do efeito e a toxicidade inerente, parece não representar avanço clínico significativo no tratamento do câncer de ovário.

6 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

6.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

Após o término do tratamento primário para o câncer epitelial de ovário, é de interesse avaliar se houve resposta completa (RC) por tomografia abdominal total e, no caso de doença metastática extra-abdominal pré-existente, tomografia também de tórax. O uso do marcador CA 125 é amplamente difundido como avaliação de resposta e doença persistente. Entretanto, cerca de 50% das pacientes com valores normais de CA 125 após a quimioterapia apresentam doença residual se avaliadas por cirurgia de *second look* (74).

Em 70% dos casos, o aumento dos níveis de CA 125 precede os sinais e sintomas de recorrência em 3 a 5 meses (75), o que levou à ampla incorporação de sua dosagem a cada 3 meses como parte do acompanhamento oncológico. Entretanto, quando comparado o tratamento imediato na vigência da elevação do marcador com postergação somente na ocorrência de sintomas ou sinais, não foi observada melhora na SG ou na qualidade de vida como resultado de uma detecção precoce da recidiva. A qualidade de vida deteriorou nos dois grupos, mas ocorreu 2,6 meses antes no grupo tratado “antes”, efeito correlacionado com a toxicidade da quimioterapia, especialmente fadiga. Desta forma, com os tratamentos atuais, a avaliação clínica e sintomática a cada 3 a 4 meses parece apresentar o mesmo resultado do acompanhamento com exame físico, exames laboratoriais e de imagem, não se justificando a dosagem de CA 125 na rotina de acompanhamento das pacientes.

6.2 CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

Durante a quimioterapia, a cada ciclo a paciente deve ser avaliada com relação a sintomas e sinais clínicos de toxicidade e de neutotoxicidade e ser submetida a exames laboratoriais (hemograma, plaquetometria e dosagem sérica de creatinina).

A quimioterapia adjuvante consiste de um total de 6 ciclos. Quando utilizada quimioterapia prévia, o esquema mais empregado é o de 3 ciclos antes da cirurgia e 3 ciclos após.

O tratamento paliativo é realizado de acordo com a resposta objetiva e o benefício clínico obtido, devendo ser interrompido na vigência de progressão da doença. A progressão da doença é definida por meio de exames de imagem (tomografia, radiografia ou ecografia, de acordo com o exame de primeira avaliação das lesões), com aumento de 25% no tamanho de pelo menos uma lesão (no caso de existirem lesões mensuráveis para avaliação por exames de imagem) ou surgimento de nova(s) lesão(ões) de caráter neoplásico, ou aumento ou surgimento de ascite maligna. Neste caso, outra opção terapêutica deve ser indicada, ou mudança do esquema quimioterápico ou somente cuidados paliativos no caso de pacientes com doença resistente e toxicidade elevada, com pobre *performance status*. Os exames de reavaliação devem ser realizados a cada 3 a 4 ciclos de quimioterapia ou quando houver sintomas ou sinais clínicos de progressão que possam indicar necessidade de mudança de tratamento.

7 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O acompanhamento das pacientes após o término do tratamento e em remissão completa é realizado rotineiramente com avaliação clínica a cada 3 a 4 meses nos primeiros 3 anos (anamnese e exame clínico). Há evidências de que uma detecção precoce de recidiva, com os tratamentos atualmente disponíveis, não corresponde a aumento de sobrevida, e sim à piora da qualidade de vida (75). Nos quarto e quinto anos de seguimento, a frequência de reavaliações médicas recomendada é bianual e, após, anual.

Nas pacientes que não alcançam remissão completa, o seguimento deve ser feito com base nas manifestações clínicas, e os exames laboratoriais e de imagem devem ser solicitados conforme os sintomas e sinais apresentados pela paciente.

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna epitelial de ovário ou de tuba uterina (trompa de Falópio) devem ser atendidas em hospitais habilitados em Oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar acompanhamento.

Além da familiaridade que tais hospitais guardam com o estadiamento, tratamento e controle de efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e a garantia do atendimento das pacientes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Entre tais ações incluem-se a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), a autorização prévia dos procedimentos, o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos) e a verificação dos percentuais da frequência dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda e segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou do protocolo adotados no hospital, a regulação do acesso assistencial, a qualidade da autorização, a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses), a compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e a capacidade funcional (escala de Zubrod), a compatibilidade da cobrança com os serviços executados, a abrangência e a integralidade assistenciais e o grau de satisfação dos doentes.

Exceção feita ao mesilato de imatinibe para a quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal (GIST), da leucemia mieloide crônica e da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados pelo SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento.

Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento de medicamento antineoplásico é do hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de neoplasia maligna epitelial de ovário e da tuba uterina:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

- » 03.04.02.027-3 - Quimioterapia Paliativa de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina avançado (estádio IV ou recidiva) – 1a linha
- » 03.04.02.028-1 - Quimioterapia Paliativa de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina avançado (estádio IV ou recidiva) – 2a linha

QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOAJUVANTE OU CITORREDUTORA) – ADULTO

- » 03.04.04.014-2 – Quimioterapia Prévia de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina (estádio III ou IV) – 1a linha
- » 03.04.04.013-4 – Quimioterapia Prévia de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina (estádio III ou IV) – 2a linha

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA) – ADULTO

- » 03.04.05.020-2 – Quimioterapia Adjuvante de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina (em estágio IA ou IB com grau G3 ou G4/estádio IC ou II/estádio III ou estágio IV sem doença residual pós-operatória)
- » Há ainda o procedimento 03.04.08.006-3 - Quimioterapia Intracavitária, sem especificação de finalidade.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ovário. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/ovario>.
2. Buys SS, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L, Isaacs C, et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2011;305(22):2295-303.
3. Carlson KJ, Skates SJ, Singer DE. Screening for ovarian cancer. *Ann Intern Med*. 1994;121(2):124-32.
4. Whittemore AS, Harris R, Itnyre J. Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of 12 US case-control studies. II. Invasive epithelial ovarian cancers in white women. Collaborative Ovarian Cancer Group. *Am J Epidemiol*. 1992;136(10):1184-203.
5. Gotlieb WH, Baruch GB, Friedman E. Prophylactic oophorectomy: clinical considerations. *Semin Surg Oncol*. 2000;19:20-7.
6. Ness RB, Cramer DW, Goodman MT, Kjaer SK, Mallin K, Mosgaard BJ, et al. Infertility, fertility drugs, and ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Am J Epidemiol*. 2002;155(3):217-24.
7. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*. 2003; 348(17):1625-38.
8. Zhou B, Sun Q, Cong R, Gu H, Tang N, Yang L, et al. Hormone replacement therapy and ovarian cancer risk: a meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2008;108(3):641-51.
9. Coughlin SS, Giustozzi A, Smith SJ, Lee NC. A meta-analysis of estrogen replacement therapy and risk of epithelial ovarian cancer. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(4):367-75.
10. Pearce CL, Chung K, Pike MC, Wu AH. Increased ovarian cancer risk associated with menopausal estrogen therapy is reduced by adding a progestin. *Cancer*. 2009;115(3):531-9.
11. Greiser CM, Greiser EM, Dören M. Menopausal hormone therapy and risk of ovarian cancer: systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2007;13(5):453-63.
12. Daly MB, Axilbund JE, Buys S, Crawford B, Farrell CD, Friedman S, et al. Genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010;8(5):562-94.
13. Walsh CS, Blum A, Walts A, Alsabeh R, Tran H, Koeffler HP, et al. Lynch syndrome among gynecologic oncology patients meeting Bethesda guidelines for screening. *Gynecol Oncol*. 2010;116(3):516-21.
14. Young RC, Decker DG, Wharton JT, Piver MS, Sindelar WF, Edwards BK, et al. Staging laparotomy in early ovarian cancer. *JAMA*. 1983;250(22):3072-6.
15. Daly M, Orams GI. Epidemiology and risk assessment for ovarian cancer. *Semin Oncol*, 1998;25(3): 255-64.
16. Eitan R, Levine DA, Abu-Rustum N, Sonoda Y, Huh JN, Franklin CC, et al. The clinical significance of malignant pleural effusions in patients with optimally debulked ovarian carcinoma. *Cancer*. 2005;103(7):1397-401.
17. Kang S, Kim TJ, Nam BH, Seo SS, Kim BG, Bae DS, et al. Preoperative serum CA-125 levels and risk of suboptimal cytoreduction in ovarian cancer: a meta-analysis. *J Surg Oncol*. 2010;101(1):13-7.
18. Yedema CA, Kenemans P, Wobbes T, et al. Use of serum tumor markers in the differential diagnosis between ovarian and colorectal adenocarcinomas. *Tumour Biol*. 1992;13(1-2):18-26.
19. Shepherd JH. Revised FIGO staging for gynaecological cancer. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989;96(8):889-92.
20. Ovary. In: American Joint Committee on Cancer: *AJCC Cancer Staging Manual*. 6th ed. New York: NY Springer; 2002, p. 275-84.
21. União Internacional Contra o Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 6a Ed. 2004. p254.
22. Colombo N, Peiretti M, Parma G, Lapresa M, Mancari R, Carinelli S, et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2010;21Suppl 5:v23-v30.
23. Zanetta G, Chiari S, Rota S, Bratina G, Maneo A, Torri V, et al. Conservative surgery for stage I ovarian carcinoma in women of childbearing age. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(9):1030-5.

24. du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E, Harter P, Ray-Coquard I, Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer*. 2009;115(6):1234-44.
25. Stashwick C, Post MD, Arruda JS, Spillman MA, Behbakht K, Davidson AS, ET al. Surgical risk score predicts suboptimal debulking or a major perioperative complication in patients with advanced epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2011 Nov;21(8):1422-7.
26. Wimberger P, Wehling M, Lehmann N, Kimmig R, Schmalfeldt B, Burges A, et al. Influence of residual tumor on outcome in ovarian cancer patients with FIGO stage IV disease: an exploratory analysis of the AGO-OVAR (Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group). *Ann Surg Oncol*. 2010;17(6):1642-8.
27. Van der Burg ME, Coens C, Van Lent M, Kobierska A, Colombo N, Favalli G, et al. After ten years follow-up interval debulking surgery remains a significant prognostic factor for survival and progression free survival for advanced ovarian cancer: the EORTC Gynaecological Cancer Group Study. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14(Suppl 1):3.
28. Redman CW, Warwick J, Luesley DM, Varma R, Lawton FG, Blackledge GR. Intervention debulking surgery in advanced epithelial ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101(2):142-6.
29. Rose PG, Nerenstone S, Brady M, Pearson C, Olt G, Rubin SC et al. A phase III randomised study of interval secondary cytoreduction in patients with advanced stage ovarian carcinoma with suboptimal residual disease: a Gynecologic Oncology Group Study. *American Society of Clinical Oncology (ASCO)*. 2002; vol 21(Pt 1):201a.
30. Rose PG, Nerenstone S, Brady M, Pearson C, Olt G, Rubin SC et al. Secondary surgical cytoreduction for advanced ovarian carcinoma. *N Engl J Med*. 2004;351(24):2489-97.
31. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Bryant A. Interval debulking surgery for advanced epithelial ovarian cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10:CD006014.
32. Chi DS, McCaughy K, Diaz JP, Huh J, Schwabenbauer S, Hummer AJ, et al. Guidelines and selection criteria for secondary cytoreductive surgery in patients with recurrent, platinum-sensitive epithelial ovarian carcinoma. *Cancer*, 2006;106(9):1933-9.
33. Salani R, Santillan A, Zahurak ML, Giuntoli RL 2nd, Gardner GJ, Armstrong DK, et al. Secondary cytoreductive surgery for localized, recurrent epithelial ovarian cancer: analysis of prognostic factors and survival outcome. *Cancer*, 2007;109(4):685-91.
34. Vergote I, Tropé CG, Amant F, Kristensen GB, Ehlen T, Johnson N, et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIc or IV ovarian cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(10):943-53.
35. Bristow RE, Chi DS. Platinum-based neoadjuvant chemotherapy and interval surgical cytoreduction for advanced ovarian cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2006;103(3):1070-6.
36. Kang S, Nam BH. Does neoadjuvant chemotherapy increase optimal cytoreduction rate in advanced ovarian cancer? Meta-analysis of 21 studies. *Ann Surg Oncol*. 2009;16(8):2315-20.
37. McGuire WP, Hoskins WJ, Brady MF, Kucera PR, Partridge EE, Look KY, et al. Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and stage IV ovarian cancer. *N Engl J Med*. 1996;334(1):1-6.
38. Piccart MJ, Bertelsen K, James K, Cassidy J, Mangioni C, Simonsen E, et al. Randomized intergroup trial of cisplatin-paclitaxel versus cisplatin-cyclophosphamide in women with advanced epithelial ovarian cancer: three-year results. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(9):699-708.
39. Elit L, Chambers A, Fyles A, Covens A, Carey M, Fung MF. Systematic review of adjuvant care for women with Stage I ovarian carcinoma. *Cancer*. 2004;101(9):1926-35.
40. Kyrgiou M, Salanti G, Pavlidis N, Paraskevidis E, Ioannidis JP. Survival benefits with diverse chemotherapy regimens for ovarian cancer: meta-analysis of multiple treatments. *J Natl Cancer Inst*. 2006;98(22):1655-63.
41. Aabo K, Adams M, Adnitt P, Alberts DS, Athanazziou A, Barley V, et al. Chemotherapy in advanced ovarian cancer: four systematic meta-analyses of individual patient data from 37 randomized trials. *Advanced Ovarian*

- Cancer Trialists' Group. *Br J Cancer*. 1998;78(11):1479-87.
42. Ozols RF, Bundy BN, Greer BE, Fowler JM, Clarke-Pearson D;Gynecologic Oncology Group, et al. Phase III trial of carboplatin and paclitaxel compared with cisplatin and paclitaxel in patients with optimally resected stage III ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol*. 2003; 21(17):3194-200.
 43. du Bois A, Herrstedt J, Hardy-Bessard AC, Müller HH, Harter P, Kristensen G, et al. Phase III trial of carboplatin plus paclitaxel with or without gemcitabine in first-line treatment of epithelial ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28(27):4162-9.
 44. Hess LM, Benham-Hutchins M, Herzog TJ, Hsu CH, Malone DC, Skrepnek GH, et al. A meta-analysis of the efficacy of intraperitoneal cisplatin for the front-line treatment of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2007;17(3):561-70.
 45. Armstrong DK, Bundy B, Wenzel L, Huang HQ, Baergen R, Lele S, et al. Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel in ovarian cancer. *N Engl J Med*. 2006;354:34-43.
 46. Rose PG, Fusco N, Fluellen L, Rodriguez M. Second-line therapy with paclitaxel and carboplatin for recurrent disease following first-line therapy with paclitaxel and platinum in ovarian or peritoneal carcinoma. *J Clin Oncol*. 1998;16(4):1494-7.
 47. Gronlund B, Høgdall C, Hansen HH, Engelholm SA. Results of reinduction therapy with paclitaxel and carboplatin in recurrent epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2001;83:128-34.
 48. Bookman MA, Brady MF, McGuire WP, Harper PG, Alberts DS, Friedlander M, et al. Evaluation of new platinum-based treatment regimens in advanced-stage ovarian cancer: a Phase III Trial of the Gynecologic Cancer Intergroup. *J Clin Oncol*. 2009;27(9):1419-25.
 49. Bolis G, Scarfone G, Raspagliesi F, Mangili G, Danese S, Scollo P, et al. Paclitaxel/carboplatin versus topotecan/paclitaxel/carboplatin in patients with FIGO suboptimally resected stage III-IV epithelial ovarian cancer a multicenter, randomized study. *Eur J Cancer*. 2010;46(16):2905-12.
 50. Hoskins P, Vergote I, Cervantes A, Tu D, Stuart G, Zola P, et al. Advanced ovarian cancer: phase III randomized study of sequential cisplatin-topotecan and carboplatin-paclitaxel vs carboplatin-paclitaxel. *J Natl Cancer Inst*. 2010;102(20):1547-56.
 51. Fruscio R, Garbi A, Parma G, Lissoni AA, Garavaglia D, Bonazzi CM, et al. Randomized phase III clinical trial evaluating weekly cisplatin for advanced epithelial ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(4):347-51.
 52. Pujade-Lauraine E, Wagner U, Aavall-Lundqvist E, GebSKI V, Heywood M, Vasey PA, et al. Pegylated liposomal Doxorubicin and Carboplatin compared with Paclitaxel and Carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse. *J Clin Oncol*. 2010;28(20):3323-9.
 53. Markman M, Moon J, Wilczynski S, et al. Single agent carboplatin versus carboplatin plus pegylated liposomal doxorubicin in recurrent ovarian cancer: final survival results of a SWOG (S0200) phase 3 randomized trial. *Gynecol Oncol*. 2010;116(3):323-5.
 54. Omura GA, Brady MF, Look KY, Averette HE, Delmore JE, Long HJ, et al. Phase III trial of paclitaxel at two dose levels, the higher dose accompanied by filgrastim at two dose levels in platinum-pretreated epithelial ovarian cancer: an intergroup study. *J Clin Oncol*. 2003;21(15):2843-8.
 55. Hurteau JA, Brady MF, Darcy KM, McGuire WP, Edmonds P, Pearl ML, et al. Randomized phase III trial of tamoxifen versus thalidomide in women with biochemical-recurrent-only epithelial ovarian, fallopian tube or primary peritoneal carcinoma after a complete response to first-line platinum/taxane chemotherapy with an evaluation of serum vascular endothelial growth factor (VEGF): A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol*. 2010;119(3):444-50.
 56. Rose PG, Blessing JA, Mayer AR, Homesley HD. Prolonged oral etoposide as second-line therapy for platinum-resistant and platinum-sensitive ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol*. 1998;16(2):405-10.
 57. Gordon AN, Fleagle JT, Guthrie D, Parkin DE, Gore ME, Lacave AJ.. Recurrent epithelial ovarian carcinoma: a randomized phase III study of pegylated liposomal doxorubicin versus topotecan. *J Clin Oncol*. 2001;19(14):3312-22.

58. Wilailak S, Linasmita V. A study of pegylated liposomal Doxorubicin in platinum-refractory epithelial ovarian cancer. *Oncology*. 2004;67(3-4):183-6.
59. ten Bokkel Huinink W, Gore M, Carmichael J, Gordon A, Malfetano J, Hudson I, et al. Topotecan versus paclitaxel for the treatment of recurrent epithelial ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 1997;15(6):2183-93.
60. Mutch DG, Orlando M, Goss T, Teneriello MG, Gordon AN, McMeekin SD, et al. Randomized phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in patients with platinum-resistant ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25(19):2811-8.
61. Kristensen G, Kaern J, Baekelandt M, Skeie-Jenssen T, de Pont Christensen R, Åvall-Lundqvist E, et al. Chemotherapy versus hormonal treatment in patients with platinum and taxane resistant ovarian cancer: A NSGO study. ASCO Annual Meeting Proceedings. *J Clin Oncol*. 2008;26(15S):5508.
62. Kaye SB, Colombo N, Monk BJ, Tjulandin S, Kong B, Roy M, et al. Trabectedin plus pegylated liposomal doxorubicin in relapsed ovarian cancer delays third-line chemotherapy and prolongs the platinum-free interval. *Ann Oncol*. 2011; 22:49-58.
63. Poveda A, Vergote I, Tjulandin S, Kong B, Roy M, Chan S, et al. Trabectedin plus pegylated liposomal doxorubicin in relapsed ovarian cancer: outcomes in the partially platinum-sensitive (platinum-free interval 6-12 months) subpopulation of OVA-301 phase III randomized trial. *Ann Oncol*. 2011;22:39-48.
64. Monk BJ, Herzog TJ, Kaye SB, Krasner CN, Vermorken JB, Muggia FM, et al. Trabectedin plus pegylated liposomal Doxorubicin in recurrent ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28(19):3107-14.
65. Cannistra SA. Evaluating new regimens in recurrent ovarian cancer: how much evidence is good enough? *J Clin Oncol*. 2010;28(19):3101-03.
66. Pecorelli S, Favalli G, Gadducci A, Katsaros D, Panici PB, Carpi A, et al. Phase III trial of observation versus six courses of paclitaxel in patients with advanced epithelial ovarian cancer in complete response after six courses of paclitaxel/platinum-based chemotherapy: final results of the After-6 protocol 1. *J Clin Oncol*. 2009;27(28):4642-8.
67. Mei L, Chen H, Wei DM, Fang F, Liu GJ, Xie HY, Wang X, Zou J, Han X, Feng D. Maintenance chemotherapy for ovarian cancer. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2010;(9):CD007414.
68. Markman M, Liu PY, Moon J, Monk BJ, Copeland L, Wilczynski S, et al. Impact on survival of 12 versus 3 monthly cycles of paclitaxel (175 mg/m²) administered to patients with advanced ovarian cancer who attained a complete response to primary platinum-paclitaxel: follow-up of a Southwest Oncology Group and Gynecologic Oncology Group phase 3 trial. *Gynecol Oncol*. 2009;114(2):195-8.
69. Hess LM, Rong N, Monahan PO, Gupta P, Thomaskutty C, Matei D. Continued chemotherapy after complete response to primary therapy among women with advanced ovarian cancer: a meta-analysis. *Cancer*. 2010;116(22):5251-60.
70. Burger RA, Brady MF, Bookman MA, Fleming GF, Monk BJ, Huang H, et al. Incorporation of bevacizumab in the primary treatment of ovarian cancer. *N Engl J Med*. 2011;365(26):2473-83.
71. Perren TJ, Swart AM, Pfisterer J, Ledermann JA, Pujade-Lauraine E, Kristensen G, et al. A phase 3 trial of bevacizumab in ovarian cancer. *N Engl J Med*. 2011;365(26):2484-96.
72. Hapani S, Chu D, Wu S. Risk of gastrointestinal perforation in patients with cancer treated with bevacizumab: a meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2009;10(6):559-68.
73. David E Cohn, Kenneth H Kim, Kimberly E Resnick, David M O'Malley, Michael Straughn Jr. At what cost does a potential survival advantage of bevacizumab make sense for the primary treatment of ovarian cancer? A cost-effectiveness analysis. *J Clin Oncol*. 2011;29(10):1247-51.
74. Cohn DE, Kim KH, Resnick KE, O'Malley DM, Straughn JM Jr. Predictive value of CA 125 antigen levels in second-look procedures for ovarian cancer. *Am J Obst Gynecol*. 1985;151:981-6.
75. Rustin GJ, Nelstrop AE, Tuxen MK, Lambert HE. Defining progression of ovarian carcinoma during follow-up according to CA 125: a North Thames Ovary Group Study. *Ann Oncol*. 1996;7(4):361-4.

TRATAMENTO DA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE COM MESILATO DE IMATINIBE

Portaria SAS/MS nº 115, de 10 de fevereiro de 2012.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Para a análise de eficácia do tratamento específico com o Mesilato de Imatinibe (inibidor da tirosinoquinase) para os doentes de leucemia linfoblástica aguda com translocação t(9;22), também conhecida como cromossoma Philadelphia (Ph), foram realizadas buscas nas bases descritas a seguir. O período considerado inclui desde o ano de 1998 até fevereiro de 2011.

Na base Medline/Pubmed: *“Imatinibe, Tyrosine kinase inhibitor”* (Substance Name) AND *“Acute Lymphoblastic Leukemia Philadelphia chromosome positive”* (Mesh) limitadas a *“children, meta-analysis, randomized controlled trial, review, journal article”*.

Na base Scielo: *“Imatinibe, Inibidor da Tirosinoquinase”* e *“Leucemia Linfóide Aguda com cromossoma Philadelphia positivo, em crianças”*, limitadas a artigos originais.

2 INTRODUÇÃO

A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é o câncer mais freqüente na faixa etária pediátrica. Cerca de 2% a 3% de todas as crianças e adolescentes com LLA apresentam a translocação t(9;22), também conhecida como cromossoma Philadelphia (Ph+). Altas taxas de falha indutória são relacionadas com esta mutação, configurando-se como fator de risco para o insucesso terapêutico (1,2,3). Em vários estudos internacionais com doentes de LLA e maus respondedores à terapia de indução, a translocação Ph+ estava presente em cerca de 20% dos casos (1,2,3). Possivelmente, os pacientes com leucemia linfoblástica aguda Ph+ necessitam de quimioterapia mais intensiva. Em muitos protocolos de pacientes adultos com LLA Ph+, uma estratégia utilizada tem sido a combinação do Mesilato de Imatinibe à terapia de indução, levando a taxas de remissão completa sem precedentes, acima de 90% (4-7). Em recente estudo do Children's Oncology Group (COG) envolvendo crianças e adolescentes com LLA Ph+ (COG AALL0031), foram alcançadas elevadas taxas de Sobrevida Livre de Eventos (SLE) em 1 ano da ordem de $95,8\% \pm 4,3\%$ para aqueles pacientes tratados exclusivamente com quimioterapia acrescida do uso prolongado de Imatinibe, comparativamente a $96,7\% \pm 3,5\%$ para aqueles que foram intensivamente tratados com quimioterapia mais Imatinibe e que adicionalmente, receberam o transplante de medula óssea (8). Estudos anteriores do COG para este grupo de pacientes tratados com quimioterapia intensiva sem Imatinibe registraram taxas de SLE em 1 ano de $65,7 \pm 6,4\%$ ($p=0,006$) e em 3 anos, de $35\% \pm 4\%$, comparativamente a taxas de SLE em 3 anos de $80\% \pm 11\%$ com o uso do Imatinibe associado à quimioterapia intensiva ($p < 0,0001$) (8). A SLE em 3 anos no estudo COG AALL0031, com o uso contínuo do Imatinibe à quimioterapia intensiva foi de $88\% \pm 11\%$, comparativamente a $57\% \pm 22\%$ para os pacientes com transplante de medula óssea de doador aparentado. Não houve toxicidade significativa associada à adição do Imatinibe na dose de $340\text{mg}/\text{m}^2/\text{dia}$ (8). O uso contínuo do Imatinibe por 280 dias antes da terapia de manutenção, proporcionou neste estudo americano, os melhores resultados (8). Todos os pacientes incluídos neste estudo tomaram o Imatinibe durante toda a terapia de manutenção.

Consultores: Sílvia Regina Brandalise e Jane de Almeida Dobbin

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

Pesquisadores do Grupo BFM relataram os resultados do tratamento em pacientes pediátricos com LLA Ph+ e demonstraram que aqueles pacientes que responderam adequadamente à pré-fase com prednisona, sobreviveram sem transplante. A SLE em 4 anos num tempo de análise ajustado ao transplante foi de $33\% \pm 9\%$ ⁹. A análise da probabilidade de sobrevida em 4 anos revelou que o transplante alogeneico de doador compatível trouxe o melhor benefício aos pacientes LLA Ph+, com sobrevida de $85\% \pm 10\%$, sendo para os doentes tratados somente com quimioterapia de $46\% \pm 8\%$. Os pacientes transplantados com medula de doador não relacionado ou de doador relacionado parcialmente compatível tiveram uma sobrevida em 4 anos de somente $19\% \pm 15\%$ ¹⁰. Estes resultados estão de acordo com as publicações de meta-análise do *Intergroup* LLA Ph+².

Grandes grupos internacionais pediátricos de estudo da LLA em crianças decidiram em 2001 introduzir o Mesilato de Imatinibe acrescido a um esquema comum de pós-indução, baseado nos elementos dos estudos atuais BFM e AIEOP (10). O consenso europeu decidiu que os pacientes bons respondedores à prednisona no dia 8 ou medula M1/M2 no dia 15, ou medula M1 no dia 21, e remissão completa após indução seriam randomizados para receber ou não o Imatinibe em adição à terapia pós-indução. O Imatinibe, na dose de 300mg/m², inicia-se no Dia 8, sendo preconizado durante todo o tratamento da leucemia, sem interrupção. Em contraste, todos pacientes maus respondedores receberiam o Imatinibe. Este estudo teve definida a recente interrupção do sorteio para o braço sem Imatinibe, em virtude do maior número de eventos desfavoráveis. A Sobrevida Livre de Doença (SLD – sobrevida sem evidência da leucemia) em 3 anos no grupo que recebeu o Imatinibe foi de $75,2\% \pm 7,0\%$, comparativamente a $56,4\% \pm 9,1\%$ no grupo sem este medicamento (11).

Resultados semelhantes foram registrados nos diferentes grupos internacionais de tratamento da leucemia pediátrica LLA Ph+, no período de 1995 a 2005, sem o uso do inibidor da tirosinoquinase, nos quais as taxas da SLE em 7 anos foram de $34,2\% \pm 3,7\%$ para os pacientes com quimioterapia e de $43,5\% \pm 2,9\%$ para os que adicionalmente foram transplantados de medula óssea (12). Na era do Imatinibe, o tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo (Ph+) em pediatria continua a evoluir, sendo consenso, entre 32 centros pediátricos dos Estados Unidos e Canadá, a recomendação do uso do inibidor da tirosinoquinase nesta doença (13). A utilização do Imatinibe, embora recomendada por seis meses após o transplante de medula óssea, não mostrou benefício até o momento (14).

Potenciais implicações clínicas de várias anormalidades citogenéticas secundárias encontradas em 61% dos pacientes com LLA Ph+ podem ter impacto prognóstico (10). As mais freqüentes alterações não randômicas encontradas foram as deleções do cromossoma 7 (em particular 7p) e 9p, como também, um cromossoma Ph+ adicional e hiperdiploidia. Os pacientes com perdas do cromossoma 7, 7p ou 9p tiveram pior SLE comparativamente àqueles com outras anormalidades, como ganhos de um cromossoma Ph+, hiperdiploidia com mais de 50 cromossomas ou nenhuma aberração secundária ($p = 0,003$).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

» C91.0 Leucemia Linfoblástica Aguda

4 DIAGNÓSTICO

Classificação da Organização Mundial da Saúde da Leucemia Linfoblástica Aguda

Para todos os pacientes com leucemia linfoblástica aguda é indispensável a realização dos exames citomorfológicos, das citoquímicas e imunofenotipagem. O exame citológico do aspirado de medula óssea com microscopia de luz, usando técnicas padronizadas de coloração, é da mais alta importância. A adição da citometria de fluxo melhorará a acurácia diagnóstica, especialmente dos subtipos menos comuns de LLA e LMA (por exemplo LMA M0) e distinção da LLA B ou T-derivada (15).

Revisão da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicada em 2008 (16), definiu duas alterações no diagnóstico e classificação dos neoplasmas de células precursoras B e T: 1. A nomenclatura mudou de “leucemia linfoblástica B/linfoma” e “leucemia linfoblástica de precursor T/linfoma” para “Leucemia linfoblástica B/linfoma” e “Leucemia linfoblástica T/linfoma”; 2. A Leucemia linfoblástica B/linfoma foi subdividida em sete entidades distintas, definidas principalmente por anormalidades cromossômicas recorrentes e específicas; casos de LLA-B com falta destas anormalidades serão considerados como “não especificadas”. A seguir, descrevem-se os critérios diagnósticos para a Leucemia linfoblástica B/linfoma, Leucemia linfoblástica T/linfoma e leucemias agudas de linhagem ambígua (16). A LLA-B não deverá ser usada para a Leucemia/linfoma de Burkitt, por ser este uma neoplasia maligna de células maduras.

Como raramente a LLA se apresenta com baixa contagem dos blastos, o diagnóstico de LLA deverá ser rejeitado caso haja menos de 20% de blastos na medula óssea, até que haja evidência definitiva que confirme o diagnóstico. Entretanto, no caso incomum de que o paciente se apresente com menos de 20% de linfoblastos na medula óssea e sem nenhuma evidência de massa extramedular, mas demonstra uma das conhecidas anormalidades citogenéticas recorrentes associadas com LLA (ver abaixo), ele poderá ser considerado como tendo leucemia linfoblástica. Entretanto, o achado de menos de 20% de linfoblastos inequívocos na medula óssea deve prontamente indicar a pesquisa do linfoma linfoblástico em localização extramedular (16). No caso da leucemia linfoblástica B/linfoma numerosos relatos demonstraram que anormalidades genéticas estão associadas com achados clínicos, de imunofenotipagem ou prognóstico único, de forma que eles podem ser considerados como entidades distintas. De acordo com a OMS são elas:

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA B/LINFOMA COM ANORMALIDADES GENÉTICAS RECORRENTES

- » Leucemia linfoblástica B/linfoma com t(9;22) (q34;q11.2); *BCR-ABL-1*;
- » Leucemia linfoblástica B/linfoma com t(v;11q23); rearranjo *MLL*;
- » Leucemia linfoblástica B/linfoma com t(12;21) (p13;q22); *TEL-AML1 (ETV6-RUNX 1)*;
- » Leucemia linfoblástica B/linfoma com hiperdiploidia;
- » Leucemia linfoblástica B/linfoma com hipodiploidia;
- » Leucemia linfoblástica B/linfoma com t(5;14) (q31;q32); *IL3-IGH*;
- » Leucemia linfoblástica B/linfoma com t(1;19) (q23;p13.3); *TCF3-PBX1*;
- » Leucemia linfoblástica B/linfoma, sem outras especificações.

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA T/LINFOMA

Com relação a leucemia linfoblástica T/linfoma, 50% a 70% dos pacientes apresentam cariótipos normais. As anormalidades recorrentes mais comuns são as translocações que envolvem o locus do receptor de células T alfa ou delta no ponto 14q11.2, o locus beta no 7q35 ou o locus gama no 7p14-15 e que envolve uma lista crescente de genes parceiros. Embora de significado patogênico, estas anormalidades não estão claramente associadas com achados biológicos únicos como visto com algumas anormalidades genéticas associadas à leucemia linfoblástica B/linfoma, e assim as neoplasias de célula T-precursora não são subdivididas de acordo com seus defeitos genéticos (16).

LEUCEMIAS AGUDAS DE LINHAGEM AMBÍGUA

Mudanças recentemente publicadas pela OMS (16) no diagnóstico e classificação da leucemia de linhagem ambígua foram as seguintes: 1. A leucemia anteriormente designada como “leucemia aguda bilineal” e “leucemia aguda bifenotípica” serão agora coletivamente consideradas como “leucemia aguda de fenótipo misto” (MPAL - *Mixed Phenotype Acute Leukemia*); 2. Os critérios que definem os componentes mieloide, T-linfoide e B-linfoide das leucemias agudas de fenótipo misto foram significativamente alterados (veja abaixo); 3. Casos de leucemias agudas com positividade *BCR-ABL1* ou *MLL* podem preencher o critério para MPAL; no caso da doença *BCR-ABL1* positivo, deve-se excluir Leucemia Mieloide Crônica (LMC) em crise blástica; leucemia de blastos das células *natural killer*/linfoma não é facilmente definida e é considerada como entidade provisional nesta categoria; a maioria dos casos previamente designados como tal, são agora reconhecidos como neoplasmas de blastos plasmocitoides de células dendríticas. As MPAL se classificam em:

- » Leucemia aguda indiferenciada
- » Leucemia aguda de fenótipo misto com t(9;22)(q34;q11.2); BCR-ABL1
- » Leucemia aguda de fenótipo misto com t(v;11q23); rearranjo MLL
- » Leucemia aguda de fenótipo misto, B-mieloide, sem outras especificações
- » Leucemia aguda de fenótipo misto, T-mieloide, sem outras especificações
- » Entidade provisional: leucemia linfoblástica/linfoma de células natural killer (NK)

As leucemias agudas de linhagem ambígua não mostram uma clara evidência de diferenciação ao longo de uma única linhagem. Em alguns casos, nenhum antígeno linhagem-específico está presente, enquanto que em outros os blastos expressam antígenos de mais de uma linhagem em tal grau que não é possível definir a leucemia em uma categoria específica linhagem-relacionada. Numa tentativa de clarificar a definição deste grupo de doenças e para simplificar seu diagnóstico, a 4ª edição da Classificação da OMS não somente coloca as leucemias agudas de linhagem ambígua num capítulo distinto daqueles da LMA e LLA, mas significativamente altera os critérios para definir o maior subgrupo destes casos - aqueles que expressam antígenos de mais de uma linhagem. No caso específico de leucemia aguda com o cromossoma Ph+ ou a fusão *BCR-ABL1*, se as exigências para se definir a população de blasto para mais de uma linhagem forem preenchidas, o diagnóstico de MPAL com t(9;22)(q34;q11.2) poderá ser feito, desde que se exclua a fase blástica da LMC (16).

São necessários para o diagnóstico da leucemia aguda a realização dos exames citomorfológicos do sangue periférico, da medula óssea e do líquido, das citoquímicas e de imunofenotipagem. A adição da citometria de fluxo melhorará a acurácia diagnóstica, para a distinção da LLA B ou T-derivada^{15e}, na identificação dos subtipos menos comuns de LLA e LMA (por exemplo LMA M(0)). De acordo com a nova Classificação da OMS, a citogenética torna-se obrigatória para a definição dos subgrupos específicos, com ênfase na presença do cromossoma Philadelphia positivo (Ph+) e do gene *MLL*. O diagnóstico citogenético é feito pelo cariótipo convencional, ou pela técnica de Hibridização in situ (FISH) ou por biologia molecular.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos no protocolo de tratamento os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

- » idade inferior a 19 anos;
- » diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda com a presença da t(9;22)(q34;q11.2) ou cromossoma Ph+ ou rearranjo BCL-ABL1 ou diagnóstico de recidiva de leucemia linfoblástica aguda com a presença do cromossoma Ph+;
- » possibilidade de comparecimento às consultas e de realização de exames laboratoriais periódicos; e
- » comprometimento de adolescentes em idade reprodutiva em usar método anticoncepcional com eficácia confirmada durante a terapia antineoplásica.

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- » Paciente que não apresentar a presença do cromossoma Ph+ devidamente comprovada por exame genético ou molecular; ou
- » paciente com teste de gravidez positivo e decidida a prosseguir com a gestação, a despeito de saber que tem uma doença grave e letal, se não tratada.

7 CENTRO DE REFERÊNCIA

Recomenda-se que os doentes sejam atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia ou de oncologia pediátrica e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial.

8 TRATAMENTO

8.1 FÁRMACO

O Imatinibe é um derivado da fenilaminopirimidina e um inibidor seletivo da atividade da tirosinoquinase do gene de fusão *BCR-ABL* (oncoproteína), o produto do cromossoma Philadelphia. O Mesilato de Imatinibe também possui alta atividade de bloqueio da atividade da tirosinoquinase do c-kit (receptor do fator stem-cell - SCF) e do receptor do Fator de Crescimento Derivado das Plaquetas (PDGF). A capacidade do Imatinibe de inibir a atividade da tirosinoquinase do *BCR-ABL* está relacionada com sua ocupação no local da quinase na proteína, que bloqueia o acesso ao ATP e previne a fosforilação do substrato, inibindo a proliferação celular dependente de Bcr-Abl. O Imatinibe causa a apoptose ou parada de crescimento em células hematopoéticas que expressam *BCR-ABL* e é bem absorvido após a administração oral; níveis séricos máximos são alcançados com 2 a 4 horas após a administração. A vida-média de eliminação do Imatinibe e seu maior metabólito ativo, derivados N-dimetil, é aproximadamente de 18 e 40 horas, respectivamente. Cerca de 95% do Imatinibe são ligados a proteína, principalmente a albumina e glicoproteína alfa-1-ácida. A maior enzima responsável por seu metabolismo é o CYP3A4. Papéis menores no metabolismo são desempenhados pelos CYP1A2, CYP2D6, CYP2C9 e CYP2C19. Medicamentos metabolizados por estas mesmas enzimas devem ser evitadas ou usados com cautela, objetivando-se evitar indesejáveis interações medicamentosas. A eliminação é predominantemente nas fezes, a maioria como metabólitos.

O Mesilato de Imatinibe deve ser integrar a quimioterapia, com toxicidade aceitável, exceto com o metotrexato em altas doses (8,17,18), situação em que terá postergado o seu uso. A dose do Imatinibe é de 340mg/m² (dose máxima diária de 600mg), dose esta que tem atividade biológica e mínimos efeitos colaterais na faixa etária pediátrica. Concomitantemente, deverá ser aplicado um esquema de quimioterapia intensiva de Indução, Consolidação, Reindução e Consolidação Tardia, seguida da terapia de Manutenção prevista pela conduta ou protocolo adotados no hospital. O tempo de exposição ao Imatinibe deverá ser prolongado durante todo o tratamento, com intervalos periódicos de 2 semanas sem este medicamento, após obtenção da remissão citogenética ou molecular.

Recomenda-se a utilização do Imatinibe por mais 6 meses, no caso dos pacientes submetidos ao transplante de medula óssea (8,14).

8.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO E DOSE

O Imatinibe deve ser introduzido desde o início da terapia de Indução nos pacientes com leucemia linfoblástica aguda com presença do cromossoma Philadelphia positivo, associado ao esquema de quimioterapia intensivo. A dose do Imatinibe é de 340mg/m²/dia, administrada por via oral. Os comprimidos de 100mg ou de 400mg podem ser fracionados e diluídos com água. A proporção de água é de 50ml para cada 100mg. A mistura diluída deverá ser administrada imediatamente após a dissolução completa do medicamento. Recomenda-se a ingestão ao redor de 2h antes de a criança dormir à noite, Administrar em dose única (dose máxima diária de 600mg). Para o cálculo da dose, utiliza-se o peso real ou o ideal, aquele que for menor. Durante todas as fases previstas na quimioterapia da leucemia linfoblástica aguda, o Imatinibe deverá ser associado, exceto quando houver a concomitância do uso do Methotrexate em altas doses. A contagem das plaquetas deverá ser mantida acima de 20.000/mm³.

8.3 EFEITOS ADVERSOS (4,8,19,20)

Comuns (21%-100%): náusea/diarreia, retenção hídrica, edema periférico, edema periorbitário, mielossupressão (neutrófilos/plaquetas), fadiga, rash, câimbras musculares, artralgia. Retardo do crescimento, principalmente em pacientes impúberes.

Ocasionais (5%-20%): febre, tremores e calafrios, síndrome tipo resfriado, dor abdominal, cefaleia, dor no peito, dispepsia/queimadura, flatulência, vômitos, zumbidos, insônia, constipação, sudorese noturna, ganho de peso, disgeusia, anemia, anorexia, mialgia, hemorragia, disfagia, esofagite, odinofagia, mucosite/estomatite, tosse, epistaxe, prurido, ascite, neuropatia (motora ou sensorial) e, mais tardiamente despigmentação (vitiligo) e alopecia. Diminuição da densidade óssea e aumento do volume da trabécula óssea.

Raros (<5%): angioedema, aumento da pressão intracraniana, edema cerebral, desidratação, elevação das transferases/transaminases, fosfatase alcalina e bilirrubina, derrame pleural, edema pulmonar, pneumonite, dispneia, edema pericárdico, dermatite exfoliativa, hemorragia/sangramento sem trombocitopenia de grau 3 ou 4 - incluindo o SNC, olho, pulmão e trato gastrointestinal, conjuntivite, borramento da visão, olho seco, hipocalemia, hiponatremia, hipofosfatemia, ansiedade, alteração do humor, infecções. De aparecimento mais tardio, a hepatotoxicidade, toxicidade renal, insuficiência renal, rotura esplênica, artrite, osteonecrose, fraqueza muscular (descrita como temporária e nas extremidades inferiores), disfunção do ventrículo esquerdo (secundária a dano nos miócitos), trombose/tromboembolismo.

Todos os eventos adversos relacionados ao uso do Imatinibe devem ser valorizados e registrados, pois podem contribuir para uma subutilização deste medicamento. O emprego do Imatinibe pode ser mantido na vigência de leve efeito adverso, desde que haja acompanhamento regular com o hematologista/oncologista pediátrico, porém a ocorrência de efeito adverso moderado ou grave exige a suspensão do uso, passível de reintrodução na dependência do dano causado e da vontade do responsável pelo paciente.

8.4 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O tratamento da leucemia linfoblástica aguda deve ter duração de 2 anos a 3 anos, conforme a conduta ou protocolo terapêuticos adotados no hospital. Todos os critérios de interrupção do tratamento são descritos para cada protocolo. A reintrodução do Imatinibe a cada etapa do tratamento deve ser após a recuperação das contagens hematológicas, dentro de 2 semanas após a última dose do curso anterior. O tempo total de uso do Imatinibe, associado ao esquema de quimioterapia, deve ser 616 (280 pré-manutenção mais 336 na manutenção) dias. Naqueles pacientes submetidos a transplante de medula óssea, preconiza-se a utilização do Imatinibe por 6 meses após o transplante (8).

8.5 BENEFÍCIOS ESPERADOS

- » Aumento das taxas de Remissão Clínica Completa (RCC);
- » Aumento das taxas de Remissão Medular Citológica;
- » Aumento das taxas de Remissão Citogenética;
- » Aumento das taxas de Remissão Molecular;
- » Diminuição das taxas da Doença Residual Mínima (DRM) em todas as fases da terapia;
- » Diminuição da indicação do transplante alogeneico;
- » Aumento da Sobrevida Livre de Eventos (SLE) - tempo definido no momento da entrada no estudo/ protocolo até a ocorrência do primeiro evento ou último contato (são eventos: recidiva, óbito por qualquer natureza, abandono do tratamento e violação major) e da Sobrevida Livre de Doença (SLD) - ausência de blastos leucêmicos detectados por citologia ao mielograma (estado leucêmico M1) e no exame do líquor, e, adicionalmente, a negatividade da DRM;
- » Aumento da Sobrevida Global (SG) - tempo decorrido entre o diagnóstico e a última avaliação do paciente, transplantado ou não, quer tenha recidivado ou não.

9 MONITORIZAÇÃO

Devem ser realizados os seguintes exames basais (antes do início do tratamento):

- » Hemograma com contagem das plaquetas;
- » sorologias para hepatites B e C e para HIV;
- » dosagem sérica das transferases/transaminases (AST/TGO, ALT/TGP), Fosfatase alcalina e LDH;
- » dosagem de uréia e creatinina;
- » dosagem dos íons sódio, potássio, fósforo, cálcio e magnésio;
- » dosagem do ácido úrico;
- » estudo da coagulação sanguínea;
- » exame protoparasitológico e de urina;
- » eletrocardiograma ou ecocardiograma; e
- » radiografia simples de tórax em PA e perfil.

Para a monitorização laboratorial, devem ser realizados os exames previstos na conduta ou protocolo utilizados no hospital, incluindo as avaliações do mielograma, dos achados citogenéticos e determinação quantitativa da doença residual mínima (DRM) na medula óssea. Controles periódicos do líquido serão realizados por ocasião das injeções intratecais.

O uso concomitante do Imatinibe com outros medicamentos, principalmente com os que também podem produzir depressão da medula óssea, hepato e nefrotoxicidade, deve ser cuidadosa e rigorosamente monitorizado. Deve-se buscar exaustivamente possíveis interações de quaisquer medicamentos a serem administrados concomitantemente ao Imatinibe. Não se recomenda a prescrição concomitante de medicamentos que utilizam as enzimas CYP para seu metabolismo (por ex. acetaminofeno ou paracetamol, warfarina, derivados azólicos, etc.).

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com menos de 19 anos e diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia ou de oncologia pediátrica e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu monitoramento laboratorial.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada *versus* autorizada, valores apresentados *versus* autorizados *versus* ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

NOTA 1 - Exceto pelo Mesilato de Imatinibe, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas

específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

NOTA 2 - O Mesilato de Imatinibe é comprado pelo Ministério da Saúde e dispensado aos hospitais habilitados em oncologia no SUS pela Assistência Farmacêutica das secretarias estaduais de saúde.

NOTA 3 – Em caso de Leucemia Linfoblástica Aguda, o uso do Mesilato de Imatinibe é associado aos outros antineoplásicos do esquema terapêutico e, assim, o seu fornecimento pode ser concomitante à autorização de APAC para os seguintes procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de tumores de criança e adolescente, inclusive a Leucemia Linfoblástica Aguda:

- » 03.04.07.001-7 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 1ª linha
- » 03.04.07.002-5 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 2ª linha (primeira recidiva)
- » 03.04.07.004-1 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 3ª linha (segunda recidiva)
- » 03.04.07.003-3 – Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 4ª linha (terceira recidiva).

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento Mesilato de Imatinibe preconizado nestas Diretrizes.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schrappe M, Aricó M, Harbott J, et al. Philadelphia chromosome positive childhood acute lymphoblastic leukemia: Good initial steroid response allows early prediction of a favorable treatment outcome. *Blood* 1998; 92:2730-2741.
2. Aricó M, Valsecchi MG, Camitta B, et al. Outcome of treatment in children with Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia. *N Engl J Med* 2000; 342: 998-1006.
3. Oudot C, Auclerc MF, Levy V, et al. Prognostic factors for leukemic induction failure in children with acute lymphoblastic leukemia and outcome after salvage therapy: the FRALLE 93 study. *J Clin Oncol* 2008; 26: 1496-1503.
4. Champagne MA, Capdeville R, Krailo M, et al. Imatinib mesylate (STI571) for treatment of children with Philadelphia chromosome-positive leukemia: results from a Children's Group phase 1 study. *Blood* 2004; 104: 2655-2511.
5. Towatari M, Yanada M, Usui N, Takeuchi J, et al. Combination of intensive chemotherapy and imatinib can rapidly induce high-quality complete remission for a majority of patients with newly diagnosed BCR-ABL-positive acute lymphoblastic leukemia. *Blood* 2004; 104(12): 3507-12.
6. elannoy A, Delabesse E, Lhéritier V, Castaigne M, et al. Imatinibe and methyl prednisolone alternated with chemotherapy improve the outcome of elderly patients with Philadelphia-positive acute lymphoblastic leukemia: results of the GRAALL.AFR09 study. *Leukemia* 2006; 20(9): 1526-32.
7. De Labarthe A, Rousselot P, Huguët-Rigal F, et al. Imatinib combined with induction or consolidation chemotherapy in patients with de novo Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia: results of the GRAAPH-2003 study. *Blood* 2007; 109: 1408-1413.
8. Schultz KR, Bowman P, Slayton W, et al. Improved early event free survival with Imatinibe in Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia: a Children's Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2009; 27: 5175-5181.

9. Manabe A, Gardner HA, Haas AO, Masera M, et al. "Ponte diLegno" Working-Group-Report on the Fifth International Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia Workshop: Viena, Austria, 29 April – May 1st, 2002. *Leukemia* 2003; 17: 793-803.
10. Gardner H, Haas AO, Masera G, Pui C-H and Schrappe M. "Ponte diLegno" Working Group – Report on the Fifth International Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia Workshop: Viena, Austria, 29 April – May 1st, 2002. *Leukemia* 2003; 17: 798-803.
11. Biondi A. EsPh ALL experience BFM oriented chemotherapy backbone eand Imatinibe. International BFM 21st Annual Meeting. October 2-4, 2010. Antalya (Belek), Turkey, 2010.
12. Aricó M, Schrappe M, Hunger SP, et al. Clinical outcome of children with newly diagnosed Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia treated between 1995 and 2005. *J Clin Oncol* 2010 Nov; 28(31):4755-61.
13. Burke MJ, Willer J, Desai S and Kadota R. The treatment of pediatric Philadelphia positive (Ph+) leukemia in the Imatinibe Era. *Pediatr Blood Cancer* 2009; 53: 992-995.
14. Schultz K. A Children's Oncology Group pilot study for the treatment of very high risk acute lymphoblastic leukemia in children and adolescents (STI-571 (Gleevec) NSC#716051/IND#61135). Study Committee Progress Report AALL0031. Dallas, TX, 2009.
15. Hunger SP, Sung L and Howard SC. Treatment strategies and regimens of graduated intensity for childhood acute lymphoblastic leukemia in low-income countries: a proposal. *Pediatr Blood Cancer* 2009; 52: 559-565.
16. Vardiman JW, Thiele J, Arber DA, et al. The 2008 revision of the World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute leukemia: rational and important changes. *Blood* 2009; 114: 937-951.
17. Roy A, Bradburn M, Moorman AV, et al. Medical Research Council Childhood Leukemia Working Party. Early response to induction is predictive of survival in childhood Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia: results of the Medical Research Council ALL 97 trial. *Br J Haematol* 2005; 129(1): 35-44.
18. Wassmann B, Pfeifer H, Goekbuget N, et al. Alternating versus concurrent schedules of Imatinib and chemotherapy as front-line for Philadelphia-positive acute lymphoblastic leukemia (Ph+ALL). *Blood* 2006; 108(5): 1469-77.
19. Mariani S, Giona F, Basciani S et al. Low bone density and decreased inhibin-B/FSH ratio in a boy treated with imatinib during puberty. *The Lancet* 2008; 372: 111-112.
20. Fitter S, Dewar AL, Kostakis P, et al. Long-term imatinib therapy promotes bone formation in CML patients. *Blood* 2008; 111(5): 2538-2546.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**MESILATO DE IMATINIBE**

Eu, _____(nome do(a) paciente ou de seu responsável legal), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de mesilato de imatinibe, indicado para o tratamento da Leucemia Mieloide Crônica, que apresenta o cromossoma Philadelphia.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a tomar/fornecer ao meu(minha) filho(a) pode contribuir para trazer as seguintes melhoras:

- » recuperação das contagens celulares,
- » destruição das células malignas e
- » diminuição do tamanho do fígado, do baço e outros locais, decorrentes da destruição dessas células.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » risco de uso no imatinibe na gravidez; portanto, caso o(a) doente engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- » interação do imatinibe com outros medicamentos, por exemplo anticonvulsivantes, antidepressivos, alguns antitêrmicos, remédios contra fungos e outros, o que exige a leitura detalhada das recomendações descritas pelo fabricante;
- » efeitos adversos mais comumente relatados: diminuição da produção dos glóbulos brancos do sangue, glóbulos vermelhos e plaquetas, problemas no fígado e ossos, dores articulares e musculares, náusea, vômitos, alteração do metabolismo ósseo, certa diminuição da velocidade do crescimento, problemas respiratórios e cardíacos;
- » contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao remédio; e
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem;

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim/meu(minha) filho(a), comprometendo-me a devolvê-lo ao hospital, para que este o devolva à Assistência Farmacêutica da secretaria estadual de saúde, caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que eu/meu(minha) filho(a) continuarei/continuará a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as secretárias de saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento ou do(a) meu(minha) filho(a), desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____	Data: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável: _____	CRM: _____	UF: _____
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento do Mesilato de Imatinibe e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.

TRATAMENTO DA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA PH+ DE ADULTO COM MESILATO DE IMATINIBE

Portaria SAS/MS nº 312, de 27 de março de 2013.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

As bases de dados utilizadas para a elaboração destas Diretrizes foram Medline (via Pubmed), Embase, CRD (Center for Reviews and Dissemination) e Cochrane, consultadas em 15 de janeiro de 2013.

A busca na base Medline com os termos (“Precursor Cell Lymphoblastic Leukemia-Lymphoma”(Mesh)) AND “imatinib” (Supplementary Concept) resultou em 267 estudos. Destes, 6 foram selecionados, por tratarem sobre o tratamento de LLA, com especificação de Ph+, com imatinibe.

No Embase, foram encontrados 391 artigos com os termos ‘acute lymphoblastic leukemia’/exp AND ‘imatinib’/exp AND ((english)/lim OR (portuguese)/lim OR (spanish)/lim) AND ((adult)/lim OR (aged)/lim) AND (humans)/lim; dos quais 5 já haviam sido selecionados no Medline.

Na base Cochrane, a busca com o termo *Acute lymphoblastic leukemia* identificou 42 revisões sistemáticas completas, sendo apenas uma de interesse. Contudo, a revisão trata sobre transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico em LLA (sem especificação de Philadelphia positivo), sendo excluída para a elaboração destas Diretrizes.

Já no CRD foram levantados 9 artigos com o termo *Philadelphia chromosome-positive*, porém a maioria relacionada com a leucemia linfoblástica de crianças e, quando relacionado com adulto, relativamente a transplante alogênico e sem referência ao cromossoma Philadelphia.

Os critérios de seleção utilizados foram estudos que abordassem o diagnóstico e a estratégia terapêutica de LLA, especificamente na condição de cromossoma Ph+, com imatinibe. Optou-se por não restringir as buscas por tipo de estudo, como meta-análises e revisões sistemáticas, já que ensaios clínicos randomizados para a LLA Ph+ ainda são preliminares. Dessa forma, foram utilizados estudos prospectivos, revisões da literatura, livros-texto de medicina e diretriz diagnóstico-terapêutica nacional. Assim, foi feita uma busca manual em que foram encontrados 4 capítulos de livro tidos como relevantes pelos autores e uma diretriz nacional de tratamento.

2 INTRODUÇÃO

A Leucemia Linfoblástica ou Linfóide Aguda (LLA) com a translocação t(9;22), também conhecida como cromossoma Philadelphia positivo (LLA Ph+), acomete um subgrupo distinto de 20% a 30% dos adultos e de 2% a 3% das crianças com diagnóstico de LLA (1). O cromossoma Ph é a anormalidade mais significativa no adulto com LLA, cuja incidência aumenta com a idade, chegando a atingir 50% entre os adultos com LLA de linhagem B (2).

Esta anormalidade ocorre pela troca recíproca de genes entre os cromossomas 9 e 22, que resulta na síntese de uma tirosinoquinase anômala, denominada BCR-ABL. Historicamente, pacientes com LLA Ph+ são de mau prognóstico, com uma taxa de sobrevida livre de doença (SLD) entre 10%-20%. O transplante células-tronco hematopoéticas (TCTH) com doador compatível foi amplamente utilizado como tratamento de consolidação, melhorando essa taxa de SLD para 30%-65% entre os que recebiam o TCTH em primeira remissão completa (RC). Em casos de primeira RC, o TCTH foi curativo em uma pequena proporção de pacientes, com apenas 5%-17% de SLD. A utilização de inibidor

Consultores: Jane de Almeida Dobbin

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

da tirosinoquinase (ITQ) tem revolucionado a terapia das leucemias Ph+. O Mesilato de Imatinibe foi o primeiro ITQ que mostrou uma significativa atividade nessas doenças, embora a duração da resposta tenha sido curta, quando utilizado isoladamente. Efeitos sinérgicos, entretanto, têm sido observados nos resultados dos diversos protocolos clínicos, sugerindo que a inclusão do Imatinibe na quimioterapia da LLA Ph+ resulte na melhora significativa da taxa de remissão, permitindo com isso que mais pacientes possam ser submetidos ao TCTH em primeira RC (3-8).

Pela Classificação da Organização Mundial da Saúde (9), a LLA Ph+ é a Leucemia/Linfoma Linfoblástico B com t(9;22)(q34;q11.2); BCR-ABL1. Faz parte da classe das Neoplasias do Precursor Linfoide, subclasse Leucemia/Linfoma Linfoblástico B com anormalidades genéticas recorrentes.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C 91.0 Leucemia Linfoblástica Aguda

4 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A avaliação diagnóstica dos doentes compreende:

- » Citomorfologia (se necessário com citoquímica) por microscopia ótica do sangue periférico (SP) ou medula óssea (MO);
- » Biópsia de medula óssea com imuno-histoquímica, indicada em caso de aspirado medular “seco”;
- » Citomorfologia do líquido;
- » Imunofenotipagem das células blásticas do SP, MO ou líquido; e
- » Identificação do cromossoma Philadelphia no SP ou na MO por exame de citogenética convencional ou FISH, ou do oncogene BCR-ABL por exame de Biologia Molecular.

Inexiste um aspecto morfológico ou citoquímico único que distinga a LLA Ph+ de outros tipos de LLA. A imunofenotipagem da LLA B com t(9;22) é tipicamente CD10+, CD19+ e TdT+. A expressão dos antígenos mieloides associados ao CD13 e ao CD33 é frequente. O CD117 é negativo e o CD25+ é fortemente associado à LLA-B Ph+, principalmente nos adultos. Raros casos de LLA t(9;22) são de precursor T (9).

Recomenda-se a realização do exame de histocompatibilidade HLA-DR, ao diagnóstico, para pesquisa de doador aparentado quando o doente tiver idade menor ou igual a 65 anos, ou, quando o doente tiver idade menor ou igual a 60 anos, para pesquisa de doador não-aparentado no REDOME e cadastramento no REREME, conforme Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante.

A suspeita da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Idade de 19 ou mais anos - pacientes com menos de 19 anos serão incluídos nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas – Tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda Cromossoma Philadelphia Positivo de Criança e Adolescente com Mesilato de Imatinibe (10); e
- » Diagnóstico de Leucemia/Linfoma Linfoblástico B com a presença da t(9;22)(q34;q11.2) ou rearranjo BCR-ABL; ou
- » Diagnóstico de recidiva de Leucemia/Linfoma Linfoblástico B com a presença do cromossoma Ph ou rearranjo BCR-ABL;

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- » Ausência de comprovação do cromossoma Ph+ ou rearranjo BCR-ABL por exame genético ou molecular; ou
- » Paciente com teste de gravidez positivo e decidida a prosseguir com a gestação, a despeito de saber que tem uma doença grave e letal, se não tratada.

7 CENTRO DE REFERÊNCIA

Doentes com diagnóstico de LLA devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial, com apoio diagnóstico próprio ou referenciado.

8 TRATAMENTO COM MESILATO DE IMATINIBE (1-8,11-21)

8.1 FÁRMACO

O Imatinibe é um inibidor da atividade da proteína tirosinoquinase do gene de fusão BCR-ABL, o produto do cromossoma Philadelphia.

O Mesilato de Imatinibe é bem absorvido após a administração por via interna (“oral”), e níveis séricos máximos são alcançados com 2 a 4 horas após a administração.

A maior enzima responsável por seu metabolismo é a CYP3A4; logo, medicamentos metabolizados por estas mesmas enzimas devem ser evitados ou concomitantemente usados com cautela, objetivando-se evitar indesejáveis interações medicamentosas.

8.2 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO – TEMPO DE TRATAMENTO

O tratamento da LLA Ph+ pode variar com a conduta ou protocolos terapêuticos adotados no hospital, sendo que o imatinibe deve ser introduzido desde o início da terapia de indução e manter-se durante todas as fases previstas na quimioterapia.

A ótima dose do imatinibe ainda não é conhecida, pois diferentes estudos, sem grupos comparativos, utilizam doses variáveis entre 400mg e 800mg diários. Entretanto, com taxa de RC sempre acima de 90%, não se justifica omitir o imatinibe do tratamento da LLA Ph+.

Na indução de remissão, o imatinibe tem sido agregado ao esquema de quimioterapia agressiva, apenas aos esteroides ou a esquema de quimioterapia menos intensiva.

No tratamento pós-indução, o TCTH alogênico continua a ser o melhor tratamento, mas os pacientes devem continuar a receber o imatinibe enquanto se verificar o controle da LLA Ph+.

Considerar com isso, a importância da adesão à quimioterapia e do comprometimento das doentes em idade reprodutiva em usar durante toda a terapia antineoplásica método anticoncepcional com eficácia confirmada.

Precisa ser determinado em estudos prospectivos se o imatinibe tem indicação nos casos BCR-ABL negativos pós-TCTH, razão pela qual não se recomenda seu uso neste protocolo.

8.3 TOXICIDADE NO TRATAMENTO COMBINADO COM IMATINIBE – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

Um estudo com 20 pacientes que receberam 20 cursos de indução de remissão, 20 cursos de consolidação com o esquema A e 22 cursos de consolidação com o esquema B foram avaliados quanto à toxicidade do tratamento combinado com imatinibe (17). A indução de remissão foi com daunorrubicina EV (50mg/m² no dia 1-3), vincristina EV (2mg nos dias 1,8, 15 e 22), prednisolona oral (60mg/m² no dia 1-28) e L-asparaginase 4.000U/m² intra-muscular (IM) no dia 17-28. Dois pacientes que persistiram com blastos leucêmicos residuais no dia 14 da indução, receberam uma dose adicional de daunorrubicina 50mg/m². A Consolidação com o esquema A (ciclos 1, 3, 5 e 7) consistiu de

daunorrubicina EV (50mg/m² nos dias 1 e 2), vincristina 2mg EV nos dias 1 e 8, prednisolona oral (60mg/m² no dia 1-14) e L-asparaginase IM (12.000U/m² nos dias 2, 4, 7, 9, 11 e 14). Consolidação com o esquema B (ciclos 2, 4, 6 e 8) consistiu de citarabina EV (300mg/m²) e etoposido EV (75mg/m²) nos dias 1, 4, 8 e 11. Todos os pacientes receberam profilaxia do sistema nervoso central (SNC) com seis doses de metotrexato intratecal (12mg/m²) durante a indução e durante o primeiro ciclo de consolidação. O mesilato de imatinibe oral foi iniciado assim que se obteve o resultado positivo do BCR-ABL pelo RT-PCR. A dose inicial foi de 600mg ao dia por 14 dias durante a indução de remissão e 400mg por 14 dias a partir do dia 1 da consolidação. Após a inclusão de 12 pacientes, o protocolo foi modificado e o imatinibe foi feito durante toda a indução de remissão e durante toda a fase de consolidação. Ao completar a consolidação os pacientes foram programados para o tratamento de manutenção com imatinibe oral durante 2 anos. Todos os pacientes tiveram neutropenia de grau 4 na fase de indução, sendo que 10 deles necessitaram de antibioticoterapia. Apesar da coadministração do imatinibe, o tempo da recuperação medular não foi alterado, independentemente do tempo de administração deste medicamento. Foi observada hiperbilirrubinemia de grau 3 ou mais em 4 pacientes, durante a indução de remissão, mas que foi reversível com a interrupção do imatinibe e da L-asparaginase. Outras toxicidades de grau 3 ou 4 (náusea, epigastria, mialgia, alterações das enzimas hepáticas e ganho de peso) foram observadas em poucos pacientes.

O uso concomitante do Imatinibe com outros medicamentos, principalmente com os que também podem produzir depressão da medula óssea, hepato- ou nefrotoxicidade, deve ser cuidadosamente acompanhado. Deve-se buscar exaustivamente possíveis interações de quaisquer medicamentos a serem administrados concomitantemente ao imatinibe. Não se recomenda a prescrição concomitante de medicamentos que utilizam as enzimas CYP para seu metabolismo (por ex., acetaminofeno ou paracetamol, warfarina, derivados azólicos, etc.).

Todos os critérios de interrupção e reintrodução do tratamento devem estar descritos para cada conduta ou protocolo institucionais.

8.4 BENEFÍCIOS ESPERADOS

- » Aumento da taxa de Remissão Clínica Completa (RCC).
- » Aumento da taxa de Remissão Medular Citológica.
- » Aumento da taxa de Remissão Citogenética.
- » Aumento da taxa de Remissão Molecular.
- » Diminuição da taxa da Doença Residual Mínima (DRM) em todas as fases da terapia.
- » Aumento da Sobrevida Livre de Eventos (SLE) - tempo decorrido do início do tratamento até a ocorrência do primeiro evento (são eventos: recidiva, óbito por qualquer natureza e abandono do tratamento) ou o último contato do doente.
- » Aumento da Sobrevida Livre de Doença (SLD) - tempo decorrido do início do tratamento até a ocorrência de blastos leucêmicos detectados por citologia no sangue periférico, medula óssea ou em sítio extramedular, ou o último contato do doente.
- » Aumento da Sobrevida Global (SG) - tempo decorrido entre o início do tratamento até óbito por qualquer causa ou o último contato do doente, independente da condição clínica na última avaliação do paciente, transplantado ou não, quer tenha recidivado ou não.

9 MONITORIZAÇÃO

Devem ser realizados os seguintes exames antes do início do tratamento com imatinibe:

- » Hemograma com contagem de plaquetas;
- » Sorologias para hepatites B e C e para HIV;
- » Dosagens séricas das enzimas pancreáticas;
- » Dosagens séricas das transferases/transaminases (AST/TGO, ALT/TGP), fosfatase alcalina e desidrogenase láctica (DHL);

- » Dosagem sérica de ureia, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, fósforo, cálcio e magnésio;
- » Beta-HCG nas mulheres em idade fértil;
- » Estudo da coagulação sanguínea, incluindo fibrinogênio;
- » Exame parasitológico de fezes;
- » Exame sumário de urina;
- » Eletrocardiograma e ecocardiograma; e
- » Radiografia simples de tórax em PA e perfil.

Para a monitorização laboratorial, devem ser realizados os exames previstos na conduta ou protocolo utilizados no hospital, incluindo as avaliações do mielograma, da imunofenotipagem, dos achados citogenéticos e moleculares, idealmente com determinação quantitativa da doença residual mínima (DRM) na medula óssea.

Controles periódicos do líquor serão realizados por ocasião das injeções intratecais previstas na conduta ou protocolo institucionais adotados.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com 19 ou mais anos e diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia ou de oncologia pediátrica e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu monitoramento laboratorial.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada *versus* autorizada, valores apresentados *versus* autorizados *versus* ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica). Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

NOTA 1 - Exceto pelo Mesilato de Imatinibe, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

NOTA 2 - O Mesilato de Imatinibe é comprado pelo Ministério da Saúde e dispensado aos hospitais habilitados em oncologia no SUS pela Assistência Farmacêutica das secretarias estaduais de saúde.

NOTA 3 – Em caso de Leucemia Linfoblástica Aguda, o uso do Mesilato de Imatinibe é associado aos outros antineoplásicos do esquema terapêutico e, assim, o seu fornecimento pode ser concomitante à autorização de APAC para os seguintes procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de adulto, inclusive a Leucemia Linfoblástica Aguda:

- » 03.04.06.007-0 – Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt – 1ª linha
- » 03.04.06.008-9 – Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt – 2ª linha
- » 03.04.06.009-7 – Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt – 3ª linha
- » 03.04.06.010-0 – Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt – 4ª linha.

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento Mesilato de Imatinibe preconizado nestas Diretrizes.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adele K. Fielding – How I treat Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia – *Blood*, 2010;116(18):3409-3417.
2. J.M. Rowe and C. Ganzel – Management of acute lymphoblastic leukemia in adults – *Hematology Education: the education programme for the annual congress of the European Hematology Association* 2011;5(1) pg. 9 - 19.
3. Adele K. Fielding – Current Treatment of Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia – in *HEMATOLOGY American Society of Hematology Education Program Book* p. 231-237, December 2011.
4. Kebriael P, Champlin R, de Lima M and Estey E – Management of Acute Leukemias, In: de Vita Jr. VT et al. *Cancer: Principles Practice of Oncology*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2011, Chap. 131, p. 1928 – 1954.
5. Mourad YRA, Fernandez HF and Kharfan-Dabaja MA – Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation for Adult Philadelphia-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia in the Era of Tyrosine Kinase Inhibitors – *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 14:949-958 (2008).
6. Ryuzo Ohno – Changing Paradigm of the Treatment of Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia – *Curr Hematol Malig Rep* (2010) 5:213-221.
7. Liu-Dumlao T, Kantarjian H, Thomas DA et al. – Philadelphia-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia: Current Treatment Options - *Curr Oncol Rep* (2012) 14:387-394.
8. Wendy Stock – Current treatment options for adult patients with Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia – *Leukemia & Lymphoma*, February 2010; 51(2): 188-198.
9. M.J. Borowitz and J.K.C. Chan – B Lymphoblastic leukaemia/lymphoma with recurrent genetic abnormalities – In: S.H. Swerdlow et al. *WHO Classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues*, 4th ed. Lyon, 2008, p.171-175.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS no 115, de 10 de fevereiro de 2012. Diretrizes Terapêuticas da Leucemia Linfoblástica Aguda Cromossoma Philadelphia Positivo de Criança e Adolescente com Mesilato de Imatinibe – Brasília. Diário Oficial da União, de 17 de fevereiro de 2012, No 35, Seção 1.
11. Xavier Thomas & Hervé Dombret – Treatment of Philadelphia chromosome-positive adult acute lymphoblastic leukemia – *Leukemia & Lymphoma*, July 2008; 49 (7): 1246-1254.
12. Ryuzo Ohno – Treatment of Adult Patients With Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphoblastic

- Leukemia – Current Oncology Reports 2008, 10:379-387.
13. Gruber F, Mustjoki S and Porkka K – Impact of tyrosine kinase inhibitors on patient outcomes in Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukaemia – British Journal of haematology (2009), 145, 581-597.
 14. Jorge H. Milone & Alicia Enrico – Treatment of Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia – Leukemia & Lymphoma, December 2009; 50(S2):9-15.
 15. Mathisen MS, O'Brien S, Thomas D et al. – Role of Tyrosine Kinase Inhibitors in the Management of Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia – Curr Hematol Malig Rep (2011) 6:187-194.
 16. Lee HJ, Thompson JE, Wang ES et al. – Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia. Current Treatment and Future Perspectives – Cancer 2011; 117:1583-94.
 17. Lee KH, Lee JH, Choi SJ et al. – Clinical effects of imatinib added to intensive combination chemotherapy for newly diagnosed Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia – Leukemia (2005), 1509 – 1516.
 18. Yanada M, Takeuchi J, Sugiura I et al. – High Complete Remission Rate and Promising Outcome by Combination of Imatinib and Chemotherapy for Newly Diagnosed BCR-ABL-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia: A Phase II Study by the Japan Adult Leukemia Study Group – J Clin Oncol (2006), 24:460-466.
 19. Wassmann B, Pfeifer H, Goekbuget N et al. – Alternating versus concurrent schedules of imatinib and chemotherapy as front-line therapy for Philadelphia-positive acute lymphoblastic leukemia (Ph+ ALL) – Blood (2006), 108 (5):1469-77.
 20. Ribera JM, Oriol A, González M et al. – Concurrent intensive chemotherapy and imatinib before and after stem cell transplantation in newly diagnosed Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia. Final results of the CSTIBES02 trial – Haematologica 2010; 95(1):87-95.
 21. Bassan R, Rossi G, Pogliani EM et al. – Chemotherapy-Phased Imatinib Pulses Improve Long-Term Outcome of Adult Patients With Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia: Northern Italy Leukemia Group Protocol 09/00 – J Clin Oncol (2010), 28:3644-3652.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE MESILATO DE IMATINIBE

Eu, _____(nome do(a) paciente ou de seu responsável legal), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de mesilato de imatinibe, indicado para o tratamento da Leucemia Linfoblástica ou Linfóide Aguda com presença do cromossoma Philadelphia.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____
_____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento integra a poliquimioterapia e pode contribuir para me trazer as seguintes melhoras:

- » recuperação das contagens celulares;
- » destruição das células malignas; e
- » diminuição do tamanho do fígado, do baço e outros locais, decorrentes da destruição dessas células.

Fui também claramente informado(a) sobre as indicações, possibilidades e resultados do transplante de células-tronco hematopoéticas ("transplante de medula óssea), sobre o REREME (registro nacional de receptores) e sobre o REDOME (registro nacional de doadores), conforme o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante.

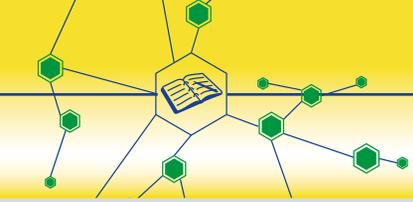
E também fui claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » risco de uso no imatinibe na gravidez; portanto, caso a doente engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- » interação do imatinibe com outros medicamentos, por exemplo anticonvulsivantes, antidepressivos, alguns antitêrmicos, remédios contra fungos e outros, o que exige a leitura detalhada das recomendações descritas pelo fabricante;
- » efeitos adversos mais comumente relatados: diminuição da produção dos glóbulos brancos do sangue, glóbulos vermelhos e plaquetas, problemas no fígado e ossos, dores articulares e musculares, náusea, vômitos, alteração do metabolismo ósseo, certa diminuição da velocidade do crescimento, problemas respiratórios e cardíacos;
- » contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao remédio; e
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo ao hospital para que este o devolva à Assistência Farmacêutica da secretaria estadual de saúde, caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que eu continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao tratamento do(a) meu(minha) filho(a), desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não



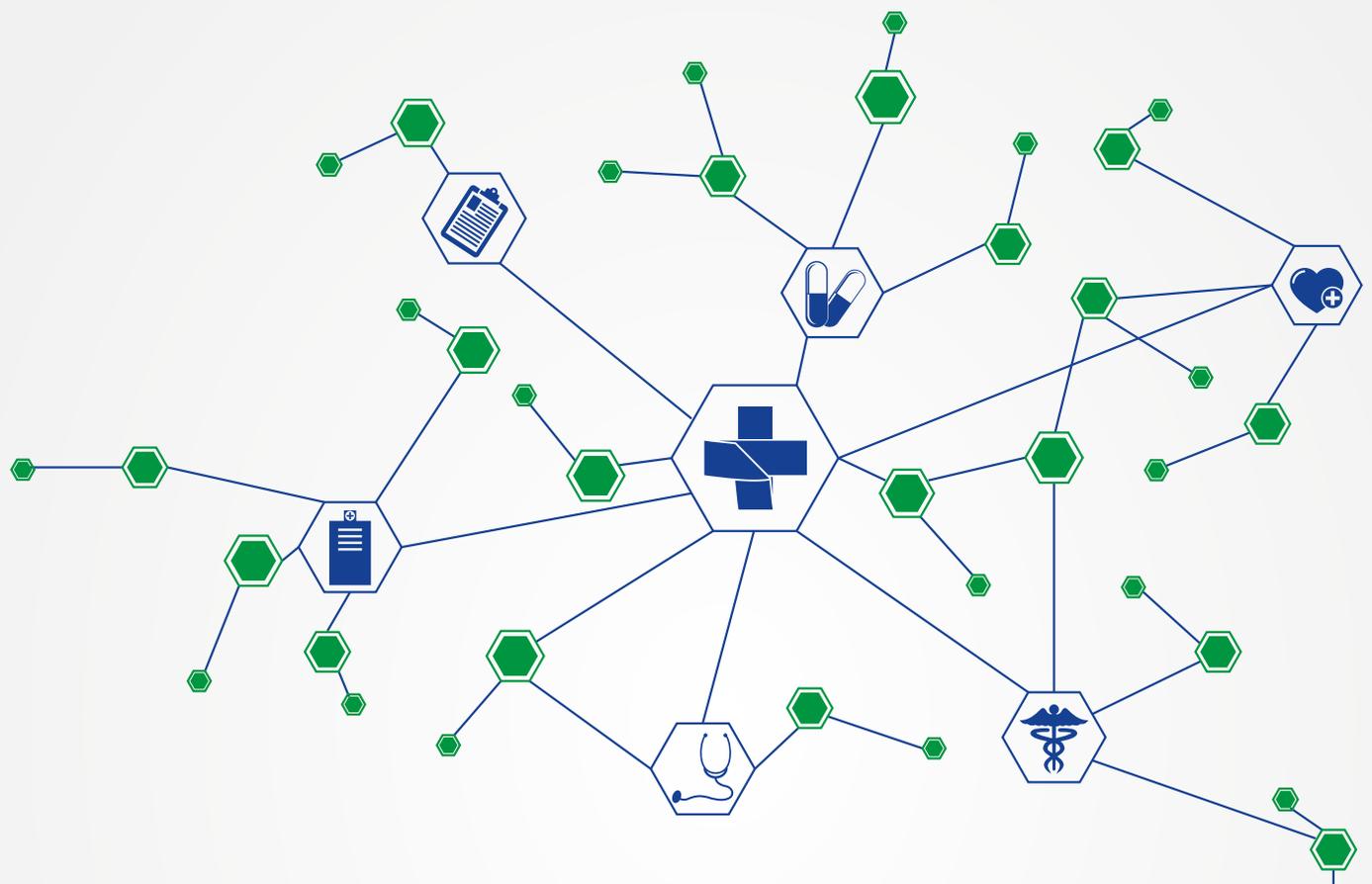
Local: _____	Data: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		

Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável: _____	CRM: _____	UF: _____

Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento do Mesilato de Imatinibe e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.





CONSULTAS PÚBLICAS



CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS

Consulta Pública SAS/MS nº 18, de 29 de outubro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 30/08/2014 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para câncer renal de publicações relevantes nos últimos 5 anos (“kidney neoplasms”(MeSH Terms) OR (“kidney”(All Fields) AND “neoplasms”(All Fields)) OR “kidney neoplasms”(All Fields) OR (“renal”(All Fields) AND “cancer”(All Fields)) OR “renal cancer”(All Fields)) AND ((Clinical Trial, Phase III(pty) OR Meta-Analysis(pty)) AND “2009/01/01”(PDAT) : “2014/07/01”(PDAT)). Pesquisa adicional foi feita sem limite temporal nos bancos de dados de revisões sistemáticas com qualidade avaliada (DARE) e revisões Cochrane.

Entre 196 artigos encontrados e selecionados para revisão, foram incluídos 142 estudos clínicos e revisões sistemáticas e não foram considerados 27 artigos sobre pesquisas epidemiológicas sem cunho diagnóstico ou terapêutico; 22 estudos de ciência básica ou pré-clínica; e 15 artigos sobre medicamentos não registrados pela ANVISA. Além disso, foi consultada a diretriz da Sociedade Brasileira de Urologia para diagnóstico e estadiamento do câncer renal, artigos sobre epidemiologia da doença no Brasil e a publicação do Ministério da Saúde “Manual de Bases Técnicas da Oncologia”. No total, 146 referências foram utilizadas e estão devidamente referidas neste Protocolo.

2 INTRODUÇÃO

O câncer renal perfaz 2% a 3% das neoplasias malignas do adulto, com incidência de 7 a 10 casos por 100.000 habitantes nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, mas é o mais letal dos cânceres urológicos(1,2). O câncer de células renais é mais comum em homens, tendo incidência aumentada entre indivíduos diabéticos, obesos, sedentários ou com histórico familiar dessa doença(3-8), verificando-se em estudos epidemiológicos um efeito protetor para o consumo moderado de bebidas alcoólicas(9,10).

A idade média ao diagnóstico é 64 anos, sendo o câncer renal muito raro em indivíduos com menos de 45 anos e ocorrendo com maior frequência em pessoas com mais de 55 anos. A taxa de mortalidade por neoplasias renais no Brasil em anos recentes (1996-2010) espelhou a tendência global, em que a maioria dos indivíduos acometidos é idosa(2).

O aumento recente verificado na incidência dos tumores renais tem sido atribuído ao uso mais frequente de exames de imagem para avaliação de doentes com queixas abdominais. Massas renais pequenas têm sido identificadas em muitos pacientes sem sintomas atribuíveis ao trato urinário, o que se traduziu não apenas no aumento da incidência de carcinoma de células renais (sobrediagnóstico), mas também no aumento correspondente da incidência de neoplasias renais benignas.

As massas renais são classificadas como sólidas ou císticas. A detecção e caracterização das massas renais são feitas por ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM).

Consultores: José Carlos de Almeida e Sandro José Martins

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

Para a avaliação das massas renais císticas, recomenda-se a classificação de Bosniak(11), a saber:

- » **Classe I:** cisto simples. Conteúdo líquido homogêneo, paredes finas, contornos regulares, sem calcificações, septos, espessamento parietal ou realce pós-contraste. Sem necessidade de investigação adicional.
- » **Classe II:** cisto minimamente complicado. Presença de septos finos (até 2, espessura abaixo de 2 mm), mínima calcificação parietal, conteúdo denso, menor que 3 cm, sem realce pós-contraste. Sem necessidade de investigação adicional.
- » **Classe IIF:** cisto minimamente complicado que requer seguimento. Presença maior número de septos finos (3 ou mais) ou espessamento parietal regular, calcificações grosseiras, conteúdo denso, maior que 3 cm, realce presente e não mensurável pós-contraste. Risco de câncer menor que 5%, pelo que há necessidade de reavaliação por TC ou RM em 6 e 12 meses, e depois anualmente durante 5 anos.
- » **Classe III:** cisto moderadamente complicado. Espessamento parietal regular ou irregular, septos espessos (acima de 2 mm) ou irregulares, com realce pós-contraste. Risco de câncer de até 60%, pelo que se indica-se intervenção cirúrgica.
- » **Classe IV:** neoplasia cística. Espessamento parietal ou septal grosseiro, nodular ou irregular, com componente sólido junto à parede ou septos, com realce pós-contraste. Risco de câncer próximo de 100%, razão por que é indicada intervenção cirúrgica.

Inexistem evidências com qualidade suficiente para se recomendar o rastreamento de tumores renais em pacientes assintomáticos (12).

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C64 Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal.

4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

As lesões renais expansivas na sua maioria, sejam sólidas ou císticas, permanecem assintomáticas e impalpáveis até os estágios mais avançados da doença. Hoje em dia, a maioria dos casos é diagnosticada incidentalmente, pelo uso frequente de exames de imagens indicados para uma variedade de sintomas ou doenças não relacionadas ao câncer. Os tumores renais diagnosticados de forma fortuita perfazem em torno de 75% dos casos e estão associados a melhor prognóstico(13).

Os sintomas incluem dor em flanco, hematúria, massa abdominal palpável, síndromes paraneoplásicas e manifestações de doença metastática, como dor óssea, tosse persistente ou linfadenopatia periférica. O exame físico tem um papel limitado no diagnóstico do câncer de células renais.

4.1 AVALIAÇÃO POR IMAGEM

Para massas renais sólidas, o critério mais importante para diferenciar lesões malignas é a presença de realce pós-contraste observado à US ou TC(14). No entanto, mesmo massas renais sólidas e captantes de contraste não podem de modo absoluto ser diagnosticadas inequivocamente por métodos de imagem como carcinoma de células renais e, assim, motivar indicação cirúrgica(15). Vários estudos demonstraram que entre 8% e 27% das massas renais sólidas ressecadas cirurgicamente podem ser benignas(16-18). Em uma revisão de 2.770 massas renais sólidas tratadas por nefrectomia radical ou cirurgia poupadora de néfrons, o percentual de lesões benignas foi tanto maior quanto menor o tamanho das lesões, perfazendo 25% das massas inferiores a 3 cm, 30% das massas de menos de 2 cm e 46% das massas inferiores a 1 cm(19).

A TC abdominal e torácica fornece informações sobre a extensão do tumor primário, condição do rim contralateral e presença de metástase(s). Se o resultado da TC for inconclusivo, a RM pode fornecer informações adicionais em relação à massa renal, extensão local e presença de trombo na veia cava. A RM também é indicada para pacientes com alergia ao contraste iodado ou para gestante. A avaliação da presença de trombo tumoral também pode ser realizada por US com Doppler (20).

A arteriografia renal seletiva é útil na seleção de doentes para nefrectomia parcial em portadores de rim único e no planejamento cirúrgico para tumores próximos ao hilo renal, sempre que os achados da TC e RM forem inconclusivos.

Não está estabelecido o papel da tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) no diagnóstico e estadiamento do câncer renal. O exame apresenta baixa especificidade para avaliação do tumor primário, embora pareça contribuir na identificação de metástases (21,22), o que não altera o prognóstico dos casos.

Metástases ósseas e cerebrais são sintomáticas no momento do diagnóstico; assim a cintilografia óssea ou a TC ou RM do crânio estão indicadas apenas na presença de sinais ou sintomas de doença metastática nessas localizações.

4.2 MORFOLOGIA

Biópsias usando agulhas finas (calibre 20 ou mais fino) são precisas no diagnóstico de massas renais, permitindo o diagnóstico diferencial entre tumores benignos e malignos e, em alguns casos, a determinação do subtipo de carcinoma de células renais e o grau nuclear de Fuhrman(23-26). A punção aspirativa por agulha fina apresenta a vantagem teórica de coletar uma amostra maior de elementos celulares, mas, demonstradamente, possui uma sensibilidade menor (76%). As duas técnicas podem ser usadas de forma complementar, elevando ainda mais a acurácia do procedimento(27-30).

A biópsia renal percutânea assistida por métodos de imagem deve ser indicada antes de terapias termoablativas de massas sólidas, sendo procedimento diagnóstico mandatório para doentes sem diagnóstico histopatológico anterior e para amparar estratégias de conduta expectantes(26). Para as grandes massas renais, em que se antecipa indicação de nefrectomia, não se recomenda a realização prévia de biópsias(31-33).

O carcinoma renal de células claras (CRCC) é o tipo histopatológico mais comum, sendo responsável por aproximadamente 90% dos tumores renais. Há outros dois tipos histopatológicos de câncer renal: carcinoma papilífero (10%-15%) e carcinoma cromóforo (4%-5%). Estes tipos histológicos apresentam características morfológicas, genéticas e moleculares distintas, resultando em doenças de prognóstico variável(34). A presença de áreas de diferenciação sarcomatoide confere um pior prognóstico em qualquer dos tipos histopatológicos.

A estratificação histológica mais usada para tumores renais é a proposta por Fuhrman(20). Observa-se à microscopia convencional o padrão nuclear tumoral quanto ao tamanho do núcleo, regularidade e proeminência do nucléolo:

- » **Grau I:** núcleo arredondado e uniforme, até 10 micrômetro de diâmetro, nucléolo invisível ou pequeno.
- » **Grau II:** núcleo levemente irregular, diâmetro de até 15 micrômetro de diâmetro, nucléolo visível e pequeno.
- » **Grau III:** núcleo moderadamente irregular, diâmetro de até 20 micrômetro de diâmetro, nucléolo grande.
- » **Grau IV:** núcleo irregular e pleomórfico, multilobular, cromatina agrupada e diâmetro maior que 20 micrômetro de diâmetro.

4.3 AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO DA DOENÇA (ESTADIAMENTO)

O estadiamento do câncer renal deve observar os critérios do sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos (2009)(35,36):

Tumor primário (T):

- TX** Tumor primário não pode ser avaliado.
- T0** Sem evidência do tumor primário.
- T1** Tumor de até 7 cm no maior diâmetro, restrito ao rim.
- T1a** Tumor de até 4 cm no maior diâmetro, restrito ao rim.
- T1b** Tumor com mais 4 cm mas não mais de 7 cm no maior diâmetro, restrito ao rim.
- T2** Tumor de mais de 7 cm no maior diâmetro, restrito ao rim.

- T2a Tumor de mais de 7 cm, mas até 10 cm no maior diâmetro, restrito ao rim.
T2b Tumor de mais de 10 cm no maior diâmetro, restrito ao rim.
T3 Tumor extensivo aos vasos e tecidos perirrenais, sem envolver a supra-renal ou ultrapassar a fascia Gerota.
T3a Tumor extensivo à veia renal ou seus segmentos, ou invade tecidos perirrenais, sem envolver a supra-renal ou ultrapassar a fascia Gerota.
T3b Tumor extensivo à veia cava na sua porção infradiafragmática, sem invasão da parede do vaso ou ultrapassar a fascia Gerota.
T3c Tumor extensivo à veia cava na sua porção supradiafragmática ou com invasão da parede do vaso, sem envolver a supra-renal ou ultrapassar a fascia Gerota.
T4 Tumor ultrapassa a fascia Gerota ou há extensão por contiguidade à glândula supra-renal ipsilateral.

Linfonodos (N):

- NX Linfonodos regionais não avaliáveis.
N0 Ausência de acometimento linfonodal regional.
N1 Metastase em linfonodos regionais.

Metástase a distância (M):

- M0 Ausência de metástase(s).
M1 Metástase(s) presentes.

Grupos prognósticos:

- I T1, N0 e M0;
II T2, N0 e M0;
III T1 ou T2, N1 e M0 ou T3, N0 ou N1 e M0;
IV T4, qualquer N e M0 ou qualquer T ou N, M1.

4.4 EXAMES LABORATORIAIS

Outros exames complementares auxiliam o planejamento terapêutico, sendo requisitos para estadiamento e pontuação de escores prognósticos ou parte da boa prática clínica, permitindo a detecção de condições clínicas relevantes relacionadas ao paciente e co-morbidades específicas, e incluem:

- » Avaliação padrão de doença cardíaca, respiratória ou outra condição clínica relevante, para determinar a aptidão do paciente para um tratamento em particular;
- » Hemograma;
- » Proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação;
- » Bioquímica sérica: ureia, creatinina, provas de função hepática, cálcio corrigido para hipoalbuminemia, desidrogenase láctica e fosfatase alcalina.

4.5 FATORES PROGNÓSTICOS

Fatores clínicos (capacidade funcional – *performance status*/PS, níveis sanguíneos de hemoglobina, cálcio e desidrogenase láctica), anatômicos (classificação TNM) e histopatológicos (grau histológico – Fuhrman, tipo histopatológico, presença de componente sarcomatoide, invasão microvascular, invasão capsular, necrose tumoral e invasão do sistema coletor) influenciam o prognóstico dos doentes com câncer renal e devem ser registrados por ocasião do diagnóstico (37,38).

Recomenda-se para avaliação prognóstica o modelo desenvolvido na Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA), ou o sistema de estadiamento integrado (UISS)(39), validado externamente para a predição de sobrevida entre doentes em todas as fases do câncer de células renais (Tabela 1). Este modelo baseia-se no estágio TNM, grau histológico Fuhrman e capacidade funcional (escala do ECOG-*Eastern Cooperative Oncology Group*/Zubrod/OMS), e tem sido amplamente testado e validado (índices de concordância (c-índices): 58%-86%)(40). Na doença

recidivada ou metastática, pode-se usar uma escala mais simples como a proposta por Motzer et al. (n = 670), com cinco fatores preditores (capacidade funcional de Karnofsky (KPS), dosagem sérica da desidrogenase láctica (DHL), hemoglobina, cálcio corrigido, e presença/ausência de nefrectomia) para mortalidade por câncer renal de células claras(38). Estes fatores permitem estratificar o prognóstico dos doentes como favorável (nenhum fator de risco), intermediário (1-2 fatores de risco) e desfavorável (três ou mais fatores de risco). Em 2002, uma atualização do escore de Motzer (n = 463) substituiu o estado nefrectomia pelo o tempo desde o diagnóstico até ao início da imunoterapia com interferon(41). Em 2004, uma segunda atualização (n = 251) simplificou a escala, reduzindo-a para três preditores (índice Karnofsky abaixo de 80%, hemoglobina abaixo de 12 g/dl, e calcemia corrigida acima 10 mg/dl): prognóstico favorável, ausência destes fatores; prognóstico intermediário, presença de um ou dois fatores; prognóstico desfavorável, presença dos três fatores(42).

Ressalta-se que não se conhece o desempenho prognóstico destas escalas para doentes tratados com medicamentos de introdução recente, como os agentes antiangiogênicos e inibidores mTOR, vez que foram desenvolvidas e validadas em bases de dados que não incluíam doentes tratados nos último cinco anos.

Tabela 1 - Grupos de risco pelo sistema de estadiamento integrado da Universidade da Califórnia

RISCO	DOENÇA LOCALIZADA (N0,M0) AO DIAGNÓSTICO	DOENÇA AVANÇADA (N1-2, M1) AO DIAGNÓSTICO
Baixo	T1, grau 1-2 e PS = 0	N1M0, qualquer grau e qualquer PS. N2M0, grau 1-2 e PS = 0. M1, grau 1-2 e PS = 0.
Intermediário	T1, grau 1-2 e PS igual ou maior que 1. T1, grau 3-4 e qualquer PS. T2, qualquer grau e qualquer OS. T3, grau 1 e qualquer PS. T3, grau 2-4 e PS = 0.	N2M0, grau 1-2 e PS igual ou maior que 1. N2M0, grau 3 e qualquer PS. N2M0, grau 4 e PS = 0. M1, grau 1-2 e PS igual ou maior que 1. M1, grau 3 e qualquer PS. M1, grau 4 e PS = 0.
Alto	T3, grau 2-4 e PS igual ou maior que 1. T4, qualquer grau e qualquer PS.	N2M0, grau 4 e PS igual ou maior que 1. M1, grau 4 e PS igual ou maior que 1.

A presença de evidência laboratorial de inflamação sistêmica, traduzida por elevação da velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa aumentada no soro, neutrofilia, plaquetose e razão neutrófilos/linfócitos elevada no hemograma, pode identificar de modo independente pacientes de pior prognóstico[43,44]. Marcadores moleculares, incluindo anidrase carbônica IX, fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), fator induzível por hipóxia, Ki67 (proliferação), p53, proteína homóloga da angiotensina, E-caderina, CD44 (adesão celular) e perfil de expressão gênica não foram, até o momento, capazes de melhorar a capacidade de discriminação das escalas de prognóstico atuais e não são recomendados na rotina assistencial.

5 CENTRO DE REFERÊNCIA

Hospitais gerais com serviço de urologia ou de cirurgia oncológica podem realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doentes com achado incidental de massas renais(45). Já os hospitais habilitados como UNACON ou CACON têm as condições para o tratamento cirúrgico e clínico de doentes com câncer de células renais em todos os estágios da doença(46).

6 TRATAMENTO

6.1 VIGILÂNCIA ATIVA

Alguns pacientes com tumores renais podem ser cuidados adequadamente por vigilância ativa inicial, reservando-se a indicação terapêutica cirúrgica para os casos em que há progressão radiológica(47). Pacientes idosos e com

riscos de vida também devidos a comorbidades médicas são candidatos para estratégias de cuidado baseadas em vigilância ativa. No entanto, a vigilância ativa não deve ser recomendada para pacientes mais jovens e saudáveis, e deve-se realizar sempre que possível biópsia por agulha para caracterização histopatológica da lesão e decisão médica sobre vigilância ou tratamento cirúrgico.

A vigilância ativa implica no monitoramento do crescimento tumoral por meio de exames de imagem(48). Justifica-se pelo fato de que 20%-30% das pequenas massas renais são benignas e de que, apesar da heterogeneidade desses tumores, mais de 80% são de baixo grau, com um crescimento na ordem de 0,2 a 0,3 cm ao ano, com baixa progressão para doença metastática (2%) e com possibilidade de intervenção tardia sem comprometer o resultado oncológico na grande maioria dos casos(49,50). Os critérios de progressão recomendados para intervenção cirúrgica são: duplicação do volume tumoral em menos de 12 meses; crescimento maior que 0,5 cm/ano; aparecimento de manifestações clínicas relacionadas ao tumor; diâmetro tumoral alcançando valores igual ou maior que 4 cm. O seguimento imagenológico desses tumores deve ser individualizado, sendo usual controle por TC ou RM a cada 4 a 6 meses nos primeiros 3 anos e, a seguir, anualmente.

Doentes julgados aptos para a vigilância ativa devem ser informados que, apesar de baixo, existe risco real de progressão tumoral e perda da oportunidade terapêutica cirúrgica, bem como da ineficácia dos tratamentos sistêmicos. Admite-se que 20%-25% das pequenas massas renais apresentam características agressivas, com uma taxa de 15%-25% de grau de Furhman III e IV, com uma taxa de progressão para estágio pT3 em 10%-40% e de metástase próximo a 10%.

6.2 DOENÇA LOCALIZADA

A nefrectomia radical é o tratamento de escolha para os doentes com câncer renal, desde que clinicamente aptos para esse procedimento cirúrgico(51). A linfadenectomia hilar é suficiente para fins de estadiamento, podendo ser reservada a linfadenectomia retroperitoneal ampliada para os casos em que há suspeita macroscópica de acometimento linfonodal, para fins de estadiamento, pois não resulta em ganho de sobrevida(52). As técnicas e vias de acesso aberta, laparoscópica (transperitoneal ou retroperitoneal) e robótica permitem resultados oncológicos equivalentes (53-61).

A nefrectomia parcial poupadora de néfrons deve ser indicada nos casos de tumores com menos de 4 cm, tumores bilaterais, cistos complexos (Bosniak III e IV), doentes com insuficiência renal, assim como em pacientes selecionados com tumores entre 4 cm e 7 cm, com localização favorável à ressecção com margem de segurança(62-64). Técnica cirúrgica que minimize o tempo de isquemia do órgão produz resultados oncológicos satisfatórios com melhor preservação da função renal(65, 66). A via de acesso aberta é preferível à laparoscópica ou robótica para nefrectomia parcial, pelo menor tempo de isquemia, menores índices de complicações intra- e pós-operatórias e limitada evidência de eficácia e segurança de longo prazo para via robótica(67-72).

Pacientes com trombo na veia cava devem ser submetidos à nefrectomia radical com ressecção do trombo, devendo-se considerar ressecção da veia cava se houver invasão tumoral da parede do vaso(52, 57).

Procedimentos de termoablação pelo frio (crioablação) ou calor (radiofrequência) de lesões renais menores que 4 cm não produzem resultados oncológicos equivalentes à ressecção cirúrgica, podendo ser reservados para lesões incidentais em doentes com comorbidades ou idade avançada, que impliquem em risco cirúrgico proibitivo, doentes com recorrência local após nefrectomia parcial e na presença de lesões multifocais(73-80).

Não há indicação clínica de tratamento sistêmico (medicamentoso) com finalidade neoadjuvante (quimioterapia prévia ou citoredutora) ou adjuvante (quimioterapia pós-operatória ou profilática) após a remoção completa de tumores renais (ressecção cirúrgica sem doença residual - R0)(81, 82).

A radioterapia pós-operatória é um procedimento em desuso na prática oncológica, não sendo recomendada nestas Diretrizes. Estudos com técnicas de irradiação já ultrapassadas mostraram que este tratamento pode reduzir a taxa de recorrência local sem diminuir, no entanto, o risco de recidiva ou morte pela doença(83).

6.3 DOENÇA METASTÁTICA

A nefrectomia radical é o tratamento inicial recomendado (exceto em casos de paciente sem condições clínicas para o procedimento cirúrgico), pois contribui para o controle de sintomas, como dor lombar e sangramento urinário,

além de estar associada a maior sobrevida(84). A ressecção precoce de metástase(s) a distância é recomendável, nos casos de lesão única ou com acometimento pulmonar oligometastático exclusivo(85).

Não há indicação clínica de tratamento sistêmico com finalidade adjuvante quando houve a remoção completa das lesões clínicas (ressecção cirúrgica R0)(82).

Radioterapia externa pode ser empregada para controle de sintomas locais, como dor tumoral e sangramento urinário, e na palição de metástases óssea ou cerebral.

O câncer renal metastático irresssecável é uma doença incurável, sendo um dos tumores sólidos mais resistentes à quimioterapia. Estudos clínicos demonstram respostas objetivas parciais em menos de 10% dos pacientes tratados com diferentes medicamentos, isoladamente ou em associação.

Pacientes com prognóstico favorável ou intermediário, sem metástases cerebrais, sem eventos cardiovasculares recentes e com capacidade funcional adequada (ECOG 0-2), são candidatos a quimioterapia paliativa, modalidade de tratamento que pode produzir controle temporário da doença para alguns doentes.

A quimioterapia paliativa do câncer renal pode ser realizada com citocinas (interferona alfa e interleucina-2)(41,86-90), citotóxicos (5-fluoruracil, capecitabina, doxorubicina, gencitabina e vinblastina)(91-93), antiangiogênicos (sunitinibe, sorafenibe, pazopanibe e bevacizumabe)(94-104) e inibidores da via de sinalização mTOR (everolimo e temsirolimo) (105-109). Inexistem estudos comparativos diretos que permitam asseverar em definitivo a eficácia de cada uma dos medicamentos disponíveis de quimioterapia paliativa, havendo apenas indicação de maior índice terapêutico para antiangiogênicos ou inibidores mTOR frente ao uso de placebo ou interferon (104,109-115), a um custo elevado para os sistemas de saúde(116-118), e para quimioterapia citotóxica no câncer renal com diferenciação sarcomatoide(93).

O perfil de toxicidade e segurança da quimioterapia com citocinas e citotóxicos, em uso isolado ou em associações, é bastante conhecido pelo longo tempo em uso na medicina(92). Durante o uso da interferona, quase todos os pacientes experimentam pelo menos um efeito colateral, na maioria das vezes de intensidade leve a moderada e que diminui de intensidade com o uso contínuo, mas a suspensão do tratamento devido a efeitos colaterais pode ser necessária em até 24% dos pacientes(41,92). Sintomas “gripais” são os efeitos colaterais mais comuns (febre, calafrios, fadiga, dor de cabeça, artralgia e mialgia) e outros sintomas podem incluir fadiga persistente durante todo o tratamento, tontura, depressão, hipotensão arterial e alterações oculares (retinopatia, hemorragia da retina, obstrução arterial ou venosa retiniana)(87,90). O uso de interleucina-2 está associado à ocorrência de síndrome do extravasamento capilar, que tipicamente começa logo após o início do tratamento, e é caracterizada por uma perda de tônus vascular e extravasamento de proteínas do plasma e fluido para dentro do espaço extravascular, resultando em hipotensão e má perfusão dos órgãos internos, condições que podem resultar em eventos adversos potencialmente fatais: arritmias cardíacas (supraventriculares e ventriculares), angina, infarto do miocárdio, insuficiência respiratória exigindo ventilação mecânica, hemorragia ou infarto gastrointestinal, insuficiência renal, anasarca e alterações do estado mental(88,89).

Medicamentos antiangiogênicos estão relacionados a risco aumentado de eventos adversos gastrintestinais (mucosite, diarreia, vômito)(119,120), cardiovasculares (hipertensão arterial, trombose arterial, isquemia cardíaca, insuficiência cardíaca)(121-125), insuficiência renal(126), hematológicos (anemia, neutropenia e trombocitopenia) (127,128), sangramentos(129), dermatológicos (síndrome pé-mão)(130), hepatotoxicidade(131) e eventos adversos fatais(132). Por sua vez, os inibidores mTOR associam-se a maior risco de infecções (133), toxicidade pulmonar (134) e eventos adversos fatais (135).

Os pacientes com carcinoma de células claras metastático refratário ao tratamento inicial, que mantenham boa capacidade funcional (escore de Karnofsky acima de 80%) e funções renal e hepática normais podem ser candidatos a quimioterapia com medicamento de outra classe terapêutica, até nova progressão da doença(136-145), mas não há evidência conclusiva de que o tratamento resulte na diminuição de sintomas(146).

7 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

A TC é o método de imagem padrão para avaliar a resposta da doença durante o tratamento sistêmico.

A frequência de acompanhamento por exames de imagem que envolvem a exposição à radiação deve ser definida por uma análise individual cuidadosa. Deve sempre ser justificada em termos de benefício clínico provável para evitar potencial risco desnecessário devido à exposição repetida à radiação ionizante.

8 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

Após nefrectomia radical ou parcial, os pacientes devem ser acompanhados com anamnese, exame físico, radiografia de tórax e US de abdômen a cada três meses no primeiro ano, a cada seis meses no segundo ano e anualmente nos anos seguintes.

9 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de câncer renal devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

Os procedimentos radioterápicos e quimioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 04) e cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

O seguinte procedimento da tabela do SUS é disponível para a quimioterapia paliativa de adultos com câncer renal:

» 03.04.02.016-8 – Quimioterapia do câncer renal avançado.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação.

Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; e o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada *versus* autorizada, valores apresentados *versus* autorizados *versus* ressarcidos).

Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e observância da regulação do acesso assistencial; a qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração de medicamento(s) (tipos e doses); a compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico de câncer renal e perfil clínico do doente (classificação UISS, capacidade funcional, estadiamento, indicação clínica para tratamento), o esquema terapêutico e as doses diárias prescritas e fornecidas; a compatibilidade do registro dos procedimentos com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo, pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo e pelo Trastuzumabe para a quimioterapia prévia e adjuvante do câncer de mama, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência

oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos(46).

10 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao tratamento do câncer renal, notadamente no uso de medicamento antineoplásico mencionado nestas Diretrizes.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wunsch-Filho V. Insights on diagnosis, prognosis and screening of renal cell carcinoma. *Sao Paulo Med J*, 2002; 120(1):163-4.
2. Barbosa GS, Lima R, Guimarães RM. Série histórica de mortalidade por neoplasias renais no Brasil (1996-2010). *Cad saúde colet*, 2010; 20:537-40.
3. Bao C, Yang X, Xu W, Luo H, Xu Z, Su C, et al. Diabetes mellitus and incidence and mortality of kidney cancer: a meta-analysis. *J Diabetes Complications*, 2013; 27(4):357-64.
4. Mauermann J, de Martino M, Waldert M, Haitel A, Klingler HC, Remzi M, et al. Gender differences in benign renal masses. *World J Urol*, 2013; 31(5):1051-7.
5. Behrens G, Leitzmann MF. The association between physical activity and renal cancer: systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*, 2013; 108(4):798-811.
6. Larsson SC, Wolk A. Diabetes mellitus and incidence of kidney cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Diabetologia*, 2011; 54(5):1013-8.
7. Ildaphonse G, George PS, Mathew A. Obesity and kidney cancer risk in men: a meta-analysis (1992-2008). *Asian Pac J Cancer Prev*, 2009; 10(2):279-86.
8. Clague J, Lin J, Cassidy A, Matin S, Tannir NM, Tamboli P, et al. Family history and risk of renal cell carcinoma: results from a case-control study and systematic meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2009; 18(3):801-7.
9. Bellocco R, Pasquali E, Rota M, Bagnardi V, Tramacere I, Scotti L, et al. Alcohol drinking and risk of renal cell carcinoma: results of a meta-analysis. *Ann Oncol*, 2012; 23(9):2235-44.
10. Song DY, Song S, Song Y, Lee JE. Alcohol intake and renal cell cancer risk: a meta-analysis. *Br J Cancer*, 2012; 106(11):1881-90.
11. Bosniak MA. The Bosniak renal cyst classification: 25 years later. *Radiology*, 2012; 262(3):781-5.
12. Haliloglu AH, Gulpinar O, Ozden E, Beduk Y. Urinary ultrasonography in screening incidental renal cell carcinoma: is it obligatory? *Int Urol Nephrol*, 2011; 43(3):687-90.
13. Palsdottir HB, Hardarson S, Petursdottir V, Jonsson A, Jonsson E, Sigurdsson MI, et al. Incidental detection of renal cell carcinoma is an independent prognostic marker: results of a long-term, whole population study. *J Urol*, 2012; 187(1):48-53.
14. Wang C, Yu C, Yang F, Yang G. Diagnostic accuracy of contrast-enhanced ultrasound for renal cell carcinoma: a meta-analysis. *Tumour Biol*, 2014; 35(7):6343-50.
15. Kutikov A, Fossett LK, Ramchandani P, Tomaszewski JE, Siegelman ES, Banner MP, et al. Incidence of benign pathologic findings at partial nephrectomy for solitary renal mass presumed to be renal cell carcinoma on preoperative imaging. *Urology*, 2006; 68(4):737-40.
16. Li G, Cuilleron M, Gentil-Perret A, Tostain J. Characteristics of image-detected solid renal masses: implication for optimal treatment. *Int J Urol*, 2004; 11(2):63-7.
17. McKiernan J, Yossepowitch O, Kattan MW, Simmons R, Motzer RJ, Reuter VE, et al. Partial nephrectomy for renal cortical tumors: pathologic findings and impact on outcome. *Urology*, 2002; 60(6):1003-9.
18. Russo P, Huang W. The medical and oncological rationale for partial nephrectomy for the treatment of T1 renal cortical tumors. *Urol Clin North Am*, 2008; 35(4):635-43; vii.

19. Frank I, Blute ML, Cheville JC, Lohse CM, Weaver AL, Zincke H. Solid renal tumors: an analysis of pathological features related to tumor size. *J Urol*, 2003; 170(6 Pt 1):2217-20.
20. Pompeo ACL, Martins ACP, Souza Jr AEP, Abrantes AS, Buzaid AC, Dubeux AC, et al. Câncer renal: diagnóstico e estadiamento. In: *Urologia SBd, ed. Projeto Diretrizes*. São Paulo: AMB/CFM 2006:1-15.
21. Wang HY, Ding HJ, Chen JH, Chao CH, Lu YY, Lin WY, et al. Meta-analysis of the diagnostic performance of (18F)FDG-PET and PET/CT in renal cell carcinoma. *Cancer Imaging*, 2012; 12:464-74.
22. Martinez de Llano SR, Delgado-Bolton RC, Jimenez-Vicioso A, Perez-Castejon MJ, Carreras Delgado JL, Ramos E, et al. (Meta-analysis of the diagnostic performance of 18F-FDG PET in renal cell carcinoma). *Rev Esp Med Nucl*, 2007; 26(1):19-29.
23. Tsivian M, Rampersaud EN, Jr., del Pilar Laguna Pes M, Joniau S, Leveillee RJ, Shingleton WB, et al. Small renal mass biopsy--how, what and when: report from an international consensus panel. *BJU Int*, 2014; 113(6):854-63.
24. Lhermitte B, de Leval L. Interpretation of needle biopsies of the kidney for investigation of renal masses. *Virchows Arch*, 2012; 461(1):13-26.
25. Aribas BK, Arda K, Aktas E, Ciledag N, Yakut F, Sahin G, et al. Percutaneous US-guided needle biopsies of solid renal masses. *Neoplasma*, 2011; 58(2):146-52.
26. Stakhovsky O, Sanchez-Salas R, Barret E, Yap SA, Finelli A, Rozet F, et al. Renal biopsies for small renal masses. For whom, when and how. *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):4-15.
27. Kelley CM, Cohen MB, Raab SS. Utility of fine-needle aspiration biopsy in solid renal masses. *Diagn Cytopathol*, 1996; 14(1):14-9.
28. Wang R, Wolf JS, Jr., Wood DP, Jr., Higgins EJ, Hafez KS. Accuracy of percutaneous core biopsy in management of small renal masses. *Urology*, 2009; 73(3):586-90; discussion 90-1.
29. Neuzillet Y, Lechevallier E, Andre M, Daniel L, Coulange C. Accuracy and clinical role of fine needle percutaneous biopsy with computerized tomography guidance of small (less than 4.0 cm) renal masses. *J Urol*, 2004; 171(5):1802-5.
30. Sofikerim M, Tatlisen A, Canoz O, Tokat F, Demirtas A, Mavili E. What is the role of percutaneous needle core biopsy in diagnosis of renal masses? *Urology*, 2010; 76(3):614-8.
31. Londono DC, Wuerstle MC, Thomas AA, Salazar LE, Hsu JW, Danial T, et al. Accuracy and implications of percutaneous renal biopsy in the management of renal masses. *Perm J*, 2013; 17(3):4-7.
32. Phe V, Yates DR, Renard-Penna R, Cussenot O, Roupret M. Is there a contemporary role for percutaneous needle biopsy in the era of small renal masses? *BJU Int*, 2012; 109(6):867-72.
33. Mally AD, Gayed B, Averch T, Davies B. The current role of percutaneous biopsy of renal masses. *Can J Urol*, 2012; 19(3):6243-9.
34. Lee JH, Choi JW, Kim YS. The value of histologic subtyping on outcomes of clear cell and papillary renal cell carcinomas: a meta-analysis. *Urology*, 2010; 76(4):889-94.
35. Billia M, Volpe A, Terrone C. The current TNM staging system of renal cell carcinoma: are further improvements needed? *Arch Esp Urol*, 2011; 64(10):929-37.
36. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 7a ed. West Sussex: Wiley-Blackwell 2009. (Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. Inca, 2012.xxv,325p.)
37. Song T, Yin Y, Liao B, Zheng S, Wei Q. Capsular invasion in renal cell carcinoma: a meta-analysis. *Urol Oncol*, 2013; 31(7):1321-6.
38. Motzer RJ, Mazumdar M, Bacik J, Berg W, Amsterdam A, Ferrara J. Survival and prognostic stratification of 670 patients with advanced renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*, 1999; 17(8):2530-40.
39. Zisman A, Pantuck AJ, Dorey F, Said JW, Shvarts O, Quintana D, et al. Improved prognostication of renal cell carcinoma using an integrated staging system. *J Clin Oncol*, 2001; 19(6):1649-57.
40. Patard JJ, Kim HL, Lam JS, Dorey FJ, Pantuck AJ, Zisman A, et al. Use of the University of California Los Angeles integrated staging system to predict survival in renal cell carcinoma: an international multicenter study. *J Clin Oncol*, 2004; 22(16):3316-22.
41. Motzer RJ, Bacik J, Murphy BA, Russo P, Mazumdar M. Interferon-alfa as a comparative treatment for clinical trials of new therapies against advanced renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*, 2002; 20(1):289-96.

42. Motzer RJ, Bacik J, Schwartz LH, Reuter V, Russo P, Marion S, et al. Prognostic factors for survival in previously treated patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*, 2004; 22(3):454-63.
43. Fox P, Hudson M, Brown C, Lord S, GebSKI V, De Souza P, et al. Markers of systemic inflammation predict survival in patients with advanced renal cell cancer. *Br J Cancer*, 2013; 109(1):147-53.
44. Wu Y, Fu X, Zhu X, He X, Zou C, Han Y, et al. Prognostic role of systemic inflammatory response in renal cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Res Clin Oncol*, 2011; 137(5):887-96.
45. Nuttall M, van der Meulen J, Phillips N, Sharpin C, Gillatt D, McIntosh G, et al. A systematic review and critique of the literature relating hospital or surgeon volume to health outcomes for 3 urological cancer procedures. *J Urol*, 2004; 172(6 Pt 1):2145-52.
46. BRASIL MdS. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. 17 ed. Brasília: MS/SAS/DRAC/CGSI 2014.
47. Kouba E, Smith A, McRackan D, Wallen EM, Pruthi RS. Watchful waiting for solid renal masses: insight into the natural history and results of delayed intervention. *J Urol*, 2007; 177(2):466-70; discussion 70.
48. Sowery RD, Siemens DR. Growth characteristics of renal cortical tumors in patients managed by watchful waiting. *Can J Urol*, 2004; 11(5):2407-10.
49. Yamaguchi Y, Simmons MN, Campbell SC. Small renal masses: risk prediction and contemporary management. *Hematol Oncol Clin North Am*, 2011; 25(4):717-36.
50. Volpe A, Jewett MA. The natural history of small renal masses. *Nat Clin Pract Urol*, 2005; 2(8):384-90.
51. Nabi G, Cleves A, Shelley M. Surgical management of localised renal cell carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010; (3):CD006579.
52. Blom JH, van Poppel H, Marechal JM, Jacqmin D, Schroder FH, de Prijck L, et al. Radical nephrectomy with and without lymph-node dissection: final results of European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) randomized phase 3 trial 30881. *Eur Urol*, 2009; 55(1):28-34.
53. Silva-Waissbluth A, Vidal-Mora I, Castillo OA. Renal cancer from laparoscopic to robotic: How to proceed. *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):122-8.
54. Bi L, Zhang C, Li K, Fan X, Xu K, Han J, et al. Robotic partial nephrectomy for renal tumors larger than 4 cm: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2013; 8(10):e75050.
55. Zhang X, Shen Z, Zhong S, Zhu Z, Wang X, Xu T. Comparison of peri-operative outcomes of robot-assisted vs laparoscopic partial nephrectomy: a meta-analysis. *BJU Int*, 2013; 112(8):1133-42.
56. Zheng JH, Zhang XL, Geng J, Guo CC, Zhang XP, Che JP, et al. Long-term oncologic outcomes of laparoscopic versus open partial nephrectomy. *Chin Med J (Engl)*, 2013; 126(15):2938-42.
57. Van Poppel H, Joniau S, Goethuys H. Open partial nephrectomy for complex tumours and >4 cm: Is it still the gold standard technique in the minimally invasive era? *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):129-38.
58. Fan X, Xu K, Lin T, Liu H, Yin Z, Dong W, et al. Comparison of transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *BJU Int*, 2013; 111(4):611-21.
59. Tait C, Tandon S, Baker L, Goodman C, Townell N, Nabi G. Long-term oncologic outcomes of laparoscopic radical nephrectomy for kidney cancer resection: Dundee cohort and metaanalysis of observational studies. *Surg Endosc*, 2011; 25(10):3154-61.
60. Asimakopoulos AD, Miano R, Annino F, Micali S, Spera E, Iorio B, et al. Robotic radical nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review. *BMC Urol*, 2014; 14:75.
61. Ren T, Liu Y, Zhao X, Ni S, Zhang C, Guo C, et al. Transperitoneal approach versus retroperitoneal approach: a meta-analysis of laparoscopic partial nephrectomy for renal cell carcinoma. *PLoS One*, 2014; 9(3):e91978.
62. Kim SP, Thompson RH, Boorjian SA, Weight CJ, Han LC, Murad MH, et al. Comparative effectiveness for survival and renal function of partial and radical nephrectomy for localized renal tumors: a systematic review and meta-analysis. *J Urol*, 2012; 188(1):51-7.
63. Van Poppel H, Da Pozzo L, Albrecht W, Matveev V, Bono A, Borkowski A, et al. A prospective, randomised EORTC intergroup phase 3 study comparing the oncologic outcome of elective nephron-sparing surgery and radical nephrectomy for low-stage renal cell carcinoma. *Eur Urol*, 2011; 59(4):543-52.

64. Badalato GM, Kates M, Wisnivesky JP, Choudhury AR, McKiernan JM. Survival after partial and radical nephrectomy for the treatment of stage T1bN0M0 renal cell carcinoma (RCC) in the USA: a propensity scoring approach. *BJU Int*, 2012; 109(10):1457-62.
65. Liu W, Li Y, Chen M, Gu L, Tong S, Lei Y, et al. Off-clamp versus complete hilar control partial nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *J Endourol*, 2014; 28(5):567-76.
66. Arceo-Olaiz R, de la Morena JM, Hernandez V, Llorente C. The role of ischemia in the deterioration of renal function after partial nephrectomy. *Arch Esp Urol*, 2013; 66(4):350-8.
67. Froghi S, Ahmed K, Khan MS, Dasgupta P, Challacombe B. Evaluation of robotic and laparoscopic partial nephrectomy for small renal tumours (T1a). *BJU Int*, 2013; 112(4):E322-33.
68. Jimenez Jimenez J, Rioja Zuazu J, Rodriguez-Rubio Cortadellas F, Sanchez-Hurtado MA, Perez-Duarte FJ, Diaz-Guemes I, et al. (New technologies in partial nephrectomy). *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):152-60.
69. Hotston MR, Keeley FX. Laparoscopic partial nephrectomy without ischemia. *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):146-51.
70. Rincon Mayans A, Rioja Zuazu J, Parra RO. From open to robotic partial nephrectomy. *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):115-21.
71. Power NE, Silberstein JL, Touijer K. Is laparoscopic partial nephrectomy already the gold standard for small renal masses? *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):90-8.
72. Wu Z, Li M, Liu B, Cai C, Ye H, Lv C, et al. Robotic versus open partial nephrectomy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2014; 9(4):e94878.
73. Estebanez J, Gutierrez MA, Linazasoro I, Belloso I, Cano C, Sanz JP. (Treatment of small renal masses with laparoscopic radiofrequency ablation). *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):54-9.
74. Martin J, Athreya S. Meta-analysis of cryoablation versus microwave ablation for small renal masses: is there a difference in outcome? *Diagn Interv Radiol*, 2013; 19(6):501-7.
75. Gallego Vilar D, Cifrian Garcia M, Garcia Fadrique G, Garcia Vila J, Gallego Gomez J. Laparoscopic radiofrequency for small renal masses. What is the best imaging technique? *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):60-70.
76. Cordeiro ER, Barwari K, Anastasiadis A, Garcia M, Branco F, de la Rosette JJ, et al. Laparoscopic cryotherapy for small renal masses: Current State. *Arch Esp Urol*, 2013; 66(1):41-53.
77. El Dib R, Touma NJ, Kapoor A. Cryoablation vs radiofrequency ablation for the treatment of renal cell carcinoma: a meta-analysis of case series studies. *BJU Int*, 2012; 110(4):510-6.
78. Long L, Park S. Differences in patterns of care: reablation and nephrectomy rates after needle ablative therapy for renal masses stratified by medical specialty. *J Endourol*, 2009; 23(3):421-6.
79. Klatte T, Shariat SF, Remzi M. Systematic review and meta-analysis of perioperative and oncologic outcomes of laparoscopic cryoablation versus laparoscopic partial nephrectomy for the treatment of small renal tumors. *J Urol*, 2014; 191(5):1209-17.
80. Katsanos K, Mailli L, Krokidis M, McGrath A, Sabharwal T, Adam A. Systematic review and meta-analysis of thermal ablation versus surgical nephrectomy for small renal tumours. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 2014; 37(2):427-37.
81. Aitchison M, Bray CA, Van Poppel H, Sylvester R, Graham J, Innes C, et al. Adjuvant 5-fluorouracil, alpha-interferon and interleukin-2 versus observation in patients at high risk of recurrence after nephrectomy for renal cell carcinoma: results of a phase III randomised European Organisation for Research and Treatment of Cancer (Genito-Urinary Cancers Group)/National Cancer Research Institute trial. *Eur J Cancer*, 2013; 50(1):70-7.
82. Scherr AJ, Lima JP, Sasse EC, Lima CS, Sasse AD. Adjuvant therapy for locally advanced renal cell cancer: a systematic review with meta-analysis. *BMC Cancer*, 2011; 11:115.
83. Tunio MA, Hashmi A, Rafi M. Need for a new trial to evaluate postoperative radiotherapy in renal cell carcinoma: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Oncol*, 2010; 21(9):1839-45.
84. Polcari AJ, Gorbonos A, Milner JE, Flanigan RC. The role of cytoreductive nephrectomy in the era of molecular targeted therapy. *Int J Urol*, 2009; 16(3):227-33.
85. Brehmer B, Piper C, Pfister D, Porres D, Heidenreich A. (Metastasectomy for renal cell cancer). *Urologe A*, 2012; 51(9):1202-8.

86. Passalacqua R, Buzio C, Buti S, Porta C, Labianca R, Pezzuolo D, et al. Phase III, randomised, multicentre trial of maintenance immunotherapy with low-dose interleukin-2 and interferon-alpha for metastatic renal cell cancer. *Cancer Immunol Immunother*, 2010; 59(4):553-61.
87. Hernberg M, Pyrhönen S, Muhonen T. Regimens with or without interferon-alpha as treatment for metastatic melanoma and renal cell carcinoma: an overview of randomized trials. *J Immunother*, 1999; 22(2):145-54.
88. Baaten G, Voogd AC, Wagstaff J. A systematic review of the relation between interleukin-2 schedule and outcome in patients with metastatic renal cell cancer. *Eur J Cancer*, 2004; 40(8):1127-44.
89. Malaguarnera M, Ferlito L, Gulizia G, Di Fazio I, Pistone G. Use of interleukin-2 in advanced renal carcinoma: meta-analysis and review of the literature. *Eur J Clin Pharmacol*, 2001; 57(4):267-73.
90. Coppin C, Porzsolt F, Awa A, Kumpf J, Coldman A, Wilt T. Immunotherapy for advanced renal cell cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005; (1):CD001425.
91. Hartmann JT, Bokemeyer C. Chemotherapy for renal cell carcinoma. *Anticancer Res*, 1999; 19(2C):1541-3.
92. Ko YJ, Atkins MB. Chemotherapies and immunotherapies for metastatic kidney cancer. *Curr Urol Rep*, 2005; 6(1):35-42.
93. Buti S, Bersanelli M, Sikokis A, Maines F, Facchinetti F, Bria E, et al. Chemotherapy in metastatic renal cell carcinoma today? A systematic review. *Anticancer Drugs*, 2013; 24(6):535-54.
94. Motzer RJ, Hutson TE, McCann L, Deen K, Choueiri TK. Overall survival in renal-cell carcinoma with pazopanib versus sunitinib. *N Engl J Med*, 2014; 370(18):1769-70.
95. Duran M, Matheus W, Ferreira U, Clark O. Systematic review and meta-analysis of target therapies for the treatment of metastatic renal cancer. *Int Braz J Urol*, 2013; 39(6):768-78.
96. Motzer RJ, Hutson TE, Cella D, Reeves J, Hawkins R, Guo J, et al. Pazopanib versus sunitinib in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med*, 2013; 369(8):722-31.
97. Sternberg CN, Hawkins RE, Wagstaff J, Salman P, Mardiak J, Barrios CH, et al. A randomised, double-blind phase III study of pazopanib in patients with advanced and/or metastatic renal cell carcinoma: final overall survival results and safety update. *Eur J Cancer*, 2013; 49(6):1287-96.
98. Patil S, Figlin RA, Hutson TE, Michaelson MD, Negrier S, Kim ST, et al. Q-TWiST analysis to estimate overall benefit for patients with metastatic renal cell carcinoma treated in a phase III trial of sunitinib vs interferon-alpha. *Br J Cancer*, 2012; 106(10):1587-90.
99. Liu F, Chen X, Peng E, Guan W, Li Y, Hu Z, et al. VEGF pathway-targeted therapy for advanced renal cell carcinoma: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci*, 2011; 31(6):799-806.
100. Leung HW, Chan AL. Multikinase inhibitors in metastatic renal cell carcinoma: indirect comparison meta-analysis. *Clin Ther*, 2011; 33(6):708-16.
101. Escudier B, Bellmunt J, Negrier S, Bajetta E, Melichar B, Bracarda S, et al. Phase III trial of bevacizumab plus interferon alfa-2a in patients with metastatic renal cell carcinoma (AVOREN): final analysis of overall survival. *J Clin Oncol*, 2010; 28(13):2144-50.
102. Sternberg CN, Davis ID, Mardiak J, Szczylik C, Lee E, Wagstaff J, et al. Pazopanib in locally advanced or metastatic renal cell carcinoma: results of a randomized phase III trial. *J Clin Oncol*, 2010; 28(6):1061-8.
103. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Oudard S, et al. Overall survival and updated results for sunitinib compared with interferon alfa in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*, 2009; 27(22):3584-90.
104. Escudier B, Eisen T, Stadler WM, Szczylik C, Oudard S, Staehler M, et al. Sorafenib for treatment of renal cell carcinoma: Final efficacy and safety results of the phase III treatment approaches in renal cancer global evaluation trial. *J Clin Oncol*, 2009; 27(20):3312-8.
105. Hutson TE, Escudier B, Esteban E, Bjarnason GA, Lim HY, Pittman KB, et al. Randomized phase III trial of temsirolimus versus sorafenib as second-line therapy after sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*, 2014; 32(8):760-7.

106. Rini BI, Bellmunt J, Clancy J, Wang K, Niethammer AG, Hariharan S, et al. Randomized phase III trial of temsirolimus and bevacizumab versus interferon alfa and bevacizumab in metastatic renal cell carcinoma: INTORACT trial. *J Clin Oncol*, 2014; 32(8):752-9.
107. Bracarda S, Hutson TE, Porta C, Figlin RA, Calvo E, Grunwald V, et al. Everolimus in metastatic renal cell carcinoma patients intolerant to previous VEGFr-TKI therapy: a RECORD-1 subgroup analysis. *Br J Cancer*, 2012; 106(9):1475-80.
108. Dutcher JP, de Souza P, McDermott D, Figlin RA, Berkenblit A, Thiele A, et al. Effect of temsirolimus versus interferon-alpha on outcome of patients with advanced renal cell carcinoma of different tumor histologies. *Med Oncol*, 2009; 26(2):202-9.
109. Mills EJ, Rachlis B, O'Regan C, Thabane L, Perri D. Metastatic renal cell cancer treatments: an indirect comparison meta-analysis. *BMC Cancer*, 2009; 9:34.
110. Di Lorenzo G, Casciano R, Malangone E, Buonerba C, Sherman S, Willet J, et al. An adjusted indirect comparison of everolimus and sorafenib therapy in sunitinib-refractory metastatic renal cell carcinoma patients using repeated matched samples. *Expert Opin Pharmacother*, 2011; 12(10):1491-7.
111. Zbrozek AS, Hudes G, Levy D, Strahs A, Berkenblit A, DeMarinis R, et al. Q-TWiST analysis of patients receiving temsirolimus or interferon alpha for treatment of advanced renal cell carcinoma. *Pharmacoeconomics*, 2010; 28(7):577-84.
112. Yang S, de Souza P, Alemao E, Purvis J. Quality of life in patients with advanced renal cell carcinoma treated with temsirolimus or interferon-alpha. *Br J Cancer*, 2010; 102(10):1456-60.
113. Rini BI, Halabi S, Rosenberg JE, Stadler WM, Vaena DA, Archer L, et al. Phase III trial of bevacizumab plus interferon alfa versus interferon alfa monotherapy in patients with metastatic renal cell carcinoma: final results of CALGB 90206. *J Clin Oncol*, 2010; 28(13):2137-43.
114. Cella D, Michaelson MD, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Charbonneau C, Kim ST, et al. Health-related quality of life in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with sunitinib vs interferon-alpha in a phase III trial: final results and geographical analysis. *Br J Cancer*, 2010; 102(4):658-64.
115. (Castellano D, del Muro XG, Perez-Gracia JL, Gonzalez-Larriba JL, Abrio MV, Ruiz MA, et al. Patient-reported outcomes in a phase III, randomized study of sunitinib versus interferon- α as first-line systemic therapy for patients with metastatic renal cell carcinoma in a European population. *Ann Oncol*, 2009; 20(11):1803-12.
116. Hoyle M, Green C, Thompson-Coon J, Liu Z, Welch K, Moxham T, et al. Cost-effectiveness of sorafenib for second-line treatment of advanced renal cell carcinoma. *Value Health*, 2010; 13(1):55-60.
117. Hoyle M, Green C, Thompson-Coon J, Liu Z, Welch K, Moxham T, et al. Cost-effectiveness of temsirolimus for first line treatment of advanced renal cell carcinoma. *Value Health*, 2010; 13(1):61-8.
118. Thompson Coon J, Hoyle M, Green C, Liu Z, Welch K, Moxham T, et al. Bevacizumab, sorafenib tosylate, sunitinib and temsirolimus for renal cell carcinoma: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2010; 14(2):1-184, iii-iv.
119. Santoni M, Conti A, De Giorgi U, Iacovelli R, Pantano F, Burattini L, et al. Risk of gastrointestinal events with sorafenib, sunitinib and pazopanib in patients with solid tumors: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Int J Cancer*, 2014; 135(4):763-73.
120. Ibrahim EM, Kazkaz GA, Abouelkhair KM, Bayer AM, Elmasri OA. Sunitinib adverse events in metastatic renal cell carcinoma: a meta-analysis. *Int J Clin Oncol*, 2013; 18(6):1060-9.
121. Funakoshi T, Latif A, Galsky MD. Risk of hypertension in cancer patients treated with sorafenib: an updated systematic review and meta-analysis. *J Hum Hypertens*, 2013; 27(10):601-11.
122. Hurwitz HI, Douglas PS, Middleton JP, Sledge GW, Johnson DH, Reardon DA, et al. Analysis of early hypertension and clinical outcome with bevacizumab: results from seven phase III studies. *Oncologist*, 2013; 18(3):273-80.
123. Richards CJ, Je Y, Schutz FA, Heng DY, Dallabrida SM, Moslehi JJ, et al. Incidence and risk of congestive heart failure in patients with renal and nonrenal cell carcinoma treated with sunitinib. *J Clin Oncol*, 2011; 29(25):3450-6.
124. Choueiri TK, Schutz FA, Je Y, Rosenberg JE, Bellmunt J. Risk of arterial thromboembolic events with sunitinib and sorafenib: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *J Clin Oncol*, 2010; 28(13):2280-5.

125. Ranpura V, Hapani S, Chuang J, Wu S. Risk of cardiac ischemia and arterial thromboembolic events with the angiogenesis inhibitor bevacizumab in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Oncol*, 2010; 49(3):287-97.
126. Zhu X, Stergiopoulos K, Wu S. Risk of hypertension and renal dysfunction with an angiogenesis inhibitor sunitinib: systematic review and meta-analysis. *Acta Oncol*, 2009; 48(1):9-17.
127. Schutz FA, Jardim DL, Je Y, Choueiri TK. Haematologic toxicities associated with the addition of bevacizumab in cancer patients. *Eur J Cancer*, 2011; 47(8):1161-74.
128. Schutz FA, Je Y, Choueiri TK. Hematologic toxicities in cancer patients treated with the multi-tyrosine kinase sorafenib: a meta-analysis of clinical trials. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2011; 80(2):291-300.
129. Hang XF, Xu WS, Wang JX, Wang L, Xin HG, Zhang RQ, et al. Risk of high-grade bleeding in patients with cancer treated with bevacizumab: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Clin Pharmacol*, 2011; 67(6):613-23.
130. Chu D, Lacouture ME, Weiner E, Wu S. Risk of hand-foot skin reaction with the multitargeted kinase inhibitor sunitinib in patients with renal cell and non-renal cell carcinoma: a meta-analysis. *Clin Genitourin Cancer*, 2009; 7(1):11-9.
131. Kapadia S, Hapani S, Choueiri TK, Wu S. Risk of liver toxicity with the angiogenesis inhibitor pazopanib in cancer patients. *Acta Oncol*, 2013; 52(6):1202-12.
132. Sivendran S, Liu Z, Portas LJ, Jr., Yu M, Hahn N, Sonpavde G, et al. Treatment-related mortality with vascular endothelial growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor therapy in patients with advanced solid tumors: a meta-analysis. *Cancer Treat Rev*, 2012; 38(7):919-25.
133. Kaymakcalan MD, Je Y, Sonpavde G, Galsky M, Nguyen PL, Heng DY, et al. Risk of infections in renal cell carcinoma (RCC) and non-RCC patients treated with mammalian target of rapamycin inhibitors. *Br J Cancer*, 2013; 108(12):2478-84.
134. Iacovelli R, Palazzo A, Mezi S, Morano F, Naso G, Cortesi E. Incidence and risk of pulmonary toxicity in patients treated with mTOR inhibitors for malignancy. A meta-analysis of published trials. *Acta Oncol*, 2012; 51(7):873-9.
135. Choueiri TK, Je Y, Sonpavde G, Richards CJ, Galsky MD, Nguyen PL, et al. Incidence and risk of treatment-related mortality in cancer patients treated with the mammalian target of rapamycin inhibitors. *Ann Oncol*, 2013; 24(8):2092-7.
136. Dranitsaris G, Schmitz S, Broom RJ. Small molecule targeted therapies for the second-line treatment for metastatic renal cell carcinoma: a systematic review and indirect comparison of safety and efficacy. *J Cancer Res Clin Oncol*, 2013; 139(11):1917-26.
137. Harrison MR, George DJ, Walker MS, Chen C, Korytowsky B, Kirkendall DT, et al. "Real world" treatment of metastatic renal cell carcinoma in a joint community-academic cohort: progression-free survival over three lines of therapy. *Clin Genitourin Cancer*, 2013; 11(4):441-50.
138. Bergmann L, Goebell PJ, Kube U, Kindler M, Herrmann E, Janssen J, et al. Everolimus in metastatic renal cell carcinoma after failure of initial vascular endothelial growth factor receptor-tyrosine kinase inhibitor (VEGFR-TKI) therapy: results of an interim analysis of a non-interventional study. *Onkologie*, 2013; 36(3):95-100.
139. Blesius A, Beuselink B, Chevreau C, Ravaud A, Rolland F, Oudard S, et al. Are tyrosine kinase inhibitors still active in patients with metastatic renal cell carcinoma previously treated with a tyrosine kinase inhibitor and everolimus? Experience of 36 patients treated in France in the RECORD-1 Trial. *Clin Genitourin Cancer*, 2013; 11(2):128-33.
140. Rexer H. (First-line therapy of advanced or metastasized renal cell cancer: open randomized phase III sequence study to examine the effectiveness and tolerance of sorafenib followed by pazopanib versus pazopanib followed by sorafenib in the first-line treatment of patients with advanced or metastasized renal cell cancer (SWITCH-2 - AN 33/11)). *Urologe A*, 2012; 51(5):724-6.
141. Calvo E, Escudier B, Motzer RJ, Oudard S, Hutson TE, Porta C, et al. Everolimus in metastatic renal cell carcinoma: Subgroup analysis of patients with 1 or 2 previous vascular endothelial growth factor receptor-tyrosine kinase inhibitor therapies enrolled in the phase III RECORD-1 study. *Eur J Cancer*, 2011; 48(3):333-9.
142. Motzer RJ, Escudier B, Oudard S, Hutson TE, Porta C, Bracarda S, et al. Phase 3 trial of everolimus for metastatic renal cell carcinoma : final results and analysis of prognostic factors. *Cancer*, 2010; 116(18):4256-65.
143. Negrier S, Jager E, Porta C, McDermott D, Moore M, Bellmunt J, et al. Efficacy and safety of sorafenib in patients with advanced renal cell carcinoma with and without prior cytokine therapy, a subanalysis of TARGET. *Med Oncol*, 2010; 27(3):899-906.

144. Casciano R, Chulikavit M, Di Lorenzo G, Liu Z, Baladi JF, Wang X, et al. Economic evaluation of everolimus versus sorafenib for the treatment of metastatic renal cell carcinoma after failure of first-line sunitinib. *Value Health*, 2011; 14(6):846-51.
145. Stenner F, Chastonay R, Liewen H, Haile SR, Cathomas R, Rothermundt C, et al. A pooled analysis of sequential therapies with sorafenib and sunitinib in metastatic renal cell carcinoma. *Oncology*, 2012; 82(6):333-40.
146. Beaumont JL, Butt Z, Baladi J, Motzer RJ, Haas T, Hollaender N, et al. Patient-reported outcomes in a phase iii study of everolimus versus placebo in patients with metastatic carcinoma of the kidney that has progressed on vascular endothelial growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor therapy. *Oncologist*, 2011; 16(5):632-40.

CARCINOMA DE ESÔFAGO

Consulta Pública SAS/MS nº 19, de 30 de outubro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada busca nas bases de dados do Medline/Pubmed, Embase e Cochrane para opções terapêuticas do carcinoma de esôfago.

No Medline/Pubmed, a busca foi realizada no dia 10/03/2014 e utilizada a seguinte estratégia: termos “Esophageal Neoplasms/diet therapy”(Mesh) OR “Esophageal Neoplasms/drug therapy”(Mesh) OR “Esophageal Neoplasms/radiotherapy”(Mesh) OR “Esophageal Neoplasms/surgery”(Mesh) OR “Esophageal Neoplasms/therapy”(Mesh), restringindo-se para estudos em humanos, meta-análises e revisões sistemáticas em inglês, português e espanhol, identificaram-se 257 referências. Foram retirados 34 artigos que fugiam ao escopo destas Diretrizes. Dos 223 artigos restantes, 121 eram revisões sistemáticas dos mais variados enfoques.

No Embase, a busca foi realizada no dia 10/03/2014 e utilizada a seguinte estratégia: termos ‘esophagus cancer’/exp OR ‘esophagus carcinoma’/exp AND ‘therapy’/exp restringindo-se para estudos em humanos, meta-análises e revisões sistemáticas em inglês, português e espanhol, identificaram-se 393 estudos. Destes, 180 foram retirados porque fugiam ao escopo destas Diretrizes. Dos 213 artigos, 99 eram revisões sistemáticas.

Além disso, 59 artigos foram encontrados tanto no PUBMED quanto no EMBASE.

Na base de dados Cochrane, a busca foi realizada no dia 10/03/2014 com o termo “Esophagus cancer” e foram identificadas 10 revisões sistemáticas sobre esta doença. Destas, uma foi retirada por não tratar diretamente da conduta para câncer de esôfago.

Foram utilizadas nestas Diretrizes as revisões sistemáticas e artigos de 2005 a 2014, totalizando 40 artigos, visto que estes se repetem sistematicamente quanto aos seus resultados. Para os tópicos que não possuem meta-análises e revisões sistemáticas publicadas, foi utilizada a base de dados UpToDate.

Os artigos referentes aos fatores de risco raros para o câncer de esôfago foram identificados de forma não sistemáticas, a fim de citar as revisões mais recentes na língua portuguesa ou não.

2 INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago afeta mais de 450 mil pessoas a cada ano. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou para o ano de 2012, 323 mil novos casos em homens e 132 mil em mulheres no mundo todo. As taxas de mortalidade se aproximam das de incidência, dado o mau prognóstico deste câncer, sendo esperadas 400 mil mortes por ano decorrentes deste câncer. A diferença entre os países pode ser de até 20 vezes, e as regiões mais afetadas são as menos desenvolvidas, onde ocorrem 80% dos novos casos e das mortes. Em todas as regiões ocorre mais em homens do que em mulheres numa razão de aproximadamente 2:1.(1)

No Brasil, as estimativas para 2014 preveem 8.000 casos entre os homens e 2.700 entre as mulheres, aproximadamente, o que corresponde uma taxa de incidência de 8,18 por 100 mil homens e 2,7 por 100 mil mulheres.(2)

O câncer de esôfago pode ser do tipo histopatológico epidermoide e do tipo adenocarcinoma. O primeiro é mais comumente associado ao abuso de fumo e álcool e hábitos alimentares inadequados e é a maioria nos países de

Consultores: Alice de Medeiros Zelmanowicz, Oly Campos Corleta, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

alta incidência, localizando-se mais frequentemente no esôfago médio e proximal. Já o segundo está mais relacionado ao refluxo gastroesofágico crônico, doença de Barret e obesidade e ocorre mais frequentemente no esôfago distal e junção esofagástrica (JEG).(3).

Estas diferenças levam a crer que os dois tipos histológicos representem na verdade duas doenças distintas que acometem a mesma topografia com patogênese, comportamento biológico e resposta ao tratamento diferentes.

Os principais fatores de risco modificáveis para o câncer de esôfago são fumo, álcool e obesidade(4,5). São fatores de risco menos frequentes: a tilose ou Síndrome de Howel-Evans(6,7), síndrome hereditária caracterizada por hiperqueratose palmoplantar; Síndrome de Plummer-Vinson (8,9), síndrome provavelmente associada a deficiência de ferro e que tem como característica a tríade disfagia, anemia ferropriva e membranas esofágicas; e acalasia(10), uma desordem neurodegenerativa da motilidade do esôfago que compromete o peristaltismo e evolui para a perda da função do esfíncter inferior do esôfago e faz parte das alterações encontradas na Doença de Chagas.

O esôfago de Barret é fator de risco para o adenocarcinoma de esôfago. É uma alteração definida como a transformação do epitélio escamoso do esôfago distal para o epitélio colunar especializado, a metaplasia intestinal (epitélio glandular).(11) Supõe-se que esta alteração se dá por exposição prolongada ao refluxo gastroesofágico. Se não prevenida ou tratada, esta metaplasia evolui para displasia de baixo e alto grau, que, quando presente, pode ser considerada a lesão precursora do adenocarcinoma de esôfago (12,13).

Inexistem evidências de que a utilização de suplementos com efeitos antioxidantes, como suplementos vitamínicos e selênio, tenha efeito sobre a incidência de câncer de esôfago (RR 1,06, 95% CI 0,89 a 1,28, I² = 0%)(14).

Revisões sistemáticas (RS) de estudos observacionais reportaram efeito protetor com alguns suplementos ou medicamentos (como aspirina e anti-inflamatórios não esteroidais - AINE) ou dieta rica em fibra, porém com força de evidência inferior à RS da Cochrane, que inclui apenas ensaios clínicos contra placebo ou observação(15-18), razão pela qual não se recomenda esta intervenção preventiva.

Inexistem ensaios clínicos randomizados que determinem a eficácia de rastreamento de câncer de esôfago. Conforme RS da Cochrane, baseada em estudos observacionais, concluiu que ensaios clínicos não randomizados relataram melhora na sobrevida, porém a análise crítica identifica que este resultado pode ter sido afetado pelo viés de duração de tempo, viés de tempo ganho e viés de seleção.(19)

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C15.0 Neoplasia maligna da porção cervical do esôfago (esôfago cervical)
- » C15.1 Neoplasia maligna da porção torácica do esôfago (esôfago torácico)
- » C15.2 Neoplasia maligna da porção abdominal do esôfago (esôfago abdominal)
- » C15.3 Neoplasia maligna do terço superior do esôfago
- » C15.4 Neoplasia maligna do terço médio do esôfago
- » C15.5 Neoplasia maligna do terço inferior do esôfago
- » C15.8 Neoplasia maligna do esôfago com lesão invasiva
- » C15.9 Neoplasia maligna do esôfago, não especificado

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

A maioria dos pacientes diagnosticados com câncer de esôfago apresenta disfagia progressiva como primeiro sintoma. Assim, todo paciente que inicia com este sintoma deve submeter-se a uma endoscopia alta. Esta recomendação é particularmente importante caso o paciente apresente ou se exponha a algum fator de risco ou se tiver sintomas associados, como odinofagia e perda de peso.

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E CIRÚRGICO

Tumor na mucosa do esôfago visto na endoscopia digestiva alta (EDA) é patognomônico do câncer de esôfago. Mesmo assim, biópsia para comprovação anatomopatológica e definição do subtipo histológico é mandatória. A adição da coleta de espécime para citologia aumenta a acurácia do diagnóstico.(20, 21)

Porém, é comum o paciente com câncer de esôfago ser diagnosticado com um quadro avançado da neoplasia e, neste caso, os sintomas associados a disfagia grave ou obstrução do trato digestivo são claros, como perda de peso, desnutrição e odinofagia.

4.2. DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

O diagnóstico por imagem do câncer de esôfago tem por objetivo definir o estadiamento, ou seja, determinar a profundidade da invasão do tumor na parede do esôfago (T), o acometimento linfonodal locorregional (N) e a presença de metástase(s) à distância (M). Porém, não há método de imagem ideal para o estadiamento pré-tratamento nem para avaliação de resposta após tratamento. Em parte esta dificuldade se dá pela variabilidade de apresentações e prognóstico deste grupo de tumores, o que dificulta a padronização da avaliação da acurácia do teste nos estudos disponíveis. A broncoscopia ou a ecoendoscopia faz parte da avaliação da extensão (estadiamento) dos tumores localizados acima da carina em alguns centros. Mas, sempre que houver suspeita de fístula esôfagobrônquica, a broncoscopia é o método diagnóstico de eleição.(22)

Outros exames podem ser utilizados para o estadiamento: a tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdômen superior, exame endoscópico (esofagiano e mediastinal) e ultrassonografia (US) endoscópica (com ou sem biópsia aspirativa com agulha fina de linfonodos aumentados). A acurácia destes exames é variável, e estudos com qualidade metodológica adequada estão em andamento. Alguns centros incluem a laparoscopia para aumentar a precisão da avaliação da extensão tumoral, já que os adenocarcinomas dão metástases preferencialmente para a cavidade abdominal e o carcinoma epidermoide, intratorácicas. Porém, inexistente evidência suficiente para recomendar a laparoscopia como definitivamente necessária para o estadiamento do câncer de esôfago. A identificação de metástase(s) a distância é fundamental para evitar procedimentos cirúrgicos de grande porte que comprometam a qualidade de vida do paciente sem benefício em termos de sobrevida do doente.

4.3 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Inexistem exames de patologia clínica para o diagnóstico do câncer de esôfago, e não há recomendação de se solicitar marcadores tumorais (como o CEA e CA19.9, entre outros) para diagnóstico, avaliação prognóstica, seguimento de pacientes e avaliação da resposta terapêutica.

4.4 ESTADIAMENTO

Os critérios de estadiamento do câncer de esôfago são os adotados pela União Internacional contra o Câncer (UICC) em TNM - Classificação de Tumores Malignos(23):

TUMOR (T)	
T1	Lâmina própria (T1a), submucosa (T1b).
T2	Muscular própria.
T3	Adventícia.
T4a	Pleura, pericárdio, diafragma.
T4b	Aorta, corpo vertebral, traqueia.
LINFONODO (N)	
N1	1 a 2 linfonodos regionais.
N2	3 a 6 linfonodos regionais.
N3	7 ou mais linfonodos regionais.
METÁSTASE A DISTÂNCIA (M)	
M0	Sem metástase a distância.
M1	Com metástase a distância.

Grupamento por estádios

ESTÁDIO 0	TIS	N0	M0
Estádio IA	T1	N0	M0
Estádio IB	T2	N0	M0
Estádio IIA	T3	N0	M0
Estádio IIB	T1, T2	N1	M0
Estádio IIIA	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T1,T2	N2	M0
Estádio IIIB	T3	N2	M0
Estádio IIIC	T4a	N1, N2	M0
	T4b	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

A incorporação de variáveis não anatômicas, como localização e grau de diferenciação histológica, se deu a partir da 7ª edição e modifica a distribuição dos tumores T1 e T2 nos estágios iniciais. Os gráficos que se seguem facilitam a visualização destas diferenças entre os tipos histopatológicos mais comuns do carcinoma de esôfago(24):

Carcinoma epidermoide

	T	N	M	GRAU	*LOCALIZAÇÃO
Grupo 0	Tis	0	0	1	Qualquer
Grupo IA	1	0	0	1, X	Qualquer
Grupo IB	1	0	0	2, 3	Qualquer
	2, 3	0	0	1, X	Inferior, X
Grupo IIA	2, 3	0	0	1, X	Superior/Médio
	2, 3	0	0	2, 3	Inferior, X
Grupo IIB	2, 3	0	0	2, 3	Superior/Médio
	1, 2	1	0	Qualquer	Qualquer
Grupo IIIA	1, 2	2	0	Qualquer	Qualquer
	3	1	0	Qualquer	Qualquer
Grupo IIIB	4a	0	0	Qualquer	Qualquer
	3	2	0	Qualquer	Qualquer
Grupo IIIC	4a	1, 2	0	Qualquer	Qualquer
	4b	Qualquer	0	Qualquer	Qualquer
Grupo IV	Qualquer	3	0	Qualquer	Qualquer
	Qualquer	Qualquer	1	Qualquer	Qualquer

*Superior, médio e inferior correspondem aos terços intratorácicos do esôfago.

Adenocarcinoma

	T	N	M	GRAU
Grupo 0	Tis	0	0	1
Grupo IA	1	0	0	1, 2, X
Grupo IB	1	0	0	3
	2	0	0	1, 2, X
Grupo IIA	2	0	0	3
Grupo IIB	3	0	0	Qualquer
	1, 2	1	0	Qualquer
Grupo IIIA	1, 2	2	0	Qualquer
	3	1	0	Qualquer
	4a	0	0	Qualquer
Grupo IIIB	3	2	0	Qualquer
Grupo IIIC	4a	1, 2	0	Qualquer
	4b	Qualquer	0	Qualquer
	Qualquer	3	0	Qualquer
Grupo IV	Qualquer	Qualquer	1	Qualquer

5 CENTRO DE REFERÊNCIA

Hospitais gerais com serviço de cirurgia ou de cirurgia oncológica podem realizar o diagnóstico, tratamento cirúrgico e acompanhamento de doentes com achado incidental de tumores esofágicos. Já os hospitais habilitados como UNACON ou CACON têm as condições para o tratamento cirúrgico e clínico de doentes com câncer de esôfago em todos os estágios da doença.

6 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

O tratamento do câncer de esôfago é interdisciplinar. O planejamento das modalidades terapêuticas deve ser feito tão logo o diagnóstico esteja definido quanto ao seu tipo histopatológico, localização (cervical, torácico ou distal) e estadiamento(25). A cirurgia deve ser feita em hospital cuja equipe cirúrgica tenha experiência nas diversas técnicas e em que a qualidade dos resultados seja avaliada periodicamente(22).

Apesar de não haver ensaio clínico randomizado (ECR) ou revisão sistemática (RS) que definam o papel da nutrição adequada antes de iniciar o tratamento do câncer de esôfago, é importante garantir uma via de alimentação adequada e avaliar periodicamente o estado nutricional do paciente.

6.1 TRATAMENTO DAS LESÕES PRÉ-MALIGNAS E MALIGNAS INICIAIS

O câncer de esôfago inicial são tumores classificados como Tis (displasia de alto-grau, que inclui todas as lesões neoplásicas não invasivas (também denominados tumores in situ) e os tumores T1, divididos em T1a (lesões que invadem até a camada da mucosa) e T1b (lesões até a submucosa). O risco de envolvimento linfonodal nos tumores Tis ou T1a é virtualmente zero, com exceção de algumas séries que descrevem a possibilidade deste acometimento quando o tumor que envolve somente a mucosa chega até a camada muscular da mucosa e apresenta invasão linfovascular à histopatologia(26).

Uma RS da Cochrane, atualizada em abril de 2012, descreveu que não há ensaios ECRs que comparam o melhor tratamento para lesões pré-malignas ou malignas iniciais (definidas como esôfago de Barret, displasia de alto grau, carcinomas com invasão superficial (T1a e T1b)). O critério de inclusão de artigos para essa RS incluía neoplasias de linhagem epitelial e glandular, e para tipos histopatológicos menos comuns a ausência de estudos é semelhante para todos os subtipos. A decisão de usar métodos de ressecção endoscópicas ou esofagectomia deve ser tomada a critério da equipe assistencial multidisciplinar que assiste o paciente(27).

6.2 CIRURGIA DO CARCINOMA ESOFAGIANO

Todo o paciente com câncer de esôfago deve ser avaliado quanto a sua ressecabilidade (que inclui a localização do tumor e a avaliação de metástase(s) a distância).

Casos de tumores cervicais em que não é possível garantir margem proximal adequada devem receber tratamento não cirúrgico (radioterapia) exclusivo(28).

Casos de tumor avançado (T4a) que envolve o pericárdio, pleura ou diafragma podem ser operados. Tumores que invadem outros órgãos como coração, grandes vasos, traqueia e órgãos adjacentes (T4b) são irrecutíveis. Assim como não devem ser abordados cirurgicamente os tumores da junção esofagogástrica com acometimento linfonodal supraclavicular ou em estágio clínico IV, ou seja, com metástase(s) a distância mesmo que só linfonodal(ais).(29)

A técnica cirúrgica deve ser definida pela localização do tumor, condições do paciente, a experiência da equipe cirúrgica e a preferência do paciente, devidamente esclarecido sobre os resultados da cirurgia.(30-32)

Inexiste ECR ou RS que definam o número mínimo de linfonodos que devem ser ressecados nos pacientes com cirurgia primária para o câncer de esôfago. Porém, análise de séries de casos demonstram que a extensão da linfadenectomia se relaciona positivamente com a sobrevida. (33,34,35,36) Inexistem evidências sobre o número necessário para aqueles que receberam tratamento préoperatório, mas um número semelhante deve ser buscado.

6.2.1 RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA

O tratamento inicial para a maioria dos pacientes que se apresentam com tumor em estágio clínico IB a III (tumores que invadem a muscular própria – T2 – ou mais ou que tenham acometimento linfonodal – N positivo) é a quimiorradioterapia concomitante ou quimioterapia peri-operatória.

O benefício de quimioterapia e radioterapia concomitantes seguidos ou não de cirurgia pode ser evidenciado em todos os estágios clínicos do carcinoma de esôfago, e esta modalidade de tratamento deve ser recomendada sempre que o paciente apresentar condições clínicas e não tiver metástase(s) a distâncias que devam ser tratadas com outra modalidade terapêutica.

O esquema ideal de quimioterapia exclusiva ou em combinação com outras modalidades terapêuticas não está definido. Porém, os esquemas de tratamento mais comumente usados incluem a 5-fluoruracila infusional e cisplatina, com ou sem um terceiro antineoplásico(37).

Uma meta-análise de 10 ensaios clínicos randomizados, comparando quimiorradioterapia prévia a cirurgia com cirurgia exclusiva, mostrou um ganho absoluto em sobrevida de 13% em 2 anos para o tratamento combinado (HR, 0,81; 95% CI, 0,70-0,93; p=0,002)(38)

Duas meta-análises de 2009 e 2011 também demonstraram redução da mortalidade por câncer de esôfago em pacientes que recebem quimio- e radioterapia concomitantes sem cirurgia. A revisão da Cochrane demonstrou um benefício relativo de 27% (HR 0,73 (95% CI 0,64 a 0,84) sem cirurgia após. O benefício absoluto foi de 9% em 1 ano (95% CI 5% a 12%) e 4% em 2 anos (95% CI 3% a 6%). Porém, este tratamento combinado foi associado a eventos adversos significativos.(39,40)

Os ensaios clínicos em que a quimioterapia e a radioterapia eram sequenciais não demonstraram benefício em sobrevida ou controle local, além de agregarem muita toxicidade.(37)

Quimioterapia e radioterapia concomitantes previamente à cirurgia para adenocarcinoma de esôfago (e estômago) aumenta a sobrevida (SV) quando comparado com cirurgia isolada e deve ser oferecida a todos os

pacientes em condições clínicas de a elas se submeterem. A RS com meta-análise atualizada em 2014, que demonstrou este impacto na sobrevida, demonstra maior benefício nos casos do câncer que tem origem na junção esôfagogastrica (JEG) do que nas outras localizações anatômicas. Além disso, a associação de quimio- e radioterapia também tem mais impacto sobre a SV do que quimioterapia isolada nos casos de tumor localizado na JEG e no esôfago. Porém, nem todos os estudos que foram incluídos no resultado global da meta-análise tinha a identificação da localização topográfica. Na sub-análise por topografia, apenas 70% dos pacientes puderam ser incluídos. Destes, 26% eram casos de adenocarcinomas de esôfago distal, e a meta-análise não mostrou benefício na sobrevida global (HR 0,87 (0,73, 1,05)). Esta RS demonstrou uma interação entre idade e efeito do tratamento, demonstrando que quanto mais jovem o paciente mais benefício sobre a SV, e que pacientes idosos não se beneficiam(41).

6.4 QUIMIOTERAPIA PRÉVIA OU ADJUVANTE

Quimioterapia prévia (sem radioterapia) parece aumentar a sobrevida de pacientes com neoplasia de esôfago torácico ressecável, quando comparado com cirurgia. Esta evidência é baseada em RS da Cochrane publicada em 2009 (atualizada pela última vez em fevereiro de 2010), que demonstrou vantagem em SV, porém com significância estatística limítrofe (HR 0,88; 95% CI 0,75 a 1,04).(42) Esta evidência é apoiada também por meta-análise atualizada em 2011(43) e outra de pacientes individuais publicada somente em formato de resumo de congresso(44). Este benefício é particularmente significativo em análises de alguns subgrupos, como pacientes com linfonodos positivos ou que responderam a quimioterapia antes da cirurgia.

Quimioterapia exclusiva adjuvante (pós-operatória) não impacta na sobrevida dos doentes de carcinoma esofagiano(37).

6.5 RADIOTERAPIA

Ensaio clínico não demonstraram benefício em sobrevida com a radioterapia exclusiva pré-(45) ou pós-operatória(46-48), quando comparada com cirurgia exclusiva.

A Tabela 1 resume o tratamento do carcinoma esofagiano de localização torácica e distal.

Tabela 1 - Resumo dos tratamentos de carcinomas torácicos e distais

OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA PACIENTE SEM METÁSTASE(S) A DISTÂNCIA	EC I E – T1-3N0 A – T1-2N0	ECII E – T1-2N1 A – T3 N0 + T1-2N1	ECIII E – T3-4-2N1-3 A – T3 N1 MAIS QUALQUER T4 MAIS QUALQUER N2-3
Cirurgia exclusivamente	X	X	
Quimioterapia e radioterapia concomitantes		X	X
Quimioterapia e radioterapia concomitante prévias a cirurgia	X	X	X

Abreviaturas: E = Carcinoma epidermoide A = Adenocarcinoma

6.6 TRATAMENTO PALIATIVO NA AUSÊNCIA DE METÁSTASE(S)

A maioria dos pacientes com câncer de esôfago ou com câncer da transição esofagogástrica é diagnosticada em estágios avançados. O principal objetivo do tratamento nesta situação é o controle dos sintomas, principalmente disfagia. Apesar de ter evoluído, a melhor opção para melhorar a disfagia não foi ainda estabelecida. Stent metálico autoexpansível é seguro, efetivo e rápido na resolução do sintoma. Stent e braquiterapia são comparáveis a outras modalidades, como dilatação, ablação endoscópica e quimio- e radioterapia concomitantes(46-48).

6.7 TRATAMENTO DE PACIENTE COM CARCINOMA METASTÁTICO (M1) OU RECIDIVADO

Dois ECR com um total de 42 participantes compararam quimioterapia paliativa com cuidados paliativos exclusivos (best supportive care) para o tratamento de pacientes com câncer de esôfago avançado. Nenhum benefício em sobrevida foi demonstrado com a quimioterapia. Cinco ECR com um total de 1.242 participantes compararam diferentes esquemas de quimioterapia. Devido à variabilidade dos pacientes e dos esquemas de tratamento não foi possível fazer uma análise conjunta dos resultados. Nenhum esquema de quimioterapia específico se demonstrou superior, e a revisão recomenda que se faça ECR específicos para se responder a essas perguntas e se fazer uma recomendação com nível de evidência estatisticamente significativa. Além disso, estudos que avaliem qualidade de vida em pacientes em que o tratamento tem intuito paliativo devem ser desenvolvidos.(49)

7 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

7.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A resposta patológica completa é o principal fator prognóstico após tratamento neoadjuvante, e peças operatórias com remissão completa são as que predizem melhor sobrevida.(50)

A utilização de meios diagnósticos nucleares (PET) associados ou não à TC têm sido utilizado para avaliar a resposta ao tratamento neoadjuvante visto sua alta sensibilidade; porém, a sua superioridade sobre outros métodos, como a ecografia endoscópica, não está definida.(51)

Inexistem exames de imagem ideal para avaliar a resposta terapêutica, e os exames utilizados para o estadiamento devem ser repetidos para avaliar a efetividade do tratamento.

7.2 CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

Inexistem estudos que definam critérios de interrupção de tratamento. Assim, a relação custo-benefício deve ser avaliada individualmente após ter sido instituído o tratamento padrão e houver falha de resposta ou sofrimento desproporcional relacionado ao tratamento.

8 ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO

Inexiste estudo que demonstre o impacto sobre a sobrevida dos doentes com seguimento sistemático com exames após os tratamentos. Recomendam-se consultas a cada 3 a 6 meses pelos primeiros 1 a 2 anos; então, a cada 6 a 12 meses durante 3 a 5 anos e, após, anualmente. Apesar de não haver a necessidade de se repetir a EDA regularmente, esta e outros exames de imagem devem ser realizados conforme os sintomas apresentados pelo paciente. Pacientes com câncer inicial que tiveram ressecção endoscópica devem submeter-se à endoscopia a cada 3 meses por pelo menos 1 ano e, após, anualmente.(29)

9 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de câncer esofagiano devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

Os procedimentos radioterápicos e quimioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 04) e cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de adultos com câncer de esôfago:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

03.04.02.017-6) - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma Epidermoide/Adenocarcinoma de Esôfago avançado (doença metastática ou recidivada)

QUIMIOTERAPIA PRÉVIA/CONCOMITANTE À RADIOTERAPIA – ADULTO

03.04.04.011-8 – Quimioterapia de Carcinoma Epidermoide ou Adenocarcinoma de Esôfago em estágio de I até IVA

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação.

Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; e o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos).

Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e observância da regulação do acesso assistencial; a qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração de medicamento(s) (tipos e doses); a compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico de câncer esofágico e perfil clínico do doente (capacidade funcional, estadiamento, indicação clínica para tratamento), o esquema terapêutico e as doses diárias prescritas e fornecidas; a compatibilidade do registro dos procedimentos com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo, pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo e pelo Trastuzumabe para a quimioterapia prévia e adjuvante do câncer de mama, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos(46).

10 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao tratamento do câncer esofágico, notadamente no uso de medicamento antineoplásico.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 (Internet). Lyon, <country-region>France</country-region>: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr> (acessado em 06/04/2014). GLOBOCAN2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil Rio de Janeiro. INCA, 2014. 124p.il.col.,mapas.
3. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(2):69-90.
4. Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, Mouw T, Subar AF, Hollenbeck AR, et al. A prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes. *Am J Epidemiol.* 2007;165(12):1424-33.
5. Lindkvist B, Johansen D, Stocks T, Concin H, Bjorge T, Almquist M, et al. Metabolic risk factors for esophageal squamous cell carcinoma and adenocarcinoma: a prospective study of 580,000 subjects within the Me-Can project. *BMC Cancer.* 2014;14:103.
6. O'Mahony MY, Ellis JP, Hellier M, Mann R, Huddy P. Familial tylosis and carcinoma of the oesophagus. *J R Soc Med.* 1984;77(6):514-7.
7. de Souza CA, Santos Ada C, Santos Lda C, Carneiro AL. (Hereditary tylosis syndrome and esophagus cancer). *An Bras Dermatol.* 2009;84(5):527-9.
8. Novacek G. Plummer-Vinson syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2006;1:36.
9. Oliveira A, Teixeira D, Ferronato G. Síndrome de Plummer-Vinson: Relato de caso e revisão da literatura. *Rev. Med. Res., Curitiba,* v.15, n.22013. p. 138-42.
10. O'Neill OM, Johnston BT, Coleman HG. Achalasia: a review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. *World J Gastroenterol.* 2013;19(35):5806-12.
11. Winberg H, Lindblad M, Lagergren J, Dahlstrand H. Risk factors and chemoprevention in Barrett's esophagus - an update. *Scand J Gastroenterol.* 2012;47(4):397-406.
12. Risk factors and chemoprevention in Barrett's esophagus - An update (Internet). 2012.
13. Singh S, Manickam P, Amin AV, Samala N, Schouten LJ, Iyer PG, et al. Incidence of esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus with low-grade dysplasia: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2014;79(6):897-909.e4; quiz 83.e1, 83.e3.
14. Bjelakovic G, Nikolova D, Simonetti RG, Gluud C. Antioxidant supplements for preventing gastrointestinal cancers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(3):Cd004183.
15. Ge XX, Xing MY, Yu LF, Shen P. Carotenoid intake and esophageal cancer risk: a meta-analysis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(3):1911-8.
16. Sivarasan N, Smith G. Role of aspirin in chemoprevention of esophageal adenocarcinoma: a meta-analysis. *J Dig Dis.* 2013;14(5):222-30.
17. Coleman HG, Murray LJ, Hicks B, Bhat SK, Kubo A, Corley DA, et al. Dietary fiber and the risk of precancerous lesions and cancer of the esophagus: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev.* 2013;71(7):474-82.
18. Sun L, Yu S. Meta-analysis: non-steroidal anti-inflammatory drug use and the risk of esophageal squamous cell carcinoma. *Dis Esophagus.* 2011;24(8):544-9.
19. Yang S, Wu S, Huang Y, Shao Y, Chen XY, Xian L, et al. Screening for oesophageal cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:Cd007883.
20. Zargar SA, Khuroo MS, Jan GM, Mahajan R, Shah P. Prospective comparison of the value of brushings before and after biopsy in the endoscopic diagnosis of gastroesophageal malignancy. *Acta Cytol.* 1991;35(5):549-52.
21. Batra M, Handa U, Mohan H, Sachdev A. Comparison of cytohistologic techniques in diagnosis of gastroesophageal malignancy. *Acta Cytol.* 2008;52(1):77-82.
22. Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, Cunningham D, Jankowski JA, Wong R. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. *Gut.* 2011;60(11):1449-72.

23. União Internacional Contra o Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. 7a Edição. Rio de Janeiro, Inca2012. xxv, 325p.
24. Rice TW, Blackstone EH. Esophageal cancer staging: past, present, and future. *Thorac Surg Clin*. 2013;23(4):461-9.
25. Stahl M, Mariette C, Haustermans K, Cervantes A, Arnold D. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013;24 Suppl 6:vi51-6.
26. Wright CD, Saltzman JR Management of superficial esophageal cancer. UpToDate, 2014 versão24.0
27. Bennett C, Green S, De Caestecker J, Almond M, Barr H, Bhandari P, et al. Surgery versus radical endotherapies for early cancer and high-grade dysplasia in Barrett's oesophagus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* In: The Cochrane Library (Internet). (2).
28. Choi N, Gibson M. Radiation therapy, chemoradiotherapy, neoadjuvant approaches, and postoperative adjuvant therapy for localized cancers of the esophagus. UpToDate 40.0 (Internet).2014.
29. NCCN Guidelines Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. version 1.2014 Disponível em http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf.
30. Uzunoglu FG, Reeh M, Kutup A, Izbicki JR. Surgery of esophageal cancer. *Langenbecks Arch Surg*. 2013;398(2):189-93.
31. Dantoc M, Cox MR, Eslick GD. Evidence to support the use of minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: a meta-analysis. *Arch Surg*. 2012;147(8):768-76.
32. Watanabe M, Baba Y, Nagai Y, Baba H. Minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: an updated review. *Surg Today*. 2013;43(3):237-44.
33. Peyre CG, Hagen JA, DeMeester SR, Altorki NK, Ancona E, Griffin SM, et al. The number of lymph nodes removed predicts survival in esophageal cancer: an international study on the impact of extent of surgical resection. *Ann Surg*. 2008;248(4):549-56.
34. Greenstein AJ, Litle VR, Swanson SJ, Divino CM, Packer S, Wisnivesky JP. Effect of the number of lymph nodes sampled on postoperative survival of lymph node-negative esophageal cancer. *Cancer*. 2008;112(6):1239-46.
35. Rizk NP, Ishwaran H, Rice TW, Chen LQ, Schipper PH, Kesler KA, et al. Optimum lymphadenectomy for esophageal cancer. *Ann Surg*. 2010;251(1):46-50.
36. Schwarz RE, Smith DD. Clinical impact of lymphadenectomy extent in resectable esophageal cancer. *J Gastrointest Surg*. 2007;11(11):1384-93; discussion 93-4.
37. Forde PM, Kelly RJ. Chemotherapeutic and targeted strategies for locally advanced and metastatic esophageal cancer. *J Thorac Oncol*. 2013;8(6):673-84.
38. GebSKI V, Burmeister B, Smithers BM, Foo K, Zalberg J, Simes J. Survival benefits from neoadjuvant chemoradiotherapy or chemotherapy in oesophageal carcinoma: a meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2007;8(3):226-34.
39. Wong RK, Malthaner R. Combined chemotherapy and radiotherapy (without surgery) compared with radiotherapy alone in localized carcinoma of the esophagus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library; (2).
40. Kranzfelder M, Schuster T, Geinitz H, Friess H, Buchler P. Meta-analysis of neoadjuvant treatment modalities and definitive non-surgical therapy for oesophageal squamous cell cancer. *Br J Surg*. 2011;98(6):768-83.
41. Ronellenfitsch U, Schwarzbach M, Hofheinz R, Kienle P, Kieser M, Slinger T, et al. Perioperative chemo (radio) therapy versus primary surgery for resectable adenocarcinoma of the stomach, gastroesophageal junction, and lower esophagus.; (2).
42. Vogt K, Fenlon D, Rhodes S, Malthaner R. Preoperative chemotherapy for resectable thoracic esophageal cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library,; (2).
43. Sjoquist KM, Burmeister BH, Smithers BM, Zalberg JR, Simes RJ, Barbour A, et al. Survival after neoadjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy for resectable oesophageal carcinoma: an updated meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2011;12(7):681-92.

44. Thirion SM A, Le Maître J. Tierney Abstract: Individual patient data-based meta-analysis assessing pre-operative chemotherapy in resectable oesophageal carcinoma P. G. on behalf of the MetaAnalysis of Chemotherapy in Esophagus Cancer Collaborative Group Journal of Clinical Oncology, 2007 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition). Vol 25, No 18S (June 20 Supplement), 2007: 45122007; 25.
45. Arnott SJ, Duncan W, Gignoux M, Girling D, Hansen H, Launois B, et al. Preoperative radiotherapy for esophageal carcinoma. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library.
46. Zieren HU, Muller JM, Jacobi CA, Pichlmaier H, Muller RP, Staar S. Adjuvant postoperative radiation therapy after curative resection of squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus: a prospective randomized study. *World J Surg.* 1995;19(3):444-9.
47. Fok M, Sham JS, Choy D, Cheng SW, Wong J. Postoperative radiotherapy for carcinoma of the esophagus: a prospective, randomized controlled study. *Surgery.* 1993;113(2):138-47.
48. Ténrière P, Hay J, Fingerhut A, Fagniez P. Postoperative radiation therapy does not increase survival after curative resection for squamous cell carcinoma of the middle and lower esophagus as shown by a multicenter controlled trial. French University Association for Surgical Research. *Surg Gynecol Obstet.* 1991. p. 123-30.
49. Homs Marjolein Y, van der Gaast A, Siersema Peter D, Steyerberg EW, J. KE. Chemotherapy for metastatic carcinoma of the esophagus and gastro-esophageal junction. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library;; (2).
50. Chirieac LR, Swisher SG, Ajani JA, Komaki RR, Correa AM, Morris JS, et al. Posttherapy pathologic stage predicts survival in patients with esophageal carcinoma receiving preoperative chemoradiation. *Cancer.* 2005;103(7):1347-55.
51. Ngamruengphong, V K S, B N, Das. A. Assessment of response to neoadjuvant therapy in esophageal cancer: an updated systematic review of diagnostic accuracy of endoscopic ultrasonography and fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Dis. Esophagus* 2010. p. 216-31.

CARCINOMA DE MAMA

Consulta Pública SAS/MS nº 20, de 3 de novembro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada busca de artigos nas bases de dados do Medline/Pubmed, e Cochrane para opções terapêuticas do câncer de mama.

Em 25/03/2014 foi realizada busca no Medline/Pubmed com a seguinte estratégia de busca: “*Breast Neoplasms/therapy*”[Mesh], limitando-se para revisões sistemáticas e meta-análises, publicações dos últimos 10 anos, língua inglesa, e foram obtidos 1.437 artigos.

No Embase, foi realizada a busca com a seguinte estratégia: ‘breast tumor’/exp AND ‘therapy’/exp AND ([systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim) AND [humans]/lim AND [english]/lim AND [embase]/lim AND [2004-2014]/py e foram obtidos 2.407 artigos.

Na base Cochrane, busca em 25/03/2014 com a expressão “Breast Cancer” identificou 106 revisões sistemáticas da Cochrane, sendo 29 diretamente relacionadas ao tema destas Diretrizes e selecionadas para leitura.

Os artigos foram organizados nos seguintes grupos: epidemiologia, fatores de risco, cirurgia, radioterapia, quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia paliativa, hormonioterapia adjuvante, hormonioterapia neoadjuvante e hormonioterapia paliativa.

As referências dos estudos localizados pela estratégia de busca inicial foram analisadas com vistas a localizar outros estudos relevantes. Foram excluídos estudos que não correspondiam aos critérios das estratégias de busca, avaliando terapias complementares e métodos ou agentes terapêuticos não aprovados no Brasil; excluíram-se estudos com graves problemas metodológicos, bem como estudos com desfechos não clínicos ou não orientados para o paciente. Foram ainda consultados livros-textos, manuais de tratamento, diretrizes terapêuticas e documentos de consensos de sociedades de especialidades médicas nacionais e internacionais e envolvidas com o tratamento do câncer de mama.

2 INTRODUÇÃO

O câncer da mama é o tipo de câncer mais incidente entre as mulheres em todo o mundo, seja em países em desenvolvimento ou em países desenvolvidos. Para 2014, estima-se que o Brasil terá 57.120 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores não melanóticos da pele, esse tipo de câncer é o mais frequente entre as mulheres das regiões Sudeste (71,18/100 mil), Sul (70,98/100 mil), Centro-Oeste (51,3/100 mil) e Nordeste (36,74/100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (21,29/100 mil) entre elas.(1)

É considerado um câncer de relativo bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado precocemente. No entanto, quando diagnosticado em estágios avançados, com metástases sistêmicas, a cura não é possível. A sobrevida média após cinco anos do diagnóstico, na população de países desenvolvidos, tem apresentado um aumento e está hoje em cerca de 85%.(1,2) No Brasil a sobrevida aproximada é de 80%.(1) Os melhores resultados em sobrevida em países desenvolvidos estão relacionados principalmente ao diagnóstico precoce por mamografia (MMG), sendo este exame um método comprovadamente eficaz de rastreamento populacional, e à evolução dos tratamentos adjuvantes(3).

Consultores: André Tesainer Brunetto, Gustavo Henrique Gomes Advíncula, Marta Nassif Pereira Lima, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

A idade é o principal fator de risco para o câncer de mama feminino. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Outros fatores de risco estabelecidos incluem aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama, alta densidade do tecido mamário, obesidade, urbanização e elevação do status socioeconômico, entre outros.(4-7)

O câncer de mama é uma das doenças mais estudadas em Oncologia, considerado muito heterogêneo e, portanto, com diferentes abordagens em diretrizes, *guidelines*, e trabalhos científicos. As recomendações nas presentes Diretrizes, em sua maioria, estão baseadas em estudos de fase III, prospectivos e randomizados, em revisões sistemáticas e em meta-análises.

O câncer de mama tem seu prognóstico e tratamento definidos pela localização, idade de apresentação e estadiamento, e ainda fatores de risco que levam em consideração critérios histopatológicos, biológicos e, mais recentemente, moleculares e genéticos.

A conduta quanto aos riscos de as mulheres desenvolverem câncer de mama está contemplada nas diretrizes do Ministério da Saúde para a detecção precoce (rastreamento e diagnóstico precoce) desse câncer no Brasil, sendo o exame clínico anual das mamas e o rastreamento mamográfico as estratégias adotadas: exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e mamografia bilateral a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos.(8,9). Estima-se que para se prevenir uma morte é necessário o rastreamento de 400 mulheres na idade entre 50-70 anos por período de dez anos.(10-11); e, por questões metodológicas, os resultados positivos do rastreamento mamográfico vêm sendo questionados(12).

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

3.1 DIAGNÓSTICO

Quando há suspeita de câncer por métodos de detecção precoce ou do exame físico (nódulo mamário geralmente único, isolado, endurecido e, frequentemente, aderido ao tecido adjacente, podendo apresentar assimetria ou retração), a lesão deverá ser biopsiada.

Após o diagnóstico ser confirmado por exame histopatológico, a anamnese deve focar principalmente a história familiar, comorbidades e fatores de risco e a evolução cronológica da doença. Deve-se realizar exame físico completo à procura de outros potenciais sítios de doença, mormente o exame das axilas, da região cervical e das fossas supraclaviculares. O objetivo da biópsia inicial é a obtenção de material suficiente para o diagnóstico, sempre utilizando a conduta menos invasiva, para evitar a desnecessária excisão cirúrgica de lesões benignas.(13)

O tipo histopatológico invasivo mais comum (observado em mais de 90% dos casos) é o adenocarcinoma do tipo carcinoma ductal infiltrante (CDI) e o segundo mais comum (em 5% a 10% dos casos), o adenocarcinoma do tipo carcinoma lobular infiltrante (CLI). Estas Diretrizes referem-se a estes dois tipos, sendo o termo Câncer de Mama utilizado como seus sinônimos.

Existem algumas diferenças clínicas entre o carcinoma ductal e o lobular em relação ao prognóstico e a história natural da doença. Os CLI possuem maior tendência a apresentarem-se, ao diagnóstico, com doença em ambas as mamas e com maior frequência de doença multicêntrica. A maioria dos CLI acomete mulheres mais idosas, a sua variante clássica comumente apresenta positividade para receptores hormonais (RH) e o seu prognóstico parece ser mais favorável do que o das pacientes acometidas por CDI. As pacientes com CLI podem apresentar doença metastática tardiamente para sítios característicos como meninge, peritônio e trato gastrointestinal.

A classificação molecular do câncer de mama pode ser realizada no material histopatológico por análise genética e, mais comumente, por imuno-histoquímica.(14-17) Estão descritos diferentes subtipos moleculares de câncer de mama que diferem na sua evolução clínica e prognóstico. Os cinco subtipos moleculares são: luminal A, luminal B, luminal híbrido, receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 (HER-2) e basal-símile(18-20); contudo, na prática clínica,

para a definição do tratamento do câncer de mama, utiliza-se principalmente, além dos critérios clínico-patológicos, o *status* dos receptores hormonais de estrogênio (RE) e progesterona (RP) e a avaliação do *status* do HER-2.

A imuno-histoquímica (IHQ) descreve a positividade de receptores de estrogênio (RE) e progesterona (RP) com percentual de acometimento. No laudo anátomo-patológico, os patologistas informam esta concentração por meio de vários índices, como a porcentagem de células positivas, ou a associação entre esta porcentagem e a intensidade de coloração (sistema de Allred), ou, ainda, associando a avaliação de possível heterogeneidade tumoral, incluindo o exame das diferentes áreas do tumor com diferentes padrões de expressão (score H).

A IHQ também quantifica a positividade de receptores HER-2 (0/3 cruzes, 1/3 cruzes, 2/3 cruzes ou 3/3 cruzes). A superexpressão do HER-2 deve ser demonstrada por exame por técnica molecular (FISH, CISH, SISH, DISH) com resultado (razão de amplificação) maior que 2 (dois). O exame molecular está indicado para casos em que foi detectada por técnica imuno-histoquímica a expressão tumoral HER-2 em intensidade de duas ou de três cruzes, ou seja, não se indica para o resultado de 0 ou 1/3 cruzes.

3.2 ESTADIAMENTO

O mais aceito sistema de estadiamento do câncer de mama é o da União Internacional Contra o Câncer (UICC), a Classificação de Tumores Malignos, que utiliza as categorias T (tumor), N (acometimento linfonodal) e M (metástase a distância), chamada simplificada de TNM.(21)

O objetivo do estadiamento é classificar a doença de acordo com sua extensão locorregional e a distância, estabelecendo padrões que orientam o tratamento e o prognóstico dos casos.

3.2.1 RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA TNM

Tx: o tumor não pode ser avaliado; T0: não há evidência do tumor primário; Tis carcinoma in situ; T1 até 2 cm (T1mi – microinvasão até 0,1 cm; T1a maior que 0,1 cm e até 0,5 cm; T1b maior que 0,5 cm e até 1 cm; T1c maior que 1 cm e até 2 cm); T2 maior que 2 cm e até 5 cm; T3 maior que 5 cm; T4: qualquer tamanho, com extensão direta para a parede torácica (T4a), pele (T4b) ou ambos (T4c); (T4d) câncer inflamatório. Nx: os linfonodos regionais não podem ser avaliados; N0: sem metástase para linfonodo regional; N1: metástase para linfonodos axilares ipsilaterais móveis; N2a: metástase para linfonodos axilares ipsilaterais fixos entre si ou a outras estruturas; N2b: metástase clinicamente aparente apenas em linfonodos da cadeia mamária interna ipsilateral, na ausência de metástase clinicamente aparente na cadeia axilar; N3a: metástase para linfonodos da cadeia infraclavicular ipsilateral, com ou sem acometimento da cadeia axilar; N3b: metástase clinicamente aparente na cadeia mamária interna ipsilateral, na presença de metástase clinicamente positiva na região axilar; N3c: metástase na cadeia supraclavicular ipsilateral, com ou sem acometimento da cadeia axilar ou mamária interna. M0: sem metástase a distância; M1: com metástase a distância.

A classificação realizada após tratamento cirúrgico, deve ser precedida pela letra “p”, sendo que os critérios para a classificação do tumor (T) e metástase a distância (M) é igual a classificação clínica, para a invasão linfática regional (N), esta descrita a seguir:

pNX: Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (por exemplo: foram anteriormente removidos, ou não foram removidos para estudo anátomo-patológico).

pN0: Ausência de metástase em linfonodos regionais histologicamente identificados.

pN0 (i-): Linfonodo regional histologicamente sem metástases e com exame imuno-histoquímico negativo.

pN0 (i +): Células malignas em linfonodo regional em agrupamentos celulares não maiores que 0,2 mm [detectadas por coloração pela hematoxilina-eosina ou pela imuno-histoquímica, incluindo células tumorais isoladas].

pN0 (mol-): Linfonodo(s) regional(ais) sem metástase, em exame histológico ou molecular (RT-PCR).

pN0 (mol +): Linfonodo(s) regional(ais) positivo(s) em exame molecular (RT-PCR) sem metástase ao exame histológico por hematoxilina-eosina ou por imuno-histoquímica.

pN1: Micrometástase linfonodal, ou metástase em 1-3 linfonodos axilares ipsilaterais ou em nódulo mamário interno com metástase detectada por biópsia do linfonodo sentinela, mas não clinicamente detectada.

pN1mi: Micrometástase linfonodal (maior do que 0,2 mm ou de mais de 200 células, mas nenhuma maior do que 2,0 mm).

pN1a: Metástase em 1-3 linfonodos axilares, pelo menos uma metástase maior que 2,0 mm.

pN1b: Linfonodo(s) mamário(s) interno(s) com micro- ou macrometástase detectada por biópsia do linfonodo sentinela, mas não clinicamente detectada.

pN1c: Metástase em 1-3 linfonodos axilares e em linfonodos mamários internos com micrometástase ou macrometástase detectada por biópsia do linfonodo sentinela, mas não clinicamente detectada.

pN2: Metástase em 4-9 linfonodos axilares ipsilaterais, ou em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) ipsilateral(ais) detectada clinicamente na ausência de metástase em linfonodos axilares.

pN2a: Metástase em 4-9 linfonodos axilares (pelo menos uma maior que 2,0 mm).

pN2b: Metástase em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) clinicamente detectada, na ausência de metástase em linfonodos axilares.

pN3: Metástase em 10 ou mais linfonodos axilares ou em linfonodo infraclavicular (nível III axilar), ou metástase em linfonodos mamários internos clinicamente detectados na presença de metástases axilares no nível I e II, ou em mais de três linfonodos axilares e em linfonodos mamários internos com micro- ou macrometástase detectada por biópsia do linfonodo sentinela, mas não detectada clinicamente, ou em linfonodos supraclaviculares ipsilaterais

pN3a: Metástase em 10 ou mais linfonodos axilares (pelo menos uma maior que 2,0 mm) ou metástase em linfonodos infraclaviculares.

pN3b: Metástase clinicamente detectada em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) ipsilateral(ais), na presença de um ou mais linfonodos axilares positivos; ou metástase em mais de três linfonodos axilares e em linfonodos mamários internos com micro- ou macrometástase detectada por biópsia de linfonodo sentinela, mas não clinicamente detectada.

pN3c: Metástase em linfonodos supraclaviculares ipsilaterais.

ypN – Classificação pós-tratamento

Deve ser avaliada sob os critérios clínicos (pré-tratamento) como descritos anteriormente. O modificador “sn” é usado somente se a avaliação do linfonodo sentinela foi realizada após o tratamento. Se nenhum índice está explicitado, presume-se que foi a avaliação nodal axilar por dissecação axilar.

A classificação X será utilizada (ypNX), se no pós-tratamento yp o linfonodo sentinela ou dissecação axilar não foi realizada.

Os casos com células tumorais isoladas ou micrometástases (lesões entre 0,2 e 2 mm) identificadas por imunohistoquímica em linfonodos axilares são classificados como pN0(i+); somente deverão ser classificadas como N1 os casos de micrometástases detectadas pela coloração de hematoxilina-eosina. A invasão microscópica sem correlação clínica não possui valor para mudança do estadiamento.

E assim fica o agrupamento TNM em estágios:

- » Estágio 0 (TisN0M0);
- » Estágio IA (T1N0M0);
- » Estágio IB (TON1miM0, T1N1mi M0);
- » Estágio IIA (TON1M0, T1N1M0, T2N0M0);
- » Estágio IIB (T2N1M0, T3N0M0);
- » Estágio IIIA (TON2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0);
- » Estágio IIIB (T4N0M0, T4N1M0, T4N2M0);
- » Estágio IIIC (Qualquer T N3M0);
- » Estágio IV (Qualquer T Qualquer N M1).

3.2.2 EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

Os exames complementares necessários para o estadiamento são hemograma completo, dosagens séricas de glicose, ureia, creatinina, fosfatase alcalina (FA) e aminotransferases/transaminases, eletrocardiograma (ECG) e radiografia simples de tórax. Em casos de estágio I ou II FA normal, bastam os exames supracitados. Pacientes com FA aumentada, com dores ósseas ou em estágio III, recomenda-se adicionar os exames de cintilografia óssea e ultrassonografia abdominal. A cintilografia óssea também está indicada em caso de elevação de FA, dor óssea, sintomas

abdominais e aumento de aminotransferases/transaminases (estágio IIIb e IV).(22) A tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdômen superior pode ser utilizada, em casos selecionados, como parte do estadiamento, em caso de pacientes com doença locorregionalmente avançada (estágio III); um estudo que analisou 173 pacientes mostrou que cerca de 7,5% (13 pacientes) foram estagiados como estágio IV após estudo tomográfico.(23)

Os marcadores tumorais CA15-3, CA72.4, CEA e outros não possuem papel no diagnóstico, prognóstico, seguimento ou acompanhamento após tratamento de pacientes com câncer de mama.(60) A ressonância magnética (RM) pode ser utilizada em casos específicos, para complementar o diagnóstico de doença metastática, como na síndrome de compressão medular, não fazendo parte da rotina de estadiamento nem de seguimento pós-tratamento. A PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons) também não é recomendada para o estadiamento ou seguimento de pacientes com câncer de mama.(10)

3.2.3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Para a decisão terapêutica, deve-se considerar os estadiamento pela classificação TNM, laudo histopatológico, resultado do exame de IHQ, quadro clínico e tratamento local porventura já realizado.

Conforme critérios de risco de recorrência, classifica-se o câncer de mama como de baixo, intermediário e alto risco. Esta classificação pode orientar a indicação de quimioterapia adjuvante; quanto maior o risco de recorrência, maior deverá ser o benefício do tratamento. Na Tabela 1 há a classificação de risco, de acordo com o consenso de especialistas em Saint Gallen, em 2007.(24)

Tabela 1 – Classificação de Risco (adaptada da publicação de Saint Gallen 2007 (24))

Baixo Risco	<p>Linfonodo negativo e todos os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> » pT até 2 cm, » Grau 1, » RE ou RP positivo, » HER-2 negativo, » Subtipo molecular Luminal A e » Idade igual ou acima de 35 anos.
Risco Intermediário	<p>Linfonodo negativo e pelo menos um dos seguintes critérios</p> <ul style="list-style-type: none"> » pT maior que 2 cm, » Grau 2 - 3, » RE ou RP negativos, » Subtipo Molecular Luminal B (HER-2 negativo) ou » Idade abaixo de 35 anos; Ou » 1 a 3 linfonodos positivos se RH positivo.
Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> » 4 ou mais linfonodos positivos ou » Linfonodo negativo com RE e RP negativos, T maior que 2 cm e HER-2 negativo ou » Linfonodo negativo, T maior que 1cm e HER-2 positivo.

4 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

C50 Neoplasia maligna da Mama

- » C50.0 Neoplasia maligna do Mamilo e aréola
- » C50.1 Neoplasia maligna da porção central da Mama
- » C50.2 Neoplasia maligna do quadrante superior interno da Mama
- » C50.3 Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da Mama
- » C50.4 Neoplasia maligna do quadrante superior externo da Mama
- » C50.5 Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da Mama

- » C50.6 Neoplasia maligna da porção axilar da Mama
- » C50.8 Neoplasia maligna de Mama com lesão invasiva
- » C50.9 Neoplasia maligna da Mama, não especificado (Câncer de Mama SOE)

5 CENTRO DE REFERÊNCIA

Hospitais gerais com serviço de cirurgia ou de cirurgia oncológica podem realizar o diagnóstico, tratamento cirúrgico e acompanhamento de doentes com achado incidental de tumores mamários. Já os hospitais habilitados como UNACON ou CACON têm as condições para o tratamento cirúrgico e clínico de doentes com câncer de mama em todos os estágios da doença.

6 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

As opções terapêuticas do câncer de mama incluem cirurgia do tumor primário, avaliação do acometimento axilar e radioterapia como forma de tratamento local e o tratamento medicamentoso sistêmico (quimioterapia). O tratamento sistêmico pode ser prévio (neoadjuvante) ou adjuvante (após a cirurgia e radioterapia). As modalidades terapêuticas combinadas podem ter intento curativo ou paliativo, sendo que todas elas podem ser usadas isoladamente com o intuito paliativo.

O preconizado nestas Diretrizes levam em consideração tratamentos que comprovadamente demonstrem impacto na história natural da doença, como diminuição da mortalidade pelo câncer de mama, e que estejam aprovados pela ANVISA. Tratamentos baseados em estudos que apresentam eficácia apenas em sobrevida livre de progressão ou sobrevida livre de recidiva não são recomendados, principalmente aqueles com elevada complexidade e custo.

Pacientes com qualquer grau de positividade no resultado do exame de IHQ para receptores hormonais devem, a não ser que haja contraindicação absoluta, receber hormonioterapia adjuvante ou paliativa. Quando maior o escore de positividade na IHQ maior é o benefício da hormonioterapia.

Quando o status do HER-2 tumoral é categorizado como positivo em duas ou três cruzes ao exame de IHQ, está indicada a terapia direcionada ao receptor HER-2(25), desde que esta categorização seja confirmada pelo exame por técnica molecular com resultado (razão de amplificação) maior que 2 (dois). Quantificação/amplificação do HER-2 não se aplica para a confirmação do exame por imuno-histoquímica com resultado de uma cruz, este considerado resultado negativo.

6.1 CIRURGIA

6.1.1 CIRURGIA DA MAMA

A cirurgia é o principal tratamento do câncer de mama inicial. E ela inclui a intervenção cirúrgica nas mama e axila. Evolutivamente, os procedimentos cirúrgicos caminham de tratamentos mais agressivos para menos invasivos e com maior ganho cosmético sem afetar a curabilidade das pacientes.(26)

O tipo mais comum de mastectomia é a mastectomia radical modificada, que compreende a retirada total da mama e o esvaziamento axilar, normalmente nos níveis I, II e III, e que pode ser classificada como mastectomia “a Patey”, quando é preservado o músculo peitoral maior, ou “a Madden”, quando há preservação dos músculos peitorais. Este tipo de mastectomia é uma evolução da mastectomia “a Halsted”, que compreende a retirada da mama, dos músculos peitorais e o esvaziamento completo da axila. O esvaziamento axilar considerado eficaz deve ter em torno de 10-12 linfonodos na peça operatória. A cirurgia suprarradical (proposta por Urban), que incluía a retirada da cadeia mamária interna, foi há muito tempo abandonada.(26-29)

As cirurgias parciais recebem nomes variáveis, dependendo do volume mamário retirado: quadrantectomia, segmentectomia, centralectomia, tumorectomia, excisão ampla e adenomastectomia, entre outros, e são associadas ou não a esvaziamentos axilares de primeiro nível (amostragem, ou linfonodo sentinela - LS) até radicais incluindo os 3 níveis. Para decisão sobre cirurgia conservadora de mama, esta é indicada para tumores invasivos com perspectiva

de atingir margens negativas e se houver uma proporção favorável entre de tamanho do tumor e volume da mama. A cirurgia conservadora não deve ser considerada em caso de microcalcificação extensa, multicentricidade, multifocalidade, carcinoma inflamatório, a probabilidade de um resultado cosmético insatisfatório, contraindicação à radioterapia após a cirurgia conservadora ou discordância da paciente.(30,31)

As cirurgias parciais em casos de tumores invasivos com axilas clinicamente negativas de uma forma geral são acompanhadas pela técnica de LS, pela qual os linfonodos axilares do nível I são identificados por meio do corante azul patente ou de radiotraçador. Embora o método de LS seja comprovadamente válido em inúmeros estudos, todos os estudos relatam um número definido de procedimentos falso-negativos. Espera-se que os serviços médicos que utilizam esta técnica tenham taxas de falso-negativo abaixo de 10%. (32-35)

Recente revisão sistemática envolvendo 5.611 doentes de câncer de mama com linfonodos clinicamente negativos comparou a biópsia de linfonodo sentinela (BLS) seguido por esvaziamento axilar (EA) contra BLS seguido por EA somente se o LS fosse positivo. O mapeamento linfático foi bem sucedido em 97% dos casos, e a taxa de falso negativo foi de 9,8%. Não foram observadas diferenças significativas no controle regional nem na sobrevida global ou sobrevida livre de doença entre os grupos em um acompanhamento médio de quase oito anos. Resultados semelhantes foram relatados por outros estudos.(36-39) A indicação da pesquisa do LS é restrita a casos com axila clinicamente negativa. Uma punção por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia pode ser utilizada para se decidir a indicação dessa pesquisa, a qual é também indicada em caso de doença não invasiva (CDIS) extensa em que se planeje a mastectomia.

A dissecação axilar não é necessária para todos os pacientes com axila positiva. O Estudo ACOSOG Z0011 concluiu que pacientes com tumores pequenos, axila clinicamente negativa e com até dois linfonodos sentinelas positivos tratadas com radioterapia adjuvante não necessitariam de esvaziamento axilar. O estudo IBSCSG 23-01 corrobora estes achados e também sugere que pacientes com acometimento linfonodal microscópico (menor que 2mm) também não necessitam de dissecação axilar.(40-42)

A definição de adequadas margens cirúrgicas permanece controversa. As orientações atuais mencionam a necessidade de uma margem negativa com largura de pelo menos 1 mm, como mínimo sobre todos os lados do tumor.(31)

A reconstrução de mama geralmente está indicada em pacientes que foram submetidas à mastectomia total ou radical. A reconstrução pode ser imediata, desde que seja em caso de doença inicial e que não tenha indicação de radioterapia adjuvante, pós-operatória, estando relacionada com maior satisfação da paciente, ou pode ser tardia, geralmente reservada para pacientes com doença inicialmente avançada, que tenham indicação de radioterapia ou pacientes com risco cirúrgico maior. A cirurgia da mama contralateral pode ser necessária para “simetrização”. Sempre deve ser levada em consideração a indicação de determinada técnica de reconstrução e a necessidade de radioterapia adjuvante.(43,44)

Pacientes com recorrência local após cirurgia conservadora ou mastectomia, se clinicamente operáveis, podem se beneficiar de cirurgia de resgate ou salvamento. Outro foco de intensa discussão versa sobre o tratamento da doença local em pacientes com diagnóstico de doença metastática ao diagnóstico. Um estudo retrospectivo mostrou que a ressecção do tumor primário com margens negativas pode reduzir o risco de morte mesmo para as pacientes com estágio IV.(45,46) Atualmente esta prática não está incluída como rotina no tratamento das pacientes com doença metastática até que estudos prospectivos em curso confirmem estes achados.

6.1.2 CIRURGIA EM OUTROS SÍTIOS

Como o tratamento sistêmico não age efetivamente no sistema nervoso central, percebe-se o aumento cada vez maior de pacientes com bom estado geral e doença metastática isolada no cérebro. Estas pacientes devem receber tratamento individualizado, com avaliação de um neurocirurgião experiente para ressecção da metástase ou, alternativamente, a radioterapia.

Algumas pacientes podem ainda apresentar padrão de recorrência sistêmica isolada, como, por exemplo, metástase pulmonar ou óssea. Existem estudos que demonstram que o tratamento radical com ressecção de metástase isolada pode proporcionar longos períodos sem evidência de progressão de doença.(47) Contudo, a metastatectomia não é recomendada de rotina por estas Diretrizes devido à falta de estudos randomizados que a justifiquem.

Casos selecionados como, por exemplo, fratura óssea ou acometimento do canal medular, podem se beneficiar de técnicas cirúrgicas locais com ou sem radioterapia complementar.

6.2 RADIOTERAPIA

A radioterapia é utilizada para tratamento adjuvante, após a cirurgia, e está indicada em pacientes com pelo menos uma das seguintes situações: quatro ou mais linfonodos positivos; segmentectomia (cirurgia conservadora de mama); margem positiva, quando não for possível nova intervenção cirúrgica; e tumores maiores ou iguais a 5 cm. Em casos de pacientes com um a três linfonodos positivos, deve-se analisar o risco-benefício da radioterapia.(11,48,49)

O tratamento conservador da mama consiste em uma cirurgia conservadora associada a radioterapia adjuvante. De acordo com o esquema atual de referência (50 Gy em 25 frações), esta consiste em 25 sessões de radioterapia durante 5 semanas mais uma dose adicional sobre o leito tumoral. O desenvolvimento da irradiação hipofracionada (redução do número de frações e da dose total) permite propor às pacientes tratamentos mais curtos. A irradiação da mama com este esquema deve ser estimulada, considerando que o efeito sobre o controle locorregional e a sobrevida seja idêntico ao esquema padrão, sem aumentar efeitos secundários nem acarretar prejuízo estético. Atualmente, o hipofracionamento não é recomendado no caso de quimioterapia adjuvante ou após mastectomia ou irradiação linfática associada, devendo ser considerada nas pacientes com mais de 50 anos em caso de tumores pT1, pT2, pN0, M0 e RH positivos, não de alto grau histológico e na ausência de êmbolos vasculares peritumorais e após ressecção com margens livres, reduzindo o tratamento para 13 a 16 frações. (11,50,51)

A radioterapia parcial da mama tem por objetivo limitar o volume de irradiação unicamente ao leito tumoral. Pode ser realizada por meio de diversas técnicas; entretanto, atualmente, ainda deve ser empregada somente dentro de estudos controlados.(52,53)

A radioterapia também é utilizada como método de tratamento paliativo (p. ex., em caso de metástase óssea, metástase cerebral, síndrome de compressão medular neoplásica). Outra possibilidade de indicação é no tratamento neoadjuvante, particularmente se houver falha da quimioterapia prévia.(48-50,54)

6.3 TERAPIA MEDICAMENTOSA SISTÊMICA (QUIMIOTERAPIA)

6.3.1 QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA)

O uso da quimioterapia adjuvante é responsável, pelo menos em parte, pela redução da mortalidade por câncer de mama, vista em quase todos os países ocidentais. (55) As meta-análises mostram que os benefícios relacionados ao tratamento adjuvante são maiores para sobrevida livre de doença (SLD), em comparação aos dados de mortalidade, sendo observado benefício tanto para sobrevida em 5 anos como em 15 anos e esperando-se que maiores benefícios sejam alcançados no futuro com o desenvolvimento de novos fármacos.(56,57)

De forma geral, devem ser consideradas, para seleção de quimioterapia adjuvante, as características clínicas do paciente e as características do tumor. Pacientes com risco intermediário ou alto (Tabela 1) devem inicialmente ser considerados para tratamento, desde que não haja contraindicação clínica. A hormonioterapia adjuvante está indicada em todos as pacientes com receptores hormonais positivos, em virtude de apresentar poucos efeitos colaterais ou contraindicações e eficácia comprovada. A Tabela 2 apresenta a recomendação do tratamento adjuvante destas Diretrizes. Tratamentos alternativos de quimioterapia não apresentados nesta Tabela podem ser considerados a critério da equipe multidisciplinar e após avaliação dos riscos e benefícios do tratamento proposto.

Meta-análise da Cochrane concluiu que as pacientes que recebem radioterapia antes da quimioterapia apresentaram maior incidência de sepse e neutropenia. Idealmente o intervalo entre a radioterapia e a cirurgia não deve ultrapassar 7 meses.(58) O uso concomitante de hormonioterapia e quimioterapia pode ser deletério e não é recomendado nestas Diretrizes.(59)

O câncer de mama RE positivo RP positivo compreende o tipo mais comum de câncer de mama, correspondendo a 75% de todos os casos.

Para as mulheres com RH positivos, as opções de tratamento hormonal adjuvante são o tamoxifeno (TMX) na dose de 20 mg por dia, indicado em mulheres na pré-menopausa e pós-menopausa, ou um inibidor da aromatase (IA),

que é indicado apenas para mulheres na pós-menopausa. Os IA incluem o anastrozol (1 mg/dia), letrozol (2,5 mg/dia) e exemestano (25 mg/dia). A supressão ovariana combinada ao uso de TMX na pré-menopausa não é recomendado por estas Diretrizes(60). Estudos estão em andamento para avaliar a combinação de IA e ablação ovariana na pré-menopausa, sendo essa combinação ainda considerada experimental.

O TMX é um modulador seletivo do receptor de estrogênio (SERM) que inibe o crescimento das células do câncer da mama por antagonismo competitivo de estrogênio. Em meta-análise do EBCTCG, foi evidenciado que, após 5 anos de TMX, a redução do risco de recorrência é mais evidente nos dez primeiros anos (0,53 nos primeiros 5 anos e 0,68 nos 5 anos seguintes). A redução do risco entre os anos 10 a 14 é de 0,97. Em relação à mortalidade, esta foi reduzida em 1/3 nos primeiros 15 anos (ganho absoluto de 9%), e, mesmo na doença pouco positiva para receptores de estrogênio, a redução de recorrência foi substancial (RR 0,67). A redução do risco em relação à mortalidade nos anos 0 a 4 teve RR 0,71 [0,05], RR 0,66 [0,05] durante os anos 5 a 9 e RR 0,68 [0,08] durante anos 10 a 14 ($p < 0,0001$). (61)

O benefício da terapia adjuvante com IA foi avaliado na meta-análise do EBCTCG de 2010. O uso isolado de IA *upfront* comparativamente ao TMX, avaliando 9.856 mulheres com média de seguimento de seis anos. O tratamento com um IA resultou em redução do risco de recorrência em cinco anos, em comparação ao tamoxifeno ([RR 0,77, $p < 0,00001$), levando a uma redução absoluta de 3% em cinco anos no risco de recorrência (12% *versus* 15%). A redução do risco de morte estatisticamente não significativa foi de 0,89, $p > 0,1$. Isso se traduziu em uma redução de 1% em cinco anos na mortalidade por câncer de mama (7% *versus* 8%). (62)

Em relação à modalidade de *switch*, quando há a troca de hormonioterápico após 2-3 anos de uso de cada um até completar 5 anos, foi feita uma segunda análise com 9.015 mulheres acompanhadas por uma média de quatro anos, que foram tratadas com tamoxifeno por dois ou três anos e depois foram randomizadas para o tratamento com uma IA *versus* continuar com tamoxifeno até completar cinco anos. A terapia de *switch* reduziu o risco de recidiva seis anos após o tratamento de 8% *versus* 11% (RR 0,71, $p < 0,00001$). A redução na mortalidade em cinco anos foi de 6% *versus* 8% (RR de 0,79, $p = 0,004$). (63)

Uma outra forma de tratamento adjuvante, é iniciar o IA em mulheres que completam cinco anos de tamoxifeno. A evidência que suporta esta sequência de tratamento vem do estudo MA.17, que avaliou o tamoxifeno seguido por letrozol. O estudo incluiu 5.187 mulheres em pós-menopausa (46% com linfonodo positivo, 98% RE-positivo) que completaram cinco anos de tamoxifeno adjuvante e foram aleatoriamente designadas para a hormonioterapia com letrozol (2,5 mg por dia, durante 5 anos) ou placebo. Com um acompanhamento médio de 64 meses, o tratamento com letrozol resultou em melhora na sobrevida livre de doença (HR 0,68, 95% CI 0,45-0,61). (64)

A análise conjunta dos 17.477 pacientes inscritas nos estudos aTTom e ATLAS apresentou uma redução de 9% no risco de morte após as pacientes receberam 10 *versus* 5 anos de tamoxifeno durante todo o período de acompanhamento (RR 0,91, IC 95% [0,84, 0,97], $p = 0,008$), com redução do risco relativo aumentada para 16% a partir de 10 anos (RR 0,84, IC [0,77, 0,93] 95%, $p = 0,0007$). (65,66)

Estas Diretrizes recomendam o uso de TMX por 5 anos nos casos de mulheres na pré-menopausa. Para aquelas em pós-menopausa, recomenda-se o uso de IA por 5 anos ou a modalidade de *switch* até completar 5 anos. Não se recomenda tratamento estendido por 10 anos com IA nas pacientes em pós-menopausa que fizeram uso de IA anteriormente, contudo o uso estendido de IA após 5 anos de tamoxifeno pode ser considerado individualmente. Adicionalmente, o uso de TMX estendido pode ser considerado individualmente, após a avaliação dos riscos e benefícios desse tipo tratamento.

A quimioterapia adjuvante está indicada em pacientes com tumores de risco intermediário e alto. (Tabela 1). (24, 55)

A meta-análise do EBCTCG concluiu que seis ciclos de ciclofosfamida mais metotrexato mais 5-fluorouracila (CMF clássico) e 4 ciclos de doxorrubicina (adriamicina) mais ciclofosfamida (AC) são equivalentes, levando a redução da recorrência em 8 anos em cerca de um terço e redução de 20%-25% na mortalidade, mostrando também que esquemas com menores doses de antraciclina são menos efetivos. Uma outra questão abordada foi a que quimioterapia além de 4 ciclos de AC como ciclofosfamida mais doxorrubicina mais 5-fluorouracila (FAC) por 6 ciclos ou ciclofosfamida mais epirrubina mais 5-fluorouracila (FEC) por 6 ciclos ou 4 ciclos de AC mais taxano resultam em maior benefício com redução adicional de 15%-20% na mortalidade. (67)

A associação de taxano sequencialmente a antracíclico não aumentou o risco de mortalidade por leucemia ou insuficiência cardíaca congestiva, como os esquemas com maiores doses de antracíclicos. Os esquemas de taxano

com maior evidência de benefício a partir de estudos individuais até o momento não corroborados por meta-análise são paclitaxel semanal por 12 semanas e docetaxel a cada 3 semanas por 4 ciclos. Estes esquemas se mostraram superiores em sobrevida livre de doença e sobrevida global, quando comparados ao docetaxel semanal e paclitaxel a cada 3 semanas. O estudo que mostrou este dado testou quatro braços com taxano sequencial a 4 ciclos de AC, realizado com mais de 4.000 mulheres com axila positiva e axila negativa de alto risco. Outra consideração a ser feita é que o uso de paclitaxel semanal mostrou melhor tolerância, com menor incidência de neutropenia febril, mialgia, astenia e intolerância digestiva; sendo a neuropatia periférica mais incidente no esquema semanal.(68,69)

Em caso de contraindicação a antracíclicos, pode-se indicar a quimioterapia com docetaxel mais ciclofosfamida (TC) por 4 ciclos ou 6 ciclos de CMF. O esquema TC foi comparado com AC em pacientes operáveis em estágio de I-III, e ao final de 7 anos houve maior benefício em relação a sobrevida livre de doença e sobrevida global (81% *versus* 75% e 87% *versus* 82%, respectivamente), com significância estatística. O perfil de toxicidade foi diferente, com maior incidência de neutropenia no grupo do TC e maior toxicidade em relação a náusea e vômitos para o grupo do AC.(69,70)

Inexiste esquema de quimioterapia adjuvante considerado como padrão, e outros esquemas também avaliados por meta-análise são descritos como quimioterapia de terceira geração, como o FEC (5-fluorouracil mais epirrubina mais ciclofosfamida) por três ciclos seguidos de docetaxel 100 mg/m² por 3 ciclos ou paclitaxel 80 mg/m² semanal por 8 ciclos; ou adriamicina mais ciclofosfamida (AC) mais taxano dose densa e o esquema TAC (docetaxel mais adriamicina mais ciclofosfamida) por 6 ciclos. Os dois últimos esquemas são considerados mais complexos, envolvendo antibioticoterapia profilática e profilaxia primária com fatores estimuladores de colônias de macrófagos/granulócitos.(71-74) O tempo para início da quimioterapia deve ser inferior a 12 semanas após a cirurgia, embora diversos estudos mostrem dados divergentes.(75-77)

Os casos de câncer de mama com laudo histopatológico de carcinoma mucinoso, cribiforme, adenoide cístico, papilífero ou tubular são subtipos considerados de bom prognóstico, não sendo indicada quimioterapia em caso de tumores de até 3 cm e linfonodo negativo.(78,79).

Cerca de 20% das pacientes com câncer de mama invasivo apresentam superexpressão ou amplificação do HER-2.(79,80) O oncogene HER-2 é responsável pela codificação de uma glicoproteína transmembrana com atividade de tirosinoquinase intracelular, sendo o receptor HER-2 fundamental para a ativação de vias de sinalização associadas à proliferação e diferenciação celular e possivelmente de mecanismos de controle da angiogênese.(80,81) O trastuzumabe é um medicamento antineoplásico biológico (anticorpo monoclonal humanizado anti-HER-2) utilizado na quimioterapia do carcinoma de mama que superexpressa o HER-2.(83-87)

Inexistem ensaios clínicos com a combinação de trastuzumabe e hormonioterapia adjuvantes, sem quimioterapia adjuvante. Todos os grandes estudos de quimioterapia adjuvante com trastuzumabe envolveram a combinação de quimioterapia, baseada ou não em antraciclina, com trastuzumabe, com a hormonioterapia adjuvante sendo utilizada nos pacientes com receptor hormonal positivo durante a fase de trastuzumabe em monoterapia.

Os esquemas de quimioterapia mais comumente utilizados para o tratamento adjuvante associados ao trastuzumabe estão centrados em torno da utilização de antraciclina combinada ou não a taxano. Os principais resultados com a associação de trastuzumabe à quimioterapia baseada em antraciclina vem da análise conjunta dos estudos NSABP B31 e NCCTG N9831.(83)

A incorporação do trastuzumabe foi aprovada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)(88) para a quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo, confirmado por exame molecular, com alto risco de recidiva, em terapia adjuvante (câncer inicial ou câncer locorregionalmente avançado) ou prévia (câncer locorregionalmente avançado), conforme critérios abaixo:

- » Ausência de doença cardíaca sintomática;
- » Fração de ejeção cardíaca igual ou superior a 55% demonstrada no mês anterior ao início da quimioterapia com trastuzumabe;
- » Comorbidades compatíveis com expectativa de vida para além de 5 anos.

Em se aplicando a quimioterapia prévia (com ou sem trastuzumabe), não se faz necessária ou indicada a quimioterapia adjuvante, estando a modalidade de tratamento “adjuvante” recomendada quando não houve exposição prévia à quimioterapia.

A incidência de toxicidade cardíaca com o uso do trastuzumabe foi baixa nos estudos clínicos prospectivos,

variando entre 1% e 4%, sendo comumente reversível se detectada precocemente, e com boa resposta ao tratamento clínico.^(89,90) O uso de trastuzumabe deve ser definitivamente interrompido nos pacientes que apresentarem sintomas de insuficiência cardíaca e evidência de diminuição da FE de qualquer magnitude. Havendo interrupção do uso de trastuzumabe por intervalo igual ou superior a 6 semanas, por qualquer motivo, pode ser repetida a dose inicial.

Desta forma, a quimioterapia adjuvante do câncer de mama é indicada conforme o risco apresentado pela paciente e está resumido na Tabela 2.

Tabela 2 – Esquemas quimioterápicos sugeridos de tratamento de acordo com risco

RISCO/STATUS HORMONAL	PRÉ-MENOPAUSA	PÓS-MENOPAUSA
Baixo Risco	Tamoxifeno - se RH positivo – por 5 anos. Casos individuais podem ser selecionados para quimioterapia: AC por 4 ciclos, TC por 4 ciclos ou CMF por 6 ciclos.	Tamoxifeno ou inibidor da aromatase <i>upfront*</i> , ou <i>switch**</i> - se RH positivo. Casos individuais podem ser selecionados para quimioterapia: AC por 4 ciclos, TC por 4 ciclos ou CMF por 6 ciclos.
Risco Intermediário	Tamoxifeno se RH positivo – por 5 anos. AC ou FAC ou FEC ou TC ou AC por 4 ciclos seguido por 4 ciclos de docetaxel 100mg/m ² a cada 21 dias ou paclitaxel 80mg/m ² semanal por 12 ciclos; ou FEC por 3 ciclos seguido por 3 ciclos de docetaxel 100mg/m ² a cada 21 dias ou paclitaxel 80mg/m ² semanal por 8 ciclos.	Tamoxifeno ou inibidor da aromatase <i>upfront*</i> ou <i>switch**</i> - se RH positivo. AC ou FAC ou FEC. ou TC ou AC por 4 ciclos seguido por 4 ciclos de docetaxel 100mg/m ² a cada 21 dias ou paclitaxel 80mg/m ² semanal por 12 ciclos; ou FEC por 3 ciclos seguido por 3 ciclos de docetaxel 100mg/m ² a cada 21 dias ou paclitaxel 80mg/m ² semanal por 8 ciclos.
Alto Risco	FAC ou FEC por 6 ciclos ou AC por 4 ciclos seguido por 4 ciclos de docetaxel 100mg/m ² a cada 21 dias ou paclitaxel 80mg/m ² semanal por 12 ciclos; ou FEC por 3 ciclos seguido por 3 ciclos de docetaxel 100mg/m ² a cada 21 dias ou paclitaxel 80mg/m ² semanal por 8 ciclos; Se HER-2 positivo adicionar trastuzumabe. *** Se RH positivo – tamoxifeno por 5 anos, caso paciente em pós-menopausa. Ao fim deste período, considerar 5 anos de inibidor de aromatase como adjuvância estendida. Caso em pré-menopausa, considerar terapia estendida com TMX.	FAC ou FEC por 6 ciclos ou AC por 4 ciclos seguido por 4 ciclos de docetaxel 100mg/m ² a cada 21 dias ou paclitaxel 80mg/m ² semanal por 12 ciclos; ou FEC por 3 ciclos seguido por 3 ciclos de docetaxel 100mg/m ² a cada 21 dias ou paclitaxel 80mg/m ² semanal por 8 ciclos; Se HER-2 positivo adicionar trastuzumabe. *** Se RH positivo – tamoxifeno ou inibidor de aromatase <i>upfront</i> , ou <i>switch</i> .

Esquemas quimioterápicos: AC–doxorubicina 60mg/m² mais ciclofosfamida 600mg/m²; FAC– 5-fluorouracila 500mg/m² mais doxorubicina 50mg/m² mais ciclofosfamida 500mg/m²; FEC – 5-fluorouracila 500mg/m² mais epirrubina 100 mg/m² mais ciclofosfamida 500mg/m²; TC – docetaxel 75 mg/m² mais ciclofosfamida 600 mg/m²;

* Iniciar hormonioterapia com um inibidor de aromatase por cinco anos.

** Iniciar hormonioterapia com um inibidor de aromatase ou com o tamoxifeno por dois ou três anos e depois trocar pelo tamoxifeno ou por um inibidor de aromatase, respectivamente, até completar cinco anos.

*** ADJUVANTE (profilática, pós-operatória): Esquema abreviado (concomitante à quimioterapia com docetaxel ou vinorelbina): dose inicial de 4 mg/Kg, IV, em 1 hora e doses subsequentes de 2 mg//Kg, IV, em 30 minutos, semanalmente durante 8 semanas, total de 9 semanas de tratamento. Esquema estendido de 26 semanas (início concomitante à quimioterapia com taxano): dose inicial de 8 mg/Kg, IV, em 1 hora e 8 doses subsequentes de 6 mg//Kg, IV, em 30 minutos, a cada 3 semanas. Esquema estendido de 52 semanas (12 meses): dose Inicial de 8 mg/Kg, IV, em 1 hora e 16 doses subsequentes de 6 mg//Kg, IV, em 30 minutos, a cada 3 semanas. PRÉVIA (neoadjuvante ou citorrredutora, pré-operatória - início concomitante à quimioterapia com antraciclina ou taxano): dose Inicial de 4 mg/Kg, IV, em 1 hora e 23 doses subsequentes de 2 mg/Kg, IV, em 30 minutos, semanalmente. Note-se que a quimioterapia adjuvante com trastuzumabe do carcinoma de mama HER-2 positivo pode ser classificada como poliquimioterapia (quimioterapia com trastuzumabe) e monoquimioterapia (uso exclusivo de trastuzumabe após a poliquimioterapia com trastuzumabe).

CASOS ESPECIAIS

Com relação às pacientes idosas, caso tenham indicação de quimioterapia adjuvante, deve-se realizá-la com esquemas e doses ideais. Recente estudo verificou que tratamento adjuvante com capecitabina foi inferior ao tratamento com AC por 4 ciclos.(91). No caso de pacientes obesas, deve-se seguir as doses preconizadas com área de superfície corporal real. Estudos com antracíclicos mostram que não há maior incidência de neutropenia febril ou maior mortalidade.(92)

Outra situação a ser considerada em câncer de mama é seu desenvolvimento durante a gestação, em que a incidência, assim como no homem, representa 1% dos casos. A cirurgia na gestante também é considerada como tratamento principal (há controvérsias em relação ao LS e a cirurgia conservadora devido ao uso de radiotraçadores, uso do azul patente e necessidade de radioterapia complementar, respectivamente). A quimioterapia deve ser evitada no primeiro trimestre, devido ao maior risco de anomalias congênitas, anomalias cromossômicas, natimorto e aborto, com risco estimado de malformação fetal durante a exposição no primeiro trimestre de 15% a 20% (contra 2% a 3% entre todos os nascidos vivos). A dose de quimioterapia deve seguir a superfície corporal ao longo do tratamento. Os esquemas quimioterápicos com maiores fontes de dados de segurança são os que contêm antraciclina, que devem ser reservados durante o segundo e terceiro trimestres, devendo-se ter o cuidado adicional de evitar o período do nadir próximo ao fim da gestação para minimizar complicação puerperal.

No entanto, a quimioterapia no segundo ou terceiro trimestre foi associada a restrição do crescimento intrauterino, menor a idade gestacional ao nascimento (prematuridade) e baixo peso ao nascer cerca de metade das crianças expostas. Dados de segurança sobre o uso de taxano durante a gravidez são limitados. O uso de trastuzumabe durante a gravidez é contraindicado, pois a exposição a trastuzumabe durante a gravidez pode provocar oligohidrânio, que em alguns casos pode levar a hipoplasia pulmonar, anormalidades do esqueleto e morte neonatal. O metotrexato deve ser evitado em todas as fases da gestação devido ao seu efeito abortivo e potencial teratogênico. Como regra geral, a amamentação deve ser evitada em mulheres, enquanto estiver recebendo quimioterapia, com ou sem trastuzumabe, e hormonioterapia, assim como a contracepção em mulheres férteis deve ser orientada em pacientes em tratamento com esses medicamentos.(93-96)

6.3.2 QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOADJUVANTE/CITORREDUTORA)

Os estudos clínicos e meta-análises confirmam que não há diferença na ordem de administração da quimioterapia em relação ao tratamento cirúrgico, podendo ser administrado antes ou após, no caso de doença inicialmente operável.(97-99)

O tratamento prévio sistêmico geralmente é realizado nos casos em que a intervenção cirúrgica não é possível (estágios avançados) ou não está indicada (carcinoma inflamatório) ou em casos em que se deseja cirurgia conservadora da mama.

Os estágios avançados referem-se aos estágios IIIA, IIIB e IIIC, e a sua apresentação clínica inclui tumores acima de 5 cm, linfonodos axilares numerosos ou aderidos, infiltração de pele ou parede torácica, ou acometimento de linfonodo supraclavicular. Os estudos sobre terapia neoadjuvante incluíram pacientes operáveis (estágio I a II), o que pode ter superestimado os benefícios dessa modalidade terapêutica.(100-107)

A pesquisa de LS realizada no momento da cirurgia definitiva, após a terapia sistêmica neoadjuvante, resultou em taxas mais baixas de identificação do LS (possivelmente devido a alterações estruturais nos vasos linfáticos após a quimioterapia prévia) e maior taxa de falso negativo, em comparação com o mesmo procedimento realizado antes dessa terapia. (97,98,104)

Os esquemas de quimioterapia descritos na Tabela 2 no campo alto risco podem ser utilizados para a quimioterapia neoadjuvante.

O benefício do trastuzumabe neoadjuvante foi demonstrado por uma análise combinada de dois estudos clínicos aleatorizados, em que os pacientes foram submetidos a tratamento com quimioterapia isolada ou quimioterapia associada ao trastuzumabe. Foi demonstrado um ganho estatisticamente significativo na taxa de resposta patológica completa (RPC) - 43% *versus* 20% -, redução na taxa de recorrência de doença (26% *versus* 39%) e uma tendência para redução de mortalidade (13% *versus* 20%), para a combinação de quimioterapia com trastuzumabe.(108)

O estudo TECHNO avaliou a eficácia e segurança da combinação epirrubicina e ciclofosfamida seguida de paclitaxel e trastuzumabe como tratamento neoadjuvante em pacientes com o HER-2 superexpresso. Os pacientes tinham tumores maiores ou iguais a 2,0 cm ou carcinoma inflamatório e tinham a superexpressão de HER-2 confirmada. A sobrevida global em 3 anos foi de 96% em pacientes com RPc em comparação com 86% em pacientes sem RPc ($P = 0,025$).⁽¹⁰⁹⁾

Diversos estudos avaliaram a comparação direta entre quimioterapia isolada e a quimioterapia com trastuzumabe em neoadjuvância. O estudo NOAH foi um estudo de superioridade, que comparou quimioterapia neoadjuvante isolada em pacientes HER-2 positivo. As pacientes que receberam trastuzumabe associado à quimioterapia, apresentaram RPc superior (39% *versus* 19%; $p = 0,001$), ganho de sobrevida livre de eventos (HR 0,58; $p = 0,0126$) e ganho de sobrevida global (HR 0,62; $p = 0,114$).⁽¹¹⁰⁾

É aceitável a adaptação de esquemas de quimioterapia para este subgrupo de pacientes, tomando com base os seguintes preceitos: evitar concomitância de trastuzumabe e antraciclinas, uso sequencial de antraciclinas e taxanos e concomitância de trastuzumabe e taxanos. ^(108,111)

A hormonioterapia também pode ser usada em pacientes com tumores localmente avançados com intuito neoadjuvante, em pacientes na pós-menopausa, HER-2 negativas e que não preenchem critérios clínicos para receber quimioterapia ou estejam em situação em que não seja possível o uso de quimioterapia. De acordo com estudos, os IA parecem ser superiores em relação à resposta clínica comparativamente ao tamoxifeno. O tempo de tratamento pode variar de 3 a 6 meses, não havendo dados de segurança suficientes para se indicar a hormonioterapia prévia em caso de pacientes em pré-menopausa.⁽¹¹²⁻¹¹⁴⁾

Em estudo com o uso de bevacizumabe neoadjuvante associado a quimioterapia, não se observou aumento de RPc, objetivo primário do estudo, nas pacientes com receptores hormonais positivos; contudo nas paciente com receptores negativos a taxa de resposta completa foi maior (39% *versus* 28%). Acompanhamento em longo prazo e novos estudos são necessários, pois não se sabe se o aumento de RPc para um fármaco que promove anti-angiogênese tem o mesmo impacto na sobrevida como a quimioterapia.⁽¹¹⁵⁾

6.3.3 QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

O câncer de mama metastático é definido como a presença de doença que acomete outros sítios além da mama, da parede torácica e das cadeias regionais de drenagem linfática. Sabe-se que a disseminação da doença metastática pode ocorrer através da via linfática, sanguínea ou por extensão direta.⁽¹¹⁶⁾ Mesmo sem a perspectiva de cura, uma boa parte destas pacientes consegue com o tratamento sistêmico uma sobrevida prolongada. A sobrevida mediana de uma paciente com doença metastática é de aproximadamente 2 anos, mas pode variar, dependendo da localização da(s) metástase(s), de poucos meses a muitos anos.⁽¹¹⁷⁾

Inexiste um consenso mundial sobre a melhor conduta terapêutica para pacientes com câncer de mama avançado (metastático ou recidivado), e também não há diretrizes que definam um tratamento específico. Contudo existem conceitos importantes para a seleção da melhor conduta terapêutica de acordo com cada situação. Essa seleção depende de vários fatores que incluem as características do paciente e do tumor, a agressividade da doença, a resposta às terapias anteriores, o tempo desde a última exposição quimioterápica (inclusive hormonioterápica), os agentes antineoplásicos usados no passado e as suas doses cumulativas.

A disponibilidade e a aprovação de vários agentes, juntamente com a diversidade regional, diversifica ainda mais os padrões de tratamento em várias partes do mundo. O ideal é que a terapia seja individualizada e que oncologistas possam utilizar ensaios clínicos e consensos regionais e globais para orientar a decisão terapêutica de acordo com os medicamentos disponíveis. Ao selecionar a terapia, o médico também deve considerar os aspectos práticos, tais como a necessidade de hospitalização ou logística do atendimento ambulatorial, disponibilidade de medicamentos orais, efeitos adversos dos antineoplásicos e a vontade do paciente para cumprir o esquema quimioterápico selecionado.

O aumento do uso de antraciclinas, taxanos e terapias hormonais adjuvantes nos estágios iniciais da doença faz com que a seleção do tratamento inicial da doença avançada ou de linhas subsequentes de tratamento seja desafiadora, e principalmente a resistência aos medicamentos limita as opções terapêuticas e a eficácia da quimioterapia de resgate.

Principalmente pela heterogeneidade do câncer de mama, não existe na literatura estudos randomizados que comprovem aumento da sobrevida global no tratamento paliativo da doença avançada após o uso de duas linhas quimioterápicas ou de duas linhas hormonioterápicas, excluindo-se as quimioterapia e hormonioterapia adjuvantes. Contudo, é aceito o tratamento subsequente da doença metastática (3ª ou 4ª linha) em consensos internacionais, dependendo das características do paciente e da doença(10,118), com a intenção de melhorar a qualidade de vida e paliar sintomas.

Atualmente, dispõe-se de uma ampla variedade de agentes para tratamento hormonal no câncer de mama avançado. As principais manipulações hormonais utilizadas são o uso de medicamentos e a ooforectomia cirúrgica ou actínica (por radioterapia).

Os medicamentos utilizados são o tamoxifeno(119), os inibidores da aromatase (exemestano, anastrozol ou letrozol), os análogos do LHRH e o fulvestranto(120-122).

Na hormonioterapia paliativa deve ser considerado o *status* menopausal da paciente, pois algumas opções como os inibidores da aromatase em monoterapia não devem ser prescritos enquanto houver função ovariana.

As pacientes em pré-menopausa que nunca foram submetidas a tratamento com tamoxifeno têm benefício com o uso deste medicamento em monoterapia. Adicionalmente, a ablação ovariana com o uso de análogo do LHRH (ex. goserrelina) associada ao tamoxifeno está relacionada a aumento de sobrevida global, quando comparado ao uso de tamoxifeno isolado(123). Nas pacientes em pré-menopausa que já foram tratadas com tamoxifeno na adjuvância ou naquelas que já falharam com o uso de tamoxifeno em primeira linha é preconizado o uso de um inibidor da aromatase associado à goserrelina em segunda linha(124).

Os inibidores da aromatase, quando comparados ao tamoxifeno no tratamento em primeira linha das pacientes em pós-menopausa, possuem melhor eficácia em sobrevida global(125). Em segunda linha pode-se utilizar tamoxifeno nas pacientes submetidas a IA anteriormente e que não falharam ao tamoxifeno no tratamento adjuvante ou IA nas pacientes submetidas a tamoxifeno em primeira linha. Outra opção para tratamento em segunda ou terceira linha é o fulvestranto em dose de 250mg mensal intramuscular(126-129). A dose de 500 mg demonstrou melhor eficácia no estudo CONFIRM com sobrevida global de 26,4 meses para fulvestranto 500mg e 22,3 meses para 250mg (HR = 0,81; 95% IC = 0,69–0,96; nominal p = 0,02) e pode ser uma opção.(130-132)

Na falha a inibidor não esteroideal (anastrozol ou letrozol) pode-se utilizar um inibidor esteroideal como opção (exemestano). (133)

Inexiste comprovação do benefício em sobrevida global do uso de terceira linha hormonal. Contudo, no grupo de pacientes com doença responsiva anteriormente e lentamente progressiva, com receptores hormonais fortemente positivos em que se deseja postergar o início da quimioterapia, ou naquelas pacientes com contraindicação aos agentes citotóxicos, pode-se utilizar uma terceira linha hormonal a fim de preservar os pacientes dos efeitos colaterais da quimioterapia.

As pacientes com doença HER-2 positivo e receptor hormonal positivo que apresentem doença metastática em ossos e partes moles ou que não estejam em risco de vida iminente (indicação formal de quimioterapia) podem ser tratadas da mesma forma que as pacientes HER-2 negativas. Os dados disponíveis não foram considerados suficientes para justificar a incorporação do trastuzumabe para a poliquimioterapia ou monoterapia do carcinoma de mama avançado(88).

O uso de everolimo, um inibidor tirosinoquinase da via intracelular de sinalização MTOR, em combinação com exemestano após falha da hormonioterapia, foi avaliado em estudo recente. Este estudo multicêntrico, duplo-cego randomizado, envolveu 724 mulheres em pós-menopausa com receptores de estrogênio positivos, HER-2-negativo, com câncer de mama avançado com recorrência ou progressão após terapêutica prévia com letrozol ou anastrozol. Uma análise interina da sobrevida global (SG), realizado em 46% dos eventos esperados não foi estatisticamente significativa (HR = 0,77 (IC95%: 0,57 - 1,04)). A segunda análise interina para sobrevida global mostrou um benefício de 4,4 meses (HR=0.89 (IC95%: 0,73 -1.10); p=0.1426), porém novamente sem significância estatística(134).

A terapia citotóxica é um tratamento bastante utilizado no tratamento das pacientes com doença avançada, metastática ou recidivada, principalmente naquelas com receptores hormonais negativos ou com receptores hormonais positivos que se tornaram refratárias à hormonioterapia e ainda naquelas com doença visceral ou com doença agressiva. Os fármacos com maior atividade no câncer de mama avançado são os antracíclicos (doxorubicina

ou epirrubicina) e taxanos (paclitaxel, docetaxel), e outros agentes quimioterápicos possuem atividade em doença metastática, entre eles as capecitabina, gencitabina, metotrexato, 5-fluorouracila, vinorelbina, vimblastina, mitomicina, etoposido, ciclofosfamida, cisplatina, irinotecano e quimioterápicos mais recentes como ixabepilona, eribulina, nab-paclitaxel e doxorubicina lipossomal.(135-147).

A quimioterapia pode ser administrada como agente único ou em combinação. Quando comparados, em revisão sistemática publicada em 2005, a combinação de agentes quimioterápicos foi associada a um aumento da taxa de resposta, aumento do tempo para progressão de doença e um pequeno benefício de sobrevida global (HR para morte de 0,88 IC 0,83-0,93), no entanto com um aumento expressivo da toxicidade.(148) Diversos estudos clínicos com fármacos mais modernos também falharam em demonstrar benefício de sobrevida e, quando mostraram, este benefício foi apenas de 2 a 3 meses.(138,149-151)

O tratamento combinado deve ser utilizado em pacientes com doença rapidamente progressiva que necessitem de resposta objetiva rápida, a despeito da maior toxicidade proporcionada por esse tratamento. Fora deste contexto, pacientes devem ser submetidos a monoterapia.

A duração da quimioterapia é foco de intenso debate; diversos estudos já demonstraram que a “quimioterapia de manutenção” pode prolongar a sobrevida livre progressão, porém não altera a sobrevida global.(152-155) Inexiste comprovação científica do benefício de quimioterapia paliativa após 2ª linha em termos de sobrevida global, mas seu uso pode ser considerado particularmente nas pacientes com boa resposta anterior e que mantenham *performance status* adequado com objetivos de retardar a progressão da doença e paliar sintomas.

Outros medicamentos anti-HER-2 com indicação para a progressão tumoral após o uso de trastuzumabe em pacientes com doença metastática, como lapatinibe, pertuzumabe e trastuzumabe-entansina, embora com atividade em pacientes com expressão positiva do gene *erbB2* (HER-2), necessitam de mais estudos e maior tempo de uso para justificar a sua utilização na rotina.

O lapatinibe é um inibidor reversível dos receptores da família das tirosinoquinases *ErbB1* e *ErbB2*, administrado pela via oral. Em combinação com capecitabina, à progressão tumoral após o uso de trastuzumabe, não resultou em melhora da SG (HR 0,92; 95% CI, 0.58–1.46; $p = 0,72$). (156) Outro estudo de fase 3, de uso em primeira linha e comparando lapatinibe e paclitaxel com paclitaxel, também não demonstrou benefício em SG.(157)

O pertuzumabe é um anticorpo monoclonal recombinante humanizado que se liga em um domínio extracelular distinto do trastuzumabe e previne sua dimerização com HER3. O estudo CLEOPATRA avaliou a adição de pertuzumabe ao esquema de primeira linha em pacientes com câncer de mama metastático tratados com trastuzumabe e docetaxel. A avaliação de SG demonstrou um benefício de sobrevida de 37,6 meses (95% CI 34.3-NE [não podendo ser estimado]) no grupo placebo e ainda não alcançado (95% CI 42.4-NE) no grupo pertuzumabe (hazard ratio 0.66, 95% CI 0,52-0,84; $p=0,0008$). (158)

O trastuzumabe-entansina (T-DM1) é o trastuzumabe ligado de forma covalente com a substância inibitória de microtúbulos DM1 (um derivado de maitansina) por meio do ligante tioéter estável MCC (4-[N-maleimidometil]ciclohexano-1-carboxilato). A entansina refere-se ao complexo DM1-MCC. A conjugação trastuzumabe-entansina confere seletividade as células tumorais com receptores HER-2 positivos, aumentando a veiculação da entansina nas células tumorais. O estudo EMILIA, de fase 3, em quimioterapia de segunda linha do câncer de mama avançado e em progressão após o uso de trastuzumabe em primeira linha, avaliou 991 pacientes para receber TDM-1 ou a combinação lapatinibe mais capecitabina. Os objetivos primários definidos para o estudo, de melhora na sobrevida livre de progressão e a sobrevida global, foram atingidos.(159), no entanto são necessários mais estudos e maior tempo de uso para justificar a sua utilização como rotineira.

A associação de bevacizumabe, um anticorpo monoclonal anti VEGF (fator de crescimento endotelial), quando administrado em combinação ao paclitaxel para pacientes com câncer de mama triplo negativo (RE, RP e HER-2 negativos) proporciona um aumento na taxa de resposta e na sobrevida livre de progressão de doença sem alterar de fato a sobrevida mediana global dessas pacientes.(158).

Pacientes com metástase(s) óssea(s) devem receber o inibidor de osteólise, associadamente a efetivo tratamento sistêmico. Medicamentos dessa classe ajudam a reduzir a dor, a incidência de fraturas e hipercalemia(160), mas deve-se prestar atenção especial à possibilidade de osteonecrose de mandíbula com uso prolongado.

7 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

7.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

Pacientes em tratamento paliativo devem ser monitorizados para resposta terapêutica nos sítios de doença com exames de imagem (TC preferencialmente) a cada 6-12 semanas de tratamento com quimioterapia ou hormonioterapia. Em caso de doença estável ou resposta terapêutica, recomenda-se um total de 6-8 ciclos conforme a tolerância ao tratamento. Contudo, não há dado comprovado que defina o número de ciclos de quimioterapia a ser utilizado. Alguns autores sugerem a manutenção do tratamento enquanto houver benefício, respeitando-se a toxicidade, porém não há dados que justifiquem o tratamento de manutenção com melhora da sobrevida global. Pacientes sob hormonioterapia devem receber tratamento até a progressão da doença. Marcadores tumorais não são recomendados para avaliação de resposta. Pacientes em uso de quimioterapia ou hormonioterapia prévia devem ser monitorados com exame clínico.

7.2 CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO

Pacientes que apresentaram qualquer tipo de intolerância à radioterapia, quimioterapia ou hormonioterapia (graus 3 e 4, de acordo com a *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Versão 4*)(161) ou intolerância considerada grave devem ter a dose reduzida ou o tratamento suspenso. Este será retomado apenas quando a toxicidade regredir ou retornar para os graus 1 ou 2. Pacientes que não tolerarem doses reduzidas devem ter o tratamento suspenso. Essa conduta simplificada deve levar em conta o tratamento utilizado, o evento adverso em questão e o benefício atingido pelo paciente. Pacientes com evidência de progressão da doença devem ter seu tratamento suspenso e receber cuidados paliativos.

7.2.1 TRASTUZUMABE

Em relação à infusão do trastuzumabe, recomenda-se a observação clínica por 30 minutos após a administração das três primeiras doses do medicamento, pelo risco de reações adversas imediatas por hipersensibilidade. Sintomas como febre e calafrio podem ocorrer em 30% a 40% dos pacientes após a primeira administração de trastuzumabe, sendo menos comum nas administrações subsequentes. Podem ocorrer ainda náusea, vômitos, astenia, dor local, cefaleia, tontura, dispneia, hipotensão e erupção cutânea. Recomenda-se para estes pacientes o uso de medicamentos sintomáticos (anti-histamínicos e analgésicos) e reduzir a velocidade de infusão do trastuzumabe. Reações infusionais graves são infrequentes (3 por 1.000 pacientes), podendo resultar em óbito (4 por 10.000 pacientes), e incluem dispneia, hipotensão, sibilância, broncoespasmo, taquicardia e hipoxemia. Recomenda-se para estes pacientes a interrupção imediata do uso do trastuzumabe e medidas de suporte clínico apropriadas.

Deve ser realizado ecocardiograma antes do início do uso desse medicamento e a cada 3 meses de tratamento, e as condutas abaixo devem ser tomadas de acordo com os ecocardiogramas de monitoramento.

Para as pacientes assintomáticas: (162)

- » FE normal, porém redução absoluta menor que 16% em comparação ao exame pré-tratamento: continuar o tratamento;
- » FE normal, com redução absoluta maior ou igual a 16% em comparação ao exame pré-tratamento: suspender e reavaliar a FE em 3-4 semanas;
- » FE abaixo do limite inferior normal, com redução absoluta menor que 10%: manter o tratamento e reavaliar FE em 3-4 semanas;
- » FE abaixo do limite inferior normal, com redução absoluta maior ou igual a 10%: suspender o tratamento e reavaliar FE em 3-4 semanas.

O tratamento suspenso pode ser re-iniciado, se na reavaliação da FE houver critério para sua continuidade. Havendo interrupção do uso de trastuzumabe por intervalo igual ou superior a 6 semanas, por qualquer motivo, pode ser repetida a dose inicial.

Em caso de duas interrupções sucessivas, ou três em qualquer momento, o uso do medicamento deve ser permanentemente interrompido.

Em caso de pacientes com insuficiência cardíaca sintomática com o uso do medicamento, o mesmo deverá ser permanentemente interrompido, independente dos valores de FE.

Tem sido observado nos pacientes com câncer de mama HER-2 positivo um risco maior do que o habitual de desenvolver metástase(s) no sistema nervoso central(SNC). O SNC é uma região santuário, não alcançado pela maioria dos medicamentos antineoplásicos usados na quimioterapia adjuvante. Se o paciente desenvolver metástase isolada no SNC durante a quimioterapia adjuvante com trastuzumabe, o tratamento precisa ser interrompido para o tratamento médico apropriado – cirurgia ou radioterapia. Se toda a lesão metastática tiver sido ressecada, proporcionando a chance de remissão em longo prazo, cabe ao médico oncologista definir se a quimioterapia adjuvante deve ser retomada de modo a completar período de uso do trastuzumabe originalmente programado. Se o paciente desenvolver metástase no SNC e em outro órgão durante a quimioterapia adjuvante com trastuzumabe, o uso deste medicamento deve ser interrompido e não re-iniciado.

7.3 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Pacientes devem ser acompanhados ao término da adjuvância por 5 anos. O exame físico deve ser realizado a cada 3 a 6 meses para os primeiros três anos, a cada 6 a 12 meses para os seguintes 4 e 5 anos, e depois, anualmente. Para as mulheres que se submeteram à cirurgia conservadora da mama, a mamografia pós-tratamento deve ser obtida um ano após a mamografia inicial e pelo menos 6 meses após a conclusão da radioterapia. O uso de hemograma completo, dosagens bioquímicas séricas, cintilografia óssea, radiografia de tórax, US abdominal, TC, RM, PET-CT ou marcadores tumorais não é recomendado para acompanhamento de rotina em um paciente assintomático, sem achados específicos no exame clínico. Pacientes com doença metastática devem ser acompanhados por exame de imagem nos sítios de doença a cada 3-6 meses, ou conforme necessidade clínica ou evidência de progressão.

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A adoção dos esquemas de quimioterapia comprovadamente estabelecidos para câncer de mama irá depender de experiência em cada instituição e seu corpo clínico, bem como a disponibilidade de determinados insumos. O uso de esquemas de alta complexidade devido ao potencial alto de complicações e efeitos colaterais de difícil controle não é recomendado nestas Diretrizes.

Doentes com diagnóstico de câncer mamário devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

Os procedimentos radioterápicos e quimioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 04) e cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de adultos com câncer de mama:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

03.04.02.013-3 - Quimioterapia do carcinoma de mama avançado (doença metastática ou recidivada) - 1ª Linha

03.04.02.014-1 - Quimioterapia do carcinoma de mama avançado (doença metastática ou recidivada) - 2ª Linha

03.04.02.034-6 - Hormonioterapia do carcinoma de mama avançado (receptor positivo, doença metastática ou recidivada) – 1ª linha

03.04.02.033-8 - Hormonioterapia do carcinoma de mama avançado (receptor positivo, doença metastática ou recidivada) - 2ª linha

QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOADJUVANTE/CITORREDUTORA) – ADULTO

03.04.04.002-9 - Quimioterapia do carcinoma de mama

03.04.04.018-5 - Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio III (prévia)

03.04.04.xxx-x - Hormonioterapia prévia (procedimento a ser criado)

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA) – ADULTO

03.04.05.013-0 - Quimioterapia do carcinoma de mama em estágio I clínico ou patológico

03.04.05.026-1 - Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio I (adjuvante)

03.04.05.029-6 - Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio I (adjuvante)

03.04.05.004-0 - Hormonioterapia do carcinoma de mama receptor positivo em estágio I clínico ou patológico

03.04.05.007- 5 - Quimioterapia do carcinoma de mama em estágio II clínico ou patológico

03.04.05.027-0 - Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio II (adjuvante)

03.04.05.030-0 - Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio II (adjuvante)

03.04.05.012-1 - Hormonioterapia do carcinoma de mama receptor positivo em estágio II clínico ou patológico

03.04.05.006-7 - Quimioterapia do carcinoma de mama em estágio III clínico ou patológico

03.04.05.028-8 - Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio III (adjuvante)

03.04.05.031-8 - Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio III (adjuvante)

03.04.05.011-3 - Hormonioterapia do carcinoma de mama receptor positivo em estágio III clínico ou patológico

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação.

Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; e o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos).

Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e observância da regulação do acesso assistencial; a qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração de medicamento(s) (tipos e doses); a compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico de câncer mamário e perfil clínico do doente (capacidade funcional, estadiamento, indicação clínica para tratamento), o esquema terapêutico e as doses diárias prescritas e fornecidas; a compatibilidade do registro dos procedimentos com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo, pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo e pelo Trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama inicial e locorregionalmente avançado, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos[46].

9 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao tratamento do câncer mamário, notadamente no uso de medicamento antineoplásico.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p.:il. Col., mapas.
2. Ferlay J, Bray F, Pisani, Parkin DM. Globocan 2002: câncer incidence , mortality and pralence worldwide. IARC CancerBase No 5, version 2.0. IARC Press: Lyon, 2004
3. Donald A. Berry, Ph.D., Kathleen A. Cronin, Ph.D., Sylvia K. Plevritis, Ph.D., Dennis G. Fryback, Ph.D., Lauren Clarke, M.S., Marvin Zelen, Ph.D., et al. Effect of Screening and Adjuvant Therapy on Mortality from Breast Cancer; N Engl J Med 2005; 353:1784-92
4. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. Reproductive factors and breast cancer. Epidemiol Rev. 1993;15(1):36-47. Review;
5. Kelsey JL, Fischer DB, Holford TR, LiVoisi VA, Mostow ED, Goldenberg IS, White C. Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. J Natl Cancer Inst. 1981; 67(2): 327.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, v.4/Instituto nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2010;
7. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. ; CA Cancer J Clin. 2012;62(1):10. Disponível em: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2000/ (Acesso em 26/03/2012).
8. Controle do Câncer de Mama - Documento de consenso/Ministério da Saúde – 2004. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>. Acesso em 03/08/2013
9. Instituto Nacional do Câncer/Ministériod a Saúde. Detecção Precoce do Câncer de Mama. Disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/deteccao_mama_2012.pdf. Acesso em 09/08/2013.
10. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer; Disponível em www.nccn.org. Acesso em 08/2012.
11. Myers RE, Johnston M, Pritchard K, Levine M, Oliver T; Breast Cancer Disease Site Group of the Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative. Baseline staging tests in primary breast cancer: a practice guideline. CMAJ May 15, 2001 vol. 164 no. 10.
12. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.:CD001877.DOI:10.1002/14651858.CD001877.pub5. Barlow WE, Lehman CD, Zheng Y, Ballard-Barbash R, Yankaskas BC, Cutter GR, et al.. Performance of diagnostic mammography for women with signs or symptoms of breast cancer. J Natl Cancer Inst. 2002;94(15):1151.
13. Nielsen TO, Hsu FD, Jensen K, Cheang M, Karaca G, Hu Z, et al. Immunohistochemical and clinical characterization of the basal-like subtype of invasive breast carcinoma. Clin Cancer Res 2004; 10: 5367–5374.
14. Blows FM, Driver KE, Schmidt MK, Broeks A, van Leeuwen FE, Wesseling J, et al. Subtyping of breast cancer by immunohistochemistry to investigate a relationship between subtype and short and long term survival: a collaborative analysis of data for 10,159 cases from 12 studies. PLoS Med 2010; 7: e1000279.
15. Cheang MC, Chia SK, Voduc D, Gao D, Leung S, Snider J, et al. Ki67 index, HER-2 status, and prognosis of patients with luminal B breast cancer. J Natl Cancer Inst 2009; 101: 736–750.
16. Liedtke C, Mazouni C, Hess KR, André F, Tordai A, Mejia JA, et al. Response to neoadjuvant therapy and long-term survival in patients with triple-negative breast cancer. J Clin Oncol 2008; 26: 1275–1281
17. Onitilo AA, Engel JM, Greenlee RT, Mukesh BN. Breast Cancer Subtypes based on ER/OR and HER-2 expression : Comparison of Clinicopathologic Features and Survival . Clin Med Res. 2009 June; 7(1-2): 4-13
18. Tang G, Shak S, Paik S, Anderson SJ, Costantino JP, Geyer CE Jr, et al. Comparison of the prognostic and predictive utilities of the 21-gene recurrence score assay and Adjuvant! for women with node-negative, ER-positive breast cancer: results from NSABP B-14 and NSABP B-20. Breast Cancer Res Treat 2011; 127: 133–142
19. Hugh J, Hanson J, Cheang MC, Nielsen TO, Perou CM, Dumontet C, et al. Breast cancer subtypes and response to docetaxel in node-positive breast cancer: use of an immunohistochemical definition in the BCIRG 001 Trial. J Clin Oncol 2009; 27: 1168–1176.

20. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 7a ed. West Sussex: Wiley-Blackwell 2009. [Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *TNM – Classificação de Tumores Malignos*. Rio de Janeiro. Inca, 2012.xxv,325p.]
21. Harris L, Fritsche H, Mennel R, Norton L, Ravdin P, Taube S, Somerfield MR, Hayes DF, Bast RC Jr; American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology 2007 update of recommendations for the use of tumor markers in breast cancer. *J Clin Oncol*. 2007 Nov 20;25(33):5287-312
22. W. Han, H. Kim, J. Lee, K. Lee, H. Moon, E. Ko, et al. Seoul National University Hospital, Seoul, Republic of Korea; Gyeongsang National University Hospital, Jinju, Republic of Korea. Value of preoperative staging of breast cancer patients using computed tomography to detect asymptomatic lung and liver metastasis. *J Clin Oncol* 27:15s, 2009 (suppl; abstr 1105).
23. A. Goldhirsch, W. C. Wood, R. D. Gelber, A. S. Coates, B. Thurlimann, H.-J. Senn & Panel Members. Progress and promise: highlights of the international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2007. *Annals of Oncology* 18: 1133–1144, 2007.
24. Floyd JD, Nguyen DT, Lobins RL, et al. Cardiotoxicity of cancer therapy. *J Clin Oncol* 2005; 23:7685.
25. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, Godwin J, Gray R, Hicks C, James S, MacKinnon E, McGale P, McHugh T, Peto R, Taylor C, Wang Y, Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005; 366 (9503):2087.
26. Halsted WS. I. The Results of Radical Operations for the Cure of Carcinoma of the Breast. *Ann Surg* 1907; 46:1.
27. Veronesi U, Valagussa P. Inefficacy of internal mammary nodes dissection in breast cancer surgery. *Cancer* 1981; 47:170.
28. Turner L, Swindell R, Bell WG, et al. Radical versus modified radical mastectomy for breast cancer. *Ann R Coll Surg Engl* 1981; 63:239.
29. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347:1233.
30. Kearney TJ, Morrow M. Effect of reexcision on the success of breast-conserving surgery. *Ann Surg Oncol* 1995; 2:303.
31. Krag D, Weaver D, Ashikaga T et al. The sentinel node in breast cancer—a multicenter validation study. *N Engl J Med* 1998; 339: 941–946
32. Cox CE, Pendas S, Cox JM et al. Guidelines for sentinel node biopsy and lymphatic mapping of patients with breast cancer. *Ann Surg* 1998; 227: 645–651.
33. Cantin J, Scarth H, Levine M, Hugi M. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 13. Sentinel lymph node biopsy. *CMAJ* 2001; 165: 166–173.
34. Lucci A Jr, Kelemen PR, Miller C III et al. National practice patterns of sentinel lymph node dissection for breast carcinoma. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 453–458.
35. Krag DN, Anderson SJ, Julian TB, et al. Technical outcomes of sentinel-lymph-node resection and conventional axillary-lymph-node dissection in patients with clinically node-negative breast cancer: results from the NSABP B-32 randomised phase III trial. *Lancet Oncol* 2007; 8:881.
36. Krag DN, Julian TB, Harlow SP, et al. NSABP-32: Phase III, randomized trial comparing axillary resection with sentinel lymph node dissection: a description of the trial. *Ann Surg Oncol* 2004; 11:208S.
37. Primary outcome results of NSABP B-32, a randomized phase III clinical trial to compare sentinel node resection (SNR) to conventional axillary dissection (AD) in clinically node-negative breast cancer patients. ASCO 2010; Abstract LBA505. *J Clin Oncol* 2010; 28:18s (suppl; abstr LBA505).
38. Krag DN, Anderson SJ, Julian TB, et al. Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2010; 11:927.
39. Krag DN, Anderson SJ, Julian TB et al. Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2010; 11: 927–933

40. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis. *JAMA* 2011; 305: 569–575.
41. Galimberti V, Cole BF, Zurrada S, et al; International Breast Cancer Study Group Trial 23-01 investigators. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 14: 2013,297-305.
42. Joslyn SA. Patterns of care for immediate and early delayed breast reconstruction following mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115:1289.
43. Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol* 2000; 26:17.
44. Lipton A, Theriault RL, Hortobagyi GN, Simeone J, Knight RD, Mellars K, et al. Pamidronate prevents skeletal complications and is effective palliative treatment in women with breast carcinoma and osteolytic bone metastases: long term follow-up of two randomized, placebo-controlled trials. *Cancer* 2000; 88:1082
45. Rapiti E, Verkooijen HM, Vlastos G, Fioretta G, Neyroud-Caspar I, Sappino AP, et al. Complete excision of primary breast tumor improves survival of metastatic breast cancer at diagnosis. *J Clin Oncol* 2006;24(18):2743.
46. Coates AS, Hürny C, Peterson HF, Bernhard J, Castiglione-Gertsch M, Gelber RD, et al (2000) Quality-of-life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group. *J Clin Oncol* 18(22):3768–3774
47. Lichter AS, Fraass BA, Yanke B. Treatment Techniques in the Conservative Management of Breast Cancer. *Semin Radiat Oncol* 1992; 2:94.
48. Pierce LJ, Butler JB, Martel MK, et al. Postmastectomy radiotherapy of the chest wall: dosimetric comparison of common techniques. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 52:1220.
49. Whelan TJ, Pignol JP, Levine MN et al. Long-term results of hypofractionated radiation therapy for breast cancer. *N Engl J Med* 2010; 362: 513–520.
50. The START Trialists' Group. The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) Trial B of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: a randomised trial. *Lancet* 2008; 371: 1098–1107.
51. Smith BD, Arthur DW, Buchholz TA, et al Accelerated partial breast irradiation consensus statement from the American Society for Radiation Oncology (ASTRO). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009 Jul 15;74(4):987-1001
52. Polgár C, Van Limbergen E, Pötter R, et al. Patient selection for accelerated partial-breast irradiation (APBI) after breast-conserving surgery: recommendations of the Groupe Européen de Curiethérapie-European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (GEC-ESTRO) breast cancer working group based on clinical evidence (2009). *Radiother Oncol*. 2010 Mar;94(3):264-73
53. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, Mandelblatt JS, Yakovlev AY, Habbema JD, Feuer EJ, Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) Collaborators. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med*. 2005;353(17):1784
54. R. Wolters, A.C. Regierer, L. Schwentner, V. Geyer, K. Possinger, R. Kreienberg, M.B. Wischnewsky, A. Wockel. A comparison of international breast cancer guidelines – Do the national guidelines differ in treatment recommendations? *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER* 48 (2012) 1–11
55. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials; *Lancet* 2012 Feb; 379 (9814) 423-44;
56. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *The Lancet*, 365, Issue 9472, 1687-1717, 2005;
57. Hickey BE, Francis DP, Lehman M. Sequencing of chemotherapy and radiation therapy for early breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD005212. DOI: 10.1002/14651858.CD005212.pub2
58. Pico C, Martin M, Jará C, et al. On behalf of the GEICAM Group. Epirubicin–cyclophosphamide adjuvant chemotherapy plus tamoxifen administered concurrently versus sequentially: randomized phase III trial in postmenopausal node-positive breast cancer patients. A GEICAM 9401 study. *Annals of Oncology* 15: 79–87, 2004

59. Cuzick J, Ambroisine L, Davidson N, Jakesz R, Kaufmann M, Regan M, Sainsbury R. Use of luteinising-hormone-releasing hormone agonists as adjuvant treatment in premenopausal patients with hormone-receptor-positive breast cancer: a meta-analysis of individual patient data from randomised adjuvant trials. *Lancet* 369:1711, 2007
60. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. *The Lancet*, Volume 378, Issue 9793, Pages 771 - 784, 27 August 2011
61. Dowsett M, Cuzick J, Ingle J, Coates A, Forbes J, Bliss J, et al Meta-analysis of breast cancer outcomes in adjuvant trials of aromatase inhibitors versus tamoxifen.. *J Clin Oncol*. 2010;28(3):509.
62. Goss PE, Ingle JN, Martino S, Robert NJ, Muss HB, Piccart MJ, et al. A randomized trial of letrozole in postmenopausal women after five years of tamoxifen therapy for early-stage breast cancer. *N Engl J Med*. 2003;349(19):1793.
63. Goss PE, Ingle JN, Martino S, Robert NJ, Muss HB, Piccart MJ, et al. Randomized trial of letrozole following tamoxifen as extended adjuvant therapy in receptor-positive breast cancer: updated findings from NCIC CTG MA.17. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97(17):1262.
64. aTTom: Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years in 6,953 women with early breast cancer *J Clin Oncol* 31, 2013 (suppl; abstr 5);
65. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *The Lancet*, Volume 381, Issue 9869, Pages 805 - 816, 9 March 2013 doi:10.1016/S0140-6736(12)61963-1]
66. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials. *Lancet* 2012 Feb; 379(9814) 423-44.
67. Ferguson T, Wilcken N, Vagg R, Ghersi D, Nowak AK. Taxanes for adjuvant treatment of early breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD004421.
68. Jones SE, Savin MA, Holmes FA, et al. Phase III trial comparing doxorubicin plus cyclophosphamide with docetaxel plus cyclophosphamide as adjuvant therapy for operable breast cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24:5381.
69. Stephen Jones, Frankie Ann Holmes, Joyce O'Shaughnessy, Joanne L. Blum, Svetislava J. Vukelja, Kristi J. McIntyre, et al. Docetaxel With Cyclophosphamide Is Associated With an Overall Survival Benefit Compared With Doxorubicin and Cyclophosphamide: 7-Year Follow-Up of US Oncology Research Trial 9735. *JCO* March 10, 2009 vol. 27 no. 8 1177-1183.
70. Roché H, Fumoleau P, Spielmann M, et al. Sequential adjuvant epirubicin-based and docetaxel chemotherapy for node-positive breast cancer patients: the FNCLCC PACS 01 Trial. *J Clin Oncol* 2006; 24:5664.
71. Martín M, Rodríguez-Lescure A, Ruiz A, et al. Randomized phase 3 trial of fluorouracil, epirubicin, and cyclophosphamide alone or followed by Paclitaxel for early breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100:805.
72. Bonilla L, Ben-Aharon I, Vidal L, et al. Dose-dense chemotherapy in nonmetastatic breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102:1845.
73. Martín M, Seguí MA, Antón A, Ruiz A, Ramos M, Adrover E, et al. Adjuvant docetaxel for node-positive breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 352:2302.
74. The Breast Cancer Intergroup of North America. Adjuvant chemotherapy and timing of tamoxifen in postmenopausal patients with endocrine-responsive, node-positive breast cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet*, Volume 374, Issue 9707, Pages 2055 - 2063, 19 December 2009.
75. Caroline Lohrisch, Charles Paltiel, Karen Gelmon, Caroline Speers, Suzanne Taylor, Jeff Barnett, and Ivo A. Olivotto. Impact on Survival of Time From Definitive Surgery to Initiation of Adjuvant Chemotherapy for Early-Stage Breast Cancer. *J Clin oncol* VOLUME 24 NUMBER 30 OCTOBER 20 2006
76. Carlos Jara Sánchez, Amparo Ruiz, Miguel Martín, Antonio Antón, Blanca Munárriz, Arrate Plazaola, José Schneider, Purificación Martínez del Prado, Emilio Alba and Antonio Fernández-Aramburo. Influence of Timing of Initiation of Adjuvant Chemotherapy Over Survival in Breast Cancer: A Negative Outcome Study by the Spanish Breast Cancer Research Group (GEICAM). *Breast cancer research and treatment*. Volume 101, Number 2 (2007), 215-223, DOI: 10.1007/s10549-006-9282-0

77. Thurman SA, Schnitt SJ, Connolly JL, Gelman R, Silver B, Harris JR, Recht A. Outcome after breast-conserving therapy for patients with stage I or II mucinous, medullary, or tubular breast carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2004;59(1):152.
78. Yaziji H, Goldstein LC, Barry TS, Werling R, Hwang H, Ellis GK, et al. HER-2 testing in breast cancer using parallel tissue-based methods. *JAMA.* 2004;291(16):1972.
79. Klapper LN, Glathe S, Vaisman N, Hynes NE, Andrews GC, Sela M, et al. The ErbB-2/HER-2 oncoprotein of human carcinomas may function solely as a shared coreceptor for multiple stroma-derived growth factors. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1999;96(9):4995.
80. Petit AM, Rak J, Hung MC, Rockwell P, Goldstein N, Fendly B, et al. Neutralizing antibodies against epidermal growth factor and ErbB-2/neu receptor tyrosine kinases down-regulate vascular endothelial growth factor production by tumor cells in vitro and in vivo: angiogenic implications for signal transduction therapy of solid tumors. *Am J Pathol.* 1997;151(6):1523.
81. Piccart-Gebhart MJ, Procter M, Leyland-Jones B, Goldhirsch A, Untch M, Smith I, Gianni L, Baselga J, Bell R, Jackisch C, Cameron D, Dowsett M, Barrios CH, Steger G, Huang CS, Andersson M, Inbar M, Lichinitser M, Láng I, Nitz U, Iwata H, Thomssen C, Lohrisch C, Suter TM, Rüschoff J, Suto T, Greatorex V, Ward C, Strahle C, McFadden E, Dolci MS, Gelber RD, Herceptin Adjuvant (HERA) Trial Study Team. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER-2-positive breast cancer. *N Engl J Med.* 2005;353(16):1659.
82. Romond EH, Perez EA, Bryant J, Suman VJ, Geyer CE Jr, Davidson NE, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER-2-positive breast cancer. *N Engl J Med.* 2005;353(16):1673.
83. Joensuu H, Kellokumpu-Lehtinen PL, Bono P, Alanko T, Kataja V, Asola R, Utriainen T, Kokko R, Hemminki A, Tarkkanen M, Turpeenniemi-Hujanen T, Jyrkkiö S, Flander M, Helle L, Ingalsuo S, Johansson K, Jääskeläinen AS, Pajunen M, Rauhala M, Kaleva-Kerola J, Salminen T, Leinonen M, Elomaa I, Isola J, FinHer Study Investigators. Adjuvant docetaxel or vinorelbine with or without trastuzumab for breast cancer. *N Engl J Med.* 2006;354(8):809.
84. Marc Spielmann, Henri Roché, Thierry Delozier, Jean-Luc Canon, Gilles Romieu, Hugues Bourgeois, et al. Trastuzumab for Patients With Axillary-Node-Positive Breast Cancer: Results of the FNCLCC-PACS 04 Trial. *J Clin Oncol* 2009; 27:6129-6134.
85. Luca Gianni, Wolfgang Eiermann, Vladimir Semiglazov, Alexey Manikhas, Ana Lluch, Sergey Tjulandin, et al. Neoadjuvant chemotherapy with trastuzumab followed by adjuvant trastuzumab versus neoadjuvant chemotherapy alone, in patients with HER-2-positive locally advanced breast cancer (the NOAH trial): a randomised controlled superiority trial with a parallel HER-2-negative cohort. *Lancet* 2010; 375: 377–84.
86. Slamon D, Eiermann W, Robert N, Pienkowski T, Martin M, Press M, Mackey J, Glaspy J, Chan A, Pawlicki M, Pinter T, Valero V, Liu MC, Sauter G, von Minckwitz G, Visco F, Bee V, Buyse M, Bendahmane B, Tabah-Fisch I, Lindsay MA, Riva A, Crown J, Breast Cancer International Research Group. Adjuvant trastuzumab in HER-2-positive breast cancer. *N Engl J Med.* 2011;365(14):1273.
87. Ministério da saúde Relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC. Abril 2012. Consultado em julho 2013. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Trastuzumabe_caavancado_final.pdf
88. Moja L, Tagliabue L, Balduzzi S, Parmelli E, Pistotti V, Guarneri V, et al. Trastuzumab containing regimens for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;4:CD006243.
89. Marion Procter, Thomas M. Suter, Evandro de Azambuja, Urania Dafni, Veerle van Dooren, Susanne Muehlbauer, et al. Longer-Term Assessment of Trastuzumab-Related Cardiac Adverse Events in the Herceptin Adjuvant (HERA) Trial. *J Clin Oncol.* 2010; 28:3422-3428.
90. H. B. Muss, D. L. Berry, C. Cirincione, M. Theodoulou, A. Mauer, H. Cohen, A. H. Partridge, L. Norton, C. A. Hudis, E. P. Winer, North American Breast Cancer Intergroup. Standard chemotherapy (CMF or AC) versus capecitabine in early-stage breast cancer (BC) patients aged 65 and older: Results of CALGB/CTSU 49907. *J Clin Oncol* 26: 2008 (May 20 suppl; abstr 507)
91. Jennifer J. Griggs, Pamela B. Mangu, Holly Anderson, Edward P. Balaban, James J. Dignam, William M. Hryniuk, Vicki A. Morrison, T. May Pini, Carolyn D. Runowicz, Gary L. Rosner, Michelle Shayne, Alex Sparreboom, Lara E. Sucheston, and Gary H. Lyman. Appropriate Chemotherapy Dosing for Obese Adult Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. ASCO GUIDELINES

92. BYRD BF Jr, BAYER DS, ROBERTSON JC, STEPHENSON SE Jr. Treatment of breast tumors associated with pregnancy and lactation. *Ann Surg* 1962; 155:940.
93. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol* 2004; 5:283.
94. Khera SY, Kiluk JV, Hasson DM, Meade TL, Meyers MP, Dupont EL, et al. Pregnancy-associated breast cancer patients can safely undergo lymphatic mapping. *Breast J* 2008; 14:250.
95. Cullins SL, Pridjian G, Sutherland CM. Goldenhar's syndrome associated with tamoxifen given to the mother during gestation. *JAMA* 1994; 271:1905.
96. Gralow JR, Burstein HJ, Wood W, Hortobagyi GN, Gianni L, von Minckwitz G, et al. Preoperative therapy in invasive breast cancer: pathologic assessment and systemic therapy issues in operable disease. *J Clin Oncol* 2008; 26:814.
97. Kaufmann M, Hortobagyi GN, Goldhirsch A, et al. Recommendations from an international expert panel on the use of neoadjuvant (primary) systemic treatment of operable breast cancer: an update. *J Clin Oncol* 2006; 24:1940.
98. Schwartz GF, Hortobagyi GN. Proceedings of the consensus conference on neoadjuvant chemotherapy in carcinoma of the breast, April 26-28, 2003, Philadelphia, Pennsylvania. *Cancer* 2004; 100:2512.
99. Wolmark N, Wang J, Mamounas E, Bryant J, Fisher B. Preoperative chemotherapy in patients with operable breast cancer: nine-year results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2001; :96.
100. Mauri D, Pavlidis N, Ioannidis JP. Neoadjuvant versus adjuvant systemic treatment in breast cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97:188.
101. Rastogi P, Anderson SJ, Bear HD, Geyer CE, Kahlenberg MS, Robidoux A, et al. Preoperative chemotherapy: updates of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocols B-18 and B-27. *J Clin Oncol* 2008; 26:778.
102. Bear HD, Anderson S, Smith RE, Geyer CE Jr, Mamounas EP, Fisher B, et al. Sequential preoperative or postoperative docetaxel added to preoperative doxorubicin plus cyclophosphamide for operable breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. *J Clin Oncol* 2006; 24:2019.
103. Gary H. Lyman, Armando E. Giuliano, Mark R. Somerfield, Al B. Benson III, Diane C. Bodurka, Harold J. Burstein, et al. American Society of Clinical Oncology guideline recommendations for sentinel lymph node biopsy in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23:7703.
104. Bhargava R, Beriwal S, Dabbs DJ, Ozbek U, Soran A, Johnson RR, et al. Immunohistochemical surrogate markers of breast cancer molecular classes predicts response to neoadjuvant chemotherapy: a single institutional experience with 359 cases. *Cancer* 2010; 116:1431.
105. Hutcheon AW, Heys SD, Sarkar TK, Aberdeen Breast Group. Neoadjuvant docetaxel in locally advanced breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2003; 79 Suppl 1:S19.
106. Walker LG, Eremin JM, Aloysius MM, Vassanasiri W, Walker MB, El-Sheemy M, et al. Effects on quality of life, anti-cancer responses, breast conserving surgery and survival with neoadjuvant docetaxel: a randomised study of sequential weekly versus three-weekly docetaxel following neoadjuvant doxorubicin and cyclophosphamide in women with primary breast cancer. *BMC Cancer* 2011; 11:179.
107. Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M, Ghilardi M, Barni S. Neoadjuvant chemotherapy and concomitant trastuzumab in breast cancer: a pooled analysis of two randomized trials. *Anticancer Drugs*. 2011;22(2):128.
108. Untch M, Fasching PA, Konecny GE, Hasmmüller S, Lebeau A, Kreienberg R et al. Pathologic complete response after neoadjuvant chemotherapy plus trastuzumab predicts favorable survival in human epidermal growth factor receptor 2-overexpressing breast cancer: results from the TECHNO trial of the AGO and GBG study groups. *J Clin Oncol*. 2011;29(25):3351.
109. Gianni L, Eiermann W, Semiglazov V, Manikhas A, Lluch A, Tjulandin S et al. Neoadjuvant chemotherapy with trastuzumab followed by adjuvant trastuzumab versus neoadjuvant chemotherapy alone, in patients with HER-2-positive locally advanced breast cancer (the NOAH trial): a randomised controlled superiority trial with a parallel HER-2-negative cohort. *Lancet*. 2010 Jan 30;375(9712):377.
110. Bozovic-Spasojevic I, Azim HA Jr, Paesmans M, Suter T, Piccart MJ, de Azambuja E. Neoadjuvant anthracycline and trastuzumab for breast cancer: is concurrent treatment safe? *Lancet Oncol*. 2011;12(3):209.

111. Semiglazov VF, Semiglazov WV, Dashyan GA, Ziltsova EK, Ivanov VG, Bozhok AA, et al. Phase 2 randomized trial of primary endocrine therapy versus chemotherapy in postmenopausal patients with estrogen receptor-positive breast cancer. *Cancer*. 2007;110(2):244.
112. Eiermann W, Paepke S, Appfelstaedt J, Llombart-Cussac A, Eremin J, Vinholes J, Mauriac L, Ellis M, Lassus M, Chaudri-Ross HA, Dugan M, Borgs M, Letrozole Neo-Adjuvant Breast Cancer Study Group. Preoperative treatment of postmenopausal breast cancer patients with letrozole: A randomized double-blind multicenter study. *Ann Oncol*. 2001;12(11):1527.
113. Krainick-Strobel UE, Lichtenegger W, Wallwiener D, Tulusan AH, Jänicke F, Bastert G, et al. Neoadjuvant letrozole in postmenopausal estrogen and/or progesterone receptor positive breast cancer: a phase IIb/III trial to investigate optimal duration of preoperative endocrine therapy. *BMC Cancer*. 2008;8:62.
114. Harry D. Bear, M.D., Ph.D., Gong Tang, Ph.D., Priya Rastogi, M.D., Charles E. Geyer, Jr., M.D., André Robidoux, M.D., James N. Atkins, M.D., et al. Bevacizumab Added to Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. *N Engl J Med* 2012;366:310-20.
115. Burstein Harold J, Harris Jay R., Morrow Monica. Malignant Tumors of the Breast. In: DeVita Vincet T. Principles & Practice of Oncology. EUA: Lippincocott Williams & Wilkins, 2008 Pag 1645.
116. Greenberg PA, Hortobagyi GN, Smith TL, Ziegler LD, Frye DK, Buzdar AU. Long-term follow-up of patients with complete remission following combination chemotherapy for metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 1996; 14:2197.
117. ESMO guidelines; 1.Chung CT, Carlson RW. Goals and objectives in the management of metastatic breast cancer. *Oncologist* 2003; 8: 514–520.
118. Klijn JG, Blamey RW, Boccardo F, Tominaga T, Duchateau L, Sylvester R. Combined tamoxifen and luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) agonist versus LHRH agonist alone in premenopausal advanced breast cancer: a meta-analysis of four randomized trials. *J Clin Oncol* 2001;19(2): 343.
119. Sequential treatment with exemestane and non-steroidal aromatase inhibitors in advanced breast cancer. *Oncology*. 2005;69(6):471-7. Epub 2006 Jan 12;
120. A review of the treatment of endocrine responsive metastatic breast cancer in postmenopausal women *Cancer Treatment Reviews* 39(2013)457–465;
121. Lonning PE, Bajetta E, Murray R, Tubiana-Hulin M, Eisenberg PD, Mickiewicz E, et al. Activity of exemestane in metastatic breast cancer after failure of nonsteroidal aromatase inhibitors: a phase II trial. *J Clin Oncol* 2000;18: 2234–44.
122. Mauri D, Pavlidis N, Polyzos NP, Ioannidis JP. Survival with aromatase inhibitors and inactivators versus standard hormonal therapy in advanced breast cancer: meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:1285.
123. Forward DP, Cheung KL, Jackson L, Robertson JF. Clinical and endocrine data for goserelin plus anastrozole as second-line endocrine therapy for premenopausal advanced breast cancer. *British Journal of Cancer* (2004) 90, 590–594.
124. Howell A, Robertson JF, Abram P, Lichinitser MR, Elledge R, Bajetta E, et al. Comparison of fulvestrant versus tamoxifen for the treatment of advanced breast cancer in postmenopausal women previously untreated with endocrine therapy: a multinational, double-blind, randomized trial. *J Clin Oncol* 2004; 22:1605.
125. Howell A, Robertson JF, Quaresma Albano J, Aschermannova A, Mauriac L, Kleeberg UR, et al. Fulvestrant, formerly ICI 182,780, is as effective as anastrozole in postmenopausal women with advanced breast cancer progressing after prior endocrine treatment. *J Clin Oncol* 2002; 20:3396.
126. Osborne CK, Pippen J, Jones SE, Parker LM, Ellis M, Come S, et al. Double-blind, randomized trial comparing the efficacy and tolerability of fulvestrant versus anastrozole in postmenopausal women with advanced breast cancer progressing on prior endocrine therapy: results of a North American trial. *J Clin Oncol* 2002; 20:3386.
127. Chia S, Gradishar W, Mauriac L, Bines J, Amant F, Federico M, et al. Double-blind, randomized placebo controlled trial of fulvestrant compared with exemestane after prior nonsteroidal aromatase inhibitor therapy in postmenopausal women with hormone receptor-positive, advanced breast cancer: results from EFECT. *J Clin Oncol* 2008; 26:1664.
128. Bertelli G, Garrone O, Merlano M, Occelli M, Bertolotti L, Castiglione F, et al. Sequential treatment with exemestane and non-steroidal aromatase inhibitors in advanced breast cancer. *Oncology* 2005; 69:471.

129. Cardoso F, Bischoff J, Brain E, Zotano ÁG, Lück HJ, Tjan-Heijnen VC, Tanner M, Aapro M. A review of the treatment of endocrine responsive metastatic breast cancer in postmenopausal women. *Cancer Treatment Reviews* 39(2013)457–465;
130. Chia S, Gradishar W, Mauriac L, Bines J, Amant F, Federico M, et al. Double-blind, randomized placebo controlled trial of fulvestrant compared with exemestane after prior nonsteroidal aromatase inhibitor therapy in postmenopausal women with hormone receptor-positive, advanced breast cancer: results from EFACT. *J Clin Oncol* 2008;26:1664–70;
131. Howell A, Robertson JF, Abram P, Lichinitser MR, Elledge R, Bajetta E, et al. Comparison of fulvestrant versus tamoxifen for the treatment of advanced breast cancer in postmenopausal women previously untreated with endocrine therapy: a multinational, double-blind, randomized trial. *J Clin Oncol* 2004;22: 1605–13.]
132. Kaufman B, Mackey JR, Clemens MR, Bapsy PP, Vaid A, Wardley A, et al. Trastuzumab plus anastrozole versus anastrozole alone for the treatment of postmenopausal women with human epidermal growth factor receptor 2-positive, hormone receptor-positive metastatic breast cancer: results from the randomized phase III TANDEM study. *J Clin Oncol* 2009; 27:5529.
133. Piccart M, et al. Everolimus plus exemestane for hormone receptor-positive (HR+), human epidermal growth factor receptor-2-negative (HER-2-) advanced breast cancer (BC): overall survival results from BOLERO-2. Oral Presentation Abstract #LBA1. *Adv Ther.* 2013 Oct;30(10):870-84. European Breast Cancer Conference (EBCC-9), 2014, Glasgow, Scotland.
134. Bonnetterre J, Roché H, Monnier A, et al. Docetaxel vs 5-fluorouracil plus vinorelbine in metastatic breast cancer after anthracycline therapy failure. *Br J Cancer* 2002; 87(11): 1210–1215;
135. Vassilomanolakis M, Koumakis G, Demiri M, et al. Vinorelbine and cisplatin for metastatic breast cancer: a salvage regimen in patients progressing after docetaxel and anthracycline treatment. *Cancer Invest* 2003; 21(4): 497–504;
136. Zelek L, Barthier S, Riofrio M, et al. Weekly vinorelbine is an effective palliative regimen after failure with anthracyclines and taxanes in metastatic breast carcinoma. *Cancer* 2001; 92(9): 2267–2272;
137. Martin M, Ruiz A, Muñoz M, et al. Gemcitabine plus vinorelbine versus vinorelbine monotherapy in patients with metastatic breast cancer previously treated with anthracyclines and taxanes: final results of the phase III Spanish Breast Cancer Research Group (GEICAM) trial. *Lancet Oncol* 2007; 8(3): 219–225;
138. Gradishar WJ, Tjulandin S, Davidson N, et al. Phase III trial of nanoparticle albumin-bound paclitaxel compared with polyethylated castor oil-based paclitaxel in women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(31): 7794–7803;
139. Sjostrom J, Blomqvist C, Mouridsen H, et al. Docetaxel compared with sequential methotrexate and 5-fluorouracil in patients with advanced breast cancer after anthracycline failure: a randomised phase III study with crossover on progression by the Scandinavian Breast Group. *Eur J Cancer* 1999; 35(8): 1194–1201;
140. Nabholz JM, Senn HJ, Bezwoda WR, et al. Prospective randomized trial of docetaxel versus mitomycin plus vinblastine in patients with metastatic breast cancer progressing despite previous anthracycline-containing chemotherapy. 304 Study Group. *J Clin Oncol* 1999; 17(5): 1413–1424;
141. Ixabepilone in Combination with Capecitabine and as Monotherapy for Treatment of Advanced Breast Cancer Refractory to Previous Chemotherapies. *Clin Cancer Res* 2008;14:4378-4384.]
142. Cortes J, O'Shaughnessy J, Loesch D, et al. EMBRACE (Eisai Metastatic Breast Cancer Study Assessing Physician's Choice Versus E7389) investigators. Eribulin monotherapy versus treatment of physician's choice in patients with metastatic breast cancer (EMBRACE): a phase 3 open-label randomised study. *The Lancet*, Volume 377, 9769, 914 – 923.
143. O'Brien ME, Wigler N, Inbar M, et al.; CAELYX Breast Cancer Study Group. Reduced cardiotoxicity and comparable efficacy in a phase III trial of pegylated liposomal doxorubicin HCl (CAELYX/Doxil) versus conventional doxorubicin for first-line treatment of metastatic breast cancer. *Ann Oncol* (2004) 15 (3): 440-449.
144. Gradishar WJ, Krasnojon D, Cheporov S, et al. Significantly longer progression-free survival with nab-paclitaxel compared with docetaxel as first-line therapy for metastatic breast cancer. *JCO* August 1, 2009 vol. 27 no. 22 3611-3619
145. Norris B, Pritchard KI, James K, Myles J, Bennett K, Marlin S, et al. Phase III trial of doxorubicin, paclitaxel, and the combination of doxorubicin and paclitaxel as front-line chemotherapy for metastatic breast cancer: an intergroup trial (E1193). *J Clin Oncol* 2003; 21:588.

146. Batist G, Ramakrishnan G, Rao CS, Chandrasekharan A, Gutheil J, Guthrie T, et al. Reduced cardiotoxicity and comparable efficacy in a phase III trial of pegylated liposomal doxorubicin HCl (CAELYX/Doxil) versus conventional doxorubicin for first-line treatment of metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2004; 15:440.
147. Carrick S, Parker S, Wilcken N, Ghersi D, Marzo M, Simes J, et al. Single agent versus combination chemotherapy for metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; :CD003372.
148. Norris B, Pritchard KI, James K, Myles J, Bennett K, Marlin S, et al. Phase III comparative study of vinorelbine combined with doxorubicin versus doxorubicin alone in disseminated metastatic/recurrent breast cancer: National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group Study MA8. *J Clin Oncol* 2000; 18:2385.
149. O'Shaughnessy J, Miles D, Vukelja S, Moiseyenko V, Ayoub JP, Cervantes G, et al. Superior survival with capecitabine plus docetaxel combination therapy in anthracycline-pretreated patients with advanced breast cancer: phase III trial results. *J Clin Oncol* 2002; 20:2812.
150. Muss HB, Case LD, Richards F 2nd, White DR, Cooper MR, Cruz JM, et al. Interrupted versus continuous chemotherapy in patients with metastatic breast cancer. The Piedmont Oncology Association. *N Engl J Med* 1991; 325:1342.
151. Cocconi G, Bisagni G, Bacchi M, Buzzi F, Canaletti R, Carpi A, et al. A comparison of continuation versus late intensification followed by discontinuation of chemotherapy in advanced breast cancer. A prospective randomized trial of the Italian Oncology Group for Clinical Research (G.O.I.R.C.). *Ann Oncol* 1990; 1:36.
152. Gennari A, Stockler M, Puntoni M, Sormani M, Nanni O, Amadori D, et al. Duration of chemotherapy for metastatic breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Oncol* 2011; 29:2144.
153. Gregory RK, Powles TJ, Chang JC, Ashley S. A randomised trial of six versus twelve courses of chemotherapy in metastatic carcinoma of the breast. *Eur J Cancer* 1997; 33:2194.
154. Ackland SP, Anton A, Breitbach GP, Colajori E, Tursi JM, Delfino C, et al. Dose-intensive epirubicin-based chemotherapy is superior to an intensive intravenous cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil regimen in metastatic breast cancer: a randomized multinational study. *J Clin Oncol.* 2001 Feb 15;19(4):943-53.
155. Geyer CE, Forster J, Lindquist D, et al.: Lapatinib plus capecitabine for HER-2-positive advanced breast cancer. *N Engl J Med* 355 (26): 2733-43, 2006].
156. Di Leo A, Gomez HL, Aziz Z, et al.: Phase III, double-blind, randomized study comparing lapatinib plus paclitaxel with placebo plus paclitaxel as first-line treatment for metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 26 (34): 5544-52, 2008.
157. Tutt A, Robson M, Garber JE, Domchek SM, Audeh MW, Weitzel JN, et al. Oral poly(ADP-ribose) polymerase inhibitor olaparib in patients with BRCA1 or BRCA2 mutations and advanced breast cancer: a proof-of-concept trial. *Lancet* 2010; 376:235.
158. Verma S, Miles D, Gianni L, et al.: Trastuzumab emtansine for HER-2-positive advanced breast cancer. *N Engl J Med* 367 (19): 1783-91, 2012.].
159. Geels P, Eisenhauer E, Bezjak A, Zee B, Day A., et al. (2000) Palliative effect of chemotherapy: objective tumor response is associated with symptom improvement in patients with metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 18(12):2395-2405
160. Institute NC. Common Toxicity Criteria Adverse Events version 4.0 (CTCAEv4.0). [cited: 10/10/2012]; Available from: <http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE>
161. Martín M, Esteva FJ, Alba E, Khandheria B, Pérez-Isla L, García-Sáenz JA, et al. Minimizing cardiotoxicity while optimizing treatment efficacy with trastuzumab: review and expert recommendations. *Oncologist.* 2009 Jan;14(1):1-11. Epub 2009 Jan 21.



MIELOMA MÚLTIPLO

Consulta Pública SAS/MS nº 21, de 13 de novembro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 01/04/2014 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para (“multiple”(All Fields) AND “myeloma”(All Fields)) OR “multiple myeloma”(All Fields) OR “multiple myeloma”(MeSH Terms) AND (“clinical trial, phase iii”(Publication Type) OR “clinical trials, phase iii as topic”(MeSH Terms) OR “clinical trial phase iii”(All Fields) OR “phase iii clinical trial”(All Fields)) OR (“randomized controlled trial”(Publication Type) OR “randomized controlled trials as topic”(MeSH Terms) OR “randomized controlled trial”(All Fields) OR “randomised controlled trial”(All Fields)) OR (“meta-analysis”(Publication Type) OR “meta-analysis as topic”(MeSH Terms) OR “meta-analysis”(All Fields))).

Foram ainda revisadas as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do International Myeloma Working Group (IMWG), do National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e tópicos relacionados do uptodate (<http://www.uptodate.com>). Dados epidemiológicos internacionais foram obtidos do National Cancer Institute (NCI).

2 INTRODUÇÃO

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna de origem hematopoética, caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea, que, na maioria dos casos, secretam proteína monoclonal detectável no sangue ou urina, podendo levar à disfunção de órgãos. Corresponde a cerca de 1% dos tumores malignos e 10%-15% das neoplasias hematológicas(1). Nos EUA, a população estimada de pessoas com a doença era 83.367, em 2011 (incidência esta que, comparativamente a 1975, aumentou de 4,9 para 7,4 casos/100.000 habitantes/ano), foi duas vezes maior em negros do que em brancos, 1,5 vez maior em homens do que em mulheres e correspondeu a uma mortalidade de 3,4/100.000 habitantes/ano(1,2). No Brasil, há poucos dados epidemiológicos disponíveis. No Vale do Paraíba, em São Paulo, a incidência e prevalência do MM em seis meses corresponderam, respectivamente, a 0,7 e 5,7/100.000 habitantes(3). Dados antigos do IBGE, de 1991-1995, demonstraram taxas brutas de incidência em homens e mulheres na cidade de Campinas, respectivamente de 0,8 e 0,9/100.000 habitantes(4).

O MM é uma doença do idoso. Mais de 90% dos casos ocorrem após os 50 anos, com idade média ao diagnóstico de 70 anos, no Ocidente(1), mas, no Brasil, a ocorrência da doença parece se dar mais cedo, sendo de 60 anos a idade mediana dos pacientes ao diagnóstico(5,6). Ainda no Ocidente, a incidência anual da doença em pessoas com menos de 50 e 30 anos é, respectivamente, de 1,3 e 0,1 casos/100.000 habitantes, e no último levantamento, de 2007-2011, não foram observados casos com idade inferior a 25 anos(2). A incidência aumenta com a idade, atingindo 36,1/100.000 habitantes/ano após os 70 anos(2).

O MM é uma doença clonal de plasmócitos, que via de regra produzem em excesso um tipo específico de proteína relacionada à imunoglobulina humana, denominada proteína monoclonal (proteína-M), paraproteína ou pico-M.

Estruturalmente, as imunoglobulinas normais são compostas por duas cadeias pesadas e duas cadeias leves; há cinco tipos de cadeias pesadas (IgG, IgA, IgM, IgD e IgE) e dois tipos de cadeias leves (kappa e lambda), que, ao todo, podem constituir imunoglobulinas em dez combinações diferentes. Os plasmócitos malignos podem secretar

Consultores: Flavia Dias Xavier e Andresa Lima Melo

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

imunoglobulinas anômalas (cadeia pesada e cadeia leve), somente cadeias leves ou nenhuma paraproteína. A avaliação do componente M é importante para o diagnóstico e no seguimento do paciente com MM.

O acometimento ósseo pelo MM é característico da doença, com lesões líticas que afetam predominantemente o esqueleto axial (crânio, coluna e gradil costal) e as áreas proximais dos membros superiores e inferiores. Na avaliação radiológica inicial, quase 80% dos pacientes terão lesões líticas no esqueleto, acometendo vértebras (65%), arcos costais (45%), crânio (40%), ombros (40%), pelve (30%) e ossos longos (25%)(7). Quase 10% dos doentes têm osteopenia difusa ou osteoporose ao diagnóstico(8). As lesões ósseas resultam do aumento da atividade osteoclástica (reabsorção óssea), acompanhada pela exaustão da função osteoblástica e redução da formação óssea. Apesar de geralmente diagnosticadas em radiografias, as lesões líticas só aparecem quando já se perdeu acima de 30% do trabeculado ósseo(9).

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C90.0 - Mieloma múltiplo
- » C90.1 - Leucemia plasmocitária
- » C90.2 - Plasmocitoma extramedular
- » D47.2 - Gamopatia monoclonal

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

4.1 QUADRO CLÍNICO

A maioria dos pacientes apresenta-se com sinais e sintomas de infiltração plasmocitária (óssea ou de outros órgãos) ou lesão renal por deposição de proteína monoclonal tumoral. As manifestações clínicas mais comuns ao diagnóstico são(10):

a) Doença óssea - Dor óssea principalmente em tórax e coluna induzida pela movimentação (60%), déficit motor ou sensitivo, fraturas patológicas, redução da altura;

b) Insuficiência renal - Edema, oligúria, uremia, elevação de creatinina (48%). A insuficiência renal é secundária principalmente à nefropatia obstrutiva devido a cilindros de cadeia leve monoclonal (proteína de Bence Jones) que se depositam nos túbulos contornados distais e coletores, conhecida como “rim do mieloma”, e à hipercalcemia. Pode ser agravada por infecção, desidratação, uso de medicamentos nefrotóxicos e contraste venoso. Outra causa é o depósito glomerular de cadeias leves com síndrome nefrótica associada que ocorre na amiloidose de cadeia leve (AL) (geralmente lambda) e na doença de depósito de cadeia leve monoclonal (DDCLM) (geralmente kappa);

c) Síndrome de Fanconi adquirida: disfunção tubular proximal (fosfatúria, glicosúria e aminoacidúria) - Suspeitar se valor de ácido úrico sérico for muito baixo(11);

d) Anemia normocítica normocrômica (73%) ou macrocítica (9%) - Palidez, astenia e cansaço. A anemia é secundária a infiltração medular por plasmócitos, lesão renal ou hemodiluição quando há níveis elevados de proteína monoclonal;

e) Hipercalcemia (28%) - Anorexia, náusea, vômitos, constipação, fraqueza, polidipsia, poliúria, confusão, coma, encurtamento do intervalo QT, bradicardia, hipertensão. Raramente, pode ser consequência da ligação do cálcio sérico à proteína monoclonal (neste caso o cálcio iônico é normal e o paciente assintomático não requer tratamento)(12);

f) Infecções bacterianas recorrentes - Secundárias a disfunção de linfócitos e plasmócitos normais e à hipogamaglobulinemia;

g) Síndrome de hiperviscosidade - Borramento visual, cefaleia, vertigem, nistagmo, tontura, zumbido, surdez súbita, diplopia, ataxia, confusão, alteração de consciência, acidente vascular cerebral ou coma;

- h) Perda ponderal (24% dos casos);
- i) Massas subcutâneas (5%-7% dos casos) - Evidência de plasmocistomas extramedulares;
- j) Compressão medular (5% dos casos) por fratura patológica ou plasmocitoma - Dor local no sítio de compressão associada a fraqueza ou parestesia de membros inferiores, constipação intestinal e retenção urinária;
- k) Infiltração de outros órgãos (rara) - Estômago, vesícula biliar, ductos biliares, pâncreas e intestino, mediastino, pulmão, pleura, pericárdio, órbita.

Compressão medular, confusão mental, hipercalcemia e insuficiência renal são emergências médicas que necessitam de pronta investigação e tratamento(13-17).

4.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

- a) História clínica completa - Dor, sintomas constitucionais e neurológicos e infecção.
- b) Antecedentes - Infecção ou doença crônica, exposição a substâncias tóxicas (benzeno, solventes orgânicos, herbicidas, inseticidas) ou radiação, imunossupressão, história familiar de mieloma múltiplo.
- c) Exame físico, incluindo o exame neurológico - Sinais de anemia, petéquias, equimoses, febre. É raro apresentar-se hepatomegalia (4%), esplenomegalia (1%), linfonodomegalia (1%). Pesquisar sinais de amiloidose (nódulos ou placas cutâneas, equimoses, macroglossia, púrpura periorbital, síndrome do túnel do carpo)(10).

4.3 EXAMES COMPLEMENTARES

A investigação inicial visa a identificar, em um doente com quadro clínico sugestivo de MM, lesões de órgãos alvo (hipercalcemia, anemia, insuficiência renal e lesões líticas no esqueleto), presença de proteína monoclonal tumoral (sérica ou urinária) e infiltração plasmocitária da medula óssea.

Devem ser inicialmente solicitados:

- a) Cálcio sérico total (e albumina) e cálcio iônico;
- b) Ureia e creatinina;
- c) Hemograma completo com diferencial e esfregaço do sangue periférico; identificar presença de empilhamento das hemácias (“rouleaux” - reação leucoeritroblástica, plasmócitos circulantes);
- d) Radiografia de esqueleto (“rastreamento ósseo”). Outros métodos de imagem podem ser necessários, se houver sintoma ósseo ou neurológico com radiografias normais;
- e) Pesquisa de cadeias leves livres monoclonais séricas ou eletroforese de proteínas e imunofixação na urina de 24 horas;
- f) Eletroforese de proteínas séricas e imunofixação sérica;
- g) Dosagem sérica das imunoglobulinas (IgA, IgD, IgM, IgG e IgE).

Se a suspeita diagnóstica de MM for apoiada pelos exames iniciais, a investigação deve prosseguir com os exames:

- a) Desidrogenase láctica (DHL);
- b) Beta2-microglobulina;
- c) Proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS);
- d) Eletroforese de proteínas e imunofixação na urina de 24 horas (se ainda não realizada);
- e) Proteinúria de 24h pelo método vermelho de pirogalol ou cloreto de benzetônio (reagentes de fitas para diagnóstico rápido de proteinúria na urinálise de rotina não identificam presença de cadeias leves);
- f) Mielograma e biópsia de medula óssea (BMO);
- g) Imunofenotipagem, citogenética convencional e, se disponível, hibridização fluorescente in situ (FISH), em espécimes de medula óssea obtidos por mielograma, para confirmação diagnóstica em casos duvidosos e estratificação prognóstica.

Se o diagnóstico de MM for confirmado, é útil avaliar com vistas ao planejamento terapêutico:

- a) Tempo de trombina (TT), tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativa (TTPa);
- b) Níveis séricos de fibrinogênio, dímero-d, produtos de degradação da fibrina;
- c) Níveis séricos de bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina, aminotransferases/transaminases, gama-glutamil transferase, ácido úrico e glicose;

- d) Parasitológico de fezes;
- e) Medida da viscosidade sérica ou exame de fundo de olho.

Alterações nos testes de coagulação (alargamento do TT, TP e TTPa e hipofibrinogenemia) e distúrbios de hemostasia podem resultar de interações entre as paraproteínas plasmáticas, plaquetas e fatores de coagulação. Paraproteínas podem funcionar como inibidores (realizar teste da mistura a 50%) ou inibir a polimerização da fibrina (alargamento do TT), podem cursar com fibrinólise excessiva (p. ex: redução dos níveis de α_2 -antiplasmina, formação de complexos com plasmina ou aumento da atividade do ativador do plasminogênio tecidual tipo uroquinase) ou podem aumentar a depuração de fatores de coagulação (p. ex: fator X, fator de von Willebrand). Podem também resultar em doença de von Willebrand ou hemofilia adquiridas (paraproteínas com atividade inibitória contra fator de von Willebrand ou fator VIII), além de poderem funcionar como anticoagulantes similares a heparina. As paraproteínas também podem prejudicar a agregação plaquetária(18).

A avaliação laboratorial renal e hepática, além da glicemia, é necessária para ajuste de dose de alguns quimioterápicos, bem como no controle de efeitos colaterais do tratamento (p. ex: hiperglicemia secundária ao uso de corticoide).

4.3.1 PESQUISA DE PROTEÍNA MONOCLONAL

A maioria dos casos de MM cursa com produção de proteína monoclonal pelos plasmócitos malignos (imunoglobulina, cadeia leve kappa ou cadeia leve lambda), detectável no soro ou na urina.

A pesquisa de cadeias leves livres monoclonais séricas (FLC) deve ser feita ao diagnóstico e tem valor prognóstico para as diversas formas de neoplasia de células plasmáticas. Será anormal em dois terços dos pacientes com MM que têm imunofixação sérica e urinária negativas(19,20). A FLC mede os níveis de kappa e lambda livres por imunonefelometria com anticorpos policlonais dirigidos contra aqueles epítomos que estariam escondidos se a cadeia leve estivesse ligada à pesada. O valor normal para FLC kappa/lambda varia de 0,26 a 1,65. Se maior que 1,65, contém excesso de cadeias kappa livres e, se abaixo de 0,26, de cadeias lambda livres(21).

A eletroforese de proteínas séricas (EFPS) demonstra único pico estreito ou banda em 80% dos casos e tem sensibilidade de 1-2g/L, enquanto que a imunofixação sérica (IFS) detecta proteína M em mais de 90% e tem sensibilidade de até 0,2g/L(22).

A eletroforese de proteínas urinárias raramente detecta paraproteinemia de cadeia leve. A imunofixação urinária (preferencialmente na urina de 24 horas) tem sensibilidade de 0,04g/L para detecção do componente M(23).

A dosagem sérica das imunoglobulinas sugere aumento da imunoglobulina envolvida (IgG 50%, IgA 20%, cadeia leve 15%-20%, IgD 2%, IgM 0,5% e biclonal 2%, sendo que a kappa é duas vezes mais frequente que a lambda) e demonstra redução de imunoglobulina não envolvida em mais de 90% dos casos(22).

A combinação de EFPS, IFS e FLC detecta componente monoclonal em virtualmente (acima de 99%) todos os casos de MM(24). Assim, pode ser usada como triagem para substituir a eletroforese de proteínas na urina de 24 horas (EFPU) e imunofixação urinária (IFU). As cadeias leves podem não ser detectadas na urina devido à reabsorção pelos túbulos proximais renais; assim a pesquisa de cadeias leves livres no soro pode ser um método mais sensível. Entretanto, uma vez comprovado o diagnóstico de MM, a EFPU, a IFU e a proteinúria de 24 horas devem ser realizadas.

Recorda-se que as tiras reagentes usadas rotineiramente para a urinálise de rotina somente detectam albumina e, assim, não servem para detecção de cadeias leves livres. Nos casos de MM com excreção de cadeias leves livres na urina é bastante frequente o achado de uma tira reagente negativa e a quantificação de proteínas na urina de 24 horas (por vermelho de pirogalol ou cloreto de benzetônio) positiva(25). A pesquisa de proteinúria de Bence Jones por técnica de precipitação pelo calor deve ser abandonada por não apresentar sensibilidade, especificidade e reprodutibilidade adequadas, além de resultados falso-negativos e falso-positivos(25).

Se houver proteína-M elevada (maior que 5g/dL) ou sintomas sugestivos de hiperviscosidade, é recomendável a medida da viscosidade sérica. Quando não disponível, o exame do fundo do olho simples ou retinografia fluorescente é um método sensível para diagnosticar hiperviscosidade com repercussão clínica, pelo qual hemorragias retinianas,

papiledema, distensão e dilatação de vasos (forma de salsicha) podem ser detectados(26,27).

4.3.2 AVALIAÇÃO DA MEDULA ÓSSEA

No MM, plasmócitos monoclonais geralmente representam mais de 10% das células nucleadas da medula óssea; no entanto 4% dos pacientes com MM sintomático têm plasmocitose abaixo de 10%. Isto pode ser consequência da infiltração focal por células do MM ou de problema de coleta da medula óssea, principalmente quando realizado apenas mielograma. Em média, a infiltração corresponde a 50%(22,23). Assim, se necessário, deve-se repetir a coleta em outro local, preferivelmente com biópsia de medula óssea (BMO).

O aspirado de medula óssea deve ser suficiente para a realização dos seguintes exames:

a) Mielograma - devem ser realizadas idealmente seis lâminas com o primeiro 0,5mL do aspirado (1ª aspiração). Pelo menos duas lâminas devem ser coradas com corante tipo Romanowsky. Um total de pelo menos 500 células nucleadas devem ser contadas, em pelo menos duas lâminas(28).

b) Imunofenotipagem por citometria de fluxo, se disponível - exame útil para detectar plasmócitos anormais e determinar a clonalidade(29,30).

c) Citogenética convencional (cariótipo por banda G) ou, se disponível, por hibridização *in situ* fluorescente (FISH) - O exame molecular permite avaliar a presença de alterações cromossômicas de importância prognóstica: del13, t(4;14)(p16;q32), t(11;14) (q13;q32), t(14;16)(q32;q23), t(14;20)(q32;q12), del17p13, alterações do cromossomo 1 (ganho de 1q, deleção de 1q) e status da ploidia(31,32).

A biópsia de medula óssea (amostra de pelo menos 2 cm) com estudo imuno-histoquímico permite, além da caracterização de clonalidade, a melhor avaliação da celularidade e da extensão da infiltração plasmocitária medular, a qual muitas vezes pode ser focal(33).

O estado atual do conhecimento sobre a genética do MM ainda não permite asseverar de modo definitivo o valor clínico desta informação, mas o registro da informação sobre fatores clínicos e citogenéticos, quando disponível, pode contribuir para estimativa de prognóstico para alguns doentes(34-37).

4.3.3 AVALIAÇÃO DA CLONALIDADE E IMUNOFENÓTIPO

No MM, o citoplasma de plasmócitos monoclonais contém cadeias leves kappa ou lambda, mas não ambas. A relação kappa/lambda normal na medula óssea é de 2:1. O achado de uma relação superior a 4:1 ou menor que 1:2 define produção anômala de proteína monoclonal (ou restrição para) kappa ou lambda, respectivamente(38).

A detecção de clonalidade é importante na confirmação diagnóstica do MM, podendo ser feita por imuno-histoquímica (IHQ), imunofluorescência em material de biópsia de medula óssea ou citometria de fluxo (CMF) de aspirado medular. Plasmocitose ou expansão de componentes kappa e lambda de natureza policlonal ocorrem nas hiperplasias plasmocitárias reativas, como, por exemplo, as devidas à infecção crônica (como no calazar), doença hepática crônica, doenças autoimunes ou carcinoma metastático na medula óssea.

Os plasmócitos do MM podem ser mais bem identificados pela marcação CD138. Além disso, tal como os plasmócitos normais, expressam CD79a, VS38c e CD38. E, diferentemente dos plasmócitos normais, perdem CD19 (positivo em apenas 10%-15% dos casos), o CD45 neg/dim (acima de 99%) e podem coexpressar CD56 (cerca de 70%)(29,38). O achado de plasmócitos com atipias fenotípicas também permite inferir sobre a clonalidade.

O plasmócito normal é CD19+, CD56-, CD117-, CD20-, CD28-/ dim, CD27+++ , CD81+ e CD200dim. As anormalidades fenotípicas mais encontradas no MM são: CD19- (95%), CD56+ (75%), CD117+ (30%), CD20+ (30%), CD28+++ (15%-45%), CD27dim/- (40%-50%), CD81 dim/- e CD200+++ . A identificação de neoplasia plasmocitária por citometria de fluxo pode ser feita por um dos seguintes grupos de marcadores(30,39):

a) painel de triagem sugerido por Salamanca (6 cores), capaz de detectar até 0,01% de células neoplásicas:

FITC/ PE/ PERCP-Cy5.5/PE-Cy7/ APC/APCCy7 e

cytIgl/cytIlgk/CD19/CD56/CD38/CD45;

b) painel de avaliação das neoplasias de plasmócitos (8 cores), proposto pelo EUROFLOW:

PacB/AmCyan/FITC/PE/PerCPCy5.5/PECy7/APC/APCCy7,

CD45/CD138/CD38/CD56/B2-micro/CD19/cy1gk/cy1gl e
CD45/CD138/CD38/CD28/BCD27/CD19/CD117/CD81.

4.3.4 EXAMES DE IMAGEM

O exame radiográfico do esqueleto é mandatório no estadiamento do MM e deve ser repetido sempre que houver suspeita de progressão da doença. Não serve, no entanto, para controle de resposta ao tratamento, pois as lesões osteolíticas raramente desaparecem e nem sempre novas fraturas podem ser atribuídas à progressão de doença, podendo ser consequência da redução da massa tumoral que sustentava o córtex ósseo (instabilidade óssea)(40). A ressonância magnética (RM) e a tomografia computadorizada (TC) são mais sensíveis que a radiografia convencional e permitem a detecção precoce de acometimento ósseo pelo MM(41).

Recomenda-se o exame radiográfico de:

- a) Tórax – incidência pósterio-anterior (PA);
- b) Colunas cervical (incluindo imagem com a boca aberta), torácica, lombar, úmero e fêmur, crânio – incidências ântero-posterior (AP) e lateral;
- c) Pelve – incidência AP; e
- d) de qualquer outra área esquelética sintomática.

A RM detecta 20%-56% de lesões líticas em pacientes com radiografia normal e não expõe o paciente à radiação, sendo ainda mais sensível que a TC para este fim(41-45). O exame permite a visualização da cavidade medular e do grau de infiltração pelo MM antes da destruição óssea aparecer na radiografia. É a técnica de escolha para avaliação de compressão de medula espinhal, permitindo avaliação do grau de compressão nervosa, tamanho da massa e grau de extensão no espaço epidural. É mais sensível e específica para avaliar necrose avascular de cabeça de fêmur (que pode ocorrer secundária a corticoterapia ou radioterapia).

A indicação de RM ou TC deve ser restrita aos casos em que há discordância entre as radiografias e o quadro clínico do paciente, quando há suspeita de compressão espinhal por fratura e para melhor avaliação de massas tumorais de partes moles (plasmocitomas). Lembra-se que a realização de TC expõe o doente de 1,3 a 3 vezes mais radiação que o exame radiográfico do esqueleto(46,47).

Métodos diagnósticos de imagem funcional, como TC com emissão de pósitrons (PET-TC), cintilografia óssea com ^{99m}Tc-sestamibi ou cintilografia corporal com ^{99m}Tc-sestamibi (MIBI), não são recomendados para uso rotineiro no planejamento terapêutico de doentes com MM(7,48-50). Embora apresentem boa sensibilidade e especificidade (85% a 90%) para identificar áreas de infiltração plasmocitária na medula óssea(51,52), podendo ajudar no monitoramento da resposta terapêutica de doentes com MM não secretor e localizar até 30% de doença extramedular em supostos plasmocitomas solitários pela RM(53,54), não detectam 30% das lesões em coluna e pelve que são vistas à RM.

Não se recomenda a realização de densitometria óssea na rotina, pois todos os doentes com MM sintomáticos farão uso de bifosfonatos.

4.3.5 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

As definições a seguir são baseadas nas recomendações do International *Myeloma Working Group* (IMWG) e da Organização Mundial da Saúde para o diagnóstico de neoplasias de células plasmáticas(1,23):

- a) Mieloma múltiplo sintomático (MMS) - caracterizado quando houver concomitantemente:
 - » a1. detecção de proteína monoclonal no soro ou urina;
 - » a2. infiltração medular por plasmócitos clonais ou plasmocitoma ósseo ou de partes moles; e
 - » a3. lesão de órgão alvo (LOA): hipercalcemia (cálcio total acima de 11,5mg/dL), insuficiência renal (creatinina acima de 2mg/dL), anemia (hemoglobina abaixo de 10g/dL ou 2g/dL abaixo do limite inferior normal), doença óssea (lesões líticas, osteopenia grave ou fraturas), amiloidose, hiperviscosidade e infecções de repetição (dois ou mais episódios/ano).

Inexiste ponto de corte pré-definido para proteína M sérica ou urinária. Na maioria dos casos, a proteína-M está acima de 3g/dL de IgG, acima de 2,5g/dL de IgA ou maior que 1g de cadeia leve livre na urina de 24 horas, mas alguns pacientes com MMS têm níveis menores do que estes.

Os plasmócitos monoclonais geralmente excedem 10% das células nucleadas da medula óssea, mas nenhum nível mínimo é definido, pois cerca de 5% dos pacientes com MMS têm menos do que 10% de plasmócitos na medula óssea. Quando não há proteína-M sérica ou urinária detectável, pode-se caracterizar como mieloma múltiplo não secretor se houver acima de 10% de plasmócitos clonais na medula óssea.

Pacientes com amiloidose diagnosticada por biópsia ou doença de depósito de cadeia leve monoclonal (DDCLM) devem ser classificados como “Mieloma com amiloidose documentada” ou “Mieloma com DDCLM documentada”, respectivamente, se tiverem acima de 30% de plasmócitos na medula óssea e/ou doença óssea relacionada ao mieloma.

b) Mieloma múltiplo latente (MML) - caracterizado quando houver concomitantemente:

- » b1. detecção de proteína monoclonal no soro com dosagem igual ou superior a 3g/dL ou infiltração medular por plasmócitos igual ou superior a 10%; e
- » b2. ausência de lesão de órgão alvo, como definido anteriormente.

A proteína-M em geral é uma IgG ou IgA. Quando o componente monoclonal for IgM, denomina-se macroglobulinemia de Waldenström latente(55,56).

Pacientes com MML podem permanecer com o quadro clínico estável durante anos e não necessitam tratamento antineoplásico ao diagnóstico, pois não se demonstrou aumento significativo na sobrevida global (SG) quando tratados imediatamente ou no momento da progressão tumoral(57,58).

O MML apresenta risco de progressão para MMS ou Amiloidose (AL) de aproximadamente 10% ao ano durante os primeiros 5 anos, 3% ao ano nos próximos 5 anos e, depois, de 1% a 2% ao ano, resultando numa probabilidade cumulativa de progressão de 73% aos 15 anos(59). São fatores de risco para progressão: proteína-M sérica maior que 3g/dL; plasmocitose clonal na medula óssea acima de 10% ou taxa de cadeias leves livres anormal (até 0,125 ou maior ou igual a 8)(20,60). A probabilidade de progressão em 5 anos é de 25%, 51% e 76%, respectivamente, se um, dois ou três fatores de risco estiverem presentes ao diagnóstico(20).

c) Mieloma múltiplo latente de cadeias leves (MMLL) - caracterizado quando houver concomitantemente:

- » c1. detecção de proteína monoclonal na urina de 24 hs igual ou superior a 500 mg/dL ou infiltração medular por plasmócitos igual ou superior a 10%;
- » c2. ausência de cadeias pesadas na imunofixação; e
- » c3. ausência de lesão de órgão alvo, como definido anteriormente.

O MMLL ou proteinúria de Bence Jones isolada é uma condição clínica caracterizada pelo achado isolado de excreção urinária de proteína monoclonal de cadeia leve. É considerado como fase pré-maligna do MM de cadeias leves, mas sua história natural ainda não é bem conhecida (61).

d) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado (GMSI) - caracterizada quando houver concomitantemente:

- » d1. detecção de proteína monoclonal sérica abaixo de 3 g/dL;
- » d2. plasmocitose clonal na medula óssea em proporção menor que 10% e mínima infiltração medular à biópsia;
- » d3. ausência de doença linfoproliferativa de células B; e
- » d4. ausência de lesão de órgão alvo, como definido anteriormente, ou sinais e sintomas relacionados a doenças por plasmócitos ou linfócitos.

A GMSI ocorre em 3%-5% das pessoas acima de 70 anos e 1%-3% das pessoas acima de 50 anos. Pacientes com GMSI têm um risco de progressão de 1% ao ano para mieloma múltiplo sintomático, amiloidose, macroglobulinemia de Waldenström ou distúrbio relacionado(18,25). Aproximadamente 70% são IgG, 15% IgM, 12% IgA e 3% biclonal. O risco de progressão é maior se a proteína-M for IgM ou IgA e se o nível sérico for maior que 1,5g/dL. Cerca de um terço dos casos podem ter proteína-M na urina, a qual não impacta no risco de progressão. Alterações na citogenética convencional são raras, entretanto exames moleculares podem identificar as mesmas encontradas no MM(62).

e) Plasmocitoma solitário ósseo (PSO) - caracterizado quando houver concomitantemente:

- » e1. área única de destruição óssea por plasmócitos monoclonais, comprovado histologicamente;
- » e2. ausência de outras lesões ósseas radiológicas;
- » e3. ausência de infiltração medular por plasmócitos clonais; e
- » e4. ausência de lesão de órgão alvo, como definido anteriormente, exceto pelo acometimento ósseo único.

Doentes com PSO podem apresentar baixos níveis de proteína-M sérica ou urinária. Quando há mais de uma área localizada de destruição óssea, mantidos os demais critérios, denomina-se plasmocitomas ósseos solitários múltiplos.

f) Plasmocitoma solitário extramedular (PSE) - caracterizado quando houver concomitantemente:

- » f1. tumor extramedular constituído por plasmócitos monoclonais, comprovado histologicamente;
- » f2. ausência de lesões ósseas radiológicas;
- » f3. ausência de infiltração medular por plasmócitos clonais; e
- » f4. ausência de lesão de órgão alvo, como definido anteriormente.

Doentes com PSE podem apresentar baixos níveis de proteína-M sérica ou urinária. Quando há mais do que uma tumoração de plasmócitos extramedular, mantidos os demais critérios, o caso é caracterizado como “plasmocitomas extramedulares solitários múltiplos”.

O PSO é duas a cinco vezes mais comum que a forma extramedular e afeta mais comumente vértebras (42%-61%), pelve (15%), costelas (12%) e ossos longos das extremidades inferior (12%) e superior (10%). O PSE predomina no trato respiratório superior (40% nos seios paranasais, 12% na nasofaringe, 4% na orofaringe e 4% na laringe) podendo resultar em sintomas locais (sangramento ou obstrução), mas pode ocorrer virtualmente em qualquer órgão(63-65). A RM do esqueleto axial e ossos longos proximais deve ser considerada nesses doentes, por ser mais sensível que a radiografia do esqueleto(7,41). Descrições de séries de casos de PSO sugerem que o PET-TC possa ser um método complementar útil na avaliação da extensão da doença, mas, pela ausência de estudos comparativos e pelo tempo de seguimento curto nos relatos dos casos, não é possível estimar seu impacto clínico ou fazer recomendação válida com base nos seus resultados para o cuidado destes doentes(7,41,42,54,66,67).

g) Leucemia de células plasmáticas (LCP) - Caracterizada por plasmocitose no sangue periférico, perfazendo acima de 2.000 plasmócitos/mm³ ou fração maior que 20% dos leucócitos.

A LCP pode ser primária (“de novo”) ou secundária. A LCP primária é a mais agressiva forma de neoplasia de plasmócitos, manifestando-se como uma leucose aguda em doente sem diagnóstico prévio de mieloma múltiplo(68,69). A LCP secundária é uma transformação leucêmica que ocorre tardiamente na história natural do MMS, vista em 2%-5% dos casos(70-72), sendo mais comum nos casos de MM de cadeia leve, IgD e IgE do que nos de MM IgA ou MM IgG(72,73). Costuma apresentar perda de expressão do CD56 nos plasmócitos clonais(74).

Sendo a LCP secundária normalmente o estágio terminal de MMS pré-existente, os doentes apresentam maior prevalência de doença óssea avançada e insuficiência renal em comparação com os doentes de LCP primária; em contraste, o acometimento extramedular pode ser menos comum em pacientes com LCP secundária(75,76). As manifestações clínicas incluem hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia, derrame pleural, infiltração de sistema nervoso central, ascite e insuficiência renal, e o curso da doença é agressivo e a sobrevida do doente, curta(72).

h) Mieloma osteoesclerótico - Na presença de polineuropatia (habitualmente sensorio-motora, desmielinizante, semelhante à síndrome de Guillan-Barré) e proliferação plasmocitária monoclonal, o diagnóstico desta condição clínica pode ser caracterizado se houver concomitantemente:

- » h1. pelo menos um dos seguintes achados maiores: lesões ósseas escleróticas, doença de Castleman ou níveis elevados de fator de crescimento endotelial (VEGF) (geralmente igual ou superior a 3 vezes acima do normal); e
- » h2. pelo menos um dos seguintes achados menores: organomegalia (hepática, esplênica ou linfática), sobrecarga de volume extravascular (edema, derrame pleural ou ascite), endocrinopatia (disfunção adrenal, tireoideana, pituitária, gonadal, paratireoideana ou pancreática, à exceção do diabetes mérito e do hipotireoidismo – condições comuns na população geral), lesões cutâneas (hiperpigmentação, hipertricose, hemangioma glomeruloide, acrocianose, pletora, rubor, leuconíquia), papiledema, trombocitose ou policitemia.

O mieloma osteoesclerótico ou síndrome de POEMS - polineuropatia (100%), organomegalia (50%), endocrinopatia (66%), proteína-M (habitualmente IgA ou IgG lambda, sendo 75%-85% sérica e até 50% urinária) e lesões cutâneas (66%) – é uma proliferação monoclonal de plasmócitos que cursa com lesões ósseas osteoescleróticas em virtualmente todos os casos, composta por espessamento focal do osso trabecular intimamente associada com fibrose paratrabecular, onde há acúmulo de plasmócitos(77). O exame imuno-histoquímico com marcadores para cadeias kappa e lambda do material obtido por biópsia da medula óssea pode identificar pequenos grupos de plasmócitos clonais tanto no interstício como margeando agregados linfóides(78). Além dos exames acima recomendados na avaliação de doentes com MM, faz-se

útil incluir a dosagem de VEGF sérico(79-81), tirotrófina (TSH), prolactina, hormônio paratiroidiano (PTH), testosterona (ou estradiol), hormônio luteinizante (LH), hormônio folículoestimulante (FSH), teste de função pulmonar e eletroneuromiografia com estudos de condução nervosa. A biópsia da lesão esclerótica não é imprescindível em caso clínico típico.

5 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E ESTADIAMENTO

Recomenda-se que ao diagnóstico os doentes com MM sejam categorizados pelo sistema Durie-Salmon (SDS) ou do sistema de estadiamento internacional (ISS).

O SDS classifica os doentes segundo fatores relacionados ao volume tumoral em três categorias, que se correlacionam com a chance de resposta à quimioterapia e sobrevida(82):

- a) Estágio I - níveis baixos de proteína-M: IgG abaixo de 5g/dL, IgA abaixo de 3g/dL; proteinúria de Bence Jones abaixo de 4g/24 horas; ausência de lesão óssea ou lesão óssea solitária; e níveis fisiológicos de hemoglobina, cálcio sérico, imunoglobulinas (não proteína-M);
- b) Estágio II - quando não preencher os critérios para estágio I ou III;
- c) Estágio III - níveis elevados de proteína-M (IgG acima de 7g/dL, IgA acima de 5g/dL; proteinúria de Bence Jones acima de 12g/24 horas) ou lesões osteolíticas múltiplas ou hemoglobina menor que 8,5 g/dL ou cálcio sérico acima de 12mg/dL.

Emprega-se uma subclassificação em cada estágio segundo a ausência (A) ou não (B) de comprometimento da função renal (cujo ponto de corte é creatinina sérica de 2 mg/dL).

O sistema de estadiamento internacional (ISS) permite agrupar os doentes com MMS em três estratos prognósticos, com base nos níveis séricos de beta-2 microglobulina (B2M) e albumina(82,83):

- a) Estágio I - B2M abaixo de 3,5mg/L e albumina igual ou acima de 3,5 g/dL;
- b) Estágio II - quando não preencher os critérios para estágio I ou III;
- c) Estágio III - B2M igual ou acima que 5,5 mg/L.

No Brasil, o ISS apresenta desempenho prognóstico mais acurado que o SDS, sendo a presença de hipercalcemia fator prognóstico adicional independente(5).

Diversas alterações citogenéticas têm associação com o prognóstico no MM, mas no atual estado do conhecimento não permitem inequivocamente a modificação da conduta clínica ou do planejamento terapêutico, e mesmo nos grupos com genética desfavorável, há heterogeneidade no prognóstico(31,35). Quando for disponível esta informação, recomenda-se a adoção do modelo de estratificação de risco proposto pelo IMWG, que pode ser aplicado a mais de 90% dos pacientes com MM, baseado no ISS (albumina sérica e beta-2 microglobulina) e no exame citogenético – presença de deleção 17p13, t(4;14) e ganho 1q21(84). O grupo de alto risco é definido por ISS II/III e presença de t(4;14) ou del17p13, com estimativa de sobrevida mediana de 2 anos. O grupo de baixo risco é definido por idade inferior a 55 anos, ISS I/II e ausência dos três marcadores citogenéticos acima, com sobrevida mediana superior a 10 anos (35). Pacientes com características intermediárias entre ambos são definidos como risco padrão, com sobrevida mediana para o grupo de 7 anos(35).

6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Idade de 19 ou mais anos.
- » Diagnóstico inequívoco de mieloma múltiplo sintomático, mieloma múltiplo latente com infiltração medular acima de 60%, plasmocitoma solitário, mieloma osteosclerótico ou leucemia de células plasmáticas.

Doentes com neoplasias de células plasmáticas menores de 19 anos devem ser conduzidos segundo protocolos e condutas institucionais de oncopediatria.

7 CENTRO DE REFERÊNCIA

Doentes adultos com diagnóstico de neoplasia de células plasmáticas devem ser atendidos em hospitais habilitados como, preferentemente, Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com Serviço de Hematologia ou UNACON Exclusiva de Hematologia, que possuem porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial.

8 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Doentes com proteinúria de Bence Jones isolada ou gamopatia monoclonal de significado indeterminado não necessitam tratamento antineoplásico ao diagnóstico, devendo ser acompanhados pelo risco de progressão para MMS.

Os doentes com MMS devem ser tratados logo após o diagnóstico. Pacientes com infiltração de medula óssea por plasmócitos clonais acima de 60%, mas sem lesão de órgão alvo, quase sempre progridem para MMS em 2 anos(1), devendo receber tratamento ao diagnóstico.

As indicações de transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), autólogo ou alogênico, devem observar o Regulamento Técnico vigente do Sistema Nacional de Transplantes (85).

8.1 PLASMOCITOMA SOLITÁRIO

No tratamento do plasmocitoma solitário ósseo (PSO), a radioterapia (RT) local em campo envolvido controla a doença em até 80% dos casos. O risco de progressão varia de 40% a 60%. A ressecção cirúrgica é geralmente reservada para pacientes com instabilidade óssea ou acometimento neurológico. Se necessário, em caso de localização vertebral, a laminectomia anterior é geralmente recomendada, pois permite acesso ao tumor e interfere pouco com a RT subsequente. A sobrevida global não é diferente quando o PSO é tratado com RT ou cirurgia.(63,86-88).

No tratamento do plasmocitoma solitário extramedular (PSE), a RT local em campo envolvido com dose total de pelo menos 45 Gy controla a doença na maioria dos casos, sendo preferível nos casos de PSE da região de cabeça e pescoço. Nas lesões localizadas fora deste segmento corporal, tanto a RT como ressecção cirúrgica são adequadas, e não há evidência de que uma dessas condutas seja superior em relação à recorrência local ou progressão tumorais(63-65,89).

8.2 MIELOMA MÚLTIPLO LATENTE

No MM latente, doentes com baixa carga tumoral (plasmocitose medular menor que 60%) podem permanecer sob vigilância clínica, sem tratamento imediato, ou receber preemptivamente tratamento com imunomodulatório (talidomida, 200 mg/dia) e inibidor de osteólise mensal), com o intuito de retardar a progressão da doença e a necessidade de início de terapia antineoplásica(90,91).

Doentes com MM latente e plasmocitose medular igual ou maior que 60% devem ser tratados como se doentes de mieloma múltiplo sintomático.

8.3 MIELOMA MÚLTIPLO SINTOMÁTICO

Os doentes com MM sintomático devem receber tratamento antineoplásico ao diagnóstico. Deve-se considerar que, na população mais idosa e em doentes com múltiplas comorbidades, a tolerância do tratamento é menor, necessitando modificações de dose para reduzir os efeitos secundários tóxicos e evitar interrupções precoces do tratamento, as quais podem eventualmente conduzir a uma diminuição da sua eficácia.

8.3.1 QUIMIOTERAPIA DE PRIMEIRA LINHA

Doentes elegíveis para transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) devem receber três a quatro ciclos de quimioterapia antineoplásica com finalidade citorrredutora, sem melfalano, com o esquema disponível de maior taxa de resposta, idealmente baseado em três ou quatro antineoplásicos, seguido por coleta de células-tronco hematopoéticas e quimioterapia em alta dose com TCTH (92-94). Um dos seguintes esquemas de quimioterapia de primeira linha pode ser igualmente indicado nos casos elegíveis para TCTH:

- a) Talidomida e dexametasona (95); ou
 - b) Bortezomibe e dexametasona(96); ou
 - c) Bortezomibe, talidomida e dexametasona(97,98); ou
 - d) Bortezomibe, doxorubicina e dexametasona(99,100); ou
 - e) Bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona(101); ou
 - f) Vincristina, doxorubicina e dexametasona (102-104); ou
 - g) Vincristina, doxorubicina lipossomal e dexametasona (105,106); ou
 - h) Talidomida, doxorubicina lipossomal e dexametasona(106); ou
 - i) Ciclofosfamida, talidomida e dexametasona (107); ou
 - j) Dexametasona, ciclofosfamida, etoposídeo e cisplatina (108); ou
 - k) Dexametasona, talidomida, cisplatina, doxorubicina, cisplatina e etoposídeo, com ou sem bortezomibe (109,110).
- Um dos seguintes esquemas de quimioterapia de primeira linha pode ser igualmente indicado nos casos que

não são candidatos a TCTH:

- a) Monoterapia com dexametasona, talidomida ou bortezomibe(111-115); ou
- b) Melfalano e prednisona (116-118); ou
- c) Talidomida e dexametasona (95,119); ou
- d) Bortezomibe e dexametasona (96); ou
- e) Melfalano, prednisona e bortezomibe (120); ou
- f) Melfalano, prednisona e talidomida (121, 122).

8.3.2 TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH)

O principal objetivo do TCTH é melhorar a resposta terapêutica alcançada com a quimioterapia de primeira linha (93,123,124). Por sua vez, a qualidade da resposta obtida com a quimioterapia antineoplásica é associada significativamente à sobrevida livre de eventos e sobrevida global, sendo que a sobrevida global dos pacientes com resposta completa antes do TCTH era melhor do que a dos pacientes com resposta parcial (93,125). Estima-se que, nos casos elegíveis, o TCTH possa melhorar a mediana de sobrevida em aproximadamente 12-18 meses, quando comparado com a quimioterapia isoladamente, além de resultar em maiores taxas de resposta (60% a 80% versus 50% a 55%) e de sobrevida livre de progressão (25 a 30 meses versus 15 a 20 meses)(93,126,127).

Serão potencialmente elegíveis para TCTH os doentes que atenderem a todos os seguintes requisitos (85):

- a) idade menor que 75 anos;
- b) bilirrubina direta de até 2,0mg/dL;
- c) creatinina sérica de até 2,5mg/dL, a menos que em diálise crônica estável;
- d) capacidade funcional (escala Zubrod) 0, 1 ou 2, exceto se comprometida principalmente por dor óssea; e
- e) Função cardíaca preservada (classe funcional I ou II, da escala New York Heart Association).

Ressalta-se que a idade e a insuficiência renal são contraindicações relativas para o TCTH autólogo, visto que pacientes idosos foram pouco representados nos estudos clínicos, que tipicamente incluíram pacientes com menos de 65 anos. No entanto, há dados sobre a eficácia e segurança do procedimento para pacientes idosos(128,129). Até um terço dos pacientes com insuficiência renal pode apresentar reversão deste quadro com a quimioterapia inicial ou com o TCTH (93,130).

O TCTH autólogo permanece como padrão ouro no tratamento de mieloma múltiplo, e sua indicação deve ser considerada precocemente no planejamento terapêutico, independentemente da disponibilidade de novos medicamentos(131,132), entre outros motivos: o paciente tolera tratamentos mais intensos e desgastantes na fase inicial da doença, quando tem melhor capacidade funcional, física e psicológica; obtém-se economia para o sistema de saúde, pois os custos diretos do transplante podem ser menores do que com os esquemas de quimioterapia; há experiência limitada e curto tempo de seguimento dos doentes tratados com esquemas quimioterápicos com antineoplásicos mais recentemente disponibilizados, o que não permite avaliar se o transplante permanece como alternativa válida de terapêutica de resgate para estes casos.

Paciente com doença refratária ou em progressão a despeito da quimioterapia inicial não se beneficiam de tratamento de resgate com TCTH.

Os pacientes que não alcançaram no mínimo resposta parcial muito boa após o primeiro transplante podem se beneficiar de um segundo TCTH autólogo imediato (133). O resgate com um segundo TCTH autólogo pode ainda ser considerado em pacientes que recaíram mais de um ano após o primeiro procedimento, com mortalidade relacionada ao tratamento de 3% e mediana de sobrevida livre de eventos de 12,9 meses, benefício que não é esperado em recaídas precoces – antes de 12 meses do primeiro transplante (123, 124).

O TCTH alogênico deve ser considerado de indicação muito restrita, devido a morbidade e alta mortalidade (40%-49%) relacionadas a este tipo de transplante(134). Podem ser submetidos TCTH alogênico os pacientes jovens, com critérios de doença de mau prognóstico e que estejam cientes do prognóstico desfavorável e dos riscos relacionados ao tratamento (93,131). Entre os pacientes que sobrevivem ao TCTH alogênico, parece existir um platô em relação a sobrevida livre de eventos, variando de 34%-39% em 5-6 anos; no entanto, há grande dificuldade na avaliação comparativa entre os resultados dos TCTH alogênico e outras formas de tratamento, uma vez que a maioria desses transplantes foi realizada fora de estudos clínicos, com grande heterogeneidade entre os pacientes, especialmente quanto ao histórico de tratamentos realizados(134). O condicionamento de intensidade reduzida para TCTH alogênico está associado a menores taxas de morte relacionada ao procedimento, porém resulta em maiores taxas de recaída do mieloma. Além disso, os poucos estudos disponíveis não evidenciam vantagem em termos de retardo no tempo para a progressão da doença ou aumento da sobrevida global dos doentes em relação às demais estratégias de tratamento já mencionadas para o doente elegível para TCTH (135,136).

Doentes que não forem candidatos a TCTH devem receber quimioterapia antineoplásica paliativa, com esquema terapêutico adequado à sua condição clínica e funcional.

8.3.3 QUIMIOTERAPIA DE MANUTENÇÃO

Quimioterapia de “consolidação” ou “manutenção” após TCTH autólogo ou quimioterapia de primeira linha teria por objetivos aumentar o tempo para progressão tumoral e a sobrevida global(137-139). Entretanto, tais benefícios são contrabalanceados pelo potencial de toxicidade, especialmente para o grupo de doentes que iria experimentar um período de remissão prolongado sem tratamento adicional.

Recomenda-se a quimioterapia de manutenção apenas para doentes submetidos a TCTH, pois ensaios clínicos não demonstram inequivocamente benefício para essa quimioterapia nos doentes tratados apenas por quimioterapia, e o esquema quimioterápico indicado é a monoterapia com talidomida (100 mg ao dia)(140,141), que deve ser mantida por até 12 meses.

São candidatas à terapia de manutenção após TCTH autólogo:

- a) pacientes que não alcançaram resposta parcial muito boa (RPMB, ver em 9 – Monitorização do Tratamento) após TCTH;
- b) pacientes que não apresentam evidência de progressão de doença;
- c) pacientes sem alterações citogenéticas de alto risco.

A combinação de corticosteroide e talidomida deve ser evitada na terapia de manutenção após TCTH autólogo, devido ao aumento da toxicidade e ao benefício incerto sobre a monoterapia com talidomida (138, 142), e não é necessária profilaxia anticoagulante de rotina. Monoterapia com interferona-alfa ou corticosteroide não deve ser rotineiramente recomendada como terapia de manutenção(143).

O desenvolvimento de neuropatia periférica está relacionada com a duração do tratamento de manutenção com talidomida e é cumulativa.

8.4 TRATAMENTO DO MIELOMA MÚLTIPLO RECIDIVADO

Apesar do aumento da sobrevida global e do prolongamento do tempo para a primeira recaída com a quimioterapia de primeira linha, TCTH autólogo e quimioterapia de manutenção, a recidiva é inevitável e o MM continua sendo uma doença incurável.

Opções de tratamento para MM recidivado ou refratário à quimioterapia incluem novo TCTH autólogo, repetição de agentes quimioterápicos utilizados anteriormente ou uso de outros agentes. A decisão terapêutica deve considerar o curso da doença, a resposta terapêutica obtida e a toxicidade a tratamentos prévios. Não se encontra estabelecida qual a melhor sequência, combinação e dose de medicamentos para tratamento do MM recidivado(94). Para a seleção da conduta terapêutica, é importante considerar a possibilidade de seleção clonal após recaídas recorrentes ou progressão tumoral, a agressividade da doença e fatores relacionados com o pacientes, tais como idade, função renal, preferência, efeitos colaterais e comorbidades.

As recidivas podem ser classificadas como clínica ou bioquímica. A recidiva clínica é definida como piora da lesão de órgão alvo, tais como novas lesões ósseas ou em expansão, plasmocitomas, insuficiência renal, anemia ou hipercalcemia conforme definição do IMWG (82), que estabelece critérios internacionais de resposta ao tratamento do mieloma múltiplo.

Pacientes com diagnóstico de recidiva clínica precisam de imediata terapia de resgate(94). Recidivas bioquímicas isoladas ocorrem quando há um aumento da proteína monoclonal que atenda às definições de progressão de doença, sem manifestações clínicas. Se houver falha bioquímica isolada, o tratamento pode ser considerado em qualquer das seguintes situações:

- a) Doentes em quem se verifica uma duplicação da componente M em duas medições consecutivas, separadas por até dois meses;
- b) Aumento nos níveis absolutos da proteína M sérica maior ou igual a 1g/dL;
- c) Aumento da proteína M urinária maior ou igual a 500 mg/24h; ou
- d) Aumento dos níveis da cadeia leve livre envolvida maior ou igual a 20mg/dL e uma taxa de cadeias leves livres anormal em duas medições consecutivas separadas por até dois meses.

Recomenda-se na quimioterapia de segunda linha para controle temporário do MM recidivado o uso de um dos esquemas acima relacionados para quimioterapia de primeira linha.

8.5 MIELOMA OSTEOSCLERÓTICO (POEMS)

O tratamento para pacientes com POEMS inclui radioterapia, combinações de corticosteroide, alquilante em baixa dose e TCTH após quimioterapia de alta dose(77). A indicação e seleção do tratamento sistêmico deve ser criteriosa, para evitar agravamento da polineuropatia.

Lesões osteoescleróticas generalizadas podem se beneficiar da terapia sistêmica com melfalano e prednisona. Embora cerca de um quarto dos pacientes respondam a corticosteroide isolado, as recaídas são comuns se não houver a associação com outro(s) antineoplásico(s)(77,144).

Doentes com POEMS disseminada podem se beneficiar de quimioterapia em doses elevadas seguida de TCTH (145,146). A taxa de mortalidade associada ao procedimento é baixa (1%-3%), e quase todos os sobreviventes experimentam benefício clínico, com melhora da polineuropatia e normalização dos resultados eletroforese de proteínas séricas.

8.6 LEUCEMIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS (LCP)

A LCP primária e secundária diferem dos pontos de vista biológico, clínico e laboratorial(72), sendo mais sombrio o prognóstico da doença secundária vez que emerge em doentes pré-tratados.

Doentes com LCP primária elegíveis para TCTH devem receber quimioterapia com melfalano em altas doses e resgate por TCTH autólogo(69,147). Esta modalidade terapêutica pode ser precedida, ou não, por quimioterapia

antineoplásica citorrredutora, empregando-se esquemas de quimioterapia indicados para doentes com MMS candidatos a TCTH.

Inexiste informação definitiva sobre o papel da quimioterapia de consolidação ou de manutenção após TCTH para doentes com LCP, pois há apenas relatos de casos e pequenas séries de casos que descrevem remissões prolongadas após o tratamento de manutenção com talidomida e bortezomibe(147,148).

Doentes com LCP não elegíveis para TCTH devem ser tratados com esquemas de quimioterapia indicados para MMS que forem adequados às suas condições clínicas e limitações funcionais.

8.7 TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DO MM

8.7.1 SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE

A síndrome de hiperviscosidade pode desenvolver-se em pacientes com MM que apresentam alto nível sérico de paraproteínas, particularmente IgA e IgG3. Os sintomas incluem borramento visual, cefaleia, tontura, vertigem, nistagmo, perda auditiva, sonolência, coma, sangramento mucoso e dispneia devido à insuficiência cardíaca, alterações de coagulação e fadiga(149).

Todos os pacientes com alto nível de paraproteína devem submeter-se à fundoscopia, que pode demonstrar distensão de veia retiniana, hemorragias e papiledema (26).

O tratamento da síndrome de hiperviscosidade sintomática deve ser feito com plasmaférese com albumina ou solução salina como fluido de reposição(150). Se a plasmaférese não estiver imediatamente disponível, deve-se considerar venosecção isovolêmica e reposição com solução salina.

A resolução da síndrome de hiperviscosidade depende do controle do MM. Assim, deve-se iniciar o tratamento antineoplásico prontamente.

8.7.2 HIPERCALCEMIA

A hipercalcemia é a complicação metabólica mais frequente no MM, presente em até 30% dos doentes ao diagnóstico. Os sintomas típicos são confusão, coma, obnubilção, fraqueza muscular, pancreatite, constipação, sede, poliúria, encurtamento do intervalo QT e insuficiência renal aguda(151).

O tratamento do MM deve ser iniciado concomitantemente ao tratamento da hipercalcemia, ambos rapidamente, para evitar danos renais. A conduta para a hipercalcemia baseia-se na hidratação parenteral e uso de corticoides, calcitonina e inibidor da osteólise.

A calcitonina reduz a absorção óssea de cálcio, aumenta a sua excreção renal, tem rápida ação (início em 4-6 horas) e reduz o cálcio em até 1-2mg/dL(35-46); entretanto é eficaz por até 48 horas devido a taquifilaxia(152).

Os corticoides são medicamentos centrais em qualquer esquema terapêutico do MM, além de contribuir para a queda do cálcio em dois a cinco dias, por reduzirem a produção de calcitriol (principal metabólito ativo da vitamina D) e diminuir, assim, a absorção de cálcio da dieta(153).

Os inibidores da osteólise (bifosfonatos) são análogos não hidrolizáveis do pirofosfato inorgânico que, absorvidos na superfície da hidroxiapatita óssea, inibem a liberação de cálcio, interferindo com a reabsorção óssea mediada pelo osteoclasto. São os medicamentos mais potentes no controle da hipercalcemia e apresentam efeito máximo em dois a quatro dias(151,154,155).

Medidas para tratamento da hipercalcemia no MM:

a) Hidratação: solução salina 0,9%, 200-300mL/hora; ajustar a velocidade de infusão para manter débito urinário de pelo menos 100-150mL/hora.

b) Calcitonina: 4U/Kg, via IM ou SC, de 12/12h (até máximo de 6-8U/Kg 6/6h); útil por até 48 horas do início do tratamento.

c) Inibidor da osteólise: Pamidronato - 60-90mg IV em 4 horas ou ácido zoledrônico- 4 mg IV em 15 min (evitar ou ajustar dose em caso de insuficiência renal e infundir em 30-60 minutos). Preferir o pamidronato nos casos de insuficiência renal aguda; se creatinina sérica acima de 4,5mg/dL, reduzir a dose para 30-45mg IV em 4 horas. Não repetir com menos de 7 dias.

8.7.3 PREVENÇÃO DE LESÕES ÓSSEAS

Recomenda-se o tratamento profilático com inibidor da osteólise para prevenir fraturas patológicas em doentes com MM nas seguintes situações(156,157):

- a) MM sintomático com ou sem lesões osteolíticas radiograficamente evidentes;
- b) Doentes com osteoporose ou osteopenia devida ao mieloma;
- c) Doentes com lesão lítica solitária, se houver osteoporose associada;
- d) Doentes com múltiplas lesões intraósseas, ainda que sem componente osteolítico.

O tratamento com bisfosfonato, durante 24 meses, pode ser feito por via parenteral (pamidronato ou ácido zoledrônico), realizado a cada 3 ou 4 semanas, ou por via oral (clodronato, 1.600 mg/dia)(158,159). Após esse período de tempo, nos pacientes com MM controlado, a suspensão do bisfosfonato é uma conduta aceitável.

Inexiste evidência de benefício para uso de inibidor de osteólise para doentes com proteinúria de Bence Jones isolada, plasmocitoma solitário ou gamopatia monoclonal de significado indeterminado que não se enquadrem nos critérios acima especificados(158,160).

Recomenda-se que todos os pacientes submetam-se a uma avaliação odontológica preventiva apropriada e recebam educação sobre higiene dental ideal antes de se iniciar o uso de bisfosfonato. Condições dentárias existentes, como doença periodontal e infecções ativas devem ser tratadas previamente, exceto no uso emergencial (hipercalcemia), pois aumentam o risco para osteonecrose da mandíbula secundária a bisfosfonato(161,162). Procedimentos dentários invasivos desnecessários devem ser evitados; quando indicados, deve-se suspender temporariamente o uso do bisfosfonato por noventa dias antes e após o procedimento invasivo (extração dentária, implante ou cirurgia de mandíbula). Não é necessário suspender o medicamento para procedimento dentário rotineiro não invasivo(158,160).

O uso do denosumabe, um anticorpo monoclonal humano que tem por alvo o RANKL e inibe a reabsorção óssea no osso cortical e trabecular, aprovado no Brasil para tratamento da osteoporose, enseja a mesma eficácia que o ácido zoledrônico na prevenção de eventos adversos relacionados ao esqueleto nos doentes com MM (163). No entanto, neste único estudo comparativo disponível, houve maior risco de morte entre doentes tratados com denosumabe (HR, 2,26; IC 95%, 1,13-4,50), e seu uso não é recomendado nestas Diretrizes.

Recomenda-se a reposição de cálcio (500-600mg/dia) e colecalciferol (vitamina D3) 400UI/dia para manter a homeostase do metabolismo do cálcio durante o tratamento com ácido zoledrônico(164), suplementação que deve ser feita com cuidado se houver insuficiência renal(160,165,166). Não há indicação desta reposição no tratamento com pamidronato, vez que o risco de hipocalcemia clinicamente significativa com este medicamento é baixo(167,168). Há risco de que a suplementação de cálcio e vitamina D possa comprometer a eficácia do tratamento com bisfosfonato(169), mas tal efeito não foi demonstrado em estudos clínicos.

8.7.4 DOENÇA ÓSSEA SINTOMÁTICA

A avaliação por ortopedista deve ser solicitada em caso de fratura iminente ou atual de ossos longos (requer estabilização seguida de radioterapia), compressão óssea da medula espinhal ou instabilidade da coluna vertebral. Consideração e indicações para cirurgia devem ocorrer em decisão conjunta com o hematologista, ortopedista ou neurocirurgião, para determinar quando o tratamento do MM pode ser reiniciado com segurança.

A cirurgia geralmente é direcionada para prevenir ou reparar fraturas axiais, fraturas instáveis da coluna vertebral e compressão medular em doentes com MM. A laminectomia descompressiva é raramente necessária naqueles com MM, mas MM radorresistente ou fragmentos ósseos retroposicionados podem exigir esta modalidade de intervenção(170).

Nas fraturas de compressão vertebral sintomáticas, a cifoplastia por balão pode, em relação ao tratamento não cirúrgico, produzir melhorias clinicamente significativas na funcionalidade física, dor, qualidade de vida e capacidade de realizar atividades diárias. Estes benefícios persistem por pelo menos doze meses(171,172). Séries de casos sugerem que a vertebroplastia pode ser útil no tratamento paliativo de fraturas vertebrais em pacientes com MM, mas permanece indefinida as suas segurança e eficácia comparativas, pela ausência de estudos prospectivos com longo prazo de seguimento(173-176).

Tratamento com baixas doses de radiação (até 30 Gy) pode ser usado para palição da dor não controlada, fratura patológica iminente, ou compressão de coluna espinhal iminente por MM. No entanto, a utilização de radioterapia para controle local do MM e palição deve ser usada criteriosamente e com moderação, para poupar a função hematopoética do doente. Deve-se limitar ao máximo a dose e o campo de irradiação, principalmente se o objetivo for apenas o tratamento da dor. O tratamento abreviado (8 Gy a 20 Gy) pode ser usado para controle álgico, mas é preferível o tratamento fracionado (30 Gy por 2 semanas) pela maior chance de preservação da função motora(177,178).

8.7.5 INSUFICIÊNCIA RENAL

A insuficiência renal é uma complicação comum e potencialmente grave do mieloma ocorrendo ao diagnóstico em 20%-25% dos pacientes e em até 50% dos pacientes em algum momento durante a sua doença(179,180). É possível reverter a renal insuficiência em aproximadamente metade dos pacientes, mas o restante terá algum grau de disfunção renal persistente e, destes, 2%-12% exigirão diálise(181). A insuficiência renal ocorre como resultado de danos causados aos túbulos renais por cadeias proteicas leves livres (nefropatia por cilindros ou “rim do mieloma”), mas diversos outros processos nefrotóxicos também podem contribuir, incluindo desidratação, hipercalcemia, medicamentos nefrotóxicos e infecção(182-184).

Recomenda-se atenção para o risco de insuficiência renal, buscando-se seu diagnóstico precoce, monitoramento dos níveis de cadeia leve, manutenção de uma alta ingestão de líquidos, correção de hipercalcemia e evitação de medicamentos potencialmente nefrotóxicos, incluindo aminoglicosídeos e anti-inflamatórios não esteroidais. No tratamento dessa condição instalada, deve-se observar:

- » A avaliação por nefrologista deve ser solicitada, se a função renal não melhorar dentro de 48 horas de intervenções iniciais, e deve haver uma comunicação clara entre o médico assistente e nefrologista para otimizar o resultado terapêutico.
- » Biópsia renal é desejável para ajudar na decisão terapêutica, mas não é essencial.
- » A remoção física das cadeias leves por plasmaférese ou hemofiltração é teoricamente benéfica na nefropatia por cilindros, mas os resultados de ensaios clínicos são conflitantes e não é recomendada nestas Diretrizes(185,186).
- » A formação de cilindros é favorecida com concentrações de cloreto de sódio acima de 80mmol/L na alça de Henle(176), pelo que a hidratação com soluções salinas hipotônicas pode ser mais vantajosa do que com soluções fisiológicas.
- » O uso de furosemida deve ser evitado, a menos que seja necessário para corrigir sobrecarga de volume, porque aumenta a formação de cilindros pelo aumento da concentração de cloreto de sódio no túbulo distal e da coagulação da cadeia leve à uromodulina (188,189).

8.7.6 INFECÇÕES

Infecção é uma causa importante de morbimortalidade nos casos de MM, vez que os pacientes apresentam diminuição na produção fisiológica de imunoglobulinas tanto doença como pela imunossupressão cumulativa secundária aos diversos tratamentos antineoplásicos que eles recebem ao longo do curso da doença(87,190). As seguintes considerações devem nortear os protocolos institucionais para cuidado do doente com MM(190,191):

- » Os doentes de neoplasias de células plasmáticas devem receber vacinas para influenza A e B; sarampo, caxumba e rubéola; difteria e tétano; hepatite B; Haemophilus influenzae tipo B e pneumocócica 23-valente.
- » Deve-se preferir as vacinas inativadas. As vacinas vivas podem ser consideradas para pacientes com gamopatia monoclonal de significado indeterminado ou mieloma múltiplo latente, bem como nos demais pacientes que se encontrarem em remissão da doença três a seis meses após o término da quimioterapia.
- » A vacinação deve ocorrer o mais cedo possível, como durante a GMSI ou fase latente do mieloma. Os doentes que irão receber terapia antineoplásica devem ser vacinados pelo menos quatorze dias antes de iniciar-se a quimioterapia, antes da mobilização e coleta de células-tronco, ao atingir a melhor resposta à terapia, três a seis meses após a conclusão da quimioterapia ou de seis a doze meses após

o TCTH. A vacinação entre os ciclos de quimioterapia não é recomendada, pela provável redução da sua eficácia.

- » A reposição de imunoglobulinas não é recomendada rotineiramente na profilaxia de infecções; no entanto, pode ser considerada para doentes com mieloma com hipogamaglobulinemia e que sofrem de infecções graves ou recorrentes. Quando indicada, pode ser administrada por via intravenosa, por via subcutânea, ou intramuscular(192,193). Embora o tratamento intravenoso seja geralmente bem tolerado, aumenta o risco de o paciente desenvolver insuficiência renal aguda. Os pacientes devem receber paracetamol, anti-histamínico e corticoide trinta minutos antes da infusão, para prevenir e minimizar a gravidade dos efeitos secundários relacionados com o procedimento. Por comparação, a administração subcutânea resulta em menos reacções sistêmicas e níveis mais consistentes de imunoglobulina no sangue. É também mais econômica do que a administração intravenosa e não requer o acesso a veias ou pré-medicação. No entanto, ele requer injeções mais freqüentes, e podem ocorrer reacções locais.
- » Os pacientes com MM que estão em alto risco de desenvolver infecções graves podem receber profilaxia antimicrobiana segundo protocolos institucionais, mas o uso rotineiro desta medida não é recomendado(194). Deve-se individualizar a indicação terapêutica profilática segundo histórico prévio de infecções, idade, atividade do MM, tipo e duração dos tratamentos prévios, nível de imunossupressão celular e humoral, funções biológicas e comorbidades.
- » Os pacientes com MM devem manter uma boa higiene pessoal, a fim de reduzir o risco de desenvolver uma infecção. As diretrizes recomendam a lavagem frequente das mãos, escovar os dentes após as refeições e proteção durante encontros sexuais com parceiros que podem ter doenças sexualmente transmissíveis. Para os pacientes tratados com bisfosfonato, é importante não compartilhar escovas de dentes e trocar de escova a cada três meses.
- » Os pacientes devem evitar exposições ambientais que possam colocá-los em risco de desenvolver uma infecção. Podem ser úteis medidas como evitar contato com indivíduos que apresentem infecções ou foram submetidos a vacinação recente com vacinas vivas; lavar bem e cozinhar frutas e verduras antes de comer; evitar qualquer atividade de risco ou de lazer ao ar livre, como natação em locais públicos ou explorar cavernas; apenas ser expostos a animais de estimação com as vacinas atualizadas e adequadas; minimizar risco de picadas de insetos com uso de repelente ou barreiras físicas; e adotar precauções alimentares e medidas de higiene para evitar a diarreia do viajante.

9 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Os critérios de resposta ao tratamento são baseados nas recomendações internacionais e são(22,158):

9.1 RESPOSTA COMPLETA

- a) Imunofixação sérica e urinária negativas;
- b) Desaparecimento de qualquer(qualsquer) plasmocitoma(s) de tecidos moles; e
- c) Até 5% de plasmócitos na medula óssea.

NOTA: Nos pacientes que o diagnóstico foi feito por alteração da relação de cadeias leves, é necessária a normalização deste parâmetro (entre 0,26 e 1,65).

9.2 RESPOSTA COMPLETA ESTRITA

- a) Critério de resposta completa atendidos;
- b) Relação entre cadeias leves livres normal; e
- c) Ausência de plasmócitos clonais na medula óssea por imuno-histoquímica ou citometria de fluxo.

9.3 RESPOSTA PARCIAL MUITO BOA

- a) Componente-M sérico e urinário detectável por imunofixação, mas não pela eletroforese de proteínas; ou

b) Redução maior ou igual a 90% no componente-M sérico e componente-M urinário menor que 100mg por 24 h.

NOTA: Nos pacientes que o diagnóstico foi feito por alteração da relação de cadeias leves, é necessária a redução maior que 90% na diferença entre a cadeia leve livre envolvida e a não envolvida.

9.4 RESPOSTA PARCIAL

a) Redução maior ou igual a 50% na proteína-M sérica e proteína-M na urina de 24 horas, com redução maior ou igual a 90% ou para menos que 200mg/24 horas;

b) Se proteína-M sérica e urinária não forem mensuráveis, é necessária uma diminuição maior ou igual a 50% na diferença entre os níveis de cadeias leves livres envolvidas e não envolvidas ou uma redução maior ou igual a 50% dos plasmócitos da medula óssea, desde que este percentual basal seja maior ou igual a 30%;

NOTA: Se presente(s) ao diagnóstico, é também necessária uma redução maior ou igual a 50% no tamanho de plasmocitoma(s) solitário(s).

9.5 PROGRESSÃO DE DOENÇA

a) Aumento de 25% em relação ao menor valor (não precisa ser confirmado) de resposta obtido em qualquer um ou mais dos seguintes:

a1. Componente-M sérico (aumento absoluto deve ser maior ou igual a 0,5g/dL);

a2. Componente-M urinário (aumento absoluto deve ser maior ou igual a 200mg/24 horas);

a3. Em pacientes sem níveis mensuráveis de proteína-M sérica ou urinária, na diferença entre os níveis de cadeia leve livre envolvida e não envolvida (aumento absoluto deve ser maior que 10mg/L);

a4. Em pacientes sem níveis mensuráveis de proteína-M sérica, urinária ou níveis mensuráveis de cadeia leve livre, no percentual de plasmócitos na medula óssea (absoluto deve ser maior ou igual a 10%);

b) Desenvolvimento de novas lesões ósseas ou plasmocitomas extramedulares; ou aumento demonstrado do tamanho das lesões ósseas ou plasmocitomas extramedulares existentes.

c) Desenvolvimento de hipercalemia (cálcio sérico corrigido acima de 11,5 mg/dL) atribuível exclusivamente à neoplasia plasmocitária.

9.6 DOENÇA ESTÁVEL

Não preenche os requisitos para caracterizar resposta (completa, completa estrita, parcial muito boa ou parcial) ou progressão de doença.

9.7 RECAÍDA APÓS RESPOSTA COMPLETA

Qualquer uma ou mais das seguintes características:

a) Reaparecimento de proteína-M sérica ou urinária por eletroforese ou imunofixação;

b) Desenvolvimento de plasmocitose medular igual ou maior que 5%; ou

c) Aparecimento de qualquer outro sinal de progressão (ou seja, novo plasmocitoma, lesão óssea lítica ou hipercalemia).

9.8 RECAÍDA CLÍNICA

Definida quando observado um ou mais dos seguintes indícios diretos de aumento da doença ou disfunção de órgão alvo:

a) Desenvolvimento de novos plasmocitomas solitários;

b) Aumento definitivo no tamanho de plasmocitomas existentes ou lesões ósseas. Definido como um aumento de 50% (e pelo menos 1cm) na soma dos produtos dos diâmetros transversais das lesões mensuráveis;

c) Hipercalemia (cálcio sérico acima de 11,5mg/dL);

d) Diminuição da hemoglobina igual ou superior a 2g/dL;

e) Aumento da creatinina sérica de 2mg/dL.

Observar que todas as categorias de resposta ou recaída devem ter duas avaliações consecutivas feitas

a qualquer momento antes da sua classificação final (resposta, progressão de doença, recaída) ou instituição de qualquer nova terapia. Avaliações de medula óssea não precisam ser reconfirmadas.

O acompanhamento da resposta ao tratamento deve ser minimamente feito pela medição seriada da proteína-M, com frequência mensal no primeiro ano e bimensal a partir do segundo ano. As seguintes orientações gerais devem balizar esta etapa do plano de cuidado do doente:

a) A medição da proteína-M deve ser quantificada por meio da densitometria na eletroforese de proteínas (EFP), exceto nos casos em que a EFP não for confiável, como, por exemplo paciente, com proteína monoclonal IgA migrando em região beta.

b) Pacientes apenas com proteína-M sérica mensurável devem ser seguidos apenas por EFP sérica.

c) Pacientes apenas com proteína-M urinária mensurável devem ser seguidos apenas por EFP urinária.

d) Pacientes com proteína-M sérica e urinária mensuráveis devem ser seguidos por EFP sérica e urinária.

e) Quando se desejar avaliar se foi atingida resposta completa, ambas EFP sérica e urinária, e respectivas imunofixações, devem ser realizadas, independentemente se eram ou não mensuráveis ao diagnóstico.

f) Quando a EFP não estiver disponível ou não for confiável, é aceitável a quantificação dos níveis de imunoglobulina por nefelometria ou turbidimetria. No entanto, somente a nefelometria poderá ser usada para avaliar resposta e os valores da EFP e nefelometria não são intercomparáveis.

Radiografia de esqueleto não é necessária para avaliar resposta. Durante o tratamento, na ausência de queixas clínicas, pode ser repetida anualmente.

A biópsia de medula óssea pode ser repetida apenas na avaliação de resposta completa, sendo necessária sempre para avaliação de resposta no MM não secretor.

Em caso de mieloma múltiplo latente, é recomendável obter RM basal para detecção de lesões ósseas ocultas, que, se presentes, implicarão num curso de progressão mais rápido(7,44,184). No seguimento destes doentes, a primeira reavaliação deverá ocorrer em dois a três meses com EFP, hemograma completo, dosagens séricas de cálcio e de creatinina e urina de 24 horas com EFP e IFU. Se estáveis, recomenda-se repetir os exames em quatro a seis meses por 1 ano e, após, a cada 6-12 meses.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de mieloma múltiplo devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial e acompanhamento, conforme especificado em 7–Centro de Referência.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados(196).

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01), cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) e de transplantes (Grupo 05, Subgrupo 05) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

Exceto pela Talidomida para o tratamento do Mieloma Múltiplo, pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e da Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo e pelo Trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama inicial e locorregionalmente avançado, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações

clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os seguintes procedimentos da tabela do SUS são disponíveis para tratamento sistêmico de adultos com mieloma múltiplo:

03.04.03.018-0 – Quimioterapia de neoplasia de células plasmáticas – 1ª linha;

03.04.03.019-8 – Quimioterapia de neoplasia de células plasmáticas – 2ª linha;

03.04.08.007-1 – Inibidor de osteólise.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação.

Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica), entre outras.

Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e observância da regulação do acesso assistencial; a qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); a compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico de mieloma múltiplo sintomático, o perfil clínico do doente, capacidade funcional, estadiamento Durie-Salmon ou ISS, indicação clínica para tratamento), o esquema terapêutico e as doses diárias prescritas e fornecidas; a compatibilidade do registro dos procedimentos com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso quando preconizado nestas Diretrizes do medicamento talidomida, consoante normas sanitárias vigentes(197).

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer 2008.
2. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011. National Cancer Institute 2011.
3. Callera F, Brasil AA, Casali AR, Mulin CC, Rosa ES, Barbosa Mde A, et al. Oncohematological diseases in the Vale do Paraíba, State of Sao Paulo: demographic aspects, prevalences and incidences. Rev Bras Hematol Hemoter, 2011; 33(2):120-5.
4. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer Incidence in Five Continents. Lyon: IARC 2002.
5. Hungria VT, Maiolino A, Martinez G, Colleoni GW, Coelho EO, Rocha L, et al. Confirmation of the utility of the International Staging System and identification of a unique pattern of disease in Brazilian patients with multiple myeloma. Haematologica, 2008; 93(5):791-2.
6. Hungria VTM. Mieloma múltiplo no Brasil: aspectos clínicos, demográficos e validação do Sistema de Estadiamento Internacional (ISS) em pacientes brasileiros. Rev bras hematol hemoter, 2007; 29(Suppl. 1):10-3.
7. Dimopoulos M, Terpos E, Comenzo RL, Tosi P, Beksac M, Sezer O, et al. International myeloma working

- group consensus statement and guidelines regarding the current role of imaging techniques in the diagnosis and monitoring of multiple Myeloma. *Leukemia*, 2009; 23(9):1545-56.
8. Callander NS, Roodman GD. Myeloma bone disease. *Semin Hematol*, 2001; 38(3):276-85.
 9. Edelstyn GA, Gillespie PJ, Grebbell FS. The radiological demonstration of osseous metastases. *Experimental observations. Clin Radiol*, 1967; 18(2):158-62.
 10. Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, Lust JA, Lacy MQ, Dispenzieri A, et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. *Mayo Clin Proc*, 2003; 78(1):21-33.
 11. Heilman RL, Velosa JA, Holley KE, Offord KP, Kyle RA. Long-term follow-up and response to chemotherapy in patients with light-chain deposition disease. *Am J Kidney Dis*, 1992; 20(1):34-41.
 12. Annesley TM, Burritt MF, Kyle RA. Artifactual hypercalcemia in multiple myeloma. *Mayo Clin Proc*, 1982; 57(9):572-5.
 13. Fassas AB, Muwalla F, Berryman T, Benramdane R, Joseph L, Anaissie E, et al. Myeloma of the central nervous system: association with high-risk chromosomal abnormalities, plasmablastic morphology and extramedullary manifestations. *Br J Haematol*, 2002; 117(1):103-8.
 14. Talamo G, Cavallo F, Zangari M, Barlogie B, Lee CK, Pineda-Roman M, et al. Hyperammonemia and encephalopathy in patients with multiple myeloma. *Am J Hematol*, 2007; 82(5):414-5.
 15. Schluterman KO, Fassas AB, Van Hemert RL, Harik SI. Multiple myeloma invasion of the central nervous system. *Arch Neurol*, 2004; 61(9):1423-9.
 16. Chamberlain MC, Glantz M. Myelomatous meningitis. *Cancer*, 2008; 112(7):1562-7.
 17. Kwan L, Wang C, Levitt L. Hyperammonemic encephalopathy in multiple myeloma. *N Engl J Med*, 2002; 346(21):1674-5.
 18. Zangari M, Elice F, Fink L, Tricot G. Hemostatic dysfunction in paraproteinemias and amyloidosis. *Semin Thromb Hemost*, 2007; 33(4):339-49.
 19. Drayson M, Tang LX, Drew R, Mead GP, Carr-Smith H, Bradwell AR. Serum free light-chain measurements for identifying and monitoring patients with nonsecretory multiple myeloma. *Blood*, 2001; 97(9):2900-2.
 20. Singhal S, Vickrey E, Krishnamurthy J, Singh V, Allen S, Mehta J. The relationship between the serum free light chain assay and serum immunofixation electrophoresis, and the definition of concordant and discordant free light chain ratios. *Blood*, 2009; 114(1):38-9.
 21. Dispenzieri A, Kyle RA, Katzmann JA, Therneau TM, Larson D, Benson J, et al. Immunoglobulin free light chain ratio is an independent risk factor for progression of smoldering (asymptomatic) multiple myeloma. *Blood*, 2008; 111(2):785-9.
 22. Kyle RA, Rajkumar SV. Criteria for diagnosis, staging, risk stratification and response assessment of multiple myeloma. *Leukemia*, 2009; 23(1):3-9.
 23. IMWG. Criteria for the classification of monoclonal gammopathies, multiple myeloma and related disorders: a report of the International Myeloma Working Group. *Br J Haematol*, 2003; 121(5):749-57.
 24. Dispenzieri A, Kyle R, Merlini G, Miguel JS, Ludwig H, Hajek R, et al. International Myeloma Working Group guidelines for serum-free light chain analysis in multiple myeloma and related disorders. *Leukemia*, 2009; 23(2):215-24.
 25. Bottini PV. Testes laboratoriais para avaliação do componente monoclonal. *Rev Bras Hematol Hemoter*, 2007; 29(1):23-6.
 26. Fung S, Selva D, Leibovitch I, Hsuan J, Crompton J. Ophthalmic manifestations of multiple myeloma. *Ophthalmologica*, 2005; 219(1):43-8.
 27. Omoti AE, Omoti CE. Ophthalmic manifestations of multiple myeloma. *West Afr J Med*, 2007; 26(4):265-8.
 28. Lee SH, Erber WN, Porwit A, Tomonaga M, Peterson LC. ICSH guidelines for the standardization of bone marrow specimens and reports. *Int J Lab Hematol*, 2008; 30(5):349-64.
 29. Harada H, Kawano MM, Huang N, Harada Y, Iwato K, Tanabe O, et al. Phenotypic difference of normal plasma cells from mature myeloma cells. *Blood*, 1993; 81(10):2658-63.

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ANEXO V

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

Protocolos de enfermagem nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico, oncologia e de pediatria

(rotinas por nível de qualificação dos profissionais)

1.1 Protocolos De Enfermagem

INTRODUÇÃO

Os Protocolos Operacionais Padrão – POP's constituem importante ferramenta para organização do Serviço de Enfermagem nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo à passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro que lhes auxilia nas tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada pela Equipe de Multidisciplinar que compõe o Núcleo de Qualidade do IBGC com base nas diretrizes e normatizações do MS, Conselhos de Classe e Associações de Especialistas. Ressaltamos que todos os Protocolos serão revisados e adequados à realidade dos Serviços da Policlínica, no primeiro trimestre de vigência do contrato.

Os Protocolos Assistenciais utilizados pelo IBGC baseiam-se nos protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde, entre outros, aqueles citados e atualizados pelas sociedades de especialidade,

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Cada sociedade de especialidade médica divulga, periodicamente, novos protocolos que passam a serem os utilizados pela comunidade médica e hospitalar no Brasil.

Ainda assim, é necessário, periodicamente, atualizá-los conforme a evolução da medicina ocorre nas diversas especialidades em termos de materiais, medicamentos, técnicas cirúrgicas etc.

De toda a forma, para efeito da presente proposta, entendemos que a apresentação dos protocolos assistenciais abaixo relacionados, e indicados para cada unidade de saúde.

Os protocolos clínicos são apresentados de acordo com as características dos serviços implementados nas unidades assistenciais abaixo relacionadas:

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM

Introdução

A enfermagem é, em sua essência, responsável pela arte e ciência do cuidado ao paciente/paciente, no entanto, além disso, passou a cuidar também da organização dos ambientes/setores, fluxos, processos e fluidez de todas as atividades desenvolvidas nos setores, tornando-se a ligação entre a equipe multiprofissional e entre os vários serviços prestados ao paciente/paciente.

Partindo do princípio que sistematizar é organizar de forma coerente, a sistematização das rotinas de enfermagem no setor são de extrema importância para garantir um padrão de assistência seguro e com qualidade aos pacientes.

A padronização é uma ferramenta gerencial, que possibilita a transmissão de informações e dos conhecimentos adquiridos, favorecendo a continuidade da assistência, contribuindo para a redução dos erros e assim garantindo a segurança do paciente.

Neste contexto, este manual vem apresentando as normas e rotinas do hospital, servindo como referência para manutenção da organização dos mais diversos setores da Unidade.

Todas as normas e rotinas aqui descritas, foram elaboradas considerando as regulamentações vigentes no campo da enfermagem, bem como legislações que normatizam os mais diversos setores do hospital como cita o Código de Ética de Enfermagem (Resolução 564/2017) quanto aos Princípios Fundamentais.

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática

social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

Objetivo

Apresentar, estabelecer e padronizar, em caráter normativo e norteador, as normas de funcionamento dos setores da Unidade, bem como as rotinas de execução das atividades de enfermagem nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME, bloco cirúrgico, oncologia e de pediatria.

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO Dos PROFISSIONAIS NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CME, BLOCO CIRÚRGICO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA.

ESTRUTURAS E INSUMOS

Equipamentos por enfermaria

ENFERMARIAS

Equipamentos	Imagem
LEITOS	
ESCADA	
ARMARIO	
LIXEIRA	

POLTRONA



IBG

BERÇO (quando for o caso)	
SUORTE DE SORO	
SABONETEIRA	

ENFERMARIA CIRURGICA

Equipamentos	Imagem
LEITOS	
ESCADA	
ARMARIO	

LIXEIRA	
POLTRONA	
SABONETEIRA	
SUPORE DE SORO	

SALA DE MEDICAÇÃO

- BANCADA
- BIN DE MEDICAÇÕES
- PIAS
- BANDEIJAS
- LIXEIRA

POSTO DE ENFERMAGEM

COMPUTADORES

- ▮ BANCADAS
- ▮ IMPRESSORA
- ▮ CADEIRA
- ▮ BANCO DE MADEIRA
- ▮ TELEFONE
- ▮ OXIMETRO DE PULSO
- ▮ NEGATOSCOPIO
- ▮ APARELHOS DE AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
- ▮ ESTETOS

MANUAL DE ROTINA

ROTINA ENFERMARIA CLINICA MEDICA E CIRÚRGICA

1. TODOS OS COLABORADORES DEVERÃO USAR EPIs E REALIZAR A TROCA SEMPRE QUE NECESSARIO;
2. RECEBER E PASSAR PLANTÃO A EQUIPE DO SETOR, ATENTANDO AS COMORBIDADES, NECESSIDADES, INTERCORRENCIAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS;
3. VERIFICAR E TESTAR OS EQUIPAMENTOS (ESFIGMOMANOMETRO, ESTETO, TERMOMETROS, GLICOSIMETRO, OXIMETROS);
4. SOLICITAR JUNTO A FARMACIA HOSPITALAR OS INSUMOS NECESSARIOS PARA O PLANTÃO;
5. SOLICITAR JUNTO A EQUIPE DO CC MATERIAIS QUE SEJA NECESSARIO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS PROCEDIMENTOS DO PLANTÃO OU QUE ESTEJAM FALTANDO NO SETOR;
6. APRAZAR PRESCRIÇÕES MEDICA, SEMPRE OBSERVANDO AS NECESSIDADES E BEM ESTAR DOS PACIENTES;
7. RECEBER O PACIENTE: VERIFICAR DOCUMENTOS PARA INTERNAÇÃO QUESÃO: TERMO DE INTERNAÇÃO ASSINADO; AIH; EXAMES (SE HOUVER) OU

SE HOUVER PEDIDO DEVE SER REALIZADO ANTES DA ENTRADA DO PACIENTE;
PRESCRIÇÃO MEDICA.

8. ATENTAR A SEGURANÇA DO PACIENTE: IDENTIFICAÇÃO BEIRA LEITO, IDENTIFICAÇÃO EQUIPO, IDENTIFICAÇÃO DO AVP OU AVC, IDENTIFICAÇÃO DAS SONDAS; IDENTIFICAÇÃO DOS CURATIVOS.
9. VERIFICAR OS SINAIS VITAIS, (SOP2, FC, FR, T, PA, DOR) MANTER A FREQUENCIA CONFORME A ESCALA DE MEWS.
10. REALIZAR A ADMISSÃO DO PACIENTE NO SISTEMA MV.
11. REALIZAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA E ORIENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS.
12. IDENTIFICAÇÃO DAS MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS: SOROS COM ROTULOS APROPRIADOS, COM INFORMAÇÕES DE COMPLETO E ADIÇÃO DE MEDICAÇÕES, QUANTIDADE, FLUXO DE ADMINISTRAÇÃO; EQUIPOS COM DATA, HORA E ASSINATURA; PUNÇÃO COM DATA, Nº DO CATETER E ASSINATURA.
13. APÓS RECEBER ALTA REGISTRAR NO PRONTUARIO SISTEMA MV;
14. CASO O MÉDICO SOLICITE TOMOGRAFIA, O MESMO DEVERÁ ENCAMINHAR A (APAC) AO NIR;
15. TODOS OS PACIENTES QUE SERÃO ADMITIDOS E INTERNADOS, DEVEM DEIXAR COM O FAMILIAR OS ADORNOS E OUTROS PERTENCES. CASO APAREÇA OS PERTENCES ACIONAR A ASSISTENTE SOCIAL (DIURNO: PATRICIA- VESPERTINO: EDNA);

PROCOLOS

- 1) PROCEDIMENTO PARA ACOLHIMENTO E TRIAGEM DE PACIENTE NAADMISSÃO
- 2) RETIRADA DE PONTOS
- 3) ATIVIDADES DO MAQUEIRO
- 4) EQUIPE ASSISTENCIAL
- 5) BANHO DE ASPERSÃO
- 6) HIGIENE DOS CABELOS
- 7) SONDAGEM VESICAL
- 8) HIGIENE ORAL
- 9) HIGIENE DE PROTESE DENTARIA
- 10) CURATIVOS DE OSTOMIAS E DRENOS

- 11) CURATIVO
- 12) PREPARO DO LEITO
- 13) CONFORTO E SEGURANÇA DO PACIENTE
- 14) PASSAGEM DE PLANTAO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
- 15) ROTINA PARA CONFORTO DOS PACIENTES E VISITANTES EM AMBIENTES HOSPITALARES
- 16) VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
- 17) ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO
- 18) REGISTRO DE ENFERMAGEM
- 19) HIGIENIZAÇÃO E ANTISSEPSE DAS MÃOS
- 20) HIGIENIZAÇÃO DO PACIENTE
- 21) COMPRESSAS FRIA E QUENTE
- 22) ELETROCARDIOGRAMA
- 23) OXIGENOTERAPIA
- 24) PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES
- 25) PUNÇÃO ARTERIAL COM AGULHA
- 26) ROTINA DE CONTAGEM DE PRODUTOS HOSPITALARES
- 27) ROTINA UNITARIZAÇÃO DE DOSE
- 28) ROTINA DE PREPARAÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SONDA
- 29) ROTINA DE REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA
- 30) MONTAGEM DE REPOSIÇÃO DE MALETA DE ANESTESIA
- 31) DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS HOSPITALARES
- 32) ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS
- 33) REGISTRO DE TEMPERATURA E UMIDADE
- 34) RECUSA DO USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DO PACIENTE
- 35) CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA
- 36) ROTINA DE CONTROLE DE MEDICAMENTOS DA PORTARIA
- 37) ROTINA DE ATIVIDADES RELACIONADAS A FARMÁCIA CLÍNICA
- 38) DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS HOSPITALARES NA SALA DE MEDICAÇÃO
- 39) DEVOLUÇÃO DE PRODUTOS HOSPITALARES
- 40) LIMPEZA INTERNA DA FARMÁCIA
- 41) CAIXA DE MEDICAMENTO DE RISCO E PSICOTRÓPICOS
- 42) DISPENSAÇÃO DE ANTIMICROBIANO
- 43) DOBRADURAS
- 44) PUNÇÃO E RETIRADA DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
- 45) ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA OCULAR
- 46) LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES E EQUIPAMENTOS
- 47) VERIFICAÇÃO DE PULSO
- 48) PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

- 49) SONDAGEM NASOENTERICA
- 50) VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS
- 51) SONDAGEM NASOGASTRICA E NASOENTERAL
- 52) LESÃO POR PRESSÃO
- 53) HIGIENE ORAL NAS UNIDADES
- 54) LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE LARINGOSCOPIO
- 55) ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO E INALAÇÃO E MICRONEBULIZAÇÃO
- 56) ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIO POR MASCARA FACIAL
- 57) ASPIRAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL
- 58) INSTALAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO
- 59) OXIGENOTERAPIA POR CATETER TIPO OCULOS
- 60) ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ORO E NASOENTERICA
- 61) ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL
- 62) SONDAGEM NASOENTERICA
- 63) SONDAGEM OROENTERAL

PROTOCOLO UTI

UTI

PROTOCOLO - POP.060.DT ADMISSÃO E ALTA DA UTI ADULTO

OBJETIVO

Guiar na decisão de admitir ou não, um paciente na terapia intensiva.

Auxiliar na discussão de casos com o corpo clínico e com médicos reguladores da central de leitos. Guiar na decisão de alta da UTI Adulto.

APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os pacientes admitidos na UTI Adulto.

DEFINIÇÕES

Devem ser considerados para admissão dos pacientes em ordem de prioridade:

Prioridade 1: pacientes gravemente enfermos que necessitem de cuidados intensivos que não podem ser realizados fora da UTI, normalmente estes tratamentos são: ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, etc.

Prioridade 2: pacientes que necessitem de monitorização intensiva e que podem necessitar de intervenções imediatas.

Prioridade 3: pacientes instáveis, mas com pequena probabilidade de se recuperarem devido à doença

grave ou a comorbidades prévias. Pacientes deste grupo podem ser tratados

IBGQ

The logo for IBGQ features the letters 'I', 'B', and 'G' in a bold, blue, sans-serif font. To the right of the 'G' is a stylized graphic element consisting of several overlapping circles and shapes in shades of blue and teal, resembling a molecular structure or a cluster of cells.

intensivamente para controle de complicações reversíveis, mas limites terapêuticos podem ser estabelecidos e definidos parâmetros para início de cuidados paliativos.

Prioridade 4: a admissão destes pacientes na UTI é normalmente inadequada, os casos devem ser discutidos individualmente com especialista e corpo clínico antes.

Sinais de alerta que podem indicar a eminência de internação em UTI: os pacientes no setor de emergência e nas enfermarias dos hospitais podem manifestar sinais de alerta de maior gravidade que indicam a necessidade de internação em UTI. Podem-se usar escores validados para avaliar pacientes, como o Medical Emergency Team (MET) score ou o Modified Early Warning Score (MEWS) (Ver Tabelas 1 e 2).

Evitar alta precoce ou tardia da UTI. Deve-se considerar para a alta da UTI pacientes estáveis pelo menos nas últimas 24 horas, em que a complexidade de seus cuidados seja semelhante tanto na UTI quanto na unidade que irá recebê-lo. Não deve haver “desnível” assistencial.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Admissão:

Equipe de Enfermagem:

Receber a solicitação de vaga; Dimensionar a equipe e preparar o leito; Higienizar as mãos;

Paramentar caso paciente esteja em alguma precaução;

Receber o paciente;

Monitorizar o paciente;

Realizar troca dos dispositivos invasivos; Realizar

banho no leito com clorexidina; Protocolar e

devolver pertences do paciente; Orientar

acompanhante sobre rotinas da UTI; Equipe

médica:

Receber a solicitação de vaga;

Higienizar as mãos;

Receber o paciente;

Realizar troca dos dispositivos invasivos;

Abrir Projeto Terapêutico Singular; **Alta:**

Certificar-se de que o paciente recebeu alta da UTI, através da prescrição médica e do Sumário de Alta;

Solicitar a unidade que providencie um leito para o paciente.

Entrar em contato com familiares comunicando à alta do paciente da UTI e a transferência para a unidade de internação.

Após a confirmação do leito pela unidade de internação, orientar sobre as necessidades despendidas pelo Paciente (ex: BI, oxigenoterapia, etc.).

Realizar a passagem das condições clínicas atuais, os procedimentos realizados, os cuidados específicos, uso de sondas, drenos;

Encaminhar os documentos do paciente, prescrição, medicamentos junto com o paciente; No

caso de óbito encaminhar os documentos para o faturamento;

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Papel Caneta

Computador.

EPI

Adotar em caso de precaução

Touca

Máscara

Óculos

Capote

Luvas

RESPONSABILIDADE

Funcionários da recepção, enfermagem e médicos.

QUANDO EXECUTAR

Todas as vezes que os usuários chegar na Unidade e sair após atendimento.

REGISTROS

FOR.005.SAME FICHA DE ATENDIMENTO;

FOR.013.SAME TERMO DE CONSENTIMENTO DE INTERNAÇÃO;

FOR.028.SAME TRANSPORTE E TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE;

FOR.010.SAME SUMÁRIO DE ALTA.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Caso não preencha os formulários.

AÇÃO: Executar de imediato. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos formulários.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KOCH, Rosi Maria. Técnicas básicas de enfermagem.17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000. Programa UTI Beira Leito – Procedimentos Operacionais em Medicina Intensiva Adulto – 2012 – Ed.Atheneu – Amib – Frederico Bruzzi de Carvalhos et .

ANEXO

TABELA 1 – MEDICAL EMERGENCY TEAM (MET) SCORE
Via aérea
Via aérea ameaçada (necessidade de aspiração de secreções, intubação traqueal, broncoscopia)
Ventilação
Frequência respiratória < 6 ou > 30 por minuto
Saturação de oxigênio < 90%, mesmo com suplementação de oxigênio
Circulação
Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
Frequência cardíaca < 40 ou > 140 batimentos por minuto
Neurologia
Estado de coma de Glasgow < 13 pontos ou redução aguda de 2 pontos
Convulsões repetidas ou prolongadas (> 5 minutos)

Outros – preocupação subjetiva com o estado do paciente

Tabela 2 – Modified Early Warning Score

	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	< 6	6 - 8	9 - 12	12 - 17	18 - 20	21 - 29	> 30
Frequência Cardíaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	> 130
Pressão Arterial Sistólica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200	
AVPU (consciência)				Alerta	Atende Estímulo Verbal	Resposta somente à dor	Irresponsivo
Temperatura (oC)		< 35.0		35.0 - 38.0	38.1 - 38.5	≥ 38.6	

HISTORICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ªaprovador:	Nome 2ªaprovador:
---------------	-------------------	-------------------

Ass.emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:
--------------------	--------------------------	--------------------------

PROTOCOLO - POP.061.DT ADMISSÃO E ALTA DA UTI PEDIÁTRICA.

OBJETIVO

Descrever o fluxo de admissão e alta do paciente da Uti Pediátrica

APLICAÇÃO

Neste processo estão envolvidos a recepção, a enfermagem e médicos.

DEFINIÇÕES

UTI PEDIÁTRICA

DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

4.1 Higienização das mãos;

4.2 Paramentar-se conforme indicação/ precaução;

4.3 Identificar do paciente, conferindo o nome do paciente na AIH e espelho do SISREG

4.4 Verificar se o prontuário está completo, observando laudo médico, prescrição médica e exames anexos;

4.5 Pesar a criança, no ato da internação e registrar no prontuário;

4.7 Despir a criança, colocar fralda (tamanho de acordo com a idade) e acomodá-lo no leito

4.8 Providenciar acesso venoso periférico, e se não for possível verificar indicação de acesso venoso central.

4.9 Comunicar o laboratório quanto aos exames solicitados; coletar swabs de rotina (nasal e retal),

4.10 Monitorizar os parâmetros vitais com o monitor multiparamétrico;

4.11 Receber a mãe/acompanhante de modo gentil e afável;

4.12 Fazer todas as orientações de horário de visita e normas da UTI Pediátrica (conforme está descrito nas normas e rotinas da UTI Pediátrica);

- 4.13 Orientar a mãe/acompanhante em relação à localização da guarda de pertences, horário das refeições, horário de visitas, entregar o folder informativo e etc.
- 4.14 Orientar a mãe/acompanhante sobre as normas e rotinas do hospital;
- 4.15 Solicitar a mãe/acompanhante todos os exames e anexá-los ao prontuário;
- 4.16 Realizar a sistematização da assistência da enfermagem;
- 4.17 Higienizar as mãos.

ALTA

- 1.1.1. A alta do paciente somente acontece quando há melhora do quadro Clínico do paciente;
- 1.1.2. Solicitar a presença do responsável/familiar para saída do paciente quando está sem acompanhante
- 1.1.3. Orientar alta explicando sobre a receita médica, encaminhamentos e a autocuidado;
- 1.1.4. Devolver pertences, se eles não foram entregues à família;
- 1.1.5. Anotar horário e apresentação do paciente no momento da alta;
- 1.1.6. Encaminhar prontuário e exames para CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 1.1.7. Preencher Sumário de Alta (FOR.010.SAME SUMÁRIO DE ALTA);

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- 1.2. Prontuário do paciente;
- 1.3. Caneta preta ou azul (turno diurno) ou preta (turno noturno).
- 1.4. Balança

EPI

- 1.5. Luvas descartáveis
- 1.6. Máscaras
- 1.7. Touca
- 1.8. Capote quando necessário

2. RESPONSABILIDADE

Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

3. QUANDO EXECUTAR

Todas as vezes que os usuários chegar na Unidade e sair após atendimento.

4. REGISTROS

4.1. FOR.256.GE SAE PEDIÁTRICA – INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM

4.2. FOR.010. SAME Sumário de Alta

5. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

NC: Caso não preencha os formulários.

AÇÃO: Executar de imediato. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos formulários.

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**. 17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

7. ANEXO

Não se aplica.

8. HISTORICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

9. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1º aprovador:	Nome 2º aprovador:
---------------	--------------------	--------------------

Ass.emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

CME

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

O NORMAS DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

O ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

UNIDADE DE SAÚDE	Manual de Normas	EO.1	
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	Revisão		
	No:	Data:	
Horário de funcionamento da área/serviço			
Diariamente das 07h às 19h, inclusive feriados e finais de semana.			
Clientes da área/serviço			
Todos os usuários do hospital que necessitam dos serviços da Central de Materiais e Esterilização.			
Normas			
<p>Todos os funcionários da CME deverão adotar as medidas de precaução padrão (medidas de barreira – higiene básica das mãos) para evitar a contaminação a partir de sangue, secreções e excreções;</p> <p>Somente poderão acessar as dependências da CME, os funcionários higienizados e devidamente paramentados;</p> <p>A porta que dá acesso as dependências da CME deverá ser mantida fechada, exceto nos horários de troca de material sujo;</p> <p>O profissional escalado para plantão na área suja será o responsável pelo controle de entrada/saída de pessoal e entrada de materiais;</p> <p>A programação cirúrgica deverá ser entregue na CME até as 12:30h do dia anterior às cirurgias, para</p>			

que os materiais cirúrgicos possam ser preparados com antecedência;

A CME deverá encaminhar para o centro cirúrgico os materiais, conforme segue:

Na tarde anterior a cirurgia, para cirurgias do período matutino: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;

Na manhã da cirurgia, para cirurgias no período vespertino: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;

É de responsabilidade da enfermeira do centro cirúrgico informar a enfermeira da CME toda e qualquer alteração na programação cirúrgica, tais como: suspensão de cirurgias, urgências, emergências, mudança de porte, mudança de procedimento e necessidade de outros materiais;

Todo e qualquer material proveniente de outra instituição e/ou uso particular deverá ser entregue na CME para processamento, com 48 horas de antecedência da data prevista da cirurgia:

Cirurgias programadas na segunda-feira – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser até sexta-feira;

Cirurgias programadas em feriados – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser na véspera;

Todo material que estiver destinado a ser processado por óxido de etileno deverá ser encaminhado para a CME;

Todos os materiais processados com óxido de etileno deverão ter suas notas fiscais e materiais, conferidas e assinadas pela enfermeira da CME e encaminhadas para a Diretoria Administrativa;

A enfermeira da CME ou funcionária designada para tal será responsável pela inspeção de entrada/saída de material e/ou equipamento externo ou de uso particular;

A entrada/saída de todo e qualquer material e/ou equipamento externo deverá ser feita sob protocolo;

Todo e qualquer material e/ou equipamento externo ou de uso particular deverá ter um impresso com os itens do produto;

Toda e qualquer visita à CME deverá ser agendada previamente, através de comunicado formal, com a enfermeira da unidade ou secretária

Todo e qualquer material sujo deverá ser encaminhado para CME em caixas fechadas e com tampa com cuidado de proteção;

Todo e qualquer material sujo que der entrada na CME deverá ser inspecionado e protocolado pela Técnico de enfermagem e auxiliar da recepção de área suja;

Todo e qualquer material que tenha a sua integridade e/ou funcionalidade alterada deverá ser devolvido para a CME mediante protocolo;

O transporte de material esterilizado para as unidades deverá ser feito dentro de

recipientes fechados com tampa;

Todo e qualquer material estéril a óxido de etileno, proveniente de empresa ou de uso particular, deve ser encaminhado previamente para a CME, para avaliação pela enfermeira e disponibilizado para o setor de origem;

Toda e qualquer intercorrência que aconteça na CME deverá ser comunicada imediatamente a enfermeira da unidade, para que sejam tomadas as providências necessárias. Na ausência da enfermeira, a comunicação deverá ser feita à secretária ou ao funcionário designado por ela para este fim;

Ao final do expediente, o funcionário designado deverá fazer a revisão da CME (referente à parte elétrica e limpeza);

É de responsabilidade do funcionário da CME zelar por toda a estrutura física e equipamentos da mesma;

Todos os danos causados por mau uso deverão ser ressarcidos pelo funcionário da CME;

É de responsabilidade da CME devolver todo material e/ou equipamento processado de forma íntegra;

Somente a enfermeira da CME poderá autorizar a entrega e/ou recebimento de material/equipamento fora dos horários pré-estabelecidos;

Mensalmente deverá ser realizada uma reunião com todos os funcionários da CME, sendo obrigatória a participação de todos;

O empréstimo de todo e qualquer material/equipamento somente poderá ser feito após autorização da diretoria da policlínica;

Os materiais/equipamentos que não pertençam a instituição somente poderão ser processados na CME após autorização da diretoria da policlínica;

Periodicamente deverão ser realizados cursos de atualização para os funcionários da CME, sendo obrigatória a presença de todos;

O horário de distribuição de material estéril é das 08h às 12h;

É obrigatório o uso de protetor auricular quando o funcionário for usar ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela Aprovação:

Aprovação

Data:

Assinatura do representante

UNIDADE DE SAÚDE	Manual de Normas Central de Materiais e Esterilização	EO.2	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	
		No:	Data:
<p>Normas</p> <p>A seleção de embalagens para a CME deve obedecer aos critérios abaixo relacionados:</p> <p>Ser apropriada para o tipo de material, o método de esterilização utilizado e suportar as condições físicas do processo;</p> <p>Prover integridade adequada de selagem e ser à prova de violação; Ser barreira microbiana;</p> <p>Fornecer barreira adequada a líquidos; Permitir remoção de ar adequada;</p> <p>Permitir a penetração e remoção de agente esterilizante; Proteger o conteúdo da embalagem de danos físicos; Resistir a rasgos e perfurações;</p> <p>Ser livre de furos e micro furos;</p> <p>Não conter ingrediente tóxico, alvejantes ópticos, corante ou amido;</p> <p>Ter imprimido o indicador químico específico para cada tipo de esterilização; Evitar liberação de fibras ou partículas;</p> <p>Não oferecer dificuldades à abertura do pacote; Ter uma relação custo/benefício positiva;</p> <p>Ser facilmente encontrada no mercado;</p> <p>O sistema de embalagens deve ser usado de acordo com as instruções escritas pelo fabricante e ter registro no Ministério da Saúde.</p>			
Responsável pela elaboração:			

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

O TRANSPORTE DE MATERIAL SUJO

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.1	
		Emissão	
TRANSPORTE DE MATERIAL SUJO		Revisão	
		No:	Data:
Executante	Técnico de enfermagem do CC, Setores de Materiais ou ambulatório.		
Resultados esperados	Assegurar que o material sujo seja transportado de forma correta, evitando o perigo de contaminação.		
Recursos Necessários	Água, sabão, luvas, máscaras, carro de transporte de material sujo fechado e com tampa, livro de protocolo e caneta.		
Atividades	Higienizar as mãos;		

<p>Colocar os EPI's (máscara e luvas);</p> <p>Disponer o material sujo dentro do carro de transporte;</p> <p>Protocolar em livro próprio os materiais que estão sendo encaminhados para a CME;</p> <p>Conferir junto com o responsável pelo recebimento de material sujo, os materiais que estão sendo entregues;</p> <p>Retornar para o setor de origem com o livro de protocolo.</p>		
<p>Cuidados</p> <p>Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;</p> <p>Nunca transportar material sujo sem o uso dos EPI's;</p> <p>Nunca transportar material sujo em carro que não seja específico para esta função.</p>		
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Se o carro de transportar o material sujo apresentar problemas, comunicar a chefia da CME para que providencie o conserto e/ou a substituição do mesmo;</p> <p>Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.</p>		
<p>Responsável pela elaboração:</p>		
<p>Responsável pela aprovação:</p>	<p>Aprovação</p>	
	<p>Assinatura do representante</p>	<p>Data:</p>

O RECEPÇÃO DE MATERIAL SUJO PELA ÁREA SUJA

<p>UNIDADE DE SAÚDE</p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p>Central de Materiais e Esterilização</p>	<p>POP.2</p>
		<p>Emissão</p>
<p>RECEPÇÃO DE MATERIAL SUJO PELA ÁREA SUJA</p>		<p>Revisão</p>
		<p>No: Data:</p>

Executante Técnico de enfermagem da CME.
Resultados esperados Assegurar que o material sujo seja recebido de forma correta, evitando o perigo de contaminação.
Recursos Necessários Água, sabão e EPI's
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Colocar os EPI's (óculos, avental, máscara com filtro químico, luvas de látex cano longo); Conferir o material sujo que está recebendo, atentando para o quantitativo, condições gerais e funcionalidade; Assinar o protocolo após conferência do material sujo; Distribuir o material/artigo para lavagem mecânica ou manual; Verificar se existe a necessidade de lubrificação e/ou desoxidação do material/artigo, após o término da lavagem; Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais; Reiniciar o processo de lavagem do material/artigo, caso verifique que a limpeza não atingiu os padrões exigidos pelas normas; Encaminhar o material/artigo limpo para a área de preparo.
Cuidados Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's; Nunca manusear material/artigo sujo sem estar usando os EPI's corretos; Muita atenção ao conferir o material que está sendo recebido; Muita atenção na verificação do material/artigo após a lavagem, verificando se a mesma atingiu os padrões exigidos.
Ações em caso de não conformidade Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; Se perceber alguma não conformidade no material/artigo, no ato da conferência, anotar no protocolo de recebimento e registrar no livro de ocorrência da CME;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:

Aprovação

Assinatura

do Data:

O RECEPÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL LAVADO AUTOCLAVÁVEL

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.3
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão
RECEPÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL LAVADO AUTOCLAVÁVEL		Revisão
		No: Data:
Executante Técnico de enfermagem.		
Resultados esperados Assegurar que o material processado na autoclave seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.		
Recursos Necessários Água, sabão, EPI's (luvas de Kevlar, máscara e pro pé), papel manta (próprio para envolver o material/artigo que vai para a autoclave), etiqueta e caneta.		
Atividades Receber os Materiais limpos; Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais recebidos; Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido; Disponer o material/artigo em invólucro apropriado antes de colocá-los na autoclave; Identificar o material/artigo conforme a rotina (data, lote, validade, processo que foi submetido e assinatura do responsável);		

Monitorar cada lote ou carga no processo de esterilização;

Utilizar luvas de Kevlar quando for retirar da autoclave os Materiais processados;

Encaminhar, com técnica adequada, o material/artigo estéril para a sala de acondicionamento, utilizando máscara e propé.

Cuidados

Ter atenção no momento da conferência dos Materiais limpos recebidos;

Nunca se esquecer de envolver o material/artigo que será processado na autoclave no papel manta; Nunca se esquecer de usar as luvas de Kevlar quando for retirar os Materiais esterilizados;

Nunca se esquecer de identificar o material/artigo conforme a rotina utilizada;

Nunca se esquecer de utilizar os EPI's corretos quando for encaminhar os Materiais estéreis para a sala de acondicionamento.

Ações em caso de não conformidade

Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;

Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;

Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferência, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

O RECEPTÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL LAVADO EM SOLUÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.4
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão
RECEPTÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL LAVADO EM SOLUÇÃO		Revisão
		No: Data:

<p>Executante</p> <p>Técnico de enfermagem.</p>
<p>Resultados esperados</p> <p>Assegurar que o material processado em solução seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.</p>
<p>Recursos Necessários</p> <p>Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, máscara com filtro químico, óculos, avental, protetor auricular), compressa estéril, ar comprimido, livro de protocolo e caneta.</p>
<p>Atividades</p> <p>Receber os materiais limpos;</p> <p>Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais recebidos; Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;</p> <p>Imergir o material/artigo em solução própria para esterilização, respeitando o tempo necessário de exposição dos mesmos;</p> <p>Utilizar pinça mestra quando imergir os Materiais dentro da solução; Retirar o material/artigo de forma asséptica;</p> <p>Secar o material com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular); Acondicionar o material/artigo em invólucro apropriado;</p> <p>Devolver o material/artigo processado ao setor de origem, mediante protocolo.</p>
<p>Cuidados</p> <p>Ter atenção no momento da conferência dos Materiais limpos recebidos;</p> <p>Nunca se esquecer de usar a pinça mestra quando for imergir os Materiais dentro da solução; Respeitar o tempo necessário para a exposição dos materiais/artigo dentro da solução; Nunca se esquecer de utilizar o papel invólucro correto quando o material/artigo estiver seco.</p>
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;</p> <p>Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferência, registrar no livro de ocorrência</p>

<p>da CME e comunicar a enfermeira da unidade;</p> <p>Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.</p>		
<p>Responsável pela elaboração:</p>		
<p>Responsável pela aprovação:</p>	<p>Aprovação</p>	
	<p>Assinatura do representante</p>	<p>Data:</p>

O RECEPÇÃO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS NA SALA DE ACONDICIONAMENTO

<p>UNIDADE DE SAÚDE</p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p>Central de Materiais e Esterilização</p>	<p>POP.5</p>	
		<p>Emissão</p>	
<p>RECEPÇÃO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS NA SALA DE ACONDICIONAMENTO</p>		<p>Revisão</p>	
		<p>No:</p>	<p>Data:</p>
<p>Executante</p> <p>Técnico de enfermagem.</p>			
<p>Resultados esperados</p> <p>Assegurar que o material/artigo processado/esterilizado está acondicionado dentro das normas e exigências sanitárias.</p>			
<p>Recursos Necessários</p> <p>EPI's (propé, máscara e gorro), livro de protocolo, livro de ocorrência.</p>			
<p>Atividades</p> <p>Colocar EPI's para receber os Materiais esterilizados;</p> <p>Disponer os Materiais conforme as normas e exigências sanitárias; Manipular os Materiais esterilizados, o mínimo possível;</p> <p>Controlar e registrar a temperatura da sala de acondicionamento de materiais esterilizados;</p>			
<p>Cuidados</p>			

<p>Nunca colocar os Materiais uns sobre os outros;Atenção com os Materiais perfurocortantes; Não perfurar o invólucro dos materiais (grau – cirúrgico);</p>		
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Invólucros não íntegros, devolver para a área de processamento; Atenção à temperatura ambiente. Se necessário comunicar a enfermeira chefe da CME para que a mesma tome providências; Se no manuseio de material perfurocortante, o profissional se machucar, comunicar a chefia da CME; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços.</p>		
<p>Responsável pela elaboração:</p>		
<p>Responsável pela aprovação:</p>	<p>Aprovação</p>	
	<p>Assinatura do representante</p>	<p>Data:</p>

O RECEBIMENTO DE MATERIAL/ARTIGO MÉDICO-HOSPITALAR

<p>UNIDADE DE SAÚDE</p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização</p>	<p>POP.6</p>	
		<p>Emissão</p>	
<p>RECEBIMENTO DE MATERIAL/ARTIGO MÉDICO-HOSPITALAR</p>		<p>Revisão</p>	
		<p>No:</p>	<p>Data:</p>
<p>Executante</p> <p>Técnico de enfermagem.</p>			
<p>Resultados esperados</p> <p>Assegurar que as condições do material hospitalar sejam adequadas no recebimento.</p>			
<p>Recursos Necessários</p> <p>Água, sabão, papel toalha, EPI's, ficha de conferência de material.</p>			
<p>Atividades</p>			

<p>Higienizar as mãos;</p> <p>Colocar EPI's (luvas de procedimento e avental);Receber os</p> <p>Materiais médico-hospitalares;</p> <p>Conferir os Materiais quanto à integridade, quantidade e funcionalidade dos mesmos;Registrar em protocolo de recebimento dos Materiais, após conferência;</p> <p>Registrar em impresso própria a ausência de algum material/artigo;</p> <p>Solicitar a assinatura do responsável pela entrega dos Materiais.</p>		
<p>Cuidados</p> <p>Não receber os Materiais sem estar usando os EPI's corretamente;Ter atenção no momento da conferência dos Materiais recebidos;</p> <p>Não se esquecer de registrar a ausência de algum material/artigo.</p>		
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;</p> <p>Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;</p> <p>Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.</p>		
<p>Responsável pela elaboração:</p>		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

O LIMPEZA DE MOTORES E SERRAS

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.7	
		Emissão	
LIMPEZA DE MOTORES E SERRAS	Revisão		
	No:	Data:	
Executante			

Técnico de enfermagem.	
Resultados esperados	
Assegurar que os motores e serras serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.	
Recursos Necessários	
Água, sabão, papel toalha, detergente enzimático, EPI's	
Atividades	
<p>Higienizar as mãos com água e sabão e secá-las com papel toalha; Colocar os EPI's;</p> <p>Desconectar cada acessório:</p> <p>Motor,</p> <p>Peça de mão,</p> <p>Protetor de boca,</p> <p>Broca,</p> <p>Serra e</p> <p>Lâmina;</p> <p>Imergir os acessórios em um recipiente com detergente enzimático, exceto a peça do motor;</p> <p>Verificar a qualidade da limpeza.</p>	
Cuidados	
<p>Não iniciar a limpeza dos acessórios sem estar utilizando os EPI's;</p> <p>Não se esquecer de desconectar os acessórios; Nunca</p> <p>imergir o motor no detergente enzimático;</p>	
Ações em caso de não conformidade	
<p>Na falta de algum EPI não prosseguir com o procedimento até à reposição;</p> <p>Se perceber alguma avaria nos acessórios, comunicar a enfermeira chefe da CME;</p>	
Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:
--	-----------------------------	-------

O LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS PNEUMÁTICOS

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.8	
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS PNEUMÁTICOS		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados			
Assegurar que os equipamentos pneumáticos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários			
Água, sabão, papel toalha, EPI's, compressa limpa, lubrificante mineral, tecido claro e escovas.			
Atividades			
<p>Higienizar as mãos com água e sabão e secar com papel toalha; Colocar os EPI's;</p> <p>Conectar o chicote na peça de mão do aparelho;</p> <p>Enxaguar com água corrente, removendo o excesso de sujeira, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo;</p> <p>Lavar todos os acessórios, tais como, lâminas, brocas e chicotes manualmente, utilizando escovas próprias para essa finalidade;</p> <p>Enxaguar abundantemente os acessórios em água corrente, evitando a entrada de água no chicote; Secar os acessórios com compressa limpa;</p> <p>Verificar se os acessórios estão totalmente limpos;</p> <p>Organizar os acessórios e encaminhá-los para a sala de preparo;</p> <p>Submeter os acessórios a um método de limpeza que seja eficaz e conserve os mesmos;</p>			

Separar os instrumentos cirúrgicos, sempre que possível; Abrir as pinças

e desconectar os componentes desmontáveis;

Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;

Enxaguar abundantemente o material;

Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;

Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Cuidados

Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos pneumáticos sem estar usando os EPI's corretamente; Atenção quando for enxaguar o aparelho, deixando sempre a ponta do mesmo para baixo; Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;

Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;

A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;

A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;

Somente colocar na lavadora ultrassônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;

Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;

Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;

Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos, comunicar a enfermeira da CME;

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: A

Aprovação

Assinatura do representante

Data:

O LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.9	
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS	Revisão		
	No:	Data:	
Executante	Técnico de enfermagem.		
Resultados esperados	Assegurar que os equipamentos elétricos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.		
Recursos Necessários	Água, sabão, papel toalha, EPI's, tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.		
Atividades	Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha; Colocar os EPI's; Iniciar o processo de limpeza utilizando um tecido macio limpo, embebido com detergente enzimático para retirar a sujidade;		

Usar um tecido limpo úmido até que retire todo o detergente do aparelho;

Conferir a limpeza realizada, verificando a existência de resíduo de sujidade e a presença de danos no aparelho;

Encaminhar equipamento para a área de preparo;

Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;

Enxaguar abundantemente o material/artigo;

Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;

Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor. Inspeccionar a qualidade da limpeza;

Cuidados

Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos elétricos sem estar usando os EPI's corretamente; Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;

Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos à ação da lavadora;

A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;

A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;

Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;

Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;

Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;

Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos, comunicar a enfermeira da CME;

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante

Data:

LIMPEZA DE MATERIAIS ESPECÍFICOS

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.10	
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
		Revisão	
LIMPEZA DE MATERIAIS ESPECÍFICOS		No:	Data:
Executante			
Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados			
Assegurar que os Materiais serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			

Recursos Necessários

Água, sabão, papel toalha, EPI's, tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.



Atividades

Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha; Colocar os EPI's;

Lavar peça por peça, fazendo fricção, utilizando escova apropriada no corpo, nas articulações e na cremalheira da pinça, seguindo a direção das ranhuras;

Lavar manualmente os instrumentos cirúrgicos delicados;

Submeter os Materiais a um método de limpeza que seja eficaz e conserve o material; Separar os materiais cirúrgicos, sempre que possível;

Abrir as pinças e desconectar componentes desmontáveis;

Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;

Enxaguar abundantemente o material;

Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;

Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor; Inspeccionar a qualidade da limpeza;

Validar o processo de limpeza dos equipamentos.

Cuidados

Nunca iniciar a limpeza Materiais sem estar usando os EPI's corretamente;

Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;

Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;

A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;

A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;

Somente colocar na lavadora ultrassônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;

Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;

Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;

Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME;

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite manutenção;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante

Data:

O LIMPEZA DE MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP.11

UNIDADE DE SAÚDE	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
LIMPEZA DE MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA		Revisão	
		No:	Data:
<p>Executante</p> <p>Técnico de enfermagem.</p>			
<p>Resultados esperados</p> <p>Assegurar que os materiais de assistência respiratória serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.</p>			
<p>Recursos Necessários</p> <p>Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental impermeável, abafador de ruídos e óculos), compressa estéril, ar comprimido, solução enzimática e recipiente para a solução.</p>			
<p>Atividades</p> <p>Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha; Colocar os EPI's;</p> <p>Desconectar as válvulas, diafragmas, pequenos copos de reservatório;</p> <p>Imergir totalmente o artigo em um recipiente contendo solução enzimática a fim de evitar perdas;</p> <p>Imergir totalmente os artigos (traqueias, ambús, máscaras) em um recipiente contendo solução enzimática;</p> <p>Lavar os artigos; Enxaguar bem os artigos;</p> <p>Secar os artigos com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular), antes de proceder à desinfecção ou esterilização dos mesmos;</p> <p>Inspecionar a qualidade da limpeza realizada;</p> <p>Encaminhar para o processo de esterilização ou desinfecção, conforme o tipo de artigo.</p>			
<p>Cuidados</p> <p>Nunca iniciar a limpeza de materiais sem estar usando os EPI's corretamente; Atenção ao desconectar os artigos para que não haja perdas;</p> <p>Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos</p>			

mesmos;	
Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.	
Ações em caso de não conformidade	
Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;	
Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum artigo, comunicar a enfermeira da CME;	
Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.	
Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação
	Assinatura representante do Data:

LIMPEZA DOS ARTIGOS TUBULARES

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.12	
		Emissão	
LIMPEZA DOS ARTIGOS TUBULARES		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados			
Assegurar que os artigos tubulares serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários			
Água, sabão, papel toalha, EPI's, seringa, recipiente para solução enzimática, ar comprimido, hipoclorito de sódio a 1%, solução enzimática ou lavadora ultrassônica.			
Atividades			
Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;			

Colocar os EPI's;

Lavar os artigos tubulares o mais rápido possível para assegurar uma limpeza eficiente; Aspirar água abundantemente para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo; Submergir as tubulações, garantido que o ar possa sair do lúmen;

Observar a entrada de água por todo o lúmen ou forçar a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa; Imergir os artigos em recipiente contendo solução enzimática ou na lavadora ultrassônica;

Secar com ar comprimido (usar o protetor auricular);

Encaminhar os artigos para o processo de esterilização por óxido de etileno ou autoclave à vapor; Realizar a desinfecção química com hipoclorito de sódio a 1%, obedecendo à técnica estabelecida.

Cuidados

Nunca iniciar a limpeza Materiais sem estar usando os EPI's corretamente;

Nunca esquecer da aspirar com água abundante para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;

Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos; Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.

Ações em caso de não conformidade

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender procedimento;

Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material, comunicar a enfermeira da CME;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

O UTILIZAÇÃO DO PROTETOR AURICULAR

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.13
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão
		Revisão

UTILIZAÇÃO DO PROTETOR AURICULAR		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o protetor auricular será higienizado e usado corretamente.			
Recursos Necessários Água, sabão, compressa limpa, álcool a 70%, saco plástico.			
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Higienizar o protetor auricular com uma compressa limpa, embebida em álcool a 70% no início da jornada de trabalho; Manter o protetor auricular em local visível, próximo à saída do ar comprimido; Guardar o protetor auricular dentro de um saco plástico, após a jornada de trabalho.			
Cuidados Higienizar as mãos antes usar o protetor auricular; Higienizar o protetor auricular no início da jornada de trabalho; Usar sempre o protetor auricular quando utilizar ar comprimido medicinal ou equipamentos ruidosos; Manter o protetor auricular próximo da saída de ar comprimido. Guardar em um saco plástico o protetor auricular, após a jornada de trabalho.			
Ações em caso de não conformidade Nos casos de perdas ou danos ao protetor auricular, comunicar imediatamente a enfermeira da CME;			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura representante	do Data:

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.14	
		Emissão	
SECAGEM DE ARTIGOS / MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados			
Assegurar que os materiais médico-hospitalares sejam secos com a técnica correta, permitindo o aumento de vida útil dos artigos/materiais, sobretudo, àqueles que possuem articulações, ranhuras e cremalheiras.			
Recursos Necessários			
Água, sabão, compressa limpa, protetor auricular, pistola de ar comprimido.			
Atividades			
Higienizar as mãos com água e sabão; Enxugar as mãos com uma compressa limpa; Colocar o protetor auricular;			
Inspeccionar os materiais/artigos quanto à limpeza realizada, integridade e funcionalidade dos mesmos;			
Realizar a secagem dos materiais/artigos com a pistola de ar comprimido; Encaminhar os materiais/artigos para a área de preparo.			

<p>Cuidados</p> <p>Sempre higienizar as mãos antes de iniciar a secagem dos materiais / artigos médico- hospitalares;</p> <p>Ter bastante atenção quando for inspecionar a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/ artigos médico-hospitalares;</p> <p>Usar o protetor auricular quando for utilizar o ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.</p>		
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Se o protetor auricular apresentar avaria, comunicar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição do mesmo;</p> <p>Se a pistola de ar comprimido apresentar defeitos, informar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie o conserto desta;</p> <p>Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.</p>		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

LUBRIFICAÇÃO DE MÃTERIÁIS / ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES

UNIDADE DE SAÚDE	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p>Central de Materiais e Esterilização</p>	POP.15
		Emissão
LUBRIFICAÇÃO DE MATERIAIS /ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES		Revisão
		No: Data:

Executante Técnico de enfermagem.
Resultados esperados Assegurar que os materiais / artigos médico-hospitalares sejam lubrificados da forma correta, permitindo o aumento de vida útil destes.
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, EPI's, lubrificante, recipiente limpo, compressa limpa e papel invólucro apropriado.
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão e, secá-las com papel toalha; Colocar os EPI's; Diluir o lubrificante conforme indicação do fabricante e colocá-lo dentro do recipientelimp; Imergir os materiais / artigos abertos dentro da solução deixando-os permanecer durante o tempo indicado pelo fabricante; Retirar os materiais / artigos e colocá-los sobre uma compressa limpa; Esperar que os materiais / artigos sequem; Acondicionar os materiais / artigos em papel apropriado.
Cuidados Atenção ao diluir o lubrificante para que seja feito, conforme indicações do fabricante; Atenção ao imergir com os Materiais na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante; Somente envolver os Materiais em papel apropriado, após a secagem total dos mesmos.
Ações em caso de não conformidade Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a lubrificação do Material, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Se faltar algum produto necessário para a execução da tarefa de lubrificar os Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie;

Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:

Aprovação

Assinatura do representante

Data:

O UTILIZAÇÃO DE AR COMPRIMIDO

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP. 16	
		Emissão	
UTILIZAÇÃO DE AR COMPRIMIDO	Revisão		
	No:	Data:	
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o ar comprimido medicinal será utilizado dentro dos padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, compressa limpa, EPI's, malhar tubular estéril e pistola.			
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa; Colocar os EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular); Colocar a malha tubular estéril na pistola de ar comprimido;			

<p>Pressionar a pistola e iniciar o processo de secagem dos Materiais;</p> <p>Retirar a malha tubular da pistola após o término da secagem.</p>	
<p>Cuidados</p> <p>Somente iniciar o processo de secagem após higienizar as mãos, colocar os EPI'S e colocar a malha tubular na pistola de ar comprimido.</p>	
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a secagem do Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;</p> <p>Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;</p> <p>Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME;</p>	
<p>Responsável pela elaboração:</p>	
<p>Responsável pela aprovação:</p>	<p>Aprovação</p>
	<p>Assinatura representante do Data:</p>

DESINFECÇÃO DE MATERIAIS

<p>UNIDADE DE SAÚDE</p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p>Central de Materiais e Esterilização</p>	<p>POP.17</p>	
		<p>Emissão</p>	
<p>DESINFECÇÃO DE MATERIAIS</p>		<p>Revisão</p>	
		<p>No:</p>	<p>Data:</p>
<p>Executante</p>			

Técnico de enfermagem.
Resultados esperados Assegurar que os Materiais serão desinfetados, conforme padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, protetor auricular, gorro, máscara, avental impermeável e óculos de proteção), recipiente de plástico rígido ou vidro com tampa, compressa limpa, cuba metálica, solução desinfetante, água estéril, papel manta, pistola de ar comprimido e álcool a 70%.
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Colocar os EPI's necessários (luvas de borracha, gorro, máscara, óculos de proteção e avental impermeável) antes de iniciar o processo de desinfecção dos Materiais; Colocar na tampa do recipiente (vidro ou plástico rígido) a identificação do processo realizado (nome da solução desinfetante, data da manipulação, validade e responsável); Lavar os Materiais e secá-los antes de submergi-los na solução desinfetante; Colocar a solução desinfetante em quantidade suficiente no recipiente apropriado e identificado; Imergir os Materiais dentro da solução desinfetante, de forma que fiquem envolvidos completamente; Preencher com solução desinfetante os Materiais que contenham áreas ocas; Deixar os Materiais imersos em solução desinfetante, conforme as instruções do fabricante (utilizar um timer); Enxaguar abundantemente com água estéril os Materiais que foram submetidos à solução desinfetante química; Colocar os Materiais desinfetados sobre compressas limpas, cuidando para que não haja recontaminação dos mesmos; Colocar protetor auricular e iniciar o processo de secagem com a pistola de ar comprimido medicinal; Proceder à secagem rigorosa dos Materiais antes de guardar, evitando surgimento e/ou crescimento de fungos;

Fazer a revisão de todo o material/artigo desinfetado e seco; Acondicionar os Materiais em recipientes e/ou invólucros apropriados; Lavar o recipiente da solução e desinfetá-lo com álcool a 70%;
Guardar o recipiente em local apropriado.

Cuidados

Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa; Colocar os EPI's antes da realização de processo (desinfecção e secagem);
Colocar os Materiais dentro de cuba metálica, sobre compressa limpa, se for necessário, evitando o

desgaste dos mesmos;

Preencher com solução desinfetante os Materiais que contenham áreas ocas; Adotar métodos de validação e monitoração dos processos de desinfecção; Controlar a qualidade dos processos de desinfecção;

Atenção ao imergir com os Materiais na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante;

Somente envolver os Materiais em papel e/ou recipiente apropriado, após a secagem total dos mesmos;

Desinfetar o recipiente da solução após lavagem, com álcool a 70%;

Realizar a limpeza do recipiente onde fica a solução desinfetante, desprezando a solução após o término do processo se verificar que a mesma contém sujidade, alteração na saturação ou de acordo com a recomendação do fabricante.

Ações em caso de não conformidade

Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a desinfecção dos Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;

Se faltar algum produto para a execução correta das tarefas, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição;

Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;

Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante Data:

UTILIZAÇÃO E LIMPEZA DA MÁSCARA FACIAL

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.18	
		Emissão	
UTILIZAÇÃO E LIMPEZA DA MÁSCARA FACIAL	Revisão		
	No:	Data:	
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que a máscara facial será usada corretamente e que a sua limpeza será feita conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, compressa limpa.			
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão, antes de utilizar a máscara; Adaptar a máscara à face de forma que não haja vazamento; Limpar a máscara com uma compressa limpa e úmida após o uso da mesma, no final de cada procedimento; Guardar a máscara após uso e limpeza em armário fechado, próximo a área de manipulação.			

Cuidados

IBGQ

The logo for IBGQ features the letters 'I', 'B', and 'G' in a bold, blue, sans-serif font. The letter 'Q' is replaced by a stylized globe with a blue and green color scheme, showing continents and oceans. The globe is positioned to the right of the 'G' and is slightly larger than the other letters.

<p>Usar a máscara sempre que manusear soluções voláteis; Usar a máscara sempre que manipular glutaraldeído a 2%;</p> <p>Realizar a troca do filtro da máscara conforme orientações do fabricante;</p> <p>Manter a máscara em armário fechado, próximo à área de manipulação.</p>		
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Solicitar a enfermeira da CME que providencie nova máscara e/ou a troca do filtro da mesma se perceber que a mesma está apresentando vazamentos, mesmo quando bem ajustada à face;</p>		
<p>Responsável pela elaboração:</p>		
<p>Responsável pela aprovação:</p>		<p>Aprovação</p>
		<p>Assinatura do representante Data:</p>

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO ANALISADOR DE O₂ (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.19	
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO ANALISADOR DE O₂ (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)		Revisão	
		No:	Data:
<p>Executante</p> <p>Técnico de enfermagem.</p>			
<p>Resultados esperados</p> <p>Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.</p>			
<p>Recursos Necessários</p> <p>Água, sabão, luvas de procedimento, álcool a 70%.</p>			
<p>Atividades</p> <p>Higienizar a mãos com água e sabão;</p> <p>Colocar as luvas para iniciar o processo de limpeza do analisador de O₂; Limpar o analisador de O₂;</p>			

Desinfetar o analisador de O2 com álcool a 70%;
 Realizar a operação por três vezes seguidas;
 Deixar secar naturalmente e guardar.

Cuidados

Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2;
 Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2.

Ações em caso de não conformidade

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:

Aprovação

Assinatura do representante

Data:

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CABO DE LARINGOSCÓPIO (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.20	
		Emissão	
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CABO DE LARINGOSCÓPIO (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.		
Recursos Necessários		
Água, sabão, luvas de procedimento, compressa limpa, solução detergente enzimática, álcool a 70%.		
Atividades		
<p>Higienizar as mãos com água e sabão;</p> <p>Colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza do cabo de laringoscópio; Limpar o cabo com uma compressa limpa embebida em solução detergente enzimática; Remover a solução detergente enzimática com uma compressa limpa úmida;</p> <p>Deixar o cabo secar e proceder a desinfecção com álcool a 70%;</p>		
Cuidados		
<p>Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio;</p> <p>Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio.</p>		
Ações em caso de não conformidade		
Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

LIMPEZA DA LÂMINA DO LARINGOSCÓPIO (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)

UNIDADE DE SAÚDE	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
LIMPEZA DA LÂMINA DO LARINGOSCÓPIO (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)		Revisão	
		No:	Data:
<p>Executante</p> <p>Técnico de enfermagem.</p>			
<p>Resultados esperados</p> <p>Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.</p>			
<p>Recursos Necessários</p> <p>Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, solução detergente enzimática, glutaraldeído a 2% e/ou álcool a 70%.</p>			
<p>Atividades</p> <p>Higienizar as mãos com água e sabão;</p> <p>Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da lâmina do laringoscópio;</p> <p>Desconectar a lâmpada e limpá-la;</p> <p>Lavar a lâmina em água corrente e detergente enzimático;</p> <p>Imergir a lâmina em solução de glutaraldeído a 2% por 30 minutos; Deixar secar e guarda em local apropriado.</p>			
<p>Cuidados</p> <p>Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;</p>			

Não se esquecer de desconectar a lâmpada do laringoscópio antes de iniciar a limpeza e desinfecção da lâmina do mesmo;

Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da lâmina do laringoscópio.

Ações em caso de não conformidade

Na falta de solução de glutaraldeído a 2% realizar a desinfecção da lâmina com uma compressa limpa embebida em álcool a 70%, repetindo a operação por 3 vezes seguidas;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:

Aprovação

Assinatura do representante

Data:

LIMPEZA DA MÁSCARA (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.22
		Emissão
LIMPEZA DA MÁSCARA (ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA)		Revisão
		No: Data:
Executante Técnico de enfermagem.		
Resultados esperados Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.		
Recursos Necessários Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.		

Atividades		
<p>Higienizar as mãos com água e sabão;</p> <p>Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da máscara de assistência respiratória;</p> <p>Lavar a máscara em água corrente;</p> <p>Envolver a máscara em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora;Deixar secar e guarda em local apropriado.</p>		
Cuidados		
<p>Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da máscara de assistência respiratória;</p> <p>Na desinfecção da máscara com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar a mesma na solução por uma hora e sem enxágüe.</p>		
Ações em caso de não conformidade		
<p>Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção da máscara, colocar a mesma numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar;</p>		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚS, NEBULIZADORES, CÂNULAS DE GUEDEL E INLADORES

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.23	
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚS, NEBULIZADORES, CÂNULAS DE GUEDEL E INLADORES	Revisão		
	No:	Data:	
Executante			

Técnico de enfermagem.		
Resultados esperados		
Assegurar que os materiais sejam limpos e desinfetados conforme os padrões sanitários exigidos.		
Recursos Necessários		
Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.		
Atividades		
<p>Higienizar as mãos com água e sabão;</p> <p>Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza dos materiais; Lavar os materiais em água corrente;</p> <p>Envolver os materiais em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora;</p> <p>Deixar secar e guarda em local apropriado.</p>		
Cuidados		
<p>Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção dos materiais;</p> <p>Na desinfecção dos materiais com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar os mesmos em solução por uma hora e sem enxágüe.</p>		
Ações em caso de não conformidade		
Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção dos materiais, colocar os mesmos numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar;		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.24	
		Emissão	
EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os Materiais sejam empacotados conforme os padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, embalagem, caixas/pacotes (25x20x20), embalagem dupla, etiquetas, fita adesiva, papel grau cirúrgico.			
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Verificar se as condições de higienização, integridade e funcionalidade dos Materiais antes de empacotá-los; Selecionar a embalagem adequada ao material/artigo e conforme o tipo processo de esterilização que o mesmo será submetido; Observar o peso máximo que as caixas/pacotes devem ter (até 5 kg) e tamanho (25x20x20cm); Observar se a embalagem dupla (quando for o caso de usá-la) não está apresentando dobras internas e se a mesma se ajusta perfeitamente à parte externa; Identificar, através de etiqueta, a embalagem com as seguintes informações: descrição do			

conteúdo interno, método de esterilização, controle do lote, data da esterilização, data da validade e responsável técnico;

Colocar a etiqueta de identificação no papel de grau cirúrgico na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem;

Inspeccionar a integridade da selagem da embalagem;

Remover o ar interno da embalagem de papel grau cirúrgico, antes de colocá-la na câmara de esterilização.

Cuidados

Atenção para que o peso máximo da caixa/pacote não exceda a 5 Kg e tamanho de 25x20x20;

Atenção as dobraduras da embalagem para que não apresentem dobras internas, ficando perfeitamente ajustada à parte externa da mesma;

Atenção na identificação da embalagem, colocando todas as informações necessárias;

Jamais escrever sobre a embalagem e sim sobre fita ou em etiqueta, utilizando canetas apropriadas para essa tarefa;

Observar a existência de ar no interior da embalagem, pois no processo de esterilização a expansão do ar interno pode provocar a abertura do pacote;

Observar a integridade selagem antes de colocá-la na câmara de esterilização; Adaptar técnicas de empacotamento de Materiais.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.25	
		Emissão	
USO DE FITA ADESIVA INDICADORA		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Garantir que o material/artigo foi submetido corretamente ao processo de esterilização.			
Recursos Necessários Água, sabão, fita adesiva indicadora.			
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Colocar no pacote/embalagem do material/artigo que será esterilizada a fita adesiva indicadora, respeitando o tamanho de 5 cm; Observar, após o processo de esterilização, se a fita indicadora apresentou alguma alteração na sua coloração.			
Cuidados Atentar para o tamanho da fita adesiva indicadora, que deverá ser no mínimo de 5 cm (3 listras);			

Atentar para a coloração da fita indicadora, verificando se a mesma alterou a cor, após o processo de esterilização.

Ações em caso de não conformidade

Se a fita adesiva indicadora apresentar alguma alteração na sua coloração, realizar novamente todo o processo de esterilização do pacote/embalagem contendo o artigo/material;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

O ESTERILIZAÇÃO DE PRÓTESES

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.26	
		Emissão	
ESTERILIZAÇÃO DE PRÓTESES	Revisão	No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que as próteses sejam esterilizadas conforme os padrões sanitários exigidos.			

Recursos Necessários

Água, sabão, teste bacteriológico.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Realizar teste bacteriológico e aguardar o resultado;

Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave; Esterilizar a prótese;

Repetir o teste bacteriológico da autoclave;

Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave; Liberar a autoclave para outras esterilizações.

Cuidados

Não realizar esterilização da prótese antes de fazer o teste bacteriológico da autoclave; Atentar para esterilizar somente a prótese, sem qualquer outro artigo e/ou material;

Repetir teste bacteriológico após a esterilização da prótese para então, liberar a autoclave para novas esterilizações.

Ações em caso de não conformidade

Se o resultado do teste bacteriológico não estiver dentro dos padrões exigidos, informar a enfermeira da CME para que ela tome as providências para calibração da autoclave;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:

Aprovação

Assinatura do representante

Data:

O MONTAGEM DA CARGA DA AUTOCLAVE

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.27	
		Emissão	
MONTAGEM DA CARGA DA AUTOCLAVE		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que a carga de materiais / artigos a serem esterilizados na autoclave está dentro dos padrões sanitários exigidos, assim como as orientações do fabricante da mesma.			
Recursos Necessários Água, sabão, autoclave.			
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Selecionar os materiais / artigos médico-hospitalares a serem esterilizados; Colocar os instrumentais metálicos (pinças e tesouras) abertos e destravados dentro das caixas metálicas (que devem ter superfícies perfuradas para facilitar a penetração do vapor e saída do condensado); Verificar se a válvula está fechada; Verificar a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg; Verificar se a pressão de ar comprimido está entre 3 e 4 Kg;			

Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;

Colocar os materiais / artigos médico-hospitalares dentro da autoclave;Ligar a chave geral;

Selecionar o ciclo de esterilização conforme o material / artigo:

Apertar tecla 1 para ciclos a 134°C (materiais / artigos de densidade, instrumental e utensílios de inox e/ou resistentes à temperatura);

Apertar tecla 2 para ciclos a 121°C (materiais / artigos termolábeis e borrachas);Apertar tecla 3 para esterilização de líquidos em frascos abertos a 121°C;

Fechar a porta da autoclave, segurando levemente a porta;Apertar o botão verde para iniciar o ciclo de esterilização;

Acionar o botão partida/parada para iniciar o processo de esterilização.

Cuidados

Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;

Ao selecionar os Materiais para esterilização na autoclave, evitar a utilização de cargas mistas (embalagens com utensílios e instrumentais com pacotes de material têxtil);

Utilizar somente 80% da capacidade da autoclave para facilitar a circulação do vapor;

Atentar para a esterilização de instrumentais metálicos (pinças e tesouras) mantendo-os abertos e destravados dentro de caixas metálicas com tampas de superfície perfurada (ideal 50% da superfície com furos e de pequenas dimensões);

Verificar se a válvula está fechada e a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg, antes de ligar a autoclave;

Verificar se a pressão de ar comprimido se encontra entre 3 e 4 Kg;Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;

Dispor os lap's verticalmente dentro da autoclave para facilitar a penetração do vapor;

Dispor as bacias e tampas metálicas na posição vertical com a abertura voltada para baixo, evitando a retenção de condensação;

Não colocar os Materiais uns sobre os outros, pois dificulta a penetração do vapor e retirada da umidade no final do ciclo de esterilização;

Atentar para que os artigos/materiais fiquem encostados às laterais e fundo da câmara da autoclave;

Ações em caso de não conformidade

Se a autoclave apresentar problemas em qualquer um dos processos antes de iniciar a esterilização dos Materiais, informar a enfermeira da CME tome as providências cabíveis;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante Data:

O DESMONTAGEM DA CARGA ESTERILIZADA DA AUTOCLAVE

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.28	
		Emissão	
DESMONTAGEM DA CARGA ESTERILIZADA DA AUTOCLAVE		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Garantir a segurança do funcionário que irá retirar os Materiais esterilizados na autoclave, evitando acidentes de trabalho e danos ao aparelho.			

Recursos Necessários

Água, sabão, EPI's (luva Kevlar de cano longo), carro de transporte de material esterilizado.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Colocar as luvas antes de iniciar a retirada do material esterilizado de dentro da câmara da autoclave;

Acionar o botão do painel para abrir a porta;

Retirar a carga da autoclave após a completa normalização da pressão interna da câmara; Colocar a carga esterilizada dentro do carro de transporte;

Encaminhar o material/artigo esterilizado para a área de estocagem.

Cuidados

Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;

Somente iniciar o processo de retirada dos Materiais esterilizados utilizando o EPI (luva de Kevlar de cano longo);

Observar o alarme acústico contínuo que a autoclave emite ao término do ciclo de esterilização;

Observar a lâmpada acesa no painel externo do aparelho que é indicadora do final ciclo de esterilização;

Aguardar a completa normalização da pressão interna da câmara da autoclave, quando ocorrerá a abertura da porta.

Ações em caso de não conformidade

Todo e qualquer problema detectado antes e durante o processo de esterilização relativo à autoclave, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto do aparelho;

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	Data:

O ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.29	
		Emissão	
ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os Materiais esterilizados sejam armazenados e distribuídos, conforme os padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, luvas de procedimento.			
Atividades			

Higienizar as mãos com água e sabão;

Verificar se os Materiais esterilizados apresentam alguma alteração (rasgados, furados, comprimidos, torcidos ou úmidos);

Estocar os Materiais estéreis;

Verificar prazo de validade dos Materiais esterilizados, antes da distribuição dos mesmos;

Distribuir os Materiais esterilizados obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização;

Controlar o registro de distribuição de Materiais esterilizados;

Limpar diariamente os carros e/ou caixas de transporte dos Materiais esterilizados.

Cuidados

Somente manusear as embalagens/pacotes esterilizados quando estes estiverem frios;

Estocar os Materiais esterilizados em área de acesso restrito, separados de artigos não estéreis, em ambiente ventilado e com controle da temperatura ambiente (entre 18°C e 22°C) e umidade relativa (entre 30 – 60%);

Proteger os Materiais esterilizados de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte dos mesmos;

Considerar como contaminados todas as embalagens/pacotes que caírem no chão ou que apresentem rasgos, furos, comprimidos, torcidos ou úmidos, após a esterilização;

Estocar os Materiais estéreis a uma distância de 20-25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes;

Estocar os Materiais de modo a não comprimir, torcer ou perfurar para não comprometer a esterilização dos mesmos;

Realizar inventário periódico dos Materiais estocados;

Guardar e distribuir os Materiais do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes esterilizados;

Estocar os Materiais em uma área que tenha segurança patrimonial contra extravios;

Realizar inspeção periódica dos Materiais estocados, observando se apresentam alguma degradação visível;

Verificar sempre o prazo de validade dos Materiais estocados;

<p>Estabelecer condições ideais de empacotamento;</p> <p>Nunca utilizar Materiais que apresentem as seguintes alterações: papel grau cirúrgico amassado, invólucros com umidade e/ou manchas, invólucros (não tecido) com desprendimento de partículas suspeita de abertura do invólucro e presença de sujidade, campos de tecidos que estejam cerzidos e com camada fina;</p> <p>Propiciar condições ideais de armazenamento para as embalagens/pacotes; Manter um controle de distribuição dos Materiais esterilizados;</p> <p>Limpar diariamente os carros/caixas de transporte de material/artigo esterilizados;</p>
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo de estocagem e controle de distribuição dos Materiais esterilizados, informar a enfermeira da CME;</p> <p>Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.</p>
<p>Responsável pela elaboração:</p>
<p>Responsável pela aprovação: Aprovação</p> <p>Assinatura do representante Data:</p>

O TRANSPORTE DE MATERIAL/ARTIGO ESTÉRIL

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.30	
		Emissão	
TRANSPORTE DE MATERIAL/ARTIGO ESTÉRIL		Revisão	
		No:	Data:

Executante Técnico de enfermagem.
Resultados esperados Assegurar que o material/artigo estéril seja transportado conforme os padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários Água, sabão, carro e/ou caixas de transporte, livro de protocolo e caneta.
Atividades Higienizar as mãos com água e sabão; Conferir os Materiais que estão sendo recebidos; Assinar o livro de protocolo, após conferência dos Materiais esterilizados; Acondicionar os Materiais estéreis nos carros e/ou caixas de transporte específicos; Receber as caixas de transporte devidamente limpas.
Cuidados Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos; Manusear os pacotes/embalagens esterilizados quando estes estiverem frios; Proteger os Materiais esterilizados de contaminação, danos físicos e perdas durante o transporte.
Ações em caso de não conformidade Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	Data:

UTILIZAÇÃO DA INCUBADORA ATTEST RÁPIDO

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.31	
		Emissão	
UTILIZAÇÃO DA INCUBADORA ATTEST RÁPIDO		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar, através de testes realizados na incubadora, que o aparelho de autoclave, realizar processos de esterilização, conforme os padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, indicadores biológicos, etiqueta, caneta, tubetes/ampolas, pacote-teste, ficha de controle de qualidade de esterilização.			

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Separar as ampolas dos indicadores biológicos que serão utilizados no controle;

Escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;

Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização; Ligar o aparelho 1 hora antes de iniciar o processo com o tubete;

Colocar o tubete no centro do pacote-teste com a tampa aberta dentro do pacote que será esterilizado;

Retirar o tubete do pacote-teste, após o término do processo de esterilização e esperar esfriar;

Tampar todos os tubetes, inclusive o não processado (será o parâmetro do teste); Quebrar todos os tubetes, inclusive o não processado;

Calibrar o aparelho ligado colocando o tubete processado na parte frontal do aparelho, apertando delicadamente e, ao mesmo tempo, pressionar o botão vermelho existente na parte traseira da incubadora. A luz irá parar de piscar e acenderá a luz vermelha (+) e depois a luz verde (-);

Colocar os tubetes processados e o não processado para incubar dentro de um dos 14 espaços existentes na incubadora, após a realização da calibração;

Realizar a leitura com todos os tubetes na parte frontal do aparelho, onde acenderá a luz vermelha (+) ou verde (-), após a 1.^a hora, 2.^a hora e 3.^a hora de incubação, que será o resultado oficial do teste;

Registrar em impresso próprio os parâmetros do ciclo de esterilização, colocando as etiquetas dos tubetes, próprias para este fim;

Desprezar os tubetes em recipiente de perfuro-cortante.

Cuidados

Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;

O teste deverá ser realizado o mais próximo da realidade;

Não se esquecer de escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;

Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;

Não se esquecer de ligar o aparelho com o tubete 1 hora antes de iniciar o processo teste; Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;

A leitura do processo teste só deverá ser feita após o cumprimento de todas as etapas necessárias;

Não se esquecer de registrar em impresso próprio o resultado do teste;

Realizar semanalmente o controle de qualidade da esterilização, após a manutenção preventiva/corretiva e esterilização de próteses.

Ações em caso de não conformidade

Percebendo que o resultado do controle de qualidade da esterilização está fora dos padrões exigidos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite providências para o conserto da autoclave;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação: Aprovação

Assinatura do representante Data:

	No:	Data:
<p>Executante</p> <p>Técnico de enfermagem.</p>		
<p>Resultados esperados</p> <p>Assegurar que a calibração da incubadora seja feita, conforme os padrões sanitários exigidos.</p>		
<p>Recursos Necessários</p> <p>Água, sabão, umidificador biológico e incubadora.</p>		
<p>Atividades</p> <p>Higienizar as mãos com água e sabão;</p> <p>Comprimir a tampa do frasco do umidificador biológico;</p> <p>Introduzir o frasco do umidificador biológico específico, pressionando-o contra a parede de forma a quebrar a ampola de vidro;</p> <p>Deixar o frasco no cruscher (orifício específico) por 1 minuto;</p> <p>Introduzir o frasco do umidificador biológico no orifício da leitura, pressionando-o para baixo;</p> <p>Esperar a luz verde ou amarela acender;</p> <p>Pressionar e soltar o botão de calibração localizado na parte posterior da incubadora.</p>		
<p>Cuidados</p> <p>Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;</p> <p>Não se esquecer de ligar o aparelho com 1 hora antes de realizar a calibração da incubadora;</p>		

<p>Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;</p> <p>Deixar o frasco no cruscher por 1 minuto;</p>			
<p>Ações em caso de não conformidade</p> <p>Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo calibração da incubadora, informar a enfermeira da CME;</p> <p>Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.</p>			
<p>Responsável pela elaboração:</p>			
<p>Responsável pela aprovação:</p>	<p>Aprovação</p>		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Assinatura representante</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">do</td> <td style="width: 30%;">Data:</td> </tr> </table>	Assinatura representante	do
Assinatura representante	do	Data:	

O UTILIZAÇÃO DA SELADORA

UNIDADE DE SAÚDE	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p>Central de Materiais e Esterilização</p>	POP.33	
			Emissão
UTILIZAÇÃO DA SELADORA		Revisão	
		No:	Data:
<p>Executante</p> <p>Técnico de enfermagem.</p>			
<p>Resultados esperados</p>			

Assegurar que o uso da seladora será feito da forma correta e conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, caneta apropriada, etiqueta, papel grau cirúrgico e seladora.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Ligar a seladora à tomada e logo após, ligar a chave geral do painel;

Observar se as luzes do painel já estão indicando que o equipamento já está pronto para ser utilizado;

Observar a integridade do papel grau cirúrgico;

Verificar a integridade da selagem observando a existência de rugas e áreas queimadas, regulando o equipamento conforme a necessidade;

Selar um dos lados da embalagem, antes de colocar os Materiais dentro dela;

Selar o outro lado da embalagem com uma margem de 3 cm da borda para permitir uma abertura asséptica;

Avaliar, após a selagem, a integridade da mesma nas laterais, topo e fundo da embalagem;

Identificar o material/artigo por meio manuscrito ou através de etiquetas, na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem.

Cuidados

Só iniciar o uso da seladora após a confirmação das luzes do painel do aparelho estiver indicando a utilização;

Observar a integridade do papel grau cirúrgico;

Estar atento a integridade da selagem (existência de rugas e/ou queimaduras); Observar a margem de segurança para realização da selagem (3 cm da borda);

Atentar para selar o papel grau cirúrgico de acordo com o tamanho e quantidade dos Materiais;

Acondicionar os Materiais com pontas perfurantes em embalagem dupla; Sempre avaliar a integridade da selagem da embalagem;

Nunca se esquecer de identificar (manuscrito ou etiqueta) as embalagens (parte inferior, na área da selagem).

Ações em caso de não conformidade

Se perceber que a selagem não está dentro dos padrões sanitários exigidos, repetir o processo até manter a embalagem íntegra;

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	Data:

O LIMPEZA DIÁRIA DA AUTOCLAVE

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.34	
		Emissão	
LIMPEZA DIÁRIA DA AUTOCLAVE		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			

Resultados esperados

Assegurar que a limpeza da autoclave seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, EPI's (luvas de borracha e óculos), pano limpo, solução específica para limpeza da autoclave, compressa limpa e sabão neutro.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força; Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor; Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;

Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido; Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;

Aguardar a câmara esfriar;

Colocar os EPI's (óculos e luvas de borracha);

Passar pano limpo embebido em solução específica para limpeza da autoclave, prestando atenção às áreas que apresentem sujidade ou corrosão, friccionando o local com mais intensidade;

Aguardar a ação do produto;

Retirar todo o excesso do produto com uma compressa limpa e úmida;

Limpar externamente as paredes da autoclave com sabão neutro, sempre no sentido do fundo para frente.

Cuidados

A limpeza da autoclave deverá ser realizada ao término da jornada de trabalho; Antes de iniciar a limpeza da autoclave atentar para:

Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;

Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor; Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;
 Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido; Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;
 Aguardar a câmara esfriar;
 Friccionar com intensidade os locais que apresentam mais sujidade e corrosão.

Ações em caso de não conformidade

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	do Data:

O DESINFECÇÃO DA CME

UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.35	
		Emissão	
DESINFECÇÃO DA CME		Revisão	
		No:	Data:
Executante			

Técnico de enfermagem.

Resultados esperados

Assegurar que a higieniza e desinfecção da CME seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários

Água, sabão, EPI's (avental impermeável e luvas de borracha), carro de limpeza, sacos de lixo, baldes, rodo, pano de piso e soluções necessárias a higienização.

Atividades

Higienizar as mãos com água e sabão;

Preparar o carro de limpeza com os materiais e equipamentos necessários à limpeza e desinfecção da CME;

Colocar os EPI's (avental impermeável e luvas de borracha);

Preparar as soluções de limpeza nos baldes, conforme os padrões sanitários exigidos;

Recolher os sacos de lixo, fechá-los e colocá-los no saco coletor do carro de limpeza;

Higienizar toda a parede da área de lavagem com rodo envolvido com um pano de piso embebido com solução adequada;

Lavar o carro de transporte de material sujo;

Higienizar o piso, utilizando o rodo envolvido com pano de piso embebido com solução adequada;

Higienizar o banheiro;

Higienizar a copa, sala da coordenação de enfermagem, área de circulação interna, armários, janelas e pisos;

Guardar todos os materiais e equipamentos utilizados.

Cuidados

Não se esquecer de utilizar corretamente os EPI's;

Preparar as soluções para higienização e desinfecção conforme os padrões sanitários exigidos;
 Não se esquecer de realizar diariamente a desinfecção da CME.

Ações em caso de não conformidade

Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura representante	do Data:

O PROCEDIMENTO: RECEBIMENTO DE ARTIGOS SUJOS NO CME

POP OPERACIONAL PADRÃO	PROCEDIMENTO	Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Recebimento de Artigos Sujos no CME			
Quem	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos de Enfermagem (do CME e das unidades) - Enfermeira do CME 		
Onde	- CME e unidades		
Quando	- Ao receber materiais sujos no CME		
Condições Necessárias	<ul style="list-style-type: none"> - Impresso de Recebimento/Devolução de Artigos - Luvas de procedimento não estéril - Caixa plástica com tampa - Saco plástico - Máscara 		

Descrição do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher os artigos sujos, conferir o número de peças - Separar artigos por tipo: instrumental pesado, material respiratório, elétricos, vidros e delicados - Acondicionar em caixa plástica com tampa, lavar as mãos e registrar em ocorrência - Encaminhar para o expurgo do CME - Assinar legível no ato da entrega do material - Receber artigos sujos, conferir a quantidade de peças e conferir com a identificação - Lavar as mãos - Separar os artigos por tipo e método de limpeza, reservando os delicados - Iniciar o processo de limpeza o mais rápido possível 		
Resultado Esperado	<ul style="list-style-type: none"> - Receber os artigos sujos de forma segura, controlada e com qualidade - Separar os artigos por tipo antes da limpeza 		
Em Caso de Anormalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Em caso de não conformidade com os artigos (presença de perfuro cortante, falta de peças, incompleto ou quebrado) comunicar a enfermeira e registrar em ocorrência 		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Elaborado por:</td> <td style="width: 50%;">Aprovado por:</td> </tr> </table>		Elaborado por:	Aprovado por:
Elaborado por:	Aprovado por:		

PROCEDIMENTO: LIMPEZA MANUAL DE ARTIGOS SUJOS NO CME

POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número		Página	
	Revisão		Data	
Procedimento: Limpeza Manual de Artigos Sujos no CME				

Quem	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos de enfermagem do CME - Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados - Enfermeira do CME
Onde	- Sala de limpeza do CME
Quando	- Ao receber materiais sujos no CME
Condições Necessárias	<ul style="list-style-type: none"> - Escovas de cerdas de dimensões e diâmetros variados - Solução de limpeza padronizada - Esponjas - Caixas plásticas para solução de limpeza - Pistolas de água com bicos adaptáveis e seringas - EPIs: Avental impermeável, óculos de proteção, gorro, sapatofechado antiderrapante, luvas de borracha, protetor auricular, máscara e óculos
Descrição do Procedimento	<p>Preparar solução de limpeza de acordo com a recomendação do fabricante, datando e assinando em local visível, observando sempre a necessidade de troca,</p> <p>Lavas as escovas reutilizáveis a cada período, observando as condições de uso</p> <p>Receber e separar os artigos de acordo com o padrão</p> <p>Fazer limpeza prévia no instrumental com jatos de água para a retirada de matéria orgânica, caso necessário,</p> <p>Imergir os artigos na solução de limpeza padronizada, observando se todos os espaços estão preenchidos, pelo tempo recomendado pelo fabricante,</p> <p>Friccionar os instrumentos sob água, para evitar aerossóis de microorganismos</p> <p>Nos tubulares utilizar preferencialmente pistola com jatos de água quente ou seringa para retirada de sujidade interna</p> <p>Nos artigos elétricos, a limpeza deve ser feita com compressas embebidas na solução de limpeza com posterior limpeza com compressa úmida por, no mínimo, duas vezes. Não submergir</p>

	Fazer o último enxágue em água desmineralizada, deionizada ou deosmose reversa		
Resultado Esperado	Remover contaminantes orgânicos e inorgânicos Remover a sujidade visível dos artigos - Reduzir a carga microbiananatural dos artigos		
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade com os artigos (presença de perfurocortante, falta de peças, incompleto ou quebrado) ou de acidente de trabalho, comunicar a enfermeira e registrar em ocorrência.		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Elaborado por:</td> <td style="width: 50%;">Aprovado por:</td> </tr> </table>		Elaborado por:	Aprovado por:
Elaborado por:	Aprovado por:		

O PROCEDIMENTO: SECAGEM DOS ARTIGOS APÓS LIMPEZA MANUAL

POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
	Revisão	Data
Procedimento: Secagem dos Artigos após Limpeza Manual		
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados	

	Enfermeira do CME
Onde	- Sala de preparo do CME
Quando	- Após realizar limpeza manual dos artigos
Condições Necessárias	<p>Pistola de ar comprimido</p> <p>Campos de algodão Óculos de proteção Máscara</p> <p>Protetor auricular</p> <p>Luvas de procedimento não estéril</p>
Descrição do Procedimento	<p>Secar os instrumentos com compressa limpa ou pistola de ar comprimido, observando a presença de sujidade</p> <p>Testar a funcionalidade e resistência dos artigos</p> <p>Separar artigos defeituosos, identificando com uma fita o tipo de defeito e a data</p> <p>Lubrificar artigos quando necessário</p> <p>Secar os artigos tubulares com ar comprimido, protegendo o local de saída de ar com uma compressa ou gaze para evitar aerossóis de microorganismos e observar o nível de limpeza</p> <p>Secar os artigos delicados com compressa, cuidadosamente, protegendo as pontas, quando houver</p> <p>Secar os artigos de assistência respiratória com compressa ou ar comprimido</p> <p>Conferir novamente o quantitativo de peças</p> <p>Separar por tipo de acordo com o padrão de preparo e encaminhar para a área de preparo e embalagem</p>
Resultado Esperado	- Secar os artigos limpos de forma segura e com qualidade
Em Caso de Anormalidade	Se o artigo apresentar sujidade deve ser realizado novamente o processo de limpeza do mesmo

	Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: DESINFECÇÃO DE ARTIGOS NÃO CRÍTICOS COM ÁLCOOL A 70%

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Desinfecção de Artigos não críticos com álcool a 70%			
Quem	- Técnicos de enfermagem do CME e do centro cirúrgico - Enfermeiro do CME		
Onde	- Sala de preparo do CME ou do centro cirúrgico		
Quando	- Após realizar limpeza manual dos artigos		
Condições Necessárias	Compressa não estéril Álcool a 70% Luvas de procedimento não estéril		
Descrição do Procedimento	Secar o material Testar a funcionalidade e resistência dos artigos Conferir novamente o quantitativo de peças Aplicar álcool a 70% em toda superfície do material com uma compressa não estéril Após a desinfecção com álcool, separar, identificar, embalar e armazenar em local adequado		

Resultado Esperado	- Realizar desinfecção de artigos não críticos com álcool a 70% de forma segura e com qualidade
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: PREPARO DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Preparo de instrumental cirúrgico			
Quem	Técnicos de enfermagem do CME Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados Enfermeira do CME		
Onde	- Sala de preparo do CME		
Quando	- Após realizar limpeza dos artigos		
Condições Necessárias	Tecido de algodão e papel grau cirúrgico Integradores químicos Fita adesiva branca e fita teste para autoclave Compressa não estéril Luvas de procedimento não estéril		
Descrição do Procedimento	Lavas as mãos Testar a funcionalidade e resistência dos artigos Separar e conferir as pinças e instrumentos conforme a caixa a ser preparada e conferir novamente o quantitativo de peças Montar as caixas e pacotes		

	<p>Enrolar caixas e instrumentos densos e pesados com tecido de campoduplo de acordo com o tamanho, demais pacotes podem ser feitos no papel grau cirúrgico</p> <p>Caixas e bandejas devem ser forradas com tecido de algodão ou compressas não estéreis de acordo com as dimensões do pacote</p> <p>Se houver instrumental com ponta que possa romper o papel grau, fazer embalagem dupla de papel grau cirúrgico</p> <p>Colocar um integrador químico em cada pacote de instrumental, exceto em pacotes pequenos</p> <p>Fechar as caixas com tecidos e com fita branca adesiva e fita teste para autoclave. Todos os pacotes devem estar identificados com nome da caixa, quantidade de peças, cor da marcação do instrumental, nome do cirurgião (quando for o caso), data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou a caixa</p> <p>Instrumental embalado e esterilizado em tecido de algodão tem validade de 07 dias</p> <p>Instrumental embalado e esterilizado em papel grau tem validade de 03 meses</p> <p>Encaminhar para a esterilização em autoclave</p>
Resultado Esperado	- Preparo adequado e seguro do instrumental cirúrgico
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: PREPARO DE MATERIAL DE CONSUMO (COMPRESSAS, ATADURAS, FAIXAS DE SMARCH, ALGODÃO ORTOPÉDICO E MALHA TUBULAR)

POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página	
	Revisão	Data	
Procedimento: Preparo de material de consumo (compressas, ataduras, faixas de Smarch, algodão ortopédico e malha tubular)			

Quem	- Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME
Onde	- Sala de preparo do CME
Quando	- Após receber material do almoxarifado ou da sala de limpeza(apenas no caso da faixa de Smarch)
Condições Necessárias	<ul style="list-style-type: none"> - Papel grau cirúrgico - Atadura não estéril - Faixa de Smarch - Malhar tubular - Algodão ortopédico - Compressa não estéril - Luvas de procedimento não estéril
Descrição do Procedimento	<p>Lavas as mãos</p> <p>Retirar os produtos das embalagens originais Inspeccionar a funcionalidade e qualidade do materialSeparar material não adequado para esterilização</p> <p>Montar kits com 05 compressas para formar um pacote e embalarem papel grau</p> <p>Preparar a malha tubular, cortando um tamanho de aproximadamente 01 metro e meio, enrolar e deixar pontas livres e de fácil acesso</p> <p>Testar funcionalidade da faixa de Smarch em caso de reprocessamento, enrolar a faixa e embalar com uma gaze para manter a faixa enrolada - Montar pacotes individuais de atadura, malha tubular, algodão ortopédico e faixa de Smarch no papel grau</p> <p>Todos os pacotes devem estar identificados com data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou o pacote</p> <p>Encaminhar para a esterilização em autoclave</p> <p>Encaminhar compressas não adequadas para esterilização para sala de limpeza</p>

Resultado Esperado	- Preparo adequado e seguro do material de consumo
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomadade providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: PREPARO DE MATERIAL TERMOSENSÍVEL PARA SER ENCAMINHADO PARA EMPRESA DE ESTERILIZAÇÃO EXTERNA

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Preparo de material termossensível para ser encaminhado para empresa de esterilização externa			
Quem	- Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME		
Onde	- Sala de preparo do CME		
Quando	- Após receber material da sala de limpeza		
Condições Necessárias	- Impresso de encaminhamento do material - Sacos plásticos		
Descrição do Procedimento	<p>Lavas as mãos</p> <p>Testar a funcionalidade e resistência dos artigosSeparar e conferir os instrumentos</p> <p>Conferir novamente o quantitativo de peças</p> <p>Separar e embalar em sacos plásticos o material a ser encaminhado</p> <p>Identificar em impresso próprio o material a ser encaminhado e suaquantidade</p> <p>Encaminhar para a esterilização externa</p> <p>Materiais a serem encaminhados: canetas de bisturi, umidificador,cânula de Guedel, material de fisioterapia respiratória, ambú, cabo</p>		

	de fibra ótica, ótica, pinças e instrumentos de artroscopia, cabo de Shaver, ponteira de radio frequência, bateria de trépano ortopédico e lâminas de Shaver (que só devem ser reprocessadas no máximo 3 vezes).
Resultado Esperado	- Preparo e encaminhamento adequado do material a ser esterilizado externamente
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: PREPARO DE MATERIAL DE CIRURGIÃO E CONSIGNADO

	POP	Número	Página
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Revisão	Data
Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado			
Quem	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos de enfermagem do CME - Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados - Enfermeira do CME 		
Onde	- Sala de preparo do CME		
Quando	- Após recebimento de material limpo ou após realizar limpeza dos artigos		
Condições Necessárias	<ul style="list-style-type: none"> - Tecido de algodão e papel grau cirúrgico - Integradores químicos - Fita adesiva branca e fita teste para autoclave - Compressa não estéril e luvas de procedimento não estéril - Protocolo de recebimento e retirada de material do cirurgião e consignado 		
Descrição do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos - Testar a funcionalidade e resistência dos artigos - Separar e conferir as pinças e instrumentos conforme a caixa a ser preparada 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Montar as caixas e pacotes - Enrolar caixas e instrumentos densos e pesados com tecido de campo duplo de acordo com o tamanho - Demais pacotes podem ser feitos no papel grau - Caixas e bandejas devem ser forradas com tecido de algodão ou compressas não estéreis de acordo com as dimensões do pacote - Se houver instrumental com ponta que possa romper o papel grau, fazer embalagem dupla de papel grau - Colocar um integrador químico em cada pacote de instrumental, exceto em pacotes pequenos - Fechar as caixas com tecidos e com fita branca adesiva e fita teste para autoclave - Todos os pacotes devem estar identificados com nome da caixa, quantidade de peças, cor da marcação do instrumental, nome do cirurgião (quando for o caso), data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou a caixa - Toda movimentação (recebimento e retirada) deve ser registrado em protocolo - Encaminhar para a esterilização em autoclave
Resultado Esperado	- Preparo adequado e seguro do instrumental cirúrgico
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: PREPARO DE MATERIAL DE CIRURGIÃO E CONSIGNADO

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número		Página	
		Revisão		Data	
Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado					
Quem	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME 				

Onde	- Sala de esterilização do CME
Quando	- Após o preparo do material
Condições Necessárias	<ul style="list-style-type: none"> - Caixas, bandejas e outros artigos devidamente embalados - Rack com cestos aramados e carrinho da Autoclave - Impresso de Controle de Cargas das Autoclaves - Impresso de Monitorização da Esterilização - Caneta - Luvas protetoras
Descrição do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos - Checar identificação dos pacotes - Utilizar somente 80% da capacidade da câmara interna, para facilitar a circulação do vapor entre os pacotes, estando estes a pelo menos 2,5 cm de distância uns dos outros - Não permitir que os pacotes toquem as paredes, piso ou teto da Autoclave - Organizar a carga com pacotes de maior tamanho na parte inferior do rack e os mais leves na parte superior - Posicionar bacias, frascos, cubas e outros artigos que tenham concavidade com abertura voltada para baixo, para facilitar escoamento de condensado - Quando for carga de material implantável, posicionar o teste desafio na direção do dreno da Autoclave - Registrar todos os ciclos nos impressos próprios de controle e monitorização
Resultado Esperado	- Esterilização efetiva e segura em Autoclave
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: TESTE BIOLÓGICO E TESTE BIOLÓGICO DESAFIO

	POP PROCEDIMENTO	Número		Página	
		Revisão		Data	

OPERACIONAL PADRÃO					
Procedimento: Teste biológico e Teste biológico Desafio					
Quem	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME 				
Onde	- Sala de esterilização do CME				
Quando	- Primeiro ciclo de esterilização do dia e ciclos de material implantável				
Condições Necessárias	<ul style="list-style-type: none"> - Pacote Pronto de teste biológico - Ampola de controle do teste biológico - Incubadora - Cesto Inox - Impresso de registro do teste biológico - Luvas de proteção 				
Descrição do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o teste biológico colocando o número da Autoclave e data - Posicionar o cesto inox no local mais próximo do dreno - Realizar o ciclo normalmente - Retirar o pacote pronto após resfriamento - Abrir o pacote, retirar a ampola do teste, incubar junto com a ampola piloto - Retirar o indicador químico e registrar no impresso próprio, identificando a carga - Após incubação, registrar o resultado na folha de monitoramento - O teste biológico deve ser realizado sempre na primeira carga do dia e nas cargas de material implantável - Liberar a carga após a leitura do resultado do teste, que acontece após 3 horas de incubação das ampolas 				
Resultado Esperado	- Teste biológico e teste biológico desafio realizado com segurança e resultado satisfatório				

Em Caso de Anormalidade	- Em caso de resultado não satisfatório, comunicar imediatamente a Enfermeira e não realizar nenhum ciclo na Autoclave
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: TESTE BOWIE & DICK

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Teste Bowie & Dick			
Quem	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME 		
Onde	- Sala de esterilização do CME		
Quando	- Ciclo antes da primeira carga de esterilização do dia		
Condições Necessárias	<ul style="list-style-type: none"> - Pacote Pronto de teste B&D - Cesto Inox - Impresso de registro do teste B&D - Luvas de proteção 		
Descrição do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o teste B&D colocando o número da Autoclave e data - Colocar o pacote pronto de teste B&D no cesto inox - Posicionar o cesto inox no local mais próximo do dreno e com a Autoclave vazia - Realizar o ciclo programado a 134° C por 3,5 minutos sem o processo de secagem - Retirar o pacote pronto após resfriamento - Abrir o pacote, retirar a folha de teste B&D, verificando se o resultado foi satisfatório ou não - Registrar o resultado na folha de monitoramento e na ocorrência 		

	- Complementar os dados de identificação na folha de monitoramento
Resultado Esperado	- Teste Bowie & Dick realizado com segurança e resultado satisfatório
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de resultado não satisfatório, comunicar imediatamente a Enfermeira e não realizar nenhum ciclo na Autoclave
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: MANUSEIO DA AUTOCLAVE SERCON (AUTOCLAVE 01)

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Manuseio da Autoclave SERCON (autoclave 01)			
Quem	- Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME		
Onde	- Sala de esterilização do CME		
Quando	- Manuseio da Autoclave 01		
Condições Necessárias	- Luvas de proteção		
Descrição do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Abrir manualmente a porta da autoclave até o final permitindo que o SENSOR DE PORTA ABERTA que fica na parte inferior do equipamento identifique o início do processo - Montar a carga conforme necessidade do setor - Fechar a porta manualmente até vedar totalmente a porta, permitindo que o SENSOR DE PORTA FECHADA identifique essa etapa - Selecionar no painel o comando PORTA, em seguida o comando FECHAR e em seguida o comando OK - Aguardar aproximadamente 15 segundos para o ponteiro de PRESSÃO DE AR NA REDE e o ponteiro de AR NA GUARNIÇÃO 		

	<p>NA PORTA subirem até atingir calibração. Observar neste momento um disparo (um som) de IMPACTO na porta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em seguida selecionar o ciclo desejado: <ul style="list-style-type: none"> • 06 para Instrumental (tempo de esterilização: 05 mim; temperatura: 134°C e tempo de secagem: 20 mim) • 10 para Bowie & Dick (tempo de esterilização: 04 mim; temperatura: 134°C e tempo de secagem: 01 mim) • 11 para carga Mista (tempo de esterilização: 05 mim; temperatura: 134°C e tempo de secagem: 15 mim) - Seleciona o comando PARTIDA - Todos os ciclos operam com o seguinte: tempo de vácuo: 10 segundos e número de pulsos de vácuo: 04 pulsos - Ao término do ciclo, é dado um alarme sonoro e visual, e o operador deverá acionar o comando OK - Esperar alguns segundos e abrir até o meio da porta - Retirar o material esterilizado com segurança
Resultado Esperado	- Manuseio seguro da Autoclave
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira paratomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: MANUSEIO DA AUTOCLAVE CISA (AUTOCLAVE 02)

POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
	Revisão	Data
Procedimento: Manuseio da Autoclave CISA (autoclave 02)		

Quem	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME
Onde	- Sala de esterilização do CME
Quando	- Manuseio da Autoclave 02
Condições Necessárias	- Luvas de proteção
Descrição do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Ligar a autoclave ativando o botão LIGA-DESLIGA (ON/OFF) - Abrir a porta pressionando uma vez o comando ABREPORTA - Carregar a autoclave manualmente ou através de carrinho interno, com o material a ser esterilizado - Aguardar a pressão na câmara externa atingir 2,0 (JAQUETA) - Fechar a porta pressionando e segurando o comando FECHAR PORTA até que a porta feche totalmente - Selecionar o comando INICIAR CICLO - Escolher entre as opções: B&D, TECIDOS ou INSTRUMENTOS - Após a seleção de um dos ciclos, pressionar o botão INICIAR para continuar, aparecerá a tela de INSERÇÃO DE CÓDIGO DO OPERADOR, selecionar 1111 e confirmar o código apertando ENTER - Selecionar o tipo de carga padronizando como CESTOS - Selecionar o botão INICIAR - Após iniciar o ciclo aparecerá uma tela mostrando as fases do ciclo de esterilização - Se o ciclo for encerrado regularmente, será disposta a tela FIM DE CICLO - Deve ser apertado em qualquer ponto da tela para retorno ao menu principal e selecionar ABRE PORTA

	<ul style="list-style-type: none"> - Ao término da esterilização é dado um alarme sonoro e visual - Aguardar alguns segundos e abrir a porta - Retirar o material esterilizado com segurança
Resultado Esperado	- Manuseio seguro da Autoclave CISA
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira paratomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

O PROCEDIMENTO: ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL ESTÉRIL

	POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Armazenamento e distribuição de material estéril			
Quem	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME 		
Onde	- Sala de esterilização do CME		
Quando	- Após esterilização do material e do preparo com álcool a 70% dos artigos não críticos		
Condições Necessárias	<ul style="list-style-type: none"> - Estantes e caixas plásticas com tampa - Sacos plásticos - Protocolo de distribuição e entrega 		
Descrição do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos - Após esterilização realizar armazenamento dos materiais no arsenal, respeitando tamanho e peso (mais pesados, embaixo e mais leves, em cima) - Respeitar a organização pré-estabelecida - Deixar identificações visíveis para facilitar a distribuição 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar no protocolo de distribuição e entrega a saída de materiais em menor quantidade e maior demanda (trépanos, caixas de mão, de pé, ortopedia delicada, material de artroscopia, material de cirurgião e cirurgião dentista) - Atender as demandas das unidades sempre que possível
Resultado Esperado	- Rastreamento do material e entrega adequada do material estéril para as unidades
Em Caso de Anormalidade	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis
Elaborado por:	Aprovado por:

CME – CONTROLE DE DATA LIMITE DE UTILIZAÇÃO

Rotina/Procedimento

	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 01</p>	
	<p>CME – Controle de data limite de utilização</p>	
	<p>EXECUTANTE:</p>	<p>Emissão: 14/03/22</p> <p>Revisão: 14/03/23</p>

<p>Objetivo:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida do processo de esterilização.

Etapas do Processo:

- Data limite de uso do produto esterilizado: é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;
- Tecido de algodão- 7 dias
- Embalagem Tyvec e papel grau cirúrgico- validade 03 meses
- Embalagens SMS - validade de 6 meses
- O tempo de vida só deve ser considerado se a embalagem estiver íntegra. A perda de esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote.
- Disponibilizar identificação do processo e prazo de validade (2 meses para SMS e 03 meses para papel grau cirúrgico e tyvec) a partir da data de preparo.
- Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente, e nas demais embalagens, na última semana do mês, retirando os materiais a vencerem em 5 dias e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens.
- Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens).

Responsável pelo processo:

✓ Equipe de enfermagem

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 02	
	CME – Leitura de teste Biológico	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão:

Objetivo:
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o processo de esterilização

Etapas do Processo:
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico semanalmente, na primeira carga do dia e em pacotes disponíveis pelo CME. • Colocar a ampola-teste dentro do pacote-teste e processe-o juntamente com o restante da carga. • Retirar a ampola-teste do pacote processado no vapor e deixar resfriar por 10 minutos. • Posicionar a ampola-teste inclinando-a (ângulo de 45o) na posição central do compartimento específico. Empurrá-la para frente. A ampola de vidro quebrará o interior da ampola de plástico. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente à tira com bacilo. Incubar o indicador biológico nos compartimentos.

- Proceder da mesma forma para uma ampola não processada, para utilizá-la como controle-positivo.
- Observar resultado positivo para a ampola controle, ao final de 12 horas
- Observar resultado negativo para a ampola teste , ao final de 12 horas
- Observar resultado negativo para a ampola teste, ao final de 24 horas, com permanência de coloração azul púrpura.
- Observar resultado positivo para a ampola teste, ao final de 24 horas, com mudança de coloração azul púrpura para amarelo.
- Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros. Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado.
- Descartar as ampolas em caixa de perfuro-cortantes.

Responsável pelo processo:

✓ Equipe de enfermagem

O CME – LEITURA DO INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE 05

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 03	
	CME – Leitura do integrador químico Classe 05	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22
Objetivo:		

Efetuar a monitorização das condições de esterilização a vapor para liberação de carga

Etapas do Processo:

- Utilizar no primeiro ciclo de cada dia.
- Acondicionar o integrador dentro de um pacote individual.
- Acondicionar todos os instrumentos cirúrgicos dentro da autoclave de modo que não ultrapasse 80% de sua capacidade.
- É importante que o **indicador** seja posicionado junto ao material que será esterilizado em locais diversos da autoclave, de preferência nos pontos de maior dificuldade de acesso para o vapor saturado
- Avaliar mudança de cor, o quadrado que antes rosa, agora deve ser igual ou mais escuro que a cor da flecha indicativa.
- Caso não ocorra a mudança de cor, todo material deve ser esterilizado novamente com nova tira de integrador.
- Registre o resultado na ficha de monitoramento.

Responsável pelo processo:

✓ Equipe de enfermagem

O

CME – LIMPEZA DE INSTRUMENTOS PARA ESTERILIZAR

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO -

POP 04

	CME – Limpeza de Instrumentos para esterilizar	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	

Objetivo:
Remover a sujidade dos materiais
Etapas do Processo:
Limpeza Manual:
<ul style="list-style-type: none"> • Fricção com escova macia e/ou esponja, atentando para ranhuras, articulações, concavidades e lumens do material. Ex: Instrumentais, circuito respiratório, etc. • O artigo deve ser imerso, por completo, em água com detergente enzimático ou sabão neutro líquido, friccionado, enxaguado em água corrente abundante e seco.
<p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após a limpeza, deve ser feita revisão de todo material, com cuidado especial para ranhuras e lumens, para detecção de sujidade; • A escolha da alternativa de limpeza deve levar em conta a realidade de cada unidade e a natureza do artigo a ser processado; • O uso dos EPIs pelo servidor, é obrigatório nesta fase.

Secagem: Deve ser feita rigorosamente utilizando-se:
--

- Pano limpo e seco;
- Secadoras de ar quente;
- Ar comprimido.

Produtos de limpeza:
Detergente Neutro:
São produtos que contém tensoativos em sua formulação, com a finalidade de limpar através de redução da tensão superficial, umectação, dispersão, suspensão e emulsificação da sujeira.
Detergente Enzimático:
<p>À base de enzimas e surfactantes, não-iônico, com pH neutro, destinado a dissolver e digerir sangue, restos mucosos, fezes, vômito e outros restos orgânicos de instrumental cirúrgico, endoscópios e artigos em geral. As enzimas que promovem a quebra da matéria orgânica são basicamente de três tipos:</p> <p>1- Proteases: decompõem as proteínas</p> <p>2- Amilases: decompõem os carboidratos</p> <p>3- Lipases: decompõem as gorduras</p>

O CME – EMPACOTAMENTO DOS MATERIAIS

	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO -</p> <p>POP 05</p>	
	CME – Empacotamento dos materiais	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão:

		Revisão:
--	--	----------

Objetivo:
Garantir a esterilidade do material.

Empacotamento:
<ul style="list-style-type: none">• Peso máximo de 5 Kg;• Embalagem adequada ao volume do material.• Não deixá-los muito apertados, para que o agente esterilizante possa penetrar facilmente nem muito folgados para que não se desfaçam, permitindo contaminação durante o manuseio. <p>Papel grau:</p> <ul style="list-style-type: none">• É um laminado com duas faces de papel (uso industrial) ou uma face de papel e outra com filme transparente.• Permeável ao vapor e óxido de etileno;• Resistente a temperaturas de até 160° C;• Impermeável a microorganismos, oferecendo segurança ao material esterilizado;• Validade de esterilização de acordo com as condições de estocagem e integridade da embalagem;• Não pode ser reaproveitado porque torna-se impermeável ao agente esterilizante após uma esterilização;• O ar deve ser removido ao máximo da embalagem para evitar ruptura dos pacotes por expansão do mesmo.

Identificação:

Todo o material a ser esterilizado deve ser identificado na própria fita (ouetiqueta) adesiva com os seguintes dados:

- Identificação do material (curativo, etc);
- data;
- assinatura legível do servidor que preparou.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 06	
	CME – Limpeza de tubos de aspiração e oxigenio (silicone ou látex)	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:

Remover a sujidade dos materiais

Etapas do Processo:

Após uso, passar em jato de água corrente imediatamente, para retirar excesso de matéria orgânica; • Imergir em solução de sabão neutro de 20 a 30 minutos;

• Levar para pia, friccionando toda extensão da borracha para retirada total da sujidade;

- Enxaguar em água corrente;
- Colocar para escorrer o excesso de água em suporte;
- Encaminhar para preparo, após inspeção visual;
- Todo tubo usado em procedimento de grande sujidade (pús, fezes, etc) deve ser desprezado no local do procedimento;
- Os tubos novos devem ser lavados antes do preparo;
- Separar por tamanho (máximo 1,50m), enrolar em círculo frouxo
- Fixar e identificar
- Encaminhar para esterilização

OBS: As borrachas deverão ser preparadas ainda úmidas internamente, para facilitar a penetração de vapor no lúmen.

DESINFECÇÃO QUÍMICA DE MATERIAL

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
	USO DO ACÍDO PERACÉTICO	
	EXECUTANTE: EQUIPE DE ENFERMAGEM	Emissão: 20/09/21 Revisão: 20/09/22
Objetivo:		

- Promover processo de desinfecção de alto nível dos artigos semicríticos, por meio de imersão em ácido peracético 0,25%.

Recursos necessários:

- EPIs;
- Solução de ácido Peracético;
- Recipiente de polietileno ou similar, com tampa;
- Água potável;
- Compressas gaze não estéreis;
- Frasco graduado ou Seringa 20ml;
- Saco plástico;
- Pinça longa;

Etapas do Processo:

Diluição do Produto:

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os
- Colocar água potável no recipiente, de acordo com o volume desejado e concentração do ácido disponível, conforme tabela abaixo;
- Utilizar o frasco graduado ou seringa para medir o volume de Ácido Peracético concentrado;

- Adicionar o ácido concentrado (com cuidado para não respingar) no recipiente com água;
- Identificar o recipiente contendo: nome da solução, data, horário, nome e assinatura de quem preparou.

Volumes para preparar UM LITRO de solução pronta para uso(0,25%):

Concentração do Ácido disponível na Unidade	Volume Ácido Concentrado	Volume Água
3%	83ml	917ml
4%	62,5 ml	937,5 ml
4,5%	55,5 ml	944,5 ml
5%	50 ml	950 ml

Testagem do Produto:

- Higienizar as mãos;
- Diariamente, antes da utilização, fazer validação com fita para medir a concentração de Ácido Peracético visando verificar a conformidade da concentração;
- Mergulhar a região absorvente da fita na solução diluída por 01 segundo.
- Remover o excesso da amostra agitando cuidadosamente.
- Após 30 segundos comparar a cor da ponta da fita com as cores padrões que constam no frasco; □ Se concentração estiver adequada (cor mais escura), seguir para utilização;
- Se concentração estiver inadequada, descartar a solução e realizar nova diluição.

Utilização:

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPIs indicados

- Desconectar as peças e lavar o material com água e sabão antes da exposição ao agente desinfetante;
- Enxaguar o material abundantemente em água corrente, para remoção completa do de detritos;
- Deixar escorrer a água do material e/ou secar com compressa de gaze, a fim de não deixar água no material evitando a diluição da solução;
- Imergir totalmente o material na solução de ácido peracético;
- Tampar o recipiente;
- Respeitar o tempo de exposição definido pelo fabricante (10 à 30 min);
- Retirar (utilizando luvas de procedimento e óculos de proteção) o material da solução com auxílio da pinça longa;
- Enxaguar (utilizando luvas e óculos de proteção), os artigos com água limpa em abundância, para remover o odor e qualquer resíduo químico do ácido peracético, que possa causar danos à pele e mucosas.
- Secar com compressa de gaze;
- Acondicionar material em saco plástico;
- Rotular com a data da embalagem e nome do profissional responsável;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Precauções para manuseio seguro

- Não deve entrar em contato com materiais orgânicos;
- Manter afastado do calor (atenção: pode incendiar sobre ação do calor);
- Manter afastado de produtos incompatíveis (ácidos, bases, metais, sais de metais pesados, sais de metal em pó, agentes redutores e materiais inflamáveis); Medidas de higiene
- Em caso de derramamento, remover imediatamente a roupa e os sapatos contaminados;
- Lavar o vestuário contaminado antes de voltar a usá-lo;
- Não comer, beber ou fumar durante o uso

Derramamentos:

- Em caso de derramamento evacuar a unidade imediatamente e entrar em contato com o SESMT
- Em caso de intoxicação entrar em contato com CIT - Goiás - **0800-646-4350**.

PEDIATRIA

A ADMISSÃO DO PACIENTE NA CLÍNICA PEDIÁTRICA

O supervisor de enfermagem e o técnico de enfermagem recebem o paciente da equipe do setor de origem, tomando ciência do quadro clínico do paciente.

O enfermeiro aplica a escala de Humpty Dumpty (score de queda) e coleta assinatura dos pais ou representantes legais. Realiza a conferência do prontuário e dos dados na pulseira de identificação do paciente, acompanha a coleta dos dados antropométricos e em seguida encaminha o paciente para o leito reservado.

SOLICITAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS

A solicitação é realizada diariamente conforme quantidade padronizada pela farmácia, onde ao final de cada plantão um técnico de enfermagem solicita na farmácia satélite os insumos para o plantão seguinte.

A dispensação de medicamentos, ocorre através da entrega da prescrição na farmácia satélite. A farmácia satélite, por sua vez, confecciona e dispensa o Kit com os medicamentos, por paciente, para atender as próximas 24 horas. No Kit já são incluídos os materiais necessários para administração dos medicamentos prescritos.

Os medicamentos de uso coletivo (tais como almotolias com clorexidinas e álcool, Ipratrópio, lidocaína, pomadas para curativo e etc), são solicitados na farmácia satélite mediante a apresentação e devolução dos frascos vazios, durante a rotina de requisição ao final de cada plantão. Devendo estes serem identificados corretamente com data de abertura e responsável.

Os insumos de papelaria (canetas, papel A4, carbono, impressos dos formulários e etc) e descartáveis, são solicitados ao almoxarifado, duas vezes na semana, às segundas e quintas-feiras, pelo assistente administrativo, através do preenchimento de formulário de requisição.

MATERIAIS DE CME

A solicitação e devolução dos materiais da Central de Material de Esterilização é realizada diariamente mediante formulário de solicitação e em horários estipulados pelo CME.

O levantamento da quantidade de materiais é feito de acordo com o quantitativo de pacientes internados na Clínica Pediátrica, considerando a necessidade assistencial de cada paciente.



A entrega do material contaminado na CME, deve ocorrer nos horários preconizados, pela equipe que o gerou, devendo o enfermeiro determinar qual profissional executará a ação. Para isto, todos os EPIs devem ser utilizados corretamente.

ELABORAÇÃO DO MAPA DE LEITO

O mapa de leito deve ser preenchido diariamente pela enfermeira, contendo a localização de cada paciente, bem como os leitos vagos, além da informação de quantas camas e berços estão disponíveis ou ocupados;

ALTA DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

A alta de paciente na Clínica Pediátrica ocorre por meio de prescrição médica. Após a prescrição da alta a equipe enfermagem deve realizar orientações gerais sobre a alta e preparar o paciente para a saída. É importante realizar um registro preciso das condições do paciente durante a alta.

Na alta, deve ser preenchido o comunicado de alta, para autorizar a saída do paciente da Unidade, neste caso, este documento deve ser preenchido em 4 vias, sendo uma destinada ao NIR para liberação do leito, uma para Nutrição, uma para a Farmácia e uma fica com o paciente e esta, ele entrega ao recepcionista na hora da saída.

JAMAIS O PACIENTE DEVE RECEBER ALTA E SER CONDUZIDO APENAS PELO CONDUTOR, A EQUIPE RESPONSÁVEL POR ELE DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE ATÉ NA SAÍDA, NA CADEIRA DE RODAS OU MACA, NUNCA ANDANDO.

REALIZAÇÃO DE EXAMES

Há alguns exames que ainda não são realizados na Unidade, nestes casos devem ser solicitados ao NIR para que sejam realizados em outra instituição, devendo sempre, quando transferido, o paciente estar acompanhando de um profissional de enfermagem da Unidade. Nos casos dos exames que são realizados no hospital, o laboratório é quem realiza a coleta das amostras, sendo assim, no momento que o exame for solicitado, o laboratório deve ser acionado para realizar o exame.

Para a coleta de urina, em crianças que ainda usam fralda, a equipe de enfermagem orienta as mães sobre como utilizar o coletor próprio, e assim que a amostra é coletada, deve ser devidamente identificada, e o laboratório acionado para buscá-la no setor. No caso das crianças maiores deve ser utilizado o coletor convencional.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização para atender setor. As enfermarias da Clínica são classificadas como área semicrítica, devendo a desinfecção terminal ser realizada com intervalos não superiores a 15 (quinze) dias. No caso da limpeza concorrente, esta deve ser realizada duas vezes a cada 24 horas.

No que se refere a enfermaria com leitos ocupados, a higienização do leito e dos equipamentos médico-hospitalares deve ser feita pelo técnico de enfermagem, seguindo a

periodicidade de duas vezes ao dia, exceto nos casos que o paciente estiver em precauções adicionais, onde a desinfecção deve ser feita 3 (três) vezes ao dia.

Todos os equipamentos do setor devem, necessariamente, serem armazenados, na sala de equipamentos, após sua higienização adequada, que também deve ser feita pela equipe de enfermagem. Após a higienização deve-se fixar uma etiqueta identificando a ação. Após 15 (quinze) dias de armazenamento, sem uso, mesmo higienizado, o equipamento deve ser limpo novamente antes do uso com pacientes.

CONTROLE DA CHECAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro supervisor no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição. É feita a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença do lacre e cilindro de oxigênio.

CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

Os psicotrópicos devem ser dispensados aos pacientes apenas mediante prescrição médica e ficha de controle especial, direto pela farmácia satélite, devendo seu preparo e administração serem supervisionados pelo enfermeiro.

CONTROLE DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. É realizada a conferência diária dos equipamentos e semipermanentes do setor por um técnico de enfermagem escalado no apoio pelo enfermeiro supervisor para talatividade.

ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFA

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem da Clínica Pediátrica, conforme jornada de trabalho do colaborador. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente pelo enfermeiro supervisor e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro supervisor faz a readequação.

O colaborador deve realizar suas refeições todas (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) apenas no refeitório.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 para os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo, incluindo a pausa para as refeições.

TROCAS

Os colaboradores podem solicitar até 03 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao Supervisor que encaminhará ao coordenador do setor para validação / aprovação e assinatura de ambos.

ALTA POR ÓBITO

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo médico. A equipe técnica em enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. A Enfermeira supervisora solicita no serviço social o formulário para encaminhamento ao IML / SVO ou a declaração de óbito, entrega para o médico atestar. A Enfermeira supervisora registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro.

PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e as 19:00 após as trocas de equipe. Deve ser realizada no interior do setor, passando leito por leito., onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passa a história do paciente, intercorrências e pendências.

REALIZAÇÃO DE CUIDADOS E PROCEDIMENTOS

A realização de cuidados e procedimentos são realizadas tendo como referência os protocolos institucionais (POPs) disponibilizados no drive.

REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Diariamente o Enfermeiro supervisor e técnico em enfermagem fazem o registro nos formulários de enfermagem. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve no setor. O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas sobre o plantão, intercorrências e pendências.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- A notícia do óbito é dada exclusivamente pelo médico para a família, pessoalmente; caso necessário, por algum motivo outro, o médico deverá conversar com um familiar por telefone a notícia do óbito será passada por ele conforme sua avaliação;
- Quanto ao leite: no horário diurno (09/12/15/18), a mãe que estiver interessada em ordenhar ou amamentar será orientada e acompanhada pela fonoaudióloga, e o leite deverá ser imediatamente passado ao paciente. Na ausência da mãe o leite para o paciente lactente será o da prescrição médica;
- É rotina da unidade o horário do soninho do meio dia as três horas da tarde, nesse momento as luzes devem ser apagadas, o silêncio deve ser primordial;
- Segundo protocolo da CCIH todo domingo será realizado desinfecção terminal, devemos nos preparar para esse momento e gerar o mínimo de desconforto para nossos pacientes e para equipe da limpeza, segundo rotina da limpeza;
- Todo e qualquer evento adverso, com ou sem Dano, inclusive o Near Miss (quase erro) devem ser notificados imediatamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente);
- Toda doença de notificação compulsória, seja nos casos de suspeita ou diagnóstico confirmado, a depender da patologia, conforme orientação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da prefeitura, deve ser preenchida, completamente e sem

rasuras, a ficha de notificação compulsória, pelo enfermeiro e encaminhada ao SCIRAS, mantendo uma cópia no prontuário do paciente.

NORMAS E ROTINAS DAS UTIS ADULTO

TERAPIA INTENSIVA

As unidades de Terapia Intensiva, na Unidade, são classificadas como UTI do Tipo II, através dos critérios da PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017, que estabelece o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e cuidados intermediários adulto no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

As instalações das UTI's atendem na íntegra as exigências preconizadas pela RDC Nº 7 DE FEVEREIRO DE 2001. Os serviços de Terapia Intensiva são espaços hospitalares destinados a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles restritos.

O tratamento intensivo baseia-se no conceito de que, embora haja uma multidão de doenças, o mecanismo de morte está sempre limitado a um número relativamente pequeno de fenômenos fisiológicos passíveis de serem influenciados.

A Unidade de Terapia Intensiva não é apenas um serviço com equipamentos especial: necessita que haja uma atitude particular da equipe de trabalho, sendo esse um fator preponderante para o aproveitamento das facilidades técnicas, em um contexto onde um relacionamento humano, ofereça segurança e um efetivo apoio emocional.

Ainda para cada 10 leitos, 01 isolamento com um leito e banheiro privativo. Sala de estar, copa para funcionários, sala de medicação, repouso, sala de coordenação, sala de equipamentos, rouparia, farmácia satélite, sala de reuniões, DML, expurgo, posto de enfermagem.

Os ambientes dispõem ainda de sistema de gases medicinais encanados, sendo eles: oxigênio, vácuo clínico, ar comprimido, ar-condicionado central e trocas de ar, sistema de telefonia e internet.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

DEVERES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;

- Atender a equipe Médica e de Enfermagem no desempenho de suas atividades;
- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, monitorar para que o setor esteja sempre abastecido de todos os insumos necessários para o seu funcionamento;
- Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- Cooperar com os demais Serviços do Hospital;

- Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- Realizar a gestão do setor com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;
- Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;
- Confecção de escala mensal do setor;
- Realizar reuniões periódicas para tratar de assuntos pertinentes ao funcionamento do setor;

DEVERES DO ENFERMEIRO DIARISTA

Realizar visita diária aos pacientes internados na unidade;



Organizar prontuários durante a internação do paciente e após sua alta;

- Auxiliar o Enfermeiro plantonista na elaboração na execução da SAE diária e em procedimentos assistenciais quando necessário;
- Solicitar ao setor responsável a coleta de exames laboratoriais e Raio X;
- Preencher diariamente *CheckList* diário de Gerenciamento Assistencial;
- Conferência dos carrinhos de emergência quanto a validades e reposição correta realizada pelos enfermeiros do setor; e conferência e reposição quando houver rompimento do lacre;
- Solicitar ambulância junto ao NIR para procedimentos, transferências, e altas quando necessário;
- Observar materiais e equipamentos com defeito devendo identificá-los (quanto ao defeito, a pessoa que identificou e a data), retirá-lo da unidade e relatar no livro da enfermagem e realizar abertura de chamado para manutenção corretiva, se for o caso;
- Auditoria interna de prontuários (SAE, Balanços, Prescrições e Evoluções de Enfermagem).

DEVERES DO ENFERMEIRO PLANTONISTA

- Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito de cada paciente, descrevendo inclusive características e viabilidades dos acessos, e quadro clínico de melhora ou piora no período do plantão;
- Após a passagem de plantão a enfermeiro (a) responsável pelo período deverá percorrer leito a leito conferindo drogas em infusão, procedimentos de horário e acesso venoso ou central avaliando inclusive se estão perfeitos;
- Durante os primeiros procedimentos de plantão a enfermeira deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;
- A avaliação da necessidade de aspiração e a execução desta atividade bem como a parametrização do modo ventilatório de paciente é de competência compartilhada entre o enfermeiro, o fisioterapeuta e médico de plantão;
- Os curativos de alta complexidade devem ser realizados pela enfermeira de plantão conforme seu julgamento clínico, e deve ocorrer preferivelmente após o banho.
- A passagem de sondas gástricas bem como a sua retirada é da competência da enfermeira de plantão, devendo a mesma realizar identificação com responsável e data do procedimento;
- Da competência da enfermeira avaliar a administração de dietas enterais e parenterais, orientando quanto ao posicionamento do paciente no leito;

- A nutrição parenteral deve ser instalada pela enfermeira de plantão com técnica estéril conforme prescrição médica e da nutrição;
- A retirada de acesso venoso central deverá ser realizada pela enfermeira do plantão conforme programação de tratamento da equipe médica para o paciente,
- A assistência de enfermagem deve ser baseada na aplicação da SAE, e os formulários devem ser preenchidos adequadamente em todos os plantões, com validade de 24 horas. A anotação de todas as intercorrências relacionadas ao paciente, devem ser descritas na ficha de evolução de enfermagem;
- Realizar o aprazamento das medicações prescritas, conferir o preenchimento e cálculo do balanço hídrico;
- Durante situações de urgência e emergência a enfermeira deve executar as manobras adequadas, orientando a equipe de enfermagem, a fim de garantir a fluidez das ações propostas pela equipe médica;
- Executar os procedimentos assistenciais priorizando-os antes do preenchimento de qualquer formulário, só então segue-se com o registro das ações de enfermagem;
- A enfermeira deve, mensalmente, realizar orientações com sua equipe, sobre situações de fragilidades observadas no decorrer deste período, realizando registro com lista de presença;
- Todas as admissões devem ser acompanhadas pelo enfermeiro;
- Manter o dialogo constante, com a equipe de enfermagem e multiprofissional a fim de garantir a segurança das informações relacionadas ao paciente;
- Manter e preservar o sigilo das informações sobre o paciente e seu tratamento;
- A organização da unidade: livro ata de passagem de plantão, comunicação interna, relatório de alta e admissão, entre outros devem ser de conhecimento de todos e de fácil acesso;
- Ao enfermeiro dentro da Clínica Pediátrica cabe-lhe o papel de planejar, orientar e aplicar uma assistência humanizada de qualidade onde preservando sempre a segurança do paciente e de sua equipe;
- Realizar curativos dos pacientes pares e ímpares sempre que houver sujidade;
- Pacientes de alta encaminhar para Clínica Médica com banho e curativos realizados e dispositivos com correta identificação;
- Realizar curativos de CVC, lesões de pele e por pressão;
- Aspirar TOT e TQT e em casos extremos delegar atividade a um técnico já treinado sob a sua supervisão;
- Realizar fechamento do Balanço Hídrico a cada 6 horas e balanço final das 24 horas (FOR.250.GE BALANÇO HIDRICO);
- Realizar procedimentos inerentes ao enfermeiro: sondagem nasoentérica, sondagem vesical de demora, coleta de gasometria quando necessário; coleta de diurese estéril em SVD, coleta de sangue em CVC com registro de todos os procedimentos em prontuário (FOR.SAME.006.INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM E FOR.SAME.026.SAE.EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM);

- Conferir diariamente quanto a check-list da unidade o numero de bombas de infusão e outros equipamentos e materiais de uso permanente na Unidade; FOR.121.GE CHECK LIST DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DE EQUIPAMENTOS E ABERTURA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA;
- Zelar pela organização da unidade: posto de Enfermagem, leitos, armários, bancada e expurgo, e sala de equipamentos;
- Realizar registro em caderno de enfermagem conforme modelo pré-estabelecido em reunião e demais registros apenas em prontuário.
- Realizar preenchimento diário dos BUNDLES e sempre quando houver Inserção de PAI, CVC e SVD.

DEVERES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional da Clínica Pediátrica, só devem se ausentar na presença de um substituto para sua função;

- Para os pacientes admitidos na pediatria, os dados antropométricos (Altura, perímetro encefálico e peso) deve ser coletados em todas as admissões;
- O Técnico de Enfermagem auxilia o acompanhante durante o banho sempre que necessário;
- Todos os formulários devem ser preenchidos, em todos os seus campos, conforme a necessidade, com informações fidedígnas;
- Os cuidados de enfermagem devem ser realizados conforme prescrição do enfermeiro;
- É da responsabilidade do técnico os cuidados com material manipulado, a preservação do material e o transporte do mesmo para CME ou local de esterilização, conforme escala do dia feita pela enfermeira, devendo ser seguida rigorosamente nos horários estipulados pelo setor de CME;
- No momento da visita é solicitada uma discricção importante da equipe sobre comentários gerais, inoportunos, a fim de não gerar discórdia entre a equipe e a família;

Manter armários repostos e com estoque mínimo;

- Manter caixas de medicação dos pacientes dentro dos respectivos BINS;
- Manter caixas de pertences dos pacientes dentro dos armários, devendo estar devidamente identificadas com nº do leito e nome do paciente;
- Realizar banho diariamente nos pacientes pares (período diurno) e ímpares (período noturno) e TODOS os pacientes de alta deve ser realizado banho antes da saída da unidade;
- Trocar fixação da SNE no momento do banho (diariamente) e se houver sujidade; colocar nome e data do profissional na fixação;
- Trocar fixação de TOT e TQT no momento do banho e sempre que houver sujidade visível – colocar nome e data do profissional;
- Identificar todas as punções venosas realizadas (nome, data e calibre);

- Realizar fixação de SVD e troca quando necessário: homem na região supra-pública e mulher na face interna da coxa;
- Identificar com rótulo todos os soros e dietas (preencher todas as informações do rótulo);
- Mudar decúbito de 2/2h. Manter roupas sujas sempre no saco de Hamper fechado e levar fechado para o expurgo;
- Horário de Almoço deve ser rigorosamente seguido dentro de 1 hora, como pré-estabelecido na carga horária: dentro de uma hora almoçar e descansar;
- Receber e passar plantão no leito;
- Realizar cuidado integral: higiene, banho, medicações e BH;
- Ofertar dieta conforme entregue no setor;
- Entregar e buscar CME conforme horário;
- Aspirar VAS; aspirar TOT e TQT sob a supervisão direta do enfermeiro;
- Manter o expurgo limpo e organizado conforme escala;
- **Preparo do corpo pós-morte.**

DEVERES DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Realizar levantamento de quantidade de leitos ocupados, bloqueados e livres toda manhã para encaminhar e-mail ao NIR;

Providenciar cópia de formulários utilizados no setor;

- Repor material do almoxarifado;
- Assistir a assinatura de pontos dos funcionários do setor;
- Encaminhar prontuários ao SAME após conferir com o *check list*;
- Atender ao telefone do posto de enfermagem;
- Realizar recebimento das informações diversas do setor via telefone ou memorandos;
- Preparar documentos solicitados para composição de respostas diversas;
- Imprimir lista de presença e qualquer outro documento ou formulário solicitado;
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do superior imediato.
- Comunicar atendimento de outros serviços como: Serviço Social, Psicologia, etc, quando solicitado pelo Enfermeiro diarista ou plantonista.

A ADMISSÃO DO PACIENTE NA UTI

O supervisor de enfermagem e o técnico de enfermagem recebem o paciente da equipe do setor de origem, tomando ciência do quadro clínico do paciente.

As admissões nas UTI's são realizadas conforme a Gestão de Leitos pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR. A gestão é realizada nas 24h do dia, os sete dias da semana. As vagas são solicitadas ao NIR o qual disponibiliza o leito na UTI do perfil solicitado. O setor solicitante deve ligar na UTI onde foi ofertada a vaga, confirmar o leito, passar o quadro clínico do paciente e sinalizar a subida. Os critérios de admissão devem seguir rotina institucional.

Somente o NIR tem autonomia para realizar a gestão de leitos da UTI, logo receberemos qualquer paciente que for encaminhado á nossa unidade. Não trabalhamos com “reserva de leito” feita por outro setor que não seja o NIR.

A admissão do paciente acontece conforme Protocolo de Admissão do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Após a chegada do paciente o mesmo é transferido da maca para cama pela equipe de enfermagem, fisioterapia, maqueiros e equipe médica.

Após a acomodação do paciente no leito, o mesmo é avaliado e monitorado pela equipe e diante do quadro clínico são tomadas as condutas médicas e de enfermagem necessárias. Pacientes admitidos via regulação, ao passar no pronto atendimento deve ser feito banho com clorexidina degermante; transferências internas entre os setores, incluindoos pacientes que advém da clínica médica pro PA, não é necessário banho no paciente.

SOLICITAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS

A solicitação de insumos é realizada diariamente conforme necessidade e demandado setor por um técnico em enfermagem no **FOR..150.CF REQUISIÇÃO DE PRODUTOS HOSPITALARES**, que gera uma ordem de serviço de forma individualizada. A ordem de serviço é atendida pela farmácia satélite localizada nas unidades de UTI. A solicitação de medicamentos se dá através da prescrição médica, apresentando a segunda via da prescrição e, em situações emergenciais, a solicitação é feita de forma verbal ao técnico em farmácia e logo em seguida formalizada através da prescrição médica, sendo estas solicitações, funções do técnico de enfermagem da UTI.

A dispensação de medicamentos, ocorre através da entrega da prescrição na farmácia satélite. A farmácia satélite, por sua vez, confecciona e dispensa o Kit com os medicamentos, por paciente, para atender as próximas 24 horas. No Kit já são incluídos os materiais necessários para administração dos medicamentos prescritos.

Os medicamentos de uso coletivo (tais como almotolias com clorexidinas e álcool, Ipratrópio, lidocaína, pomadas para curativo e etc), são solicitados na farmácia satélite mediante a apresentação e devolução dos frascos vazios, durante a rotina de requisição ao final de cada plantão. Devendo estes serem identificados corretamente com data de abertura e responsável.

Os insumos de papelaria (canetas, papel A4, carbono, impressos dos formulários e etc) e descartáveis, são solicitados ao almoxarifado, duas vezes na semana, às segundas e quintas-feiras, pelo assistente administrativo, através do preenchimento de formulário de requisição.

MATERIAIS DE CME

A solicitação e devolução dos materiais da Central de Material de Esterilização é realizada diariamente mediante formulário de solicitação e em horários estipulados pelo CME.

O levantamento da quantidade de materiais é feito de acordo com o quantitativo de pacientes internados na Clínica Pediátrica, considerando a necessidade assistencial de cada paciente.

A entrega do material contaminado na CME, deve ocorrer nos horários preconizados, pela equipe que o gerou, devendo o enfermeiro determinar qual profissional executará a ação. Para isto, todos os EPIs devem ser utilizados corretamente.

Entrega de Materiais Contaminados na CME: a entrega de materiais no Centro de Materiais e Esterilização – CME no expurgo é realizado em carro próprio dentro dos padrões exigidos (carro fechado) e registrado através do **FOR.193 CONTROLE DE MATERIAIS ENVIADOS A CME.**

Requisição de materiais estéreis na CME: a retirada do material estéril é feita diretamente no Centro de Materiais e Esterilização – CME e com a apresentação do Formulário de Requisição devidamente preenchido pelo Técnico no **FOR.193 CONTROLE DE MATERIAIS ENVIADOS A CME.**

ELABORAÇÃO DO MAPA DE LEITO

O mapa de leito deve ser preenchido diariamente pela enfermeira, contendo a localização de cada paciente, bem como os leitos vagos, além da informação de quantas camas e berços estão disponíveis ou ocupados;

ALTA MELHORADO

A alta do paciente ocorre por meio de prescrição médica. Após a prescrição da alta a equipe enfermagem deve realizar orientações gerais sobre a alta e preparar o paciente para a saída. É importante realizar um registro preciso das condições do paciente durante a alta.

Na alta, deve ser preenchido o comunicado de alta, para autorizar a saída do paciente da Unidade, neste caso, este documento deve ser preenchido em 4 vias, sendo uma

destinada ao NIR para liberação do leito, uma para Nutrição, uma para a Farmácia e uma fica com o paciente e esta, ele entrega ao recepcionista na hora da saída.

A alta da Unidade de terapia intensiva acontece quando o paciente apresenta condições clínicas para ser transferido para o setor de internação/enfermaria, conforme critérios de alta estabelecidos pela instituição. A solicitação da vaga é feita ao NIR.

Após a confirmação e disponibilização da vaga pelo setor de internação o serviço social entra em contato com os familiares do paciente para que o acompanhem na saída da UTI para a enfermaria, conforme a rotina estabelecida. Priorizar os banhos dos pacientes de alta e quando possível promover banho de aspersão.

No momento de alta enviar todos os exames realizados na unidade e medicações a serem administradas para o setor de internação, junto com o FOR.258.GE.COMUNICADO DETRANSFERÊNCIA INTERNA, ALTA E ÓBITO EM 3 VIAS, sendo 1 via para o NIR, a segunda para a FARMÁCIA e terceira via NUTRIÇÃO. O Enfermeiro responsável pelo plantão e o maqueiro buscam o paciente na UTI e o encaminha ao leito de enfermaria. O registro da alta é feito via prontuário e prescrição médica.

TRANSFERÊNCIA

A transferência para outra unidade acontece quando o paciente internado não é perfil da instituição. O Núcleo Interno de Regulação – NIR solicita através da AIH feita pelo médico plantonista. Após a confirmação da vaga, o familiar ou responsável pelo paciente é comunicado da transferência e solicitada a presença para acompanhar no transporte.

O paciente é transferido na ambulância da instituição com equipe composta por: Médico, enfermeiro e técnico em enfermagem, após a transferência do paciente e confirmação da transferência o enfermeiro faz o registro no prontuário e preenche o formulário de transporte e transferência FOR. SAME.028 TRANSPORTE E TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE e libera o leito.

REALIZAÇÃO DE EXAMES

Há alguns exames que ainda não são realizados na Unidade, nestes casos devem ser solicitados ao NIR para que sejam realizados em outra instituição, devendo sempre, quando transferido, o paciente ser acompanhado por um profissional de enfermagem da Unidade. Nos casos dos exames que são realizados no hospital, o laboratório é quem realiza a coleta das amostras, sendo assim, no momento que o exame for solicitado, o laboratório deve ser acionado para realizar o exame.

EXAMES POR IMAGEM

A solicitação é feita via FOR.SAME.024 SOLICITAÇÃO DE EXAMES, não havendo a necessidade de impressão. O Raio-X é realizado no SADT. Para a realização do mesmo o

paciente é transportado da UTI para a área de exames, a equipe de transporte é composta por médico plantonista, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico em enfermagem e um maqueiro

EXAME LABORATORIAIS

A solicitação dos exames é feita via solicitação de exames. A coleta de amostra para exames laboratoriais é feita no leito. Amostra de material para gasometria, é coletado pelo enfermeiro quando o paciente está com monitorização invasiva. As demais amostras são coletadas pelo coletador do laboratório conforme rotina institucional.

EXAMES EXTERNOS

O agendamento de exames externos é solicitado pelo assistente administrativo do NIR de segunda a sexta das 08:00 h às 18:00 h e pelo enfermeiro assistencial nos demais horários. É feita a solicitação APAC pelo médico plantonista e entregue ao e que encaminha ao NIR que faz o agendamento do exame solicitado. Após a confirmação do agendamento do exame o serviço social entra em contato com a família ou responsável pelo paciente para informar sobre o agendamento do exame e solicita a presença do mesmo para acompanhar o transporte do paciente. O transporte do paciente é agendado pelo enfermeiro assistencial e é composto pelos seguintes profissionais: por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização exclusiva para atender setor. As UTIs são classificadas como áreas críticas, devendo a desinfecção terminal ser realizada com intervalos não superiores a 07 (sete) dias. No caso da limpeza concorrente, esta deve ser realizada duas vezes a cada 24 horas.

No que se refere a enfermaria com leitos ocupados, a higienização do leito e dos equipamentos médico-hospitalares deve ser feita pelo técnico de enfermagem, seguindo a periodicidade de três vezes ao dia.

Todos os equipamentos do setor devem, necessariamente, ser armazenados, na sala de equipamentos, após sua higienização adequada, que também deve ser feita pela equipe de enfermagem. Após a higienização deve-se fixar uma etiqueta identificando a ação. Após 7 (sete) dias de armazenamento, sem uso, mesmo higienizado, o equipamento deve ser limpo novamente antes do uso com pacientes.

CONTROLE DA CHEGAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro supervisor no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro assistencial duas vezes ao dia às 07 h e às 19 h e fixada no caderno de controle de teste do aparelho, e mensalmente realizado checagem pela engenharia clínica.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por semana e após abertura do mesmo (pelo enfermeiro diarista e/ou assistencial). A conferência é feita por um enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feita em documento específico **FOR.265.CF.CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA ADULTO**, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre numerado disponibilizados pela farmácia satélite. É feita também à conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença da tábua de massagem, presença do lacre e presença de 01 fio guia, 01 ambu e um vidro de aspiração.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição. É feita a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença do lacre e cilindro de oxigênio.

CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

Os psicotrópicos devem ser dispensados aos pacientes apenas mediante prescrição médica e ficha de controle especial, direto pela farmácia satélite, devendo seu preparo e administração serem supervisionados pelo enfermeiro.

O controle dos psicotrópicos dispensados aos pacientes internados nas UTI's é realizado e registrado pelo enfermeiro assistencial, onde o medicamento é entregue na farmácia satélite da unidade e toda dispensação é feita via Prescrição Médica e Receituário do Psicotrópico **FOR.133.CF RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL DE USO PRIVATIVO** carimbado e assinado pelo médico plantonista. Após o recebimento o medicamento é acondicionado em local adequado e mantido trancado até o momento da administração.

CONTROLE DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. É realizada a conferência diária dos equipamentos e semipermanentes do setor por um técnico de enfermagem escalado no apoio pelo enfermeiro supervisor para tal

atividade. O controle de material e equipamentos do setor é feito diariamente pelo Enfermeiro e técnico de enfermagem conforme escala.

ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFA

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem, conforme jornada de trabalho do colaborador. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente pelo enfermeiro supervisor e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro supervisor faz a readequação.

O colaborador deve realizar suas refeições todas (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) apenas no refeitório.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 para os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo, incluindo a pausa para as refeições.

TROCAS

Os colaboradores podem solicitar até 03 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao Supervisor que encaminhará ao coordenador do setor para validação / aprovação e assinatura de ambos.

ATESTADOS

Os profissionais de enfermagem podem, com escala 12x36, solicitar até 03 trocas mensais através do FOR.163.CRH.TROCA DE PLANTÃO, conforme ACORDO COLETIVO DE TRABALHO 2017/2019, Clausula vigésima segunda, paragrafo único. Tal solicitação é entregue ao Coordenador de Enfermagem da UTI para validação / aprovação.

Os Atestados Médicos deverão ser entregues, com o prazo de até 24 horas da data de início, à Coordenação de Enfermagem, devendo conter: o CID, assinatura do profissional, carimbo e assinatura do médico. Não serão aceitos atestados com: rasuras, correções feitas com corretivo, atestados ilegíveis e atestados excedentes ao prazo determinado de 24 horas.

Os Atestados de comparecimento e acompanhante, serão aceitos somente para justificativa da ausência do colaborador no plantão, portanto o mesmo não abonará sua falta, mas apenas justificará a falta evitando aplicação de medida disciplinar.

Referente as ausências, por conta do falecimento de entes queridos, somente serão aceitos documentos de justificativas (atestados de óbito) quando o óbito for de parentes de 1º Grau (Pais, filhos e Cônjuges)

ALTA POR ÓBITO

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo médico. A equipe técnica em enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. A Enfermeira supervisora solicita no serviço social o formulário para encaminhamento ao IML / SVO ou a declaração de óbito, entrega para o médico atestar. A Enfermeira supervisora registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro.

Para o Controle de óbito na unidade utiliza-se o **FOR.167.CNIR. CONTROLE DE ÓBITO**. Na hora da entrega do corpo à funerária e SVO ou IML preenche-se o **FOR.302.GECONTROLE DE ENTREGA DO CORPO PARA FUNERÁRIA**.

PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e às 19:00 após as trocas de equipe. Deve ser realizada no interior do setor, passando leito por leito., onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passa a história do paciente, intercorrências e pendências.

REALIZAÇÃO DE CUIDADOS E PROCEDIMENTOS

A realização de cuidados e procedimentos são realizadas tendo como referência os protocolos institucionais (POPs) disponibilizados no drive.

REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Diariamente o Enfermeiro supervisor e técnico em enfermagem fazem o registro nos formulários de enfermagem. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve no setor. O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas sobre o plantão, intercorrências e pendências.

ROTINA DE VISTORIA E LIMPEZA DA UTI

Diariamente o Enfermeiro supervisor e técnico em enfermagem fazem o registro nos formulários de enfermagem. Além da evolução diária, deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve no setor. O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas sobre o plantão, intercorrências e pendências.

Segunda Dia: Verificar os alimentos na geladeira da copa e desprezar tudo que não estiver de corretamente armazenados e vencidos.

Segunda Noite: Limpar com compressa embebida com o degermante preconizado e Organizar o posto de enfermagem (armários que se encontra dentro da UTI).

Sexta dia: Levar para CME todo e qualquer material vencido como (respirador, ambu, umidificador, látex, bandejas entre outros). Fazer requisição na farmácia de insumos usado no posto.

Sábado dia: Limpar com água e degermante preconizado e organizar armários e bandejas da sala de materiais de estoque como (PICC, KTU, COT) entre outros. **Sábado noite:** Limpar com água e degermante preconizado e organizar sala de equipamento sendo limpar as mesmas e organizar armários. Lavar incubadora de reserva.

Domingo Dia: Limpar os *bins* com compressa e o degermante preconizado na unidade e geladeira da sala de medicação.

Domingo Noite: Conferir medicações e validades.

REGRAS PARA OS VISITANTES

A área destinada a espera de visitantes localiza-se na entrada do setor, onde disponibilizamos cadeiras para a melhor acomodação. Os visitantes são acolhidos, orientados pela recepção e encaminhados às UTI's pelo Auxiliar Administrativo de cada UTI.

Os pacientes internados na unidade permanecerão sem acompanhantes, sendo permitida a visita estendida das 15:00 às 17:00. É permitidos que duas pessoas visite o paciente, não havendo a possibilidade de rodízio das visitas, apenas em casos exclusivos, onde a psicologia e o serviço social providenciarão a autorização para entrada fora do horário pré- estabelecido.

É VEDADO AO VISITANTE:

- Entrada de crianças com idade inferior a 14 anos;
- 1 Realizar a visita trajando shorts, camisetas regatas, bonés/chapéus, mini-blusas, mini-saias, sem calçados e/ou com vestimentas que não sejam adequadas ao ambiente hospitalar;
- Utilizar aparelho celular durante a visita;
- Transitar pela unidade;
- Dirigir-se a outros leitos;
- Sentar-se na cama;
- Entrada de alimentos na unidade;
- Tirar fotos e/ou realizar filmagens do paciente ou da unidade hospitalar;
- Entrar com arranjos florais, imagens sacras e orações impressas;

- Adentrar a UTI, portando bolsas, sacolas, e demais objetos.

Horário das visitas: Segunda a Domingo das 15:00 às 17:00 horas onde :

UTI 1 ás – 15:00 às 17:00;

UTI 2 ás 15:30 às 17:30.

Sendo o tempo de permanência dentro das unidades é de até 2 horas.

Informações médicas: serão fornecidas pessoalmente nos horários de visita de segunda ádomingo e por meio de boletim medico via telefone ás 08:00h e ás 20:00h.

Informações de enfermagem: serão fornecidas pessoalmente pelo enfermeiro assistencialnos horários de visita de segunda á domingo.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- A notícia do óbito é dada exclusivamente pelo médico para a família, pessoalmente; caso necessário, por algum motivo outro, o médico deverá conversar com um familiar por telefone a notícia do óbito será passada por ele conforme sua avaliação;
- Todo e qualquer evento adverso, com ou sem Dano, inclusive o Near Miss (quase erro) devem ser notificados imediatamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente);
- Toda doença de notificação compulsória, seja nos casos de suspeita ou diagnóstico confirmado, a depender da patologia, conforme orientação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da prefeitura, deve ser preenchida, completamente e sem rasuras, a ficha de notificação compulsória, pelo enfermeiro e encaminhada ao SCIRAS, mantendo uma cópia no prontuário do paciente.

1.1.1.2 PROTOCOLO CME

POP 01 - CME – CONTROLE DE DATA LIMITE DE UTILIZAÇÃO

Rotina/Procedimento

--	--	--

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 01	
	CME – Controle de data limite de utilização	
	EXECUTANTE:	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:

- Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida do processo de esterilização.

Etapas do Processo:

- **Data limite de uso do produto esterilizado:** é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;
- **Tecido de algodão-** 7 dias
- **Embalagem Tyvec e papel grau cirúrgico-** validade 03 meses
- **Embalagens SMS** - validade de 6 meses
- O tempo de vida só deve ser considerado se a embalagem estiver **íntegra**. A perda da esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote.
- Disponibilizar identificação do processo e prazo de validade (2 meses para SMS e 03 meses para papel grau cirúrgico e tyvec) a partir da data de preparo.

- Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente, e nas demais embalagens, na última semana do mês, retirando os materiais a vencerem em 5 dias e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens.
- Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens).

Responsável pelo processo:

- ✓ Equipe de enfermagem

POP 02 - CME – LEITURA DE TESTE BIOLÓGICO

Rotina/Procedimento

	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 02</p>	
	<p>CME – Leitura de teste Biológico</p>	
	<p>EXECUTANTE: Equipe de enfermagem</p>	<p>Emissão: 18/03/21</p> <p>Revisão: 18/03/22</p>

Objetivo:

- Monitorar o processo de esterilização

Etapas do Processo:

- Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico semanalmente, na primeira carga do dia e em pacotes disponíveis pelo CME.
- Colocar a ampola-teste dentro do pacote-teste e processe-o juntamente com o restante da carga.
- Retirar a ampola-teste do pacote processado no vapor e deixar resfriar por 10 minutos.
- Posicionar a ampola-teste inclinando-a (ângulo de 45o) na posição central do compartimento específico. Empurrá-la para frente. A ampola de vidro quebrará no interior da ampola de plástico. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente á tira com bacilo. Incubar o indicador biológico nos compartimentos.
- Proceder da mesma forma para uma ampola não processada, para utilizá-la como controle- positivo.
- Observar resultado positivo para a ampola controle, ao final de 12 horas
- Observar resultado negativo para a ampola teste , ao final de 12 horas
- Observar resultado negativo para a ampola teste, ao final de 24 horas, com permanência de coloração azul púrpura.
- Observar resultado positivo para a ampola teste, ao final de 24 horas, com mudança de coloração azul púrpura para amarelo.
- Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros. Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado.
- Descartar as ampolas em caixa de perfuro-cortantes.

Responsável pelo processo:

- ✓ Equipe de enfermagem

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 03	
	CME – Leitura do integrador químico Classe 05	

	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22
--	----------------------------------	--

Objetivo:

Efetuar a monitorização das condições de esterilização a vapor para liberação de carga

Etapas do Processo:

- Utilizar no primeiro ciclo de cada dia.
- Acondicionar o integrador dentro de um pacote individual.
- Acondicionar todos os instrumentos cirúrgicos dentro da autoclave de modo que não ultrapasse 80% de sua capacidade.
- É importante que o **indicador** seja posicionado junto ao material que será esterilizado em locais diversos da autoclave, de preferência nos pontos de maior dificuldade de acesso para o vapor saturado
- Avaliar mudança de cor, o quadrado que antes rosa, agora deve ser igual ou mais escuro que a cor da flecha indicativa.
- Caso não ocorra a mudança de cor, todo material deve ser esterilizado novamente com nova tira de integrador.
- Registre o resultado na ficha de monitoramento.

Responsável pelo processo:

- ✓ Equipe de enfermagem

	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 04</p>	
	CME – Limpeza de Instrumentos para esterilizar	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	<p>Emissão: 18/03/21</p> <p>Revisão: 18/03/22</p>

Objetivo:
Remover a sujidade dos materiais
Etapas do Processo:
Limpeza Manual:
<ul style="list-style-type: none"> • Fricção com escova macia e/ou esponja, atentando para ranhuras, articulações, concavidades e lumens do material. Ex: Instrumentais, circuito respiratório, etc. • O artigo deve ser imerso, por completo, em água com detergente enzimático ou sabão neutro líquido, friccionado, enxaguado em água corrente abundante e seco.
Observação:
<ul style="list-style-type: none"> • Após a limpeza, deve ser feita revisão de todo material, com cuidado especial para ranhuras e lumens, para detecção de sujidade; • A escolha da alternativa de limpeza deve levar em conta a realidade de cada unidade e a natureza do artigo a ser processado; • O uso dos EPIs pelo servidor, é obrigatório nesta fase.

<p>Secagem: Deve ser feita rigorosamente utilizando-se:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pano limpo e seco; • Secadoras de ar quente; • Ar comprimido.

<p>Produtos de limpeza:</p>
<p>Detergente Neutro:</p>
<p>São produtos que contém tensoativos em sua formulação, com a finalidade de limpar através de redução da tensão superficial, umectação, dispersão, suspensão e emulsificação da sujeira.</p>
<p>Detergente Enzimático:</p>
<p>À base de enzimas e surfactantes, não-iônico, com pH neutro, destinado a dissolver e digerir sangue, restos mucosos, fezes, vômito e outros restos orgânicos de instrumental cirúrgico, endoscópios e artigos em geral. As enzimas que promovem a quebra da matéria orgânica são basicamente de três tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Proteases: decompõem as proteínas 2- Amilases: decompõem os carboidratos 3- Lipases: decompõem as gorduras

POP 05 - CME – EMPACOTAMENTO DOS MATERIAIS

	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO -</p> <p>POP 05</p>	
	<p>CME – Empacotamento dos materiais</p>	

	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22
--	----------------------------------	--

Objetivo:

Garantir a esterilidade do material.

Empacotamento:

- Peso máximo de 5 Kg;
- Embalagem adequada ao volume do material.
- Não deixá-los muito apertados, para que o agente esterilizante possa penetrar facilmente nem muito folgados para que não se desfaçam, permitindo contaminação durante o manuseio.

Papel grau:

- ▢ É um laminado com duas faces de papel (uso industrial) ou uma face de papel e outra com filme transparente.
- ▢ Permeável ao vapor e óxido de etileno;
- ▢ Resistente a temperaturas de até 160° C;
- ▢ Impermeável a microorganismos, oferecendo segurança ao material esterilizado;
- ▢ Validade de esterilização de acordo com as condições de estocagem e integridade da embalagem;
- ▢ Não pode ser reaproveitado porque torna-se impermeável ao agente esterilizante após uma esterilização;
- ▢ O ar deve ser removido ao máximo da embalagem para evitar ruptura dos pacotes por expansão do mesmo.

Identificação:

Todo o material a ser esterilizado deve ser identificado na própria fita (ou etiqueta) adesiva com os seguintes dados:

- Identificação do material (curativo, etc);
- data;
- assinatura legível do servidor que preparou.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP 06	
	CME – Limpeza de tubos de aspiração e oxigenio (silicone ou látex)	
	EXECUTANTE: Equipe de enfermagem	Emissão: 18/03/21 Revisão: 18/03/22

Objetivo:

Remover a sujidade dos materiais

Etapas do Processo:

Após uso, passar em jato de água corrente imediatamente, para retirar excesso de matéria orgânica; • Imergir em solução de sabão neutro de 20 a 30 minutos;

- Levar para pia, friccionando toda extensão da borracha para retirada total da sujidade;
- Enxaguar em água corrente;

- Colocar para escorrer o excesso de água em suporte;
- Encaminhar para preparo, após inspeção visual;
- Todo tubo usado em procedimento de grande sujidade (pús, fezes, etc) deve ser desprezado no local do procedimento;
- Os tubos novos devem ser lavados antes do preparo;
- Separar por tamanho (máximo 1,50m), enrolar em círculo frouxo
- Fixar e identificar
- Encaminhar para esterilização

OBS: As borrachas deverão ser preparadas ainda úmidas internamente, para facilitar a penetração de vapor no lúmen.

DESINFECÇÃO QUÍMICA DE MATERIAL

Rotina/Procedimento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
	USO DO ACÍDO PERACÉTICO	
	EXECUTANTE: EQUIPE DE ENFERMAGEM	Emissão: 20/09/21 Revisão: 20/09/22

Objetivo:

- Promover processo de desinfecção de alto nível dos artigos semicríticos, por meio de imersão em ácido peracético 0,25%.

Recursos necessários:

- EPIs;
- Solução de ácido Peracético;
- Recipiente de polietileno ou similar, com tampa;
- Água potável;
- Compressas gaze não estéreis;
- Frasco graduado ou Seringa 20ml;
- Saco plástico;
- Pinça longa;

Etapas do Processo:

Diluição do Produto:

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os
- Colocar água potável no recipiente, de acordo com o volume desejado e concentração do ácido disponível, conforme tabela abaixo;
- Utilizar o frasco graduado ou seringa para medir o volume de Ácido Peracético concentrado;
- Adicionar o ácido concentrado (com cuidado para não respingar) no recipiente com água;
- Identificar o recipiente contendo: nome da solução, data, horário, nome e assinatura de quem preparou.

Volumes para preparar UM LITRO de solução pronta para uso (0,25%):

Concentração do Ácido disponível na Unidade	Volume Ácido Concentrado	Volume Água
3%	83ml	917ml
4%	62,5 ml	937,5 ml
4,5%	55,5 ml	944,5 ml
5%	50 ml	950 ml

Testagem do Produto:

- ☐ Higienizar as mãos;
- ☐ Diariamente, antes da utilização, fazer validação com fita para medir a concentração de Ácido Peracético visando verificar a conformidade da concentração;
- ☐ Mergulhar a região absorvente da fita na solução diluída por 01 segundo.
- ☐ Remover o excesso da amostra agitando cuidadosamente.
- ☐ Após 30 segundos comparar a cor da ponta da fita com as cores padrões que constam no frasco; ☐ Se concentração estiver adequada (cor mais escura), seguir para utilização;
- ☐ Se concentração estiver inadequada, descartar a solução e realizar nova diluição.

Utilização:

- ☐ Higienizar as mãos;
- ☐ Paramentar-se com os EPIs indicados
- ☐ Desconectar as peças e lavar o material com água e sabão antes da exposição ao agente desinfetante;
- ☐ Enxaguar o material abundantemente em água corrente, para remoção completa dos detritos;
- ☐ Deixar escorrer a água do material e/ou secar com compressa de gaze, a fim de não deixar água no material evitando a diluição da solução;
- ☐ Imergir totalmente o material na solução de ácido peracético;
- ☐ Tampar o recipiente;
- ☐ Respeitar o tempo de exposição definido pelo fabricante (10 à 30 min);
- ☐ Retirar (utilizando luvas de procedimento e óculos de proteção) o material da solução com auxílio da pinça longa;
- ☐ Enxaguar (utilizando luvas e óculos de proteção), os artigos com água limpa em abundância, para remover o odor e qualquer resíduo químico do ácido peracético, que possa causar danos à pele e mucosas.
- ☐ Secar com compressa de gaze;

- ☐ Acondicionar material em saco plástico;
- ☐ Rotular com a data da embalagem e nome do profissional responsável;
- ☐ Higienizar as mãos;
- ☐ Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Precauções para manuseio seguro

- ☐ Não deve entrar em contato com materiais orgânicos;
- ☐ Manter afastado do calor (atenção: pode incendiar sobre ação do calor);
- ☐ Manter afastado de produtos incompatíveis (ácidos, bases, metais, sais de metais pesados, sais de metal em pó, agentes redutores e materiais inflamáveis); Medidas de higiene
- ☐ Em caso de derramamento, remover imediatamente a roupa e os sapatos contaminados;
- ☐ Lavar o vestuário contaminado antes de voltar a usá-lo;
- ☐ Não comer, beber ou fumar durante o uso

Derramamentos:

- ☐ Em caso de derramamento evacuar a unidade imediatamente e entrar em contato com o SESMT
- ☐ Em caso de intoxicação entrar em contato com CIT - Goiás - **0800-646-4350**.

Responsável pela elaboração: Natalia Bolonhini		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

1.1.1.3 PROTOCOLO BLOCO CIRÚRGICO

NORMAS E ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO

No Centro Cirúrgico são realizados variados procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, conforme as especialidades médicas atuantes na Unidade, que exige da equipe de enfermagem o conhecimento pleno dos processos de trabalho necessários ao desenvolvimento das atividades de assistência à saúde dos pacientes.

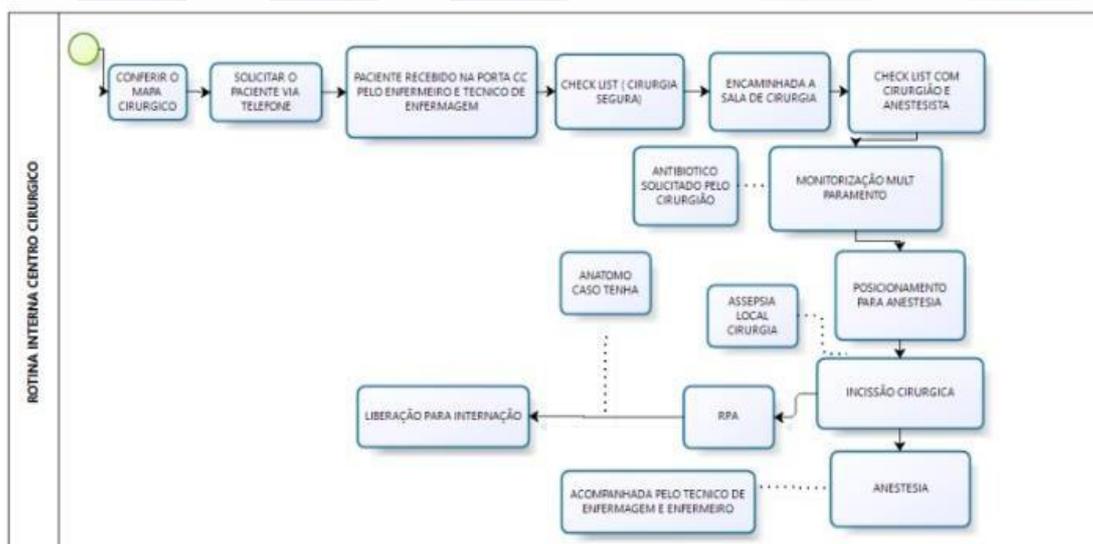
LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

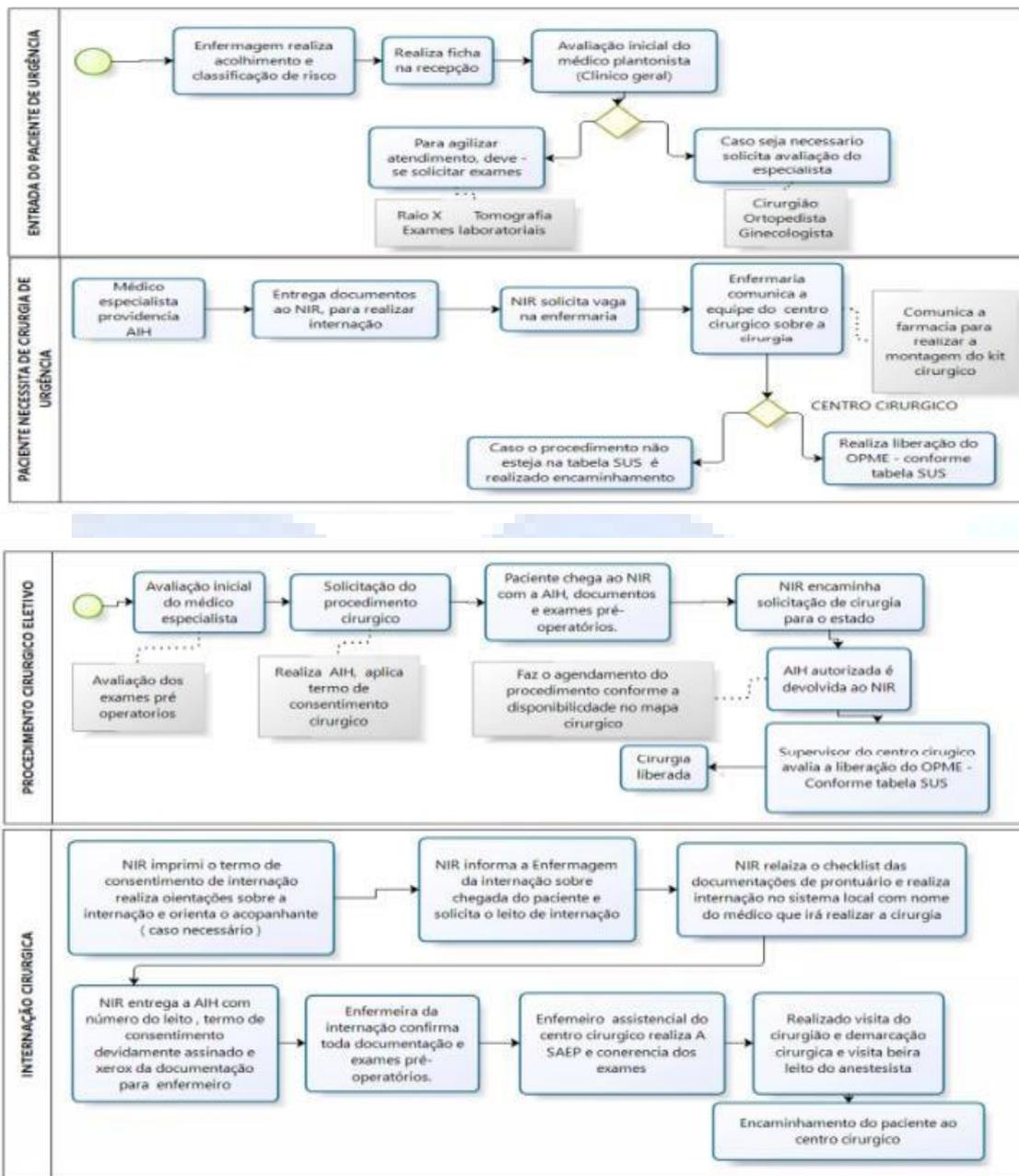
O Centro cirúrgico encontra-se em funcionamento em área fechada (privativa) obtendo placa de identificação do setor.

E funciona efetivamente das 07h00 às 19h00 de segunda à segunda, independente de feriados de forma presencial, sendo que das 19h00 às 07h00, o serviço funciona no regime de sobreaviso, ficando sob a responsabilidade da equipe escalada. A equipe de sobreaviso é comunicada pelo NIR via ligação com período de 15 minutos para a chegada a unidade.

Os ambientes dispõem de instalações preconizadas pela RDC 50/2002 que são: oxigênio, óxido nitroso, vácuo clínico, ar comprimido medicinal e nitrogênio todos canalizados, ar- condicionado central e trocas de ar, sistema de telefonia.

MAPEAMENTO DE MACROPROCESSO





MANUAL DE ROTINAS:

Início da rotina

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
-------	----------------	-----------------

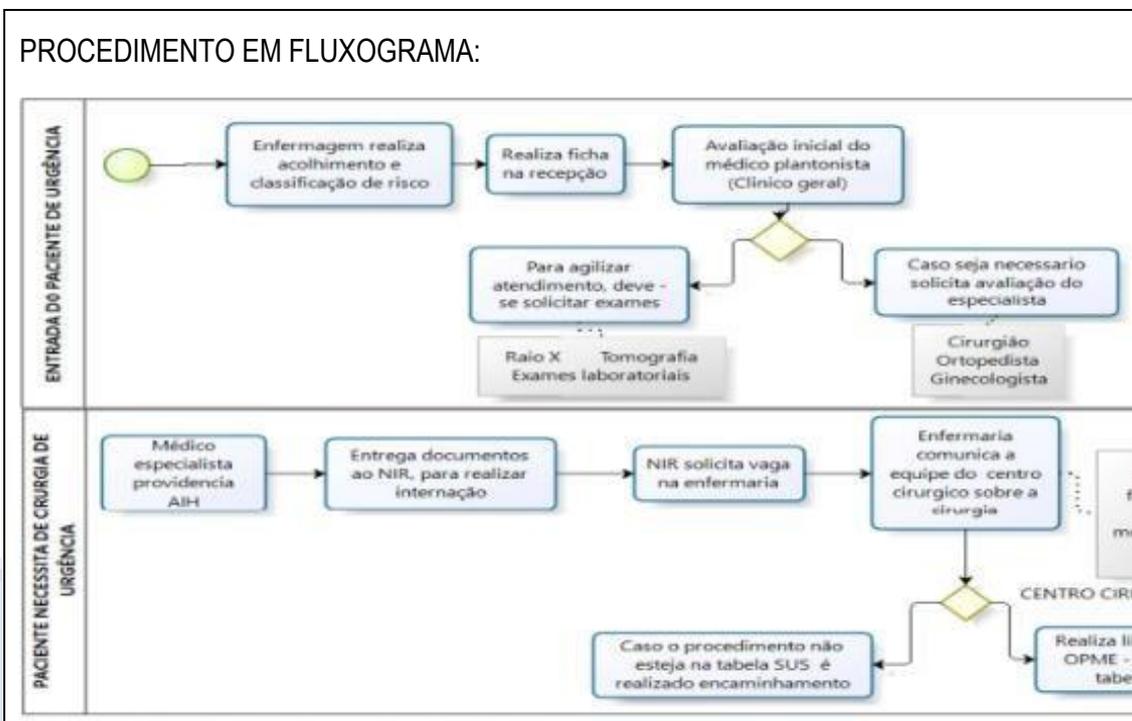
1	Avaliação inicial do médico especialista, avaliação dos exames pré-operatórios.	CIRURGIÃO
2	Solicitação do procedimento cirúrgico, cirurgião realiza AIH, aplica termo de consentimento cirúrgico.	CIRURGIÃO
3	Paciente chega ao NIR com a AIH, documentos e exames pré-operatórios.	PACIENTE
4	NIR encaminha solicitação de cirurgia para o estado.	FUNCIONARIO DO SETOR
5	Com a AIH autorizada é devolvida ao NIR, faz o agendamento do procedimento conforme a disponibilidade no mapa cirúrgico.	FUNCIONARIO DO SETOR
6	Supervisor do Centro Cirúrgico avalia a liberação do OPME- conforme tabela SUS.	SUPERVISOR CENTRO CIRURGICO
PROCEDIMENTO EM FLUXOGRAMA:		

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	NIR imprime o termo de consentimento de internação realiza orientação sobre a internação e orienta o acompanhante (caso necessário).	FUNCIONARIO DO SETOR
2	NIR informa a enfermagem da internação sobre chegada do paciente e solicita o leito de internação.	FUNCIONARIO DO SETOR

3	NIR realiza check list das documentações de prontuário e realiza internação no sistema local com nome médico que irá realizar a cirurgia.	FUNCIONARIO DO SETOR
4	NIR entrega AIH com número do leito, termo de consentimento devidamente assinado e xerox da documentação para enfermeiro.	FUNCIONARIO DO SETOR
5	Enfermeira da internação confirma toda a documentação e exames pré existente e faz orientação como descrito em fluxo de rotinas de internação de pacientes cirúrgicos.	ENFERMEIRA DA INTERNAÇÃO
6	Enfermeiro assistencial do Centro Cirúrgico realiza a SAEP e coerência dos exames.	ENFERMEIRA DO CENTRO CIRURGICO
7	Cirurgião realiza visita beira leito para demarcação cirúrgica.	CIRURGIÃO
8	Visita beira leito do anestesista para orientação e assinatura do termo cirúrgico.	ANESTESISTA
9	Aguardando liberação do centro cirúrgico para encaminhar o paciente.	TECNICO DE ENFERMAGEM, MAQUEIRO
PROCEDIMENTO EM FLUXOGRAMA:		

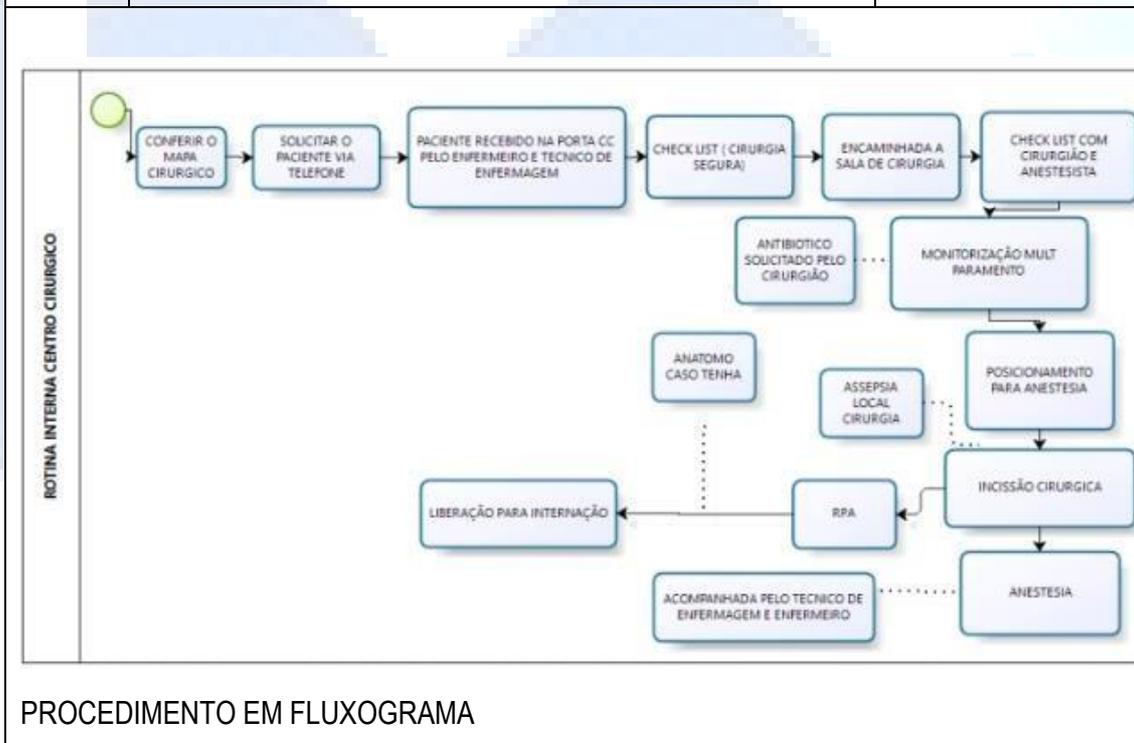
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Enfermagem realiza acolhimento e classificação de risco.	ENFERMEIRO DO ACOLHIMENTO
2	Paciente, acompanhante ou serviço de atendimento móvel(CBM/SAMU) realiza ficha na recepção.	FUNCIONÁRIO DOR SETOR
3	Avaliação inicial do médico plantonista (clínico geral).	MEDICO PLANTONISTA
4	Solicitação de exames laboratoriais, raio x e ou tomografia, solicitar avaliação do especialista.	MEDICO PLANTONISTA
5	Médico especialista providencia AIH e entrega documentação ao NIR para realizar internação.	MEDICO ESPECIALISTA
6	NIR solicita vaga na enfermagem, realiza internação no sistema local com nome do médico cirurgião, vincula paciente ao centro cirúrgico.	FUNCIONÁRIO DOR SETOR
7	NIR e ou enfermeiro da internação comunica o centro cirúrgico e a farmácia (montagem do kit cirúrgico) sobre a cirurgia.	FUNCIONÁRIO DOR SETOR, ENFERMEIRO DA INTERNAÇÃO
8	Avalia a liberação do material e ou OPME conforme tabela SUS.	SUPERVISORA DO CENTRO CIRURGICO
9	Caso procedimento não seja compatível com atendimento e ou tabela SUS é realizado encaminhamento.	SUPERVISORA DO CENTRO CIRURGICO, FUNCIONARIO DO SETOR

PROCEDIMENTO EM FLUXOGRAMA:



Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Conferir o mapa cirúrgico obedecendo horário agendado nom mesmo e material solicitado para o procedimento.	ENFERMEIRO DO CC
2	Solicita paciente via telefone na enfermaria.	TECNICO ENFERMAGEM DE
3	Receber paciente na sala de recepção do paciente, fazer check list(cirurgia segura).	ENFERMEIRO TECNICO ENFERMAGEM E DE
4	Encaminhar paciente a sala operatório identificando o quadro de aviso na porta da sala com dados do paciente.	TECNICO ENFERMAGEM DE
5	Check list (cirurgia segura).	CIRURGIÃO, ANESTESISTA ENFERMEIRO E
6	Monitorização multiparamétrica, antibiótico caso solicitado pelo cirurgião.	TECNICA ENFERMAGEM DE

7	Posicionar paciente para anestesia.	TECNICA ENFERMAGEM	DE
8	Assepsia região da incisão cirúrgica.	TECNICA ENFERMAGEM	DE
9	Cirurgia propriamente dita.	CIRURGIÃO, AUXILIAR INSTRUMENTADOR	1º E
10	Liberado para o RPA.	ANESTESISTA TECNICO ENFERMAGEM	E DE
11	Encaminhado a enfermaria, levando material de anatomopatológico caso tenha algum.	TECNICA ENFERMAGEM	DE



PROCOLOS CENTRO CIRURGICO

Segue abaixo os títulos dos Procedimentos operacionais padrões exigentes para obom funcionamento do Centro Cirúrgico:

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

1. OBJETIVO

Acompanhar a evolução do quadro clínico do paciente na sala de recuperação pós-anestésica visando a segurança dos processos a serem aplicados nesta área.

2. APLICAÇÃO

Centro cirúrgico

3. DEFINIÇÃO

3.1. RPA: Recuperação Pós-Anestésica, Local destinado a receber o paciente em pós-operatório imediato até que recupere a consciência e tenha seus sinais vitais estáveis.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

4.1. Receber paciente

- 4.1.1. Conferir identificação do paciente.
- 4.1.2. Posicionar paciente em maca.
- 4.1.3. Elevar grades, identificação beira leitos, risco de queda e alergia.
- 4.1.4. Monitorizar, avaliar e anotar ssvv de 15 em 15 minutos.
- 4.1.5. Manter vias aéreas permeáveis.
- 4.1.6. Se spo2 menor que 90%, ofertar O2.
- 4.1.7. Promover conforto e aquecimento
- 4.1.8. Observar sangramento.
- 4.1.9. Avaliar e quantificar dor, administrar terapia algica prescrita.
- 4.1.10. Verificar nível de consciência.
- 4.1.11. Identificar pvp ou central, curativos, sondas e drenos.
- 4.1.12. Permanecer junto ao paciente até que o mesmo seja transferido para o leito.

4.2. Anotações de ficha de SRPA

- 4.2.1. Anotar patologias pre-existentes.
- 4.2.2. Medicamentos pré-anestésicos.
- 4.2.3. Horário de entrada.
- 4.2.4. Início da anestesia.
- 4.2.5. Nome do anestesiológico.
- 4.2.6. Técnica anestésica.
- 4.2.7. Drogas-(inalatórias)-(venosas)-(locais).
- 4.2.8. Cirurgia realizada-(cirurgião e auxiliar).

4.2.9. Reposição volêmica.

4.2.10. Intercorrências intra-operatória

4.2.11. Pupilas

4.3. Anotações de sinais vitais junto ao Aldrete

4.3.1. Admissão; (hora, data)

4.3.2. PA

4.3.3. FC

4.3.4. FR

4.3.5. T

4.3.6. SPO2

4.3.7. GLICEMIA

4.3.8. ALDRETE

4.4. Intercorrências em RPA

4.4.1. Tratamento da complicação

4.4.2. Condições de alta

4.4.3. índice de aldrete

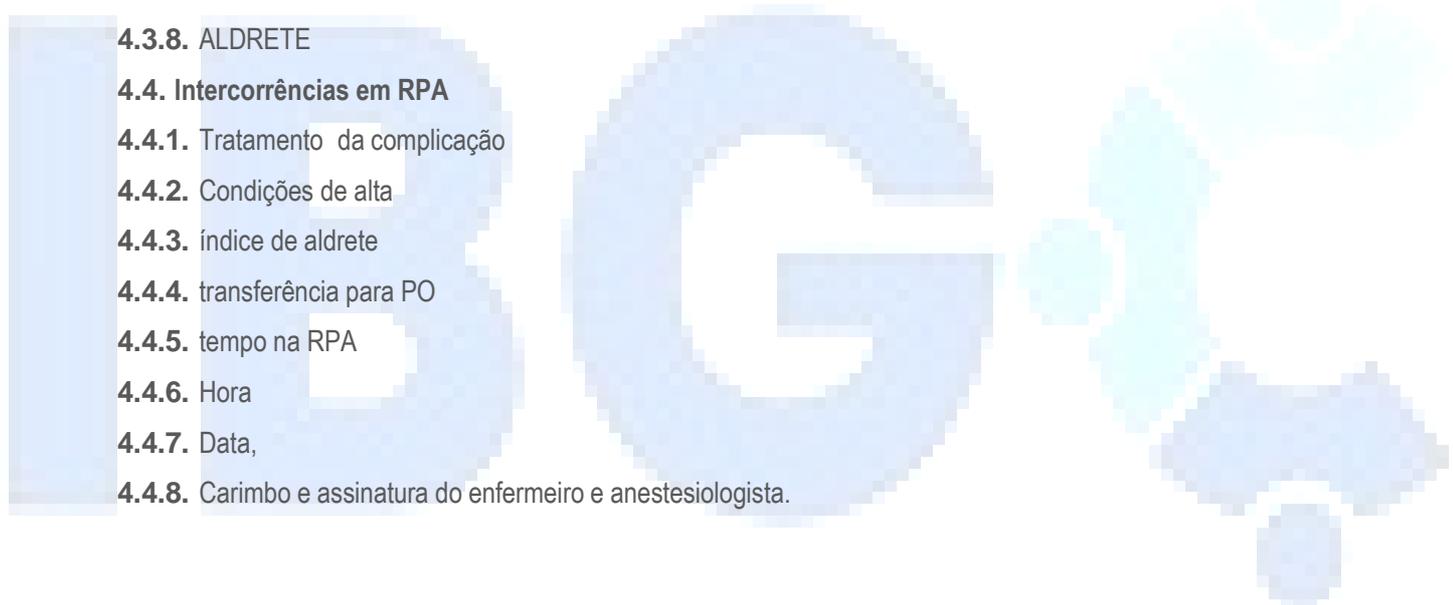
4.4.4. transferência para PO

4.4.5. tempo na RPA

4.4.6. Hora

4.4.7. Data,

4.4.8. Carimbo e assinatura do enfermeiro e anestesiológico.



4.5. Escore recebido pós anestésico

ESCORE RECEBIDO PÓS ANESTÉSICO	ENTRADA	15'	30'	45'	60'	ALTA
ATIVIDADE (Hábil para movimentar voluntariamente ou sob comando)						
Às 4 extremidades	2	2	2	2	2	2
2 extremidades	1	1	1	1	1	1
Nenhuma extremidade	0	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO						
Hábil para respirar profundamente e tossir levemente	2	2	2	2	2	2
Dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1	1
Apnéia	0	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO (PA Pré-operatório _____ x _____ mmHg)						
PA + ou - 20 mmHg do nível pré	2	2	2	2	2	2
PA + ou - 20-50 mmHg do nível pré	1	1	1	1	1	1
PA + ou - 50 mmHg do nível pré	0	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA						
Completamente acordado	2	2	2	2	2	2
Desperta ao ser chamado	1	1	1	1	1	1
Sem resposta ao estímulo	0	0	0	0	0	0
COR						
Normal, rosado	2	2	2	2	2	2
Pálido "terroso", icterico ou outra	1	1	1	1	1	1
Cianótico	0	0	0	0	0	0
TOTAL NA ALTA						
CRITÉRIO DE ALTA: ESCORE COM TOTAL IGUAL OU SUPERIOR A 9 (NOVE) DOS SINAIS VITAIS						

4.5.1. Pontuação 0-Indica condições de menor pontuação (evolui para piora).

4.5.1.1. PONTUAÇÃO 1-Corresponde nível intermediário.

4.5.1.2. PONTUAÇÃO 2-Melhor função.

4.5.1.3. 0 a 2-Evoluiu para pioras

4.5.2. Cuidados de enfermagem com pontuação de aldrete.

4.5.2.1. Atividades musculares

4.5.2.1.1 Auxilio para deambulação se pontuação.

4.5.2.1.2 Movimentar somente em maca pontuação.

4.5.2.1.3 Elevação de MMII.

4.5.2.2. Respiração

4.5.2.2.1 Elevar decúbito de 30 a 45c.

4.5.2.2.2 Estimular respiração profunda,

4.5.2.2.3 Aumentar oferta de o2.

4.5.2.2.4 Desobstruir vias aéreas.

4.5.2.3. Circulação

4.5.2.3.1 Verificar nível de consciência.

4.5.2.3.2 Verificar pressão arterial.

4.5.2.3.3 Acesso venoso adequado.

4.5.2.3.4 Elevar MMII (hipotensão).

4.5.2.3.5 Manter monitorização de ECG.

4.5.2.3.6 Ofertar manta térmica.

4.5.2.4. Consciência.

4.5.2.4.1. Estímulos dolorosos.

4.5.2.4.2. Orientar quanto tempo e espaço.

4.5.2.4.3. Fazer perguntas recorrentes.

4.5.2.4.4. Pedir para respirar profundamente e tossir.

4.5.2.5. Saturação

4.5.2.5.1. Manter oximetria de pulso.

4.5.2.5.2. 0 2 ate elevação de SPO2.

4.5.2.5.3. Se piora IOT.

4.5.2.5.4. Carrinho de emergência disponível.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS:

5.1. Luvas de procedimento.

5.2. Manta térmica.

6. EPI

Luvas de procedimento.

7. RESPONSÁVEIS

7.1. Equipe do centro cirurgico.

8. QUANDO EXECUTAR

8.1. Com todos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico.

9. REGISTRO

9.1. FOR.CC.005 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA;

9.2. FOR.NQSP.002 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE.

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Não aplicação do POP

10.2. Ação: Notificar no FOR.NQSP.002 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE e tratar de imediato com a equipe responsável pelo gerenciamento da sala de RPA.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade dos serviços de saúde. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(2): 335-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>. Acesso em: 01/11/2017. 2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo para cirurgia segura. PROQUALIS. Maio de 2013. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n62013.pdf. Acesso em 31/10/2017. 3. OMS. Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Desafio global para a segurança do paciente. Manual - Cirurgias salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por: Glauca Siqueira Coordenadora Centro Cirúrgico	Verificador por: Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Aprovado para uso: Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico
---	---	--

POSICIONAMENTO DO PACIENTE PARA CIRURGIA

1. OBJETIVO

Assistir adequadamente o paciente no posicionamento para realização de procedimentos cirúrgicos, bem como medidas de contenção, orientando e padronizando;

Promovendo conforto do paciente, monitorização dos seus parâmetros clínicos, favorecendo a exposição do sítio operatório, protegendo contra traumas e lesões.

OBS: Para o posicionamento o item tempo de cirurgia e o tipo de anestesia deve ser estimado.

2. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Mesa operatória com acessórios (braçadeiras; perneiras, ombreiras, contensores, laterais, manete de suporte de cabeça, extensão de mesa, posicionador de fêmur, outros);

Travesseiros;

Almofadas;

Coxins (podem ser preparados pela equipe segundo a necessidade); Campos e lençóis;

Compressas;

Faixas;

Fita adesiva e esparadrapo;

Suporte de cabeça.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
	<p>Posição Dorsal ou supina</p> <p>Deitar o paciente de costas, com a coluna vertebral repousando no colchão de mesa cirúrgica.</p> <p>Estender as pernas do paciente, colocando coxins sob os joelhos e rodilhas de compressas sob os calcanhares.</p> <p>Colocar os braços do paciente sobre um suporte de braços com angulação menor que 90 graus, tendo cuidado de nivelar com o colchão observando a distância do plexo, os mesmos devem ser contidos para evitar quedas; também podem ficar ao longo do corpo, segundo a necessidade da equipe, porém</p>	Circulante

	<p>nesta posição e preciso muita atenção para não ocorrer a compressão dos membros.</p> <p>Proteger a cabeça do paciente com rodilha ou travesseiro apropriado.</p>	
2	<p>Decúbito ventral</p> <p>Após a intubação do paciente, virá-lo para que fique de bruço;</p> <p>Utilizar o apoio de cabeça próprio, apoiando a face do paciente no distribuidor de pressão; proteger a testa, nariz, queixo e os olhos tendo cuidado com o tubo endotraqueal;</p> <p>Colocar coxins em formato de rolos sob as laterais do tórax, e região pélvica, deixando o tórax livre para o movimento respiratório;</p> <p>Atentar para não comprimir as mamas e o pênis;</p> <p>Colocar rodilhas de compressas nos joelhos e coxim sob os tornozelos, para reduzir a pressão;</p> <p>Garantir a posição anatômica dos pés.</p>	Anestesista e Circulante
3	<p>Posição sentada ou Fowler</p> <p>Após a anestesia ajustar a mesa à posição, tendo cuidado de apoiar a cabeça do paciente com rodilha ou apoio próprio, fazendo a contenção da cabeça;</p> <p>Ajustar os braços em uma posição confortável, nas braçadeiras;</p> <p>Colocar travesseiros ou almofada sob a nádega, rodilhas de compressa sob os calcanhares;</p> <p>Fixar o tubo endotraqueal;</p> <p>Proteger os olhos.</p>	Circulante
4	<p>Posição de Trendelenburg</p> <p>Colocar o paciente deitado, com os mesmos cuidados da posição dorsal;</p>	Circulante

	<p>Conter o paciente com faixas, colocando ombreiras com proteção no mesmo;</p> <p>Ao término da cirurgia, o paciente deverá ser recolocado na posição original devagar para prevenir hipotensão.</p>	
5	<p>Posição ginecológica ou litotômica</p> <p>Deitar o paciente em decúbito dorsal com as pernas abertas e apoiadas em perneiras protegidas, amarradas para evitar que as mesmas caiam;</p> <p>Apoiar a cabeça com rodilha ou travesseiro apropriado;</p> <p>Alcochoar quadril e nádegas para amenizar compressão;</p> <p>Abrir os braços sobre as braçadeiras forradas e conte-los para não cair;</p> <p>OBS: Ao fim da cirurgia ao retirar as pernas do paciente para retorno a posição original é necessário aviso prévio ao anestesista e massagem nas panturrilhas</p>	Circulante
6	<p>Posição renal</p> <p>Posicionar o paciente em decúbito lateral, sobre o lado oposto ao do procedimento, com a costa próxima ao bordo da mesa;</p> <p>Flexionar a perna inferior, com a superior sobre ela estendida e entre elas travesseiros, campos e ou lençóis, prevenindo compressão circulatória;</p> <p>Apoiar os braços em suportes duplos, acolchoando a região da axila para aliviar pressão do plexo;</p> <p>Elevar o segmento pilet da mesa correspondente a região renal ou colocar um coxim que deverá ser vistoriado pelos cirurgiões;</p> <p>Inclinar a mesa para baixo em direção à cabeça;</p> <p>Prender o quadril com faixa ou esparadrapo para evitar quedas;</p>	Circulante

	Apoio para as regiões anterior e posterior do troco, para estabilização.	
7	<p>Posição torácica</p> <p>Seguir as orientações dos itens 1,2,3 da posição renal;Prender o paciente com faixa para evitar queda.</p>	Circulante
8	<p>Posição de jackknife (canivete)</p> <p>Deitar o paciente de bruços com a cabeça lateralizada sobre rodilha para não comprimir a orelha;</p> <p>Posicionar a pelve sobre a junção inferior a mesa;</p> <p>Repousar os quadris do paciente sobre travesseiroou coxim (de acordo como cirurgião) quebrando o segmento da mesa correspondente aos mesmos em até 90 graus;</p> <p>Inclinar toda mesa para baixo mantendo os quadriselevados;</p> <p>Afastar as nádegas com tiras de esparadrapos fixadas nas laterais da mesa;</p> <p>Braçadeiras invertidas para a parte da frente da mesa para apoio dos braços</p> <p>Coxim sob os tornozelos, coxins nas laterais do tórax e ombros para evitar a compressão do tórax.</p>	Circulante
9	<p>Posição lateral ou de sims</p> <p>Seguir os itens 1,2,3 da posição renal;</p> <p>Proteger as laterais dos pés, com lençóis e ou campos,evitando pressão;</p> <p>Após o posicionamento conter o paciente com faixaspara evitar quedas.</p>	Circulante
10	<p>Posição próclise</p> <p>Todos os cuidados da posição trendelenburg; Colocar faixas de contenção para evitar quedas.</p>	Circulante

4. EPI

- Luva de procedimento,
- Máscara cirúrgica;

5. DEFINIÇÕES/SIGLAS:

A equipe deverá sempre:

- Realizar check list de cirurgia segura no sistema MV confirmando posicionamento;
- Confirmar a identificação correta do paciente;
- Atentar-se para realização dos procedimentos zelando pelos cuidados de prevenção de quedas e de Lesão por pressão e de pele(LPP);
- Registrar no Google drive Formulários incidentes e eventos adversos, caso ocorram.

6. REGISTROS

Sistema de gestão MV

Google Drive Formulários de eventos adversos

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas Recomendadas: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização - 7ed. rev. E atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: 2017.

8. ANEXOS

- Não aplicável

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
----------------	------------------	--------------------

Glauca Siqueira Coordenadora Centro Cirúrgico	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico
--	------------------------------------	---

ADMISSÃO E ALTA DO CENTRO CIRURGICO

1. OBJETIVO

- 1.1. Recepcionar e admitir pacientes para procedimentos cirúrgicos.
- 1.2. Sistematizar o atendimento prestado ao paciente cirúrgico.
- 1.3. Com o objetivo de prevenir complicações físicas e emocionais para reabilitação e recuperação do paciente e melhorar a qualidade do atendimento.

2. APLICAÇÃO

- 2.1. Equipe centro cirúrgico do HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

3. DEFINIÇÃO

- 3.1. **Admissão:** significa permissão, ato de admitir ou permitir que alguma coisa seja realizada.
- 3.2. **Alta:** saída da unidade seja por óbito, transferência ou melhora do quadro clínico do paciente.

4. DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

4.1. Antes da cirurgia no centro cirúrgico.

- 4.1.1. Orientação Pré e Pós-Procedimento ou Rotina.
- 4.1.2. Verificar se o material previamente solicitado no programa cirúrgico está disponível na Farmácia.
- 4.1.3. Verificar se equipamentos/materiais específicos para cada especialidade cirúrgica estão disponíveis no Centro Cirúrgico.
- 4.1.4. Checar junto à agência transfusional a reserva de tipo sanguíneo e o volume de hemocomponentes necessários dependendo da cirurgia a ser realizada.
- 4.1.5. Verificar se a equipe está completa e proceder à escalação dos componentes da equipe nas salas operatórias, na sala de recuperação pós-anestésica, e demais serviços.

4.1.6. Preparar a sala cirúrgica.

4.1.7. Esclarecer possíveis dúvidas do paciente e/ou familiares sobre o procedimento e sua finalidade.

4.2. Antes da entrada no centro cirurgico.

4.2.1. Assinar termo consentimento anestésico(pelo anesthesiologista)

4.2.2. Realizar SAEP

4.2.3. Solicitar e checar a retirada de maquiagem,próteses dentarias e joias.

4.2.4. Solicitar banho com clorexidina degermante.

4.2.5. Oferecer prestobarba para realizar tricotomia.

4.2.6. Oferecer roupa privativa.

4.2.7. Orientar a esvaziar bexiga antes da entrada ao centro cirurgico.

4.2.8. Conferir exames.

4.2.9. Conferir prontuarios ,organizaçao,se termos estao assinados.

4.2.10. Encaminhar paciente acompanhado pelo condutor de maca,em cadeira de rodase ou maca.

4.2.11. Deixar chinelo no quarto.

4.3. Ao entrar no centro cirúrgico.

4.3.1. Checar documentos conforme: LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇACIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA.

4.3.1.1. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOCIRÚRGICO.

4.3.1.2. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOANESTÉSICO.

4.3.1.3. AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA.REV.000

4.3.1.4. FICHA DE ANESTESIA.REV.000 FOR.CC.005

4.3.2. Receber o paciente na entrada da unidade do Centro Cirúrgico do HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

4.3.3. Checar se foi retirado maquiagem, próteses dentárias

4.3.4. Checar se foi esvaziado a bexiga anteriormente à entrada na sala operatória **4.3.4.1.**Conferir completo o prontuário, sua organização e se o termo de responsabilidade está assinado.

4.3.4.2. Conferir se os exames pertinentes estão presentes no prontuário;

4.3.4.3. Admitir o paciente, registrando seus dados no prontuário do paciente.

- 4.3.4.4. Encaminhar o paciente à sala operatória;
- 4.3.4.5. Auxiliar o paciente a posicionar-se na maca;
- 4.3.4.6. **Realizar cheque list de cirurgia segura FOR.CC.006(divide em três fases)**
- 4.3.4.7. Admissão no centro cirúrgico
- 4.3.4.8. Antes do início da anestesia e distribuição de campos cirúrgicos.
- 4.3.4.9. Antes da saída da sala operatória/antes da saída do centro cirúrgico.

4.3.5. Registrar os sinais vitais

- 4.3.5.1. Freqüência Cardíaca
- 4.3.5.2. Freqüência Respiratória
- 4.3.5.3. Oximetria de Pulso
- 4.3.5.4. Pressão Arterial
- 4.3.5.5. Temperatura, no impresso de Perioperatório
- 4.3.5.6. Registrar horário da chega do paciente na Unidade;
- 4.3.5.7. Lavar as mãos;

4.3.6. Observar e registrar as condições clínicas do paciente na chegada.

- 4.3.6.1. Estado de consciência e atividade
- 4.3.6.2. Freqüência respiratória
- 4.3.6.3. Freqüência cardíaca
- 4.3.6.4. Temperatura
- 4.3.6.5. Pressão arterial
- 4.3.6.6. Saturação de oxigênio.
- 4.3.6.7. Controle dos sinais vitais a cada 15 minutos durante a cirurgia.
- 4.3.6.8. E na RPA (recuperação pós anestésico) a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos.
- 4.3.6.9. Administrar as medicações conforme prescrição médica, e necessidade apresentada pelo paciente, sempre com orientação médica, efetuando seu correto registro;
- 4.3.6.10. Manutenção da permeabilidade de cateteres, sondas e drenos;
- 4.3.6.11. Registro de toda e qualquer intercorrência apresentada pelo paciente, bem como a conduta tomada.
- 4.3.6.12. Comunicar ao anestesista qualquer intercorrência observada tanto durante a cirurgia quanto quando o usuário estiver no RPA.

- 4.3.6.13.** Conferir se no prontuário do usuário constam exames trazidos/realizados pelomesmo.
- 4.3.6.14.** Observar e registrar condições clínicas do paciente no momento da alta e do encaminhamento.
- 4.3.6.15.** Registrar horário de saída em prontuário do paciente da sala de cirurgia, equando for sair do RPA.
- 4.3.6.16.** Proceder limpeza terminal após a saída do usuário.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- 5.1. Ficha de transporte
- 5.2. Prontuário completo com indicação da cirurgia
- 5.3. Sinais vitais
- 5.4. Registro de consulta Pré cirúrgica.

6. EPI

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE

- 7.1. Equipe de enfermagem
- 7.2. Equipe médica

8. QUANDO EXECUTAR

- 8.1. Sempre que o paciente for admitido no centro cirúrgico e/ou RPA.

9. REGISTROS

- 9.1. Prontuário do usuário

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. NC: Não cumprimento do documento descrito, falta de adesão da equipe, identificação incorreta, falta de algum membro da equipe.

10.1.1. AÇÃO: Tratar de imediato com a equipe para que seja evitado outras não conformidade. Se não estiver com documentação completa em prontuário, identificação incorreta, falta de algum da equipe, a cirurgia será suspensa, o mesmo voltara para enfermaria cirúrgica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Orientar os familiares quanto à previsão de duração da intervenção cirúrgica, orientando-os a aguardem na recepção do centro cirúrgico.

11.2. Pacientes menores de 18 anos terão direito à acompanhante dentro da Sala de Recuperação Pós-Anestésica

11.3. O período conhecido como recuperação pós anestésicos é compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de operação até sua saída da sala de recuperação anestésica.

11.4. O período de recuperação pós anestésicos caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorrespiratória no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tono simpático naquele que recebeu anestesia regional.

11.5. Na SRPA, o paciente deverá ficar sob observação contínua até que seja transferido para outro setor.

11.6. Encaminhar para RPA

11.7. Grades elevadas

11.8. Seguir o PRO.ENF.003 PREVENÇÃO DE QUEDA.

11.9. Monitorizado

11.10. Uso de O2 (mascara/cateter nasal)

11.11. Seguir escala de Aldret,

11.12. Acompanhado pelo anestesiológico e enfermagem

11.13. Relatório, evolução de enfermagem e medica,

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

12.1. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado - Práticas recomendadas. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

13. ANEXO

Não se aplica

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
----------------	------------------	--------------------

Gláucia Siqueira Coordenadora Centro Cirúrgico	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico
---	------------------------------------	---

PREPARO E DESMONTAGEM DA SALA CIRURGICA

1. OBJETIVO

Prover a sala cirúrgica de materiais, instrumentais, equipamentos e distribuição dos mobiliários, no local adequado, necessários para a realização do ato anestésico-cirúrgico.

E promover a desmontagem da sala de operação.

2. APLICAÇÃO

Centro Cirúrgico.

3. DEFINIÇÕES

Sala cirúrgica: constitui um dos componentes do centro cirúrgico, local onde efetivamente se consuma o ato cirúrgico.

4. DESCRIÇÕES DETALHADAS DAS ATIVIDADES

Montagem

Certificar-se quanto à cirurgia programada para que a sala possa ser adequadamente preparada.

A montagem da sala deve ser feita 30 minutos antes do horário programado.

Para cirurgias de urgência/emergência haverá uma sala reservada para pronto-atendimento.

Remover os itens de desmontagem após cada intervenção.

Solicitar ao Serviço de Higienização para realizar a limpeza concorrente, deixando a sala limpa e organizada para a próxima intervenção.

Equipamentos

- Mesa operatória com acessórios.

- Eletrocautério completo com cabos, pedal e placa.
- Focos de luz.
- Aparelho de anestesia.
- Aspirador completo.
- Monitor multiparamétrico.
- Ar condicionado.
- Negatoscópio.
- Tomadas elétricas.
- Mobiliários
- Mesa de Mayo
- Escadinha
- Mesa retangular para instrumental cirúrgico
- Mesa quadrada de apoio
- Carro montado com artigos específicos que serão utilizados no procedimento
- Bancos
- Suporte de hamper
- Suporte de soro
- Balde inox de lixo
- Lixeiras com tampas
- Extensão ou conforme necessidade
- Equipe Enfermagem
- Verificar a cirurgia programada para a sala operatória.

Checar

O nome e idade do paciente.

Horário da cirurgia

Equipe cirúrgica e anesthesiologista responsável

Informações relevantes ao ato anestésico-cirúrgico, como tipo de anestesia e tempo de procedimento considerado pelo cirurgião.

Higienizar as mãos.

Checar as condições de limpeza da sala operatória antes de equipá-la com os materiais e equipamentos necessários.

Verificar lavabos próximos à sala operatória
Checar a existência de escovas estéreis

Clorexidina degermante a 2% para lavagem e degermação das mãos e antebraços da equipe cirúrgica e demais profissionais.

Testar o funcionamento dos equipamentos:

Aparelho de anestesia

Com técnica asséptica montar o circuito (traqueias). Abrir as válvulas de gases (O₂, ar comprimido)

Ligar o aparelho e testá-lo.

Mesa cirúrgica

Verificar seu adequado funcionamento.

Monitor multiparamétrico e acessórios (módulos, cabo de ECG, pressão invasiva, pressão arterial não invasiva, SatO₂, Temperatura,).

Ligar o equipamento

Checar a presença dos acessórios acima descritos, e caso estes não estejam presentes providenciá-los.

Ar condicionado

Mantê-lo ligado à temperatura entre 19 e 21°C.

Aquecedores

Verificar temperatura de aquecimento.

Eletrocautério

Ligar o aparelho e conectá-lo ao fio da placa dispersiva a fim de verificar seu adequado funcionamento.

Aspirador.

Testar o funcionamento e a pressão de vácuo. Conectar os tubos e dispor próximo a este.

Sonda para aspiração conforme idade e peso do cliente.

Mesa de instrumental e de Mayo.

4.4.9.1 Checar limpeza e controle de altura.

Banqueta giratória.

Verificar existência de 02 banquetas. Testar o comando de altura de ambas.

Suporte para Hamper.

01 por sala com saco.

Lixeiras com tampa e pedal, porta balde a chute (inox).

Uma de cada com saco de lixo para material contaminado (branco).

Prover a sala operatória com impressos utilizados no Perioperatório como.

Registro dos dados intra-operatório de enfermagem. Ficha de anestesia.

Solicitação de exames laboratoriais.

Anatomia patológica.

Controle de gases/compressas.

Controle de instrumentais.

Disponibilizar o material para a indução anestésica no carrinho de anestesia.

Laringoscópio com lâmina testada
Cânula de guedel

Luvas de procedimentos
Guia e tubos para intubação
Seringa para insuflar o cuff
Esparradrapo

Estetoscópio

Disponibilizar material para aspiração

Higienizar as mãos

Proceder ao registro do Check-List referente ao preparo da sala operatória.

Desmontagem

Reunir todos os materiais não usados (estéreis) colocando-os em carro ou bandejas de inox para devolução ao Centro de Material Esterilizado (CME).

Calçar luvas de procedimentos.

Retirar materiais perfuro -cortante descartando-os em caixa própria.

Recolher caixa de perfuro -cortante quando atingir sua capacidade, lacrando-a. Recolher em Hamper campos, compressas e outros revestimentos da Sala de Operação.

Assegurar-se de que não houve esquecimento de instrumentos entre os campos, antes de encaminhar os tecidos para lavanderia.

Retirar instrumentos das mesas colocando em suas respectivas caixas. Contar o número de peças.

As pinças não deverão ser fechadas exceto as de campos (Backaus).

Os materiais mais leves deverão ser colocados sobre os mais pesados evitando danos. Aspirar com o aspirador os líquidos restantes em mesas como soros e antissépticos.

Não desprezar em lixo ou Hamper.

Retirar os acessórios dos aparelhos como placa do bisturi elétrico, frascos de aspiração, conexões.

Avisar aos funcionários da limpeza para retirada de lixo, troca dos sacos plásticos e limpeza do chão.

Proceder à limpeza concorrente e montagem para próxima cirurgia, conforme orientação do enfermeiro.

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Ficha de transporte

Prontuário completo com indicação da cirurgia. SSVV

Registro de consulta Pré-cirúrgica.

6. EPI

Luvas.

7. RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

Sempre que o paciente for admitido no centro cirúrgico e/ou RPA.

9. REGISTROS

Prontuário do usuário

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE NC: Não

adesão ao que está descrito no POP

Ação: Tratar de imediato com a equipe responsável para evitar outras não conformidades.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Orientar os familiares quanto à previsão de duração da intervenção cirúrgica, orientando-os a aguardem na recepção do centro cirúrgico;
- Providenciar material necessário ao abastecimento dos vestiários: propés, máscaras cirúrgicas, gorros e roupas privativas para os clientes.

O período conhecido como recuperação pós anestésicos é compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de operação até sua saída da sala de recuperação anestésica. Os pacientes que necessitam de observação continuam e de cuidados específicos após a utilização de agentes anestésicos são encaminhados à sala de recuperação anestésica.

Na evolução de enfermagem deve conter itens referentes ao nome da cirurgia, à anestesia recebida, ao nível de consciência, as infusões venosas, ao aspecto do curativo, à perfusão periférica, à expansibilidade torácica, à presença de cateteres, sondas e drenos.

O período de recuperação pós anestésicos caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorrespiratória no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tônus simpático naquele que recebeu anestesia regional.

Na SRPA, o paciente deverá ficar sob observação contínua até que seja transferido para outro setor.

Padrões de Prática:

Tempo de admissão inferior a 10 minutos;

Admissão organizada;

Equipe completa e coesa;

Prontuário completo.

Pontos Críticos/Riscos:

- Prontuário incompleto;
- Falta de adesão da equipe;
- Equipe de enfermagem incompleta;
- Identificação incorreta da procedência do cliente.

Realizar check list de cirurgia segura (divide em três fases):

Antes da indução anestésica;Antes
da incisão cirúrgica;
Antes do paciente sair da sala de cirurgia;

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centralde Material Esterilizado - Práticas recomendadas. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

13. ANEXO

Não se aplica

14. APROVAÇÃO

Elaborado por: Glauca Siqueira Coordenadora Centro Cirúrgico	Verificador por: Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Aprovado para uso: Dr. João Henrique Sousa DiasDiretor Técnico
---	---	---

JEJUM PARA PROCEDIMENTO SOB ANESTESIA

○ OBJETIVO

Padronizar o tempo de jejum necessário para realização de procedimentos eletivos sob anestesia ou sedação no HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ;

○ DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Computador;
Impressora;
Caneta

○ DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Repassar para equipe da nutrição mapa cirúrgico	Coordenadora do Centro Cirúrgico
2	Se ocorrer de não estar no mapa cirúrgico deverá comunicar a equipe da nutrição sobre jejum	Enfermeiro do setor

Tempo de jejum recomendado de acordo com tipo de alimento /liquido	
Tipo de Alimento	Tempo de jejum
Líquidos claros (água, sucos de fruta sem polpa, café, chás claros, maltodextrina)	2 horas
Leite materno	4 horas
Alimentos sólidos não gordurosos, fórmula infantil, leite não humano, dieta enteral	6 horas
Alimentos gordurosos, fritos ou carnes	8 horas

Recomendações de jejum em casos especiais		
Pacientes com esvaziamento gástrico lentificado (obesidade, refluxo gastro-esofágico, diabéticos, gestantes fora de trabalho de parto)		Seguir recomendações acima, adequando a técnica anestésica para reduzir o risco de broncoaspiração
Gestantes	Cesárea eletiva	Seguir as recomendações acima
	Trabalho de Parto	Dieta sem resíduo (água, chá, gelatina) pode ser consumida sem restrições. Desencorajar consumo de sólidos durante franco trabalho de parto. Cessar ingestão de sólidos após admissão na sala de parto

Dieta parenteral	Suspender ao encaminhar para sala cirúrgica
------------------	---

o 4. EPI

- Não aplicável

o DEFINIÇÕES/SIGLAS:

Pacientes que estejam mastigando chiclete ou chupando balas não devem ter seus procedimentos cancelados nem adiados.

A prescrição de fármacos para reduzir o volume e a acidez do conteúdo gástrico é recomendada em pacientes com alto risco de broncoaspiração (obesidade, refluxo gastro-esofágico, diabéticos, gestantes): Metoclopramida 10 mg endovenoso na indução da anestesia geral.

Modelo de prescrição: prescrever o tempo mínimo de jejum recomendado considerando o horário previsto para o procedimento e não em número de horas de jejum necessárias. Exemplo: se cirurgia prevista para 15:00 e tempo recomendado de jejum de 6 horas prescrever: "Jejum a partir de 9:00".

o REGISTROS

FOR.134 MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES;

Prontuário eletrônico conforme prescrição médica e avaliação da nutricionista.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

CHON T, MA A, MUN-PRICE C. Perioperative Fasting and the Patient Experience. *Cureus*, 2017 May 24;9(5). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, 2017 Mar;126(3):376-393. SMITH, IAN; et al in't Veld,

Bas. Perioperative fasting in adults and children guidelines from the European Society of Anaesthesiology.
European Journal of Anaesthesiology (EJA): August 2011 - Volume 28 - Issue8 - p 556–569.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por: Glauca Siqueira Coordenadora Centro Cirúrgico	Verificador por: Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Aprovado para uso: João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico
---	---	--

ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL PARA EXAME ANATOMOPATOLOGICO

1) OBJETIVO

Orientar e padronizar o preparo, identificação, acondicionamento, e envio de material para análise anatomo patológica no centro cirúrgico.

o DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- FOR.362 PEDIDO DE EXAME LABORATORIAL
- Frasco/pote ou saco estéril;
- Formol tamponado 10%;
- Luvas nitrílica;
- Caneta;
- Etiqueta;
- Livro de registros;

o DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atentar ao material anatomopatológico que está sendo extraído da cirurgia (caso necessário, para peças de volume maior, solicite previamente ao almoxarifado um recipiente adequado para realizar um correto acondicionamento. Quantidades maiores de Formol tamponado 10% podem ser solicitadas a Unidade de Laboratório); ✓ Perguntar ao cirurgião o nome da peça e o destino deste material; ✓ Receber e acondicionar o material no frasco estéril, imerso em solução de formol tamponado 10%, o volume ideal é 10 vezes o volume da peça; ✓ O frasco deve ter o tamanho ideal para bom acondicionamento da peça; ✓ Os materiais no qual serão submetidos à cultura microbiana, não devem ser submersos em formol tamponado 10%; ✓ Identificar o recipiente com etiqueta contendo os dados do paciente: nome do paciente, número do prontuário, data de nascimento, data e hora da coleta, nome do médico requisitante, nome da amostra/peça e quantidade; ✓ A etiqueta deve ser colocada de maneira que possa visualizar a peça e não deve ser colocada na tampa; ✓ Tampar o frasco de forma que fique bem vedado e realizar um teste para verificar o 	Circulante

	<p>fechamento, evitando que ocorra extra vazamento do líquido;</p> <p>✓ Nos casos em que o ato cirúrgico originar mais de uma peça, estas devem ser identificadas por números no recipiente assim como no pedido;</p>	
2	<p>O profissional que manipula material biológico deve proceder a higienização das mãos antes de calçar as luvas e após a retirá-las, podendo utilizar água e sabão ou álcool gel.</p>	<p>Equipe Centro Cirúrgico</p>
3	<p>Encaminhar para local próprio, destinado a guarda das peças, até que seja entregue ao acompanhante e protocolizado no caderno com pedido de exame anatomopatológico devidamente preenchido, de forma legível.</p>	<p>Enfermeiro/Técnico enfermagem</p>

○ EPI

Luva nitrílica

Óculos Máscara

N95

○ DEFINIÇÕES/SIGLAS:

-Não se aplica

○ REGISTROS

FOR.267 REGISTRO DE ANATOMO PATOLÓGICO

○ DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008. Manual Cirurgias Seguras Salva a Vida. Aliança Mundial para Segurança do Paciente.

Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>. Acesso em 10 Jan 2017.

Manual de orientação para coleta, identificação, acondicionamento, preparo e transporte de material biológico para análise em laboratório central do Estado do Pará. 2ª Edição revisada 2017 (www.saude.pa.gov.br).

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC/Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 7ª edição. São Paulo: SOBECC, 2017.

- ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:	Verificador por:	Aprovado para uso:
Gláucia Siqueira Coordenadora do centro cirúrgico	Isabela ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico

HIGIENIZAÇÃO ANTISSEPTICA CIRÚRGICA

1) OBJETIVO

Orientar e padronizar a higienização antisséptica cirúrgica com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde.

- Finalidade do procedimento:

Antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos constitui uma medida importante dentre outras, para a prevenção da infecção de sítio cirúrgico com propósito de eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.

- DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

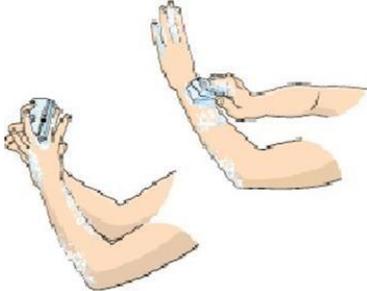
Esponjas para a realização da fricção da pele com antisséptico degermantecloroxedina 2%;

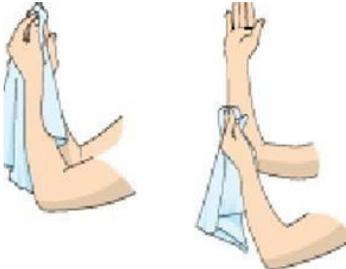
Escovas para antissepsia;

Compressas estéreis.

○ DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	A antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos devedurar de três a cincominutos para a primeira cirurgia e de dois a três minutospara as cirurgias subseqentes;	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR
2	Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a esponja contra a pele e espalhe por todas as partes; 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR
3	Limpar sob as unhas com as cerdas da escova; 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR

4	<p>Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;</p> 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR
5	<p>Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor;</p>	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR

6	<p>Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas;</p> 	CIRURGIÃO E INSTRUMENTADOR
---	--	----------------------------

1. EPI

- Não aplicável.

2. DEFINIÇÕES/SIGLAS:

- Não aplicável.

6. REGISTROS

- Não aplicável.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ANVISA. Brochura: Segurança do Paciente. Higienização das Mãos.
Disponível em :http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:

Verificador por:

Aprovado para uso:



Glaucia Siqueira Coordenadora Do Centro Cirúrgico	Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Dr. João Henrique Diretor Técnico
--	------------------------------------	--------------------------------------

TRICOTOMIA

1) OBJETIVO

Orientar quanto à indicação e realização da tricotomia no HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ.

Finalidade do procedimento:

- Visa orientar a realização da tricotomia com o intuito de prevenir infecção do sítio cirúrgico;
- Para todos os pacientes: A tricotomia não deve ser feita de rotina, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo imediatamente antes da cirurgia, utilizando lâmina de barbear entregue pela equipe da enfermaria.
- A remoção dos pelos do sítio cirúrgico pode evitar interferências com a incisão e com a aderência do campo cirúrgico bem como de placas/almofadas de aterramento do paciente. Ainda, contribui para evitar a aderência dos curativos pós-operatórios aos pelos presentes no sítio cirúrgico.
- A remoção dos pelos depende da quantidade, do local da incisão, do tipo de procedimento e da conduta do cirurgião.

2) DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Aparelho de barbear descartável; Luvas de procedimento;

Sabonete;

Papel toalha.

3) DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Antes de efetuar a tricotomia:</p> <ul style="list-style-type: none">Levar à sala somente os materiais necessários à preparação;Verificar junto ao enfermeiro ou a prescrição médica: Ordens especiais;Higienizar área corporal ou local a ser tricotomizado;Identificar o paciente;Verificar se o paciente está ciente do procedimento cirúrgico;Informar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e a área a ser preparada;Providenciar local para descarte dos pelos removidos e os resíduos dos materiais descartáveis utilizados;Providenciar a iluminação adequada para execução da técnica de tricotomia;Manter a privacidade do paciente, expondo somente a área a ser tricotomizada;	Enfermagem

	<p>Proteger os lençóis de camas ou macas com campos impermeáveis reutilizáveis ou descartáveis.</p>	
<p>2</p>	<p>Ao efetuar a tricotomia:</p> <p>Adaptar a lâmina descartável notricotomizador e testar o funcionamento;</p> <p>Esticar a pele, manter o aparelho de barbear num ângulo de 15 – 30 graus em relação à superfície da pele e fazer a tricotomia cuidando para não pressionar contra a pele com força;</p> <p>Remover os pelos cortados da área à medida que são cortados;</p> <p>Encaminhar o paciente para o banho de aspersão. Pacientes que não deambulam, providenciar banho de leito;</p> <p>Secar a pele com toalha limpas e secas; Substituir os lençóis da cama ou maca; Encaminhar paciente ao centro cirúrgico;</p> <p>Descartar os produtos para saúde (PPS) descartáveis em local apropriado (lâmina deverá ser descartada no pérfuro cortante);</p> <p>Registrar a técnica realizada no prontuário do paciente, assinar e carimbar.</p>	<p>Enfermagem</p>

4) EPI

Luvas De Procedimento

5) DEFINIÇÕES/SIGLAS:

- Não aplicável.

6) REGISTROS

- Não aplicável.



4. Diagramas dos Procedimentos de Tricotomia

Local	Orientação
Coluna cervical	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da clavícula. Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.
Cirurgias com acesso torácico	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da linha dos mamilos. Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.
Dissecção Radical do Pescoço	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos da axila no lado afetado.
Torácico Anterior	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos do pescoço até abaixo do umbigo. Lateralmente, além da linha do mamilo.
	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde o pescoço até a crista ilíaca; da linha média do tórax até
Abdominal Superior	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até acima do púbis. Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.
Abdominal Total	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até a parte superior da coxa e até o osso púbiano. Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.
Ressecção Abdominoperineal	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até a parte superior da coxa. Remover os pelos do púbis até após o ânus e até 10 centímetros em direção às pernas.
Masculino, Abdominal Inferior, Virilha	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde o umbigo até a parte superior das coxas, inclusive púbis e virilha. Excluir o saco escrotal.
Ombros	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos da parte superior do braço até o pescoço. Da linha média do peito até abaixo do mamilo e até a linha média dorsal.
Parte Superior do Braço	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde o cotovelo até próximo ao pescoço, tórax e costas, inclusive axila.
Cotovelo	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde a metade do antebraço até a metade do braço, anterior e posterior.
Antebraço	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos desde o pulso até o cotovelo.
Punho	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos da mão, até 10 centímetros acima do pulso, anterior e posterior.
Dorso Inferior Laminectomia Lombar	<ul style="list-style-type: none"> Retirar os pelos das nádegas até acima da cintura com largura de 5 centímetros.

Elaborado por: Glauca Siqueira Coordenadora Do Centro Cirúrgico	Verificador por: Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Aprovado para uso: Dr. João Henrique Sousa Dias Diretor Técnico
--	---	--

APLICAÇÃO DO CHEK LIST DE CIRURGIA SEGURA

1) OBJETIVO

Implementar o uso da Lista de Verificação de Cirurgia Cirúrgica como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

2) DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Tablet

Sistema MV - PEP

Checklist de Cirurgia Segura – plano de contingência Prancheta

Caneta.

3) DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica está dividida em 2 (duas) etapas (Pré- Operatório e Trans-Operatório), totalizando 4 (quatro) fases, sendo:</p> <p>I- Preparo Pré-Operatório;</p> <p>II- Antes da indução anestésica;</p> <p>III- Antes da incisão cirúrgica;</p> <p>IV- Antes do paciente sair da sala de cirurgia.</p>	Equipe de enfermagem
2	<p>Cada uma dessas fases corresponde a um momento do fluxo normal de um procedimento cirúrgico.</p> <p>Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Se o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico sem o preenchimento do Check List Pré-Operatório, a enfermeira do Centro Cirúrgico deverá recusá-lo e devolvê-lo ao setor de origem,</p>	Equipe de enfermagem do setor que o paciente encontra

	<p>uma vez que o não preenchimento do instrumento induz ao pensamento de que os cuidados foram negligenciados, colocando em risco o preparo cirúrgico e o procedimento em si.</p>	
3	<p>Caberá ao enfermeiro responsável pelo setor de origem do paciente solucionar as pendências encontradas e encaminhá-lo ao Centro Cirúrgico.</p>	Enfermeiro
4	<p>Não sendo encontradas pendências no Check List Pré-Operatório, o paciente será recebido no Centro Cirúrgico para continuidade da assistência, o responsável dará início ao Check List Trans-Operatório, caso algum item checado não esteja em conformidade a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala cirúrgica até a sua solução.</p>	Técnico de enfermagem
5	<p>Check list pré-cirúrgico (antes do paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Preencher o nome completo do paciente, data de nascimento, número do prontuário, leito e unidade de origem confirmando: junto ao paciente ou seu acompanhante, o prontuário e a pulseira de identificação. ▫ Pesquisar o paciente e registrar. ▫ Certificar junto ao paciente ou seu acompanhante se possui algum tipo de alergia, registrando o tipo de alergia caso a resposta seja positiva. 	Técnico de enfermagem

- Confirmar e registrar o procedimento proposto, a lateralidade e a demarcação do sítio cirúrgico (se aplicáveis).

Observações:

- A confirmação do procedimento proposto deverá ser realizada preferencialmente abordando verbalmente o médico e/ou através do registro correto no prontuário realizado por ele.
- A confirmação do procedimento proposto também poderá ser feita seguindo a descrição do Mapa de Programação Cirúrgica.
- Recomenda-se que não seja feita a confirmação do procedimento cirúrgico proposto pelo diagnóstico registrado na capa do prontuário no ato da admissão.
- O paciente deverá sempre ser consultado e ouvido com relação as informações inerentes ao seu tratamento, porém recomenda-se que a confirmação do procedimento cirúrgico proposto seja sempre realizada pelo médico e/ ou pelos registros do mesmo no prontuário.
- Confirmar e registrar a data do procedimento.

- Confirmar e registrar se os termos de consentimentos estão assinados.
- Conferir e registrar os sinais vitais (Temperatura, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Pressão Arterial).
- Caso o paciente esteja com controle glicêmico prescrito, registrar a última glicemia aferida.
- Conferir e registrar o uso de oxigênio terapia.
- Caso o paciente esteja com algum tipo de precaução recomendado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), registrar e especificar o tipo de precaução recomendada.
- Registrar o tipo de acesso venoso especificando o tipo, local, calibre e número de dias de punção.
- Registrar o uso de sondas, cateteres e drenos, especificando tipo, local e número de dias de uso.
- Certificar se o paciente se encontra em jejum, registrando a hora de início.
- Certificar se o paciente recebeu o cuidado do banho, registrando a hora.

- Certificar se foi realizado a tricotomia, registrando o local e a data. A tricotomia deverá estar prescrita pelo médico, caso não esteja, não deverá ser realizada.
- Registrar se a tricotomia foi realizada com o barbeador descartável ou com outro método, registrar se pacientes que já chegarem ao hospital com a tricotomia realizada.
- Certificar e registrar se foi realizada avaliação pré-anestésica e cardiológica.
- Certificar e registrar o uso de anticoagulante, caso positivo o último dia e horário utilizado.
- Certificar e registrar se os adornos e próteses dentárias foram retirados, caso utilizem.
- Certificar, registrar e encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico vestindo apenas a camisola fornecida pela hotelaria do hospital.
- Registrar o horário de encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico.
- Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico com o Check List devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo

	técnico de enfermagem e enfermeiro responsáveis.	
6	<ul style="list-style-type: none"> A demarcação do sítio cirúrgico deverá ser realizada pelo médico cirurgião, em visita pré operatória na enfermaria. 	Cirurgião
7	<p>Antes da indução anestésica</p> <p>O circulante da sala operatória (técnico de enfermagem) deverá junto com a equipe cirúrgica (anestesista e cirurgião):</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação esteja correta e tenha sido confirmada. Confirmar se os termos de consentimento estão assinados Confirmar se a temperatura ambiente da sala operatória está entre 18°C e 22°C, conforme recomendação da ANVISA. Confirmar com a equipe cirúrgica se há necessidade de coleta para realizar Patologia corte. Confirmar com o médico cirurgião responsável se o sítio cirúrgico está demarcado e a lateralidade do procedimento. Verificar o histórico de alergia, e em caso positivo registrar e especificar no prontuário. 	Técnico de enfermagem, cirurgião e anestesiista

- Comunicar a equipe cirúrgica o tipo de alergia informado.
- Verificar junto anestesista se o paciente possui via aérea difícil ou risco de aspiração.
- Avaliar se o acesso venoso está adequado e pérvio.
- Registrar o tipo de acesso venoso que será utilizado.
- Certificar a programação para fluídos junto a equipe cirúrgica.
- Verificar e revisar os equipamentos e medicações junto com o médico anestesista.
- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.
- Confirmar a administração do antibiótico profilático entre 0 até 50 minutos antes da incisão cirúrgica.
- Revisar o risco de perda sanguínea do paciente e se foi solicitada reserva de sangue junto a agência transfusional.

8	<p>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA (PAUSA CIRÚRGICA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar cada membro da equipe pelo nome e função (chamada oral). • Confirmar a realização da cirurgia correta, paciente correto, sítio cirúrgico correto e lateralidade correta. • Revisar verbalmente, uns com os outros os elementos críticos de seus planos para a cirurgia. • Confirmar a administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 50 minutos antes da incisão cirúrgica. • Confirmar a disponibilidade dos exames de imagens necessários. • Confirmar a esterilização dos materiais verificando os indicadores. • Colocar a placa de eletrocautério na posição correta, se aplicável. • Confirmar se os equipamentos e instrumentais estão corretos e aprovados para uso. 	Técnico de Enfermagem/Enfermeiro
9	<p>4) Antes do paciente sair da Sala de cirurgia</p> <p>A equipe cirúrgica deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar o procedimento realizado. 	Técnico de enfermagem/Enfermeiro

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Registrar o quantitativo de compressas, instrumentais e agulhas abertos para o procedimento e antes da síntese. ▫ Identificar (nome completo do paciente, prontuário, data e tipo da amostra) e acondicionar qualquer amostra cirúrgica obtida e o número de peças obtidas. ▫ Revisar o plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala cirúrgica. ▫ Identificar corretamente as soluções e medicações endovenosas em infusão. ▫ Em caso de funcionamento inadequado de equipamentos proceder com a revisão e solicitação do reparo imediato. ▫ O paciente será encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica onde ficará sob cuidados da equipe de enfermagem e posteriormente direcionado ao setor de origem. <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Em caso de queixas técnicas, incidentes e/ou reações adversas notificar no link de incidentes/eventos adversos na pasta compartilhada. 	
--	--	--

5) EPI

- Não aplicável.

4. DEFINIÇÕES/SIGLAS:

- Não aplicável.

5. REGISTROS

- Prontuário no sistema MV;
- FOR.507 CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Portaria N° 2.095 de 24 de setembro de 2013.**

Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3. Protocolo de Cirurgia Segura. Brasília, 2013.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por: Gláucia Siqueira Coordenadora do Centro Cirúrgico	Verificador por: Isabela Ribeiro Enfermeira NQSP	Aprovado para uso: Dr. João Henrique Diretor Técnico
--	--	--

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19

OBJETIVO

Realizar procedimento cirúrgico em paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 no Centro Cirúrgico do HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ, evitando-se contaminação da equipe e demais pacientes do Bloco Cirúrgico.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Mobiliários

Equipamentos

Materiais médico hospitalares

Saco plástico ou plástico filme transparente Lixeiras
com tampa e acionamento por pedal

Saco branco leitoso com símbolo infectante

Materiais para desinfecção de equipamentos e da sala cirúrgica
Materiais para limpeza da sala cirúrgica

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1.	<p>Antes do procedimento</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Durante o agendamento cirúrgico deverá ser informado ao Centro Cirúrgico se o paciente está isolado por suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19;✓ Salvo em caso de emergência, o agendamento deve ser realizado no último horário possível;✓ Confirmar se foi enviado ao CC, cópia do risco cirúrgico;✓ Se houver mais de uma cirurgia em paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 no mesmo dia, utilizar a mesma sala cirúrgica, respeitando o intervalo de duas horas entre um procedimento e outro;✓ A autorização para admissão no Centro Cirúrgico só será dada ao local de origem após a sala cirúrgica estar disponível, devidamente preparada, equipe de assistência (médica e enfermagem) presente e pronta para o atendimento, além de toda a passagem desobstruída; <ul style="list-style-type: none">□ A equipe de enfermagem deverá preparar a sala cirúrgica mantendo na mesma apenas mobiliários, equipamentos e materiais necessários, priorizando o uso de materiais/equipamentos descartáveis a fim de reduzir o número de itens que deverão ser limpos;□ Proteger o aparelho de anestesia com saco plástico ou plástico filme transparente;□ Todas as lixeiras da sala deverão estar com saco branco leitoso e identificado pelo símbolo de substância infectante. Os sacos precisam ser	Equipe assistencial do centro cirúrgico e dos leitos críticos

	<p>substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinalizar a porta da sala quanto a precaução recomendada e identificando-a como “Área Vermelha”; ✓ Acionar enfermaria e ou leitos críticos, para deixar paciente pronto para o transporte. O paciente deverá estar com máscara cirúrgica para a transferência entre os setores; ✓ O caminho por onde o paciente precisará percorrer até a chegada no CC precisará estar isolado; ✓ O técnico do RPA deverá ligar no Ramal dos leitos críticos – 227 informando que o caminho está interditado; ✓ Solicitar apoio a equipe da enfermaria que fiquem atentos e ira abordar qualquer pessoa que esteja nocaminho, informando a todos que o fluxo de pessoas está suspenso até a passagem do paciente isolado; ✓ O técnico de enfermagem apoio deverá aguardar a passagem do paciente em isolamento, protegendo o caminho da enfermaria até a sala cirúrgica; ✓ Será designado um segundo técnico de enfermagem do CC para acompanhar o transporte. Este não deverá entrar no isolamento da enfermaria,mas deverá acompanhar o paciente em conjunto com o serviço de remoção; ✓ O técnico de enfermagem do CC dirige-se somente até a entrada do isolamento; ✓ O Serviço de remoção, juntamente com técnico de enfermagem do CC, deverá transportar o paciente até o Centro Cirúrgico onde será realizado o procedimento. O Técnico de Enfermagem conduzirá o paciente direto a sala cirúrgica (não devendo aguardar na recepção ou SRPA). 	
2	<p><u>DURANTE O PROCEDIMENTO ANESTÉSICO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Restringir o quantitativo de pessoal na Sala Operatória (SO) durante a intubação orotraqueal. Os demais membros devem retornar quando a equipe de anestesiologia 	Equipe assistencial do centro cirúrgico

	<p>tenha uma via aérea segura e adaptada ao aparelho de anestesia em sistema fechado;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter o ar condicionado desligado durante o procedimento de intubação e extubação, e durante a realização de quaisquer outros procedimentos potencialmente geradores de aerossóis; ✓ Durante a extubação a equipe cirúrgica não deverá permanecer na SO, na impossibilidade, manter-se afastada do paciente; ✓ A recuperação pós-anestésica será realizada dentro da sala cirúrgica. O paciente deverá utilizar máscara cirúrgica e, caso haja necessidade, o cateter de oxigênio deverá ficar sob a máscara. Evitar suporte não invasivo de vias aéreas com pressão positiva (exemplo: máscara de Venturi), pelo potencial favorecimento de aerossolização do vírus; ✓ Ao final da recuperação pós-anestésica proceder a a desparamentação da equipe de anestesiologia (conforme POP "Paramentação e desparamentação da equipe na assistência ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID- 19" nº) ao final do ato anestésico. 	
3	<p><u>DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter a porta da sala fechada durante todo o procedimento; ✓ Manter o mínimo possível de profissionais na sala; ✓ Manter um circulante de apoio na área externa, devidamente paramentado (touca, avental descartável, óculos ou protetor facial, máscara N95 ou PFF2, luvas que cubram o punho do avental). ✓ Caso haja material para análise em laboratório (patologia ou análises clínicas), é necessário descontaminar a embalagem primária (frascos) com álcool 70% antes de entregá-la ao técnico de apoio. Este por sua vez, estará a porta aguardando a amostra em uma segunda embalagem (saco plástico) para posterior encaminhamento ao setor responsável; 	<p>Equipe Assistencial do Centro Cirúrgico</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar desparamentação da equipe cirúrgica aofinal do ato cirúrgico (conforme POP). 	
4	<p>APÓS O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar à enfermaria sobre as condições do paciente para a montagem do leito e recepçãodo paciente; ✓ Solicitar ao Serviço de Remoção a transferênciade paciente para setor de origem. O paciente deverá utilizar máscaracirúrgica durante o transporte; ✓ O primeiro técnico de apoio deverá isolar o caminho por onde o paciente precisará percorrer, aguardando sua saída e protegendo o caminho para a passagem do paciente até oisolamento. Um técnico de enfermagem do CCacompanhará o paciente até a entrada do isolamento, que será recebido por equipe exclusiva; ✓ O técnico de enfermagem circulante de sala deverá, imediatamente após o procedimento, desmontar a sala cirúrgica e realizar a desinfecção dos equipamentos conforme POP.061 DESMONTAGEM E DESINFECÇÃO DA SALA CIRÚRGICA APÓS ATENDIMENTO A PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19; ✓ Após a desmontagem da sala pela equipe de enfermagem e a desinfecção dosequipamentos, a sala deverá ficar interdita por duas horas; ✓ Realizar desparamentação da equipe de enfermagem (conforme POP); ✓ Após duas horas a equipe de limpeza deverá paramentar-se para iniciar a desinfecção terminalda sala cirúrgica. 	<p>Equipe Assistencial do Centro Cirúrgico</p>

DEFINIÇÕES/SIGLAS:

CC – Centro CirúrgicoSO -

Sala Operatória

SRPA – Sala de Recuperação Pós Anestésica

6. REGISTROS

-Não aplicável



CIRURGIA SEGURA

FINALIDADE

A finalidade do protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) desenvolvido pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ANVISA e FIOCRUZ (BRASIL, 2013).

JUSTIFICATIVA

De acordo com a literatura, o volume de cirurgias de grande porte vem aumentando anualmente, a partir de dados de 56 países, o que representa uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano (RONSMANS, 2006). No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte (ZEGERS *et al.*, 2011).

Neste contexto, existem evidências de que a lista de verificação de cirurgia segura reduz complicações e salva vidas (BRASIL, 2013). Importante ressaltar que a lista de verificação foi aprovada por 25 países, que mobilizaram recursos para sua implementação e em novembro de 2010, 1.788 hospitais do mundo haviam relatado seu uso (COWELL, 1998).

Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de verificação. Pesquisa conduzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a implementação de 22 (vinte e duas) estratégias com evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança, considerando entre as estratégias, a implementação da lista de verificação de cirurgia segura como fortemente recomendada (BRASIL, 2013).

Desta forma, tendo como eixo norteador estudos de natureza técnico-científico baseado em evidências busca-se por meio da implantação deste protocolo, promover a segurança dos pacientes cirúrgicos.

ABRANGÊNCIA

O protocolo deverá ser aplicado dentro do Centro Cirúrgico, sendo assim em procedimentos,

quer terapêutico, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano, por qualquer profissional de saúde;

1. LISTAS DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica chamada também de Check List é utilizada em duas etapas. A primeira corresponde ao Check List Pré-Operatório, que deverá ser preenchida na enfermagem pelo técnico



de enfermagem, antes do paciente ser encaminhado ao Centro Cirúrgico. Caberá ao técnico de enfermagem a verificação e o preenchimento desse instrumento com a checagem do enfermeiro do setor. A segunda etapa Trans- Operatória, divide-se em três fases (antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia), que deverá ser conduzida pelo circulante da sala/técnico de enfermagem e checado pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião.

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE

O condutor da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica confirma se o cirurgião demarcou o local (ou locais) a ser(em) operado(s) no corpo do paciente com caneta demográfica, em casos em que há necessidade desta ação (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas). Ressalta-se que a demarcação cirúrgica é de responsabilidade do médico cirurgião.

CONDUTOR DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

A responsabilidade pela condução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica será:

- Check List Pré-Operatório: Técnico de enfermagem e do Enfermeiro
- Check List Pré-Operatório (pacientes ainda não internados): Técnico de enfermagem e enfermeiro do acolhimento)
- Centro Cirúrgico: Técnico de Enfermagem circulante, com a checagem do enfermeiro responsável pelo setor. Ressalta-se que a equipe de enfermagem apenas conduzirá o Check list, cabendo aos profissionais médicos (anestesistas e cirurgiões) a participação ativa no processo.

7. SEGURANÇA ANESTÉSICA

O responsável pela condução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – Check List confirma com o anesthesiologista se foram realizadas ações que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos, monitores, oxímetro e risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Após a verificação e confirmação do cumprimento de todos os itens da LVSC o anestesista deverá assinar e carimbar a mesma.

EQUIPES CIRÚRGICAS

O responsável pela condução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica –

Check List fará a chamada oral de cada membro da equipe cirúrgica confirmando o nome e função, incluindo estudantes ou outras pessoas. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos tenham sido apresentados, mas quando ocorrer à presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, esses devem se apresentar.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, o responsável pela condução da Lista de Verificação solicita que todos na sala de cirurgia parem e confirmem verbalmente o nome do paciente, a cirurgia a ser realizada, o sítio cirúrgico, a lateralidade (quando se aplicar), o posicionamento na mesa cirúrgica, a fim de evitar uma cirurgia no paciente ou sítio errado.

Para assegurar a comunicação de questões relacionadas a pacientes críticos, durante a pausa cirúrgica o condutor da lista faz uma rápida discussão entre as equipes de cirurgia, anestesiologia e de enfermagem acerca dos riscos graves e planejamentos operatórios, por meio de pergunta específica feita em voz alta, a cada membro

da equipe. A ordem da discussão não importa, mas cada item deve ser marcado apenas após o fornecimento de informações de cada disciplina clínica.

INTERVENÇÃO

Muitos fatores contribuem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica está dividida em 2 (duas) etapas (Pré-Operatório e Trans-Operatório), totalizando 4 (quatro) fases, sendo:

- I- Preparo Pré-Operatório;
- II- Antes da indução anestésica;
- III- Antes da incisão cirúrgica;
- IV- Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Se o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico sem o preenchimento do Check List Pré-Operatório, a enfermeira do Centro Cirúrgico deverá recusá-lo e devolvê-lo ao setor de origem, uma vez que o não preenchimento do instrumento induz ao pensamento de que os cuidados foram negligenciados, colocando em risco o preparo cirúrgico e o procedimento em si. Caberá ao enfermeiro responsável pelo setor de origem do paciente solucionar as pendências encontradas e reencaminhá-lo ao Centro Cirúrgico.

Não sendo encontradas pendências no Check List Pré-Operatório, o paciente será recebido no Centro Cirúrgico para continuidade da assistência, o responsável pela condução da LVSC dará início ao Check List Trans-Operatório, caso algum item checado não esteja em conformidade a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala cirúrgica até a sua solução.

CHECK LIST PRÉ-CIRÚRGICO (ANTES DO PACIENTE SER ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO)

O Técnico de Enfermagem, da enfermaria de origem do paciente deverá:

- Preencher o nome completo do paciente, data de nascimento, número do prontuário, leito e unidade de origem confirmando: junto ao paciente ou seu acompanhante, o prontuário e a pulseira de identificação.
- Pesquisar o paciente e registrar.
- Certificar junto ao paciente ou seu acompanhante se possui algum tipo de alergia, registrando o tipo de alergia caso a resposta seja positiva.



- Confirmar e registrar o procedimento proposto, a lateralidade e a demarcação do sítio cirúrgico (se aplicáveis).

OBSERVAÇÕES:

A confirmação do procedimento proposto deverá ser realizada preferencialmente abordando verbalmente o médico assistente e/ou através do registro correto no prontuário realizado por ele.

A confirmação do procedimento proposto também poderá ser feita seguindo a descrição do Mapa de Programação Cirúrgica.

Ressalta-se que o Mapa de Programação Cirúrgica poderá ser passível de alterações. Ademais, as cirurgias de urgência ou não programada (“encaixe”) não se apresentarão nessa escala. Sendo assim, orienta-se que caso não tenha a informação do procedimento proposto registrada na evolução médica o responsável pela condução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica -Check List Pré-Operatório registre no campo indicado do procedimento proposto: “Não informado pelo médico cirurgião”, não devendo esse campo ficar sem registro.

O paciente deverá sempre ser consultado e ouvido com relação as informações inerentes ao seu tratamento, porém recomenda-se que a confirmação do procedimento cirúrgico proposto seja sempre realizada pelo médico assistente e/ ou pelos registros do mesmo no prontuário.

A demarcação do sítio cirúrgico deverá ser realizada pelo médico cirurgião.

Confirmar e registrar a data do procedimento.

Confirmar e registrar se os termos de consentimentos estão assinados. Conferir

e registrar os sinais vitais (Temperatura, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Pressão Arterial).

Caso o paciente esteja com controle glicêmico prescrito, registrar a última glicemia aferida.

Conferir e registrar o uso de Oxigenoterapia.



Caso o paciente esteja com algum tipo de precaução recomendado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), registrar e especificar o tipo de precaução recomendada;

Registrar o tipo de acesso venoso especificando o tipo, local, calibre e número de dias de punção.

Registrar o uso de sondas, cateteres e drenos, especificando tipo, local e número de dias de uso.

Certificar se o paciente se encontra em jejum, registrando a hora de início.

Certificar se o paciente recebeu o cuidado do banho, registrando a hora.

Certificar se foi realizada a tricotomia, registrando o local e a data.

A tricotomia deverá estar prescrita pelo médico assistente, caso não esteja, não deverá ser realizada.

Certificar e registrar se foi realizada avaliação pré-anestésica e cardiológica.

Certificar e registrar o uso de anticoagulante, caso positivo o último dia e horário utilizado.

Certificar e registrar se os adornos e próteses dentárias foram retirados, caso utilizem.

Certificar e registrar se foi realizada a higiene corporal.

Certificar, registrar e encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico vestindo apenas a camisola fornecida pela hotelaria do hospital.

Registrar o horário de encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico.

Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico com o Check List devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo técnico de enfermagem e enfermeiro responsáveis.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

O condutor da Lista de Verificação deverá junto com a equipe cirúrgica (anestesista e cirurgião):

- Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação esteja correta e tenha sido confirmada.
- Confirmar se os termos de consentimentos estão assinados
- Confirmar se a temperatura ambiente da sala operatória está entre 18°C e 22°C, conforme recomendação da ANVISA.
- Confirmar com o médico cirurgião responsável se o sítio cirúrgico está demarcado alateralidade do procedimento.
- Sinalizar no Check List, no item das figuras anatômicas, o local correto da cirurgia.
- Verificar o histórico de alergia, e em caso positivo registrar e especificar no Check List o tipo de alergia.
- Comunicar a equipe cirúrgica o tipo de alergia informado.
- Avaliar e registrar se o paciente possui via aérea difícil ou risco de aspersão.
- Avaliar se o acesso venoso está adequado e pérvio.
- Registrar o tipo de acesso venoso que será utilizado.
- Certificar a programação para fluídos junto a equipe cirúrgica.
- Verificar e revisar os equipamentos e medicações junto com o médico anestesista.
- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.
- Confirmar a administração do antibiótico profilático entre 0 até 50 minutos antes da incisão cirúrgica.

- Revisar o risco de perda sanguínea do paciente e se foi solicitada reserva de sangue junto a agência transfusional.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA (PAUSA CIRÚRGICA)

Neste momento, a equipe cirúrgica fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

- Apresentar cada membro da equipe pelo nome e função (chamada oral).
- Confirmar a realização da cirurgia correta, paciente correto, sítio cirúrgico correto e lateralidade correta.
- Revisar verbalmente, uns com os outros dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia.
- Confirmar a administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 50 minutos antes da incisão cirúrgica.
- Confirmar a disponibilidade dos exames de imagens necessários.
- Confirmar a esterilização dos materiais verificando os indicadores.
- Colocar a placa de eletrocautério na posição correta, se aplicável.
- Confirmar se os equipamentos e instrumentais estão corretos e aprovados para uso.

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

A equipe cirúrgica deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

- Confirmar o procedimento realizado.
- Registrar o quantitativo de compressas, instrumentais e agulhas abertos para o procedimento e antes da síntese.
- Identificar (nome completo do paciente, prontuário, data e tipo da amostra) e acondicionar qualquer amostra cirúrgica obtida e o número de peças obtidas.
- Revisar o plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala cirúrgica.

- Identificar corretamente as soluções e medicações endovenosas em infusão.
- Em caso de funcionamento inadequado de equipamentos proceder com a revisão e solicitação de reparo imediato.
- O paciente será encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica onde ficará sob cuidados da equipe de enfermagem e posteriormente direcionado ao setor de origem.

ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

Com estratégia de monitoramento serão avaliados os seguintes indicadores:

Legenda: Σ (leia-se SOMATÓRIO)

- Percentual de Checklist de cirurgia segura completamente realizados

Método de cálculo: Σ de Checklist totalmente preenchidos / Σ de Checklist avaliados X 100

- Número de procedimentos realizados no local errado do corpo do paciente

Método de cálculo: Número absoluto de procedimentos realizados no local errado do corpo do paciente.

- Número de cirurgias realizadas no paciente errado

Método de Cálculo: Número absoluto de procedimentos realizados no paciente errado.

- Número de procedimentos errados.

Método de Cálculo: Número absoluto de procedimentos errados.

- Percentual de Antibiótico profilático realizado no paciente no período entre 5 – 55 minutos antes do procedimento cirúrgico

Método de cálculo: Σ de antibiótico profilático administrado / Σ de procedimentos cirúrgicos realizados X

100

REFERÊNCIAS

Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Surgical Site How-to Guide. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. Portaria N° 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3. Protocolo de Cirurgia Segura. Brasília, 2013.

COWELL, H.R. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463.

De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 17. England 2008. p. 216-23.

Joint Commission. Sentinel event statistics. December 31,2006. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>.

Joint Commission. Sentinel events alert. 5th December 2001.

Healy JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. *Int J Qual Health Care*. 24. England2012. p. 88-94.

Cowell HR. Wrong-site surgery. *J Bone Joint Surg Am*. 1998;80(4):463. 12. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009. WHO:Switzerland, 2009.

Administration FA. Section 12: Aircraft Checklist for 14 CFR Parts 121/135iFOFSIMSF.

Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

Kwaan Mr Fau - Studdert DM, Studdert Dm Fau - Zinner MJ, Zinner Mj Fau - Gawande AA, Gawande AA, Seiden Sc Fau - Barach P, Barach P, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery

Rebasa P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. *Cir Esp*. 89. Spain: A 2011 AEC. Published by Elsevier Espana; 2011. p. 599-605.

Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 368. England2006. p. 1189-200.

Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? *Arch Surg*. 141. United States2006. p. 931-9.

Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Annals of Internal Medicine*. 2013;158(5_Part_2):365-8.

ZEGERS, M, *et al*. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Saf Surg*. 5. England 2011. p.13.

ESTOQUE MÁXIMO CARRINHO DE EMERGÊNCIA DO CENTRO CIRURGICO

PRIMEIRA GAVETA			
DESCRIÇÃO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE	ESTOQUE
ÁGUA DESTILADA	SOL. INJ. AMP 10ML	AMP	10
AMINOFILINA	SOL. INJ. 24 MG/ML AMP 10 ML	AMP	05
AMIODARONA	SOL. INJ. 50 MG/ML AMP. 3 ML	AMP	10
ATROPINA	SOL. INJ. 0,5 MG/ML AMP. 1 ML	AMP	10
BICARBONATO DE SÓDIO	SOL. INJ. 1meq/ML OU 8,4% AMP10ML	AMP	20
CLORETO DE SÓDIO	SOL. INJ. 20% 10ML	AMP	05
CLORETO DE POTÁSSIO	SOL. INJ. 10% 10ML	AMP	05
DOBUTAMINA	SOL. INJ. 12,5 MG/ML AMP 20 ML	AMP	05
EPINEFRINA	SOL. INJ. 1 MG/ML, AMP. 1 ML	AMP	20
FUROSEMIDA	SOL. INJ. 10 MG/ML AMP. 2ML	AMP	05
GLICOSE 50%	SOL. INJ. 50% AMP. 10 ML	AMP	05
LIDOCAÍNA	20MG/ML F/A 20 ML	F/A	02
MIDAZOLAM	SOL. INJ. 5 MG/ML AMP 10 ML	AMP	10

MORFINA	SOL. INJ. 10 MG/ML AMP 1 ML	AMP	02
NOREPINEFRINA	SOL. INJ. 2 MG/ML AMP 4 ML	AMP	10
ACIDO ACETILSALICILICO	100 MG	COMP	05
DENTROLENE	SOL. LIÓFILO INJ. 20 MG/ML	AMP	01
SUXAMETONIO	SOL. INJ. 100 MG/ML AMP 10 ML	AMP	01
SEGUNDA GAVETA			
DEXAMETASONA	SOL. INJ. 4 MG/ML AMP 2,5 ML	AMP	10
DIAZEPAM	SOL. INJ. 5 MG / ML AMP 2 ML	AMP	5
FENITOÍNA	SOL. INJ. 50 MG/ML AMP 5 ML	AMP	04
FENOBARBITAL	SOL. INJ. 100 MG/ML AMP 2 ML	AMP	05
FENTANILA	SOL. INJ. 50 MCG AMP 10 ML	F/A	04
FLUMAZENIL	SOL. INJ. 0,1 MG /ML AMP 5 ML	AMP	02
HALOPERIDOL	SOL. INJ. 5 MG/ML AMP 1 ML	AMP	04
HEPARINA	SOL. INJ. 5.000 UI/ML F/A 5 ML	F/A	01
HIDROCORTISONA	PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG F/A	F/A	02
NALOXONA	SOL. INJ. 0,4 MG/ML AMP 1 ML	AMP	02
NEOSTIGMINA	SOL. INJ. 0,5MG/ML 1ML	AMP	02
PROTAMINA	SOL. INJ. 1000 UI/ML AMP 5ML	AMP	02
COMPRIMIDOS			
CLOPIDOGREL	75 MG	COMP	05

ISOSSORBIDA	5 MG	COMP	10
NIFEDIPINA	20 MG	COMP	05
MATERIAIS			
TERCEIRA GAVETA			
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 14		UN	03
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 16		UN	03
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 18		UN	05
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 20		UN	05
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 22		UN	05
TORNEIRA LUER LOCK 3 VIAS		UN	02
EQUIPO MACROGOTAS		UN	02
SERINGA DE 3 ML		UN	05
SERINGA DE 5 ML		UN	05
SERINGA DE 10 ML		UN	05
SERINGA DE 20 ML		UN	05
CATETER NASAL TIPO OCULOS ADULTO		UN	02
AGULHA 25 X 0,7 MM		UN	05
AGULHA 30 X 0,8 MM		UN	05
AGULHA 40 X 1,2 MM		UN	05
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 ML		UN	02

SOLUÇÃO RINGER LACTATO 500 ML	UN	02
SOLUÇÃO GLICOSADA 5% 500 M/	UN	02
QUARTA GAVETA		
CATETER DUPLO LUMEN 7FR – 20CM	UN	01
CATETER DUPLO LUMEN 5F – 15CM	UN	01
MÁSCARA LARÍNGEA Nº 03	UN	01
MÁSCARA LARÍNGEA Nº 04	UN	01
MÁSCARA LARÍNGEA Nº 05	UN	01
SONDA NASOGÁTRICA LONGA Nº 16	UN	02
SONDA NASOGÁTRICA LONGA Nº 18	UN	02
SONDA DE FOLEY Nº 08	UN	01
SONDA DE FOLEY Nº 12	UN	01
SONDA DE FOLEY Nº 18	UN	01
SONDA DE FOLEY Nº 20	UN	01
TUBO DE TRAQUEOSTOMIA Nº 08	UN	01
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 6,0	UN	02
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 7,0	UN	02
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 7,5	UN	02
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 8,0	UN	02
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 8,5	UN	02

TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO N° 2,5	UN	01
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO N° 3,0	UN	01
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO N° 3,5	UN	01
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO N° 4,5	UN	01
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SISTEMA FECHADO N°14	UN	01
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SISTEMA FECHADO N°16	UN	01
FILTRO DE HME	UN	02
MANTA TERMICA	UN	01



RESPONSABILIDADES E DEVERES

DEVERES DA ENFERMEIRA COORDENADORA

- Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;
- Atender a equipe Médica e de Enfermagem no desempenho de suas atividades;
- Manter materiais, salas cirúrgicas, sala RPA e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, monitorar para que estejam sempre abastecidos de todos os insumos necessários para o seu funcionamento;
- Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado;



- Realizar a gestão do setor com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;
- Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;
- Garantir a aplicação do protocolo de cirurgia segura.

DEVERES DA ENFERMEIRA PLANTONISTA DO CENTRO CIRÚRGICOS

- Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito dos pacientes e das cirurgias; descrevendo inclusive características do que ocorreu no período do plantão;
- Após a passagem de plantão a Enfermeira responsável pelo período deverá percorrer todo o setor, sala por sala, inclusive a SRPA, conferindo a funcionalidade dos aparelhos, tais como: carrinho de anestesia, foco, mesa cirúrgica, bisturi elétrico, carrinho de parada cardiorrespiratória, monitores, ventiladores e os leitos;
- A Enfermeira deve determinar qual técnico é responsável por circular qual sala, inclusive a sala de RPA, determinando horário de descanso e de refeição para cada um, a fim de que o setor não fique sem profissionais (Nota para excluir: no noturno, mesmo com o revezamento ficará apenas um técnico disponível o horário de descanso pois está dimensionado apenas 02 tec.);
- A Enfermeira deve determinar qual será a escala de colaboradores diariamente de PCR, determinando quem serão os responsáveis pela: medicação, circulante, manobras, vias aéreas etc;
- A Enfermeira deve determinar qual instrumentador cirúrgico ficará responsável por instrumentar as cirurgias de determinada sala, determinando o horário de descanso e de refeição para cada um, a fim de que, na unidade não permaneça apenas com um instrumentador cirúrgico;
- Durante os primeiros procedimentos de plantão a enfermeira deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;
- A Enfermeira plantonista deverá solicitar os pacientes nos locais de origem e determinar em qual sala cirúrgica, o mesmo ficará;
- A Enfermeira deverá receber os pedidos de cirurgias eletivas até as 16 h do dia anterior da cirurgia, conferindo com a CME quanto ao material a ser utilizado, confeccionar e checar o mapa cirúrgico, bem como disponibilizá-lo ao hospital até as 18 h;
- A Enfermeira deverá supervisionar e orientar toda a equipe médica e técnica quanto ao uso correto dos EPIS, bem como a obrigatoriedade do uso do unissex exclusivo do setor e a retirada de adornos;
- É de competência da Enfermeira realizar o início da SAEP no período pré-operatório, nas primeiras 12 h cirurgia eletiva;
- A Enfermeira acompanhada de toda a equipe deverá manter o setor organizado;

- Aos pacientes que forem fazer o pós-operatório na UTI, compete a Enfermeira plantonista levá-lo até o setor de destino, junto com o médico cirurgião ou o médico anestesista.

DEVERES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

- Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional da Centro Cirúrgico, só devem ausentar na presença de um substituto para sua função;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito dos pacientes e das cirurgias; descrevendo inclusive características do que ocorreu no período do plantão;
- Os técnicos de enfermagem deverão estar paramentados de acordo com a padronização do setor, bem como unissex, sapato fechado e não utilizar nenhum tipo de adorno durante todoo plantão.
- Os técnicos de enfermagem, deverão cumprir a escala diária que a Enfermeira plantonista designar, quanto a circulação de sala, RPA, bem como a escala de PCR;
- Os técnicos de enfermagem, ao receber a escala deverão conferir a funcionalidade dos equipamentos da sala, bem como montagem e desmontagem da sala cirúrgica;
- Os técnicos de enfermagem deverão acompanhar a admissão do paciente no setor, junto coma Enfermeira plantonista;
- Os técnicos de enfermagem, após o término de cada procedimento cirúrgico, deverão desmontar a sala cirúrgica, realizar desinfecção de superfícies e aparelhos utilizados;
- Os técnicos de enfermagem, deverão fazer a evolução do paciente e a realização do check list(Cirurgia segura) em 4 momentos, tais como: Admissão, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala cirúrgica;
- Os técnicos de enfermagem, deverão identificar e encaminhar as peças anatômicas ao laboratório;
- Os técnicos de enfermagem, retirar o saco de hamper da sala e enviá-lo ao expurgo;
- Segundo protocolo da CCIH todo domingo será realizado desinfecção terminal e os técnicosde enfermagem deverão auxiliar a equipe de higienização na limpeza terminal, bem como a higienização dos móveis e aparelhos do setor;
- Aos técnicos de enfermagem, compete o preenchimento dos formulários padronizados do setor, referente a cada procedimento cirúrgico;
- Os técnicos de enfermagem deverão retirar os kits cirúrgicos na farmácia satélite e fazer a devolução no final da cirúrgica junto com o check list referente ao que foi utilizado;
- Os técnicos de enfermagem, obrigatoriamente deverão assim como toda a equipe manter o setor organizado;

DEVERES DOS INSTRUMENTADORES CIRÚRGICOS

- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão receber o plantão e obedecer a escala designada pela Enfermeira plantonista;

- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão estar paramentados de acordo com a padronização do setor, bem como unissex, sapato fechado e não utilizar nenhum tipo de adorno durante todo o plantão;
- Os instrumentadores cirúrgicos ficarão responsável por instrumentar as cirurgias de cada sala, determinando pela Enfermeira, bem como o horário de descanso e de refeição para cada um;
- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão verificar o andamento das cirurgias, caso tenha algum procedimento em andamento, escovar e paramentar-se de imediato para substituir o colega que está finalizando o plantão;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito dos pacientes e das cirurgias; descrevendo inclusive características do que ocorreu no período do plantão;
- Os instrumentadores cirúrgicos, ao receber a escala deverão conferir todos os materiais, insumos e materiais que for utilizar na cirurgia;
- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão auxiliar o técnico na montagem da sala cirúrgica. Realizar a escovação e paramentação no mínimo 20 minutos antes do horário previsto, dispor os instrumentais na mesa cirúrgica e conferir antes do ato anestésico;
- Os instrumentadores cirúrgicos, deverão auxiliar a equipe médica na paramentação e no decorrer de toda a cirurgia, colaborando para que a cirurgia transcorra de forma segura;
- Os instrumentadores cirúrgicos deverão realizar o registro do procedimento no prontuário do paciente;
- Os instrumentadores cirúrgicos, após o término de cada procedimento cirúrgico, deverão desmontar a mesa cirúrgica, realizar o curativo encaminhar os materiais sujos ao expurgo, onde estes serão colocados no elevador até a CME;
- Na ausência de cirurgia, os instrumentadores deverão auxiliar os técnicos de enfermagem de acordo com as necessidades do setor.
- Os instrumentadores cirúrgicos, obrigatoriamente deverão assim como toda a equipe manter o setor organizado.

A ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

- O supervisor de enfermagem e o técnico de enfermagem recebe o paciente na porta do CC chamando-o pelo nome e apresenta-se falando nome e função. Inicia a conferência dos dados e o preenchimento do *Check List* Cirurgia Segura.
- Realiza a conferência do prontuário e dos dados na pulseira de identificação do paciente, confere a ausência de adornos, jejum (em caso de urgências programadas e eletivas), exames e realiza a transferência do paciente para a sala cirúrgica.

CIRCULAÇÃO DE SALA OPERATÓRIA

É realizada pelo Técnico de Enfermagem que recebe o paciente na admissão e encaminha-o para a sala cirúrgica, permanecendo até a chegada do anestesista.

O Técnico de Enfermagem realiza a monitorização dos sinais vitais, verifica em conjunto com anestesista o nível de consciência, padrão respiratório, acesso venoso, uso de sondas e cateteres. Aplica o Check List de Cirurgia Segura antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala. Auxilia o anestesista no ato anestésico e posiciona o paciente na mesa cirúrgica em conjunto com a equipe.

Além disso, este mesmo profissional deve auxiliar a equipe na paramentação, na abertura de materiais estéreis, atentando-se para os integradores internos dos pacotes, Colocar antissépticos, soro nas cubas para o instrumentar, auxiliar o enfermeiro na sondagem vesical sempre que necessário, posiciona a placa dispersiva do bisturi, posiciona foco cirúrgico na área a ser operada, e permanece na sala para auxiliar a equipe.

A manutenção da sala em ordem, e ao término do procedimento auxilia no controle de compressas e gazes, também é desempenhado pelo Técnico de Enfermagem, além de auxiliar ainda o instrumentador cirúrgico, e encaminhar o paciente para a SRPA e então deve realizar o registro da entrada e saída do paciente no prontuário.

SOLICITAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS

A solicitação de insumos é realizada diariamente conforme necessidade e demanda do setor por um técnico de enfermagem ou enfermeiro na farmácia satélite, que gera um pedido para a CAF, que atende o pedido.

A dispensação de materiais e medicamentos para as cirurgias, ocorre através da entrega de kits cirúrgicos no início de cada plantão, os itens que não estão dentro dos kits a solicitação ocorre de forma individual para cada procedimento cirúrgico. Após o ato cirúrgico o técnico de enfermagem realiza a devolução dos itens que sobraram via check list do kit.

ELABORAÇÃO DO MAPA CIRÚRGICO

A solicitação do agendamento das cirurgias programadas deverá acontecer até as 16 h do dia anterior, por meio de formulário preenchido pelo médico cirurgião responsável. As Enfermeiras do centro cirúrgico deverão encaminhar as solicitações de agendamento à CME para a conferência das caixas de instrumentais solicitadas.

Após conferência dos materiais, que deverá ocorrer até as 17 horas, a CME deve devolver a confirmação das cirurgias ao centro cirúrgico. As solicitações confirmadas para agendamento deverão ser digitadas pelo assistente administrativo sendo conferido e carimbado pela Enfermeira, gerando o mapa cirúrgico, que será entregue pelo assistente administrativo uma via impressa nos vários setores do hospital (**UTI adulta, Clínica Médica adulta posto CAF, Clínica cirúrgica, Observação, PA e NIR**).

O enfermeiro supervisor é quem realiza o agendamento da quantidade de procedimentos possíveis priorizando uma sala vermelha para cirurgias de urgência e/ou emergência. O

enfermeiro supervisor atende a demanda de cirurgias do dia, sendo que as emergências têm prioridade em relação aos procedimentos programados.

APLICAÇÃO DO SAEP (SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA)

Conforme a Resolução nº 358/2009 do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) é obrigatório todas as instituições aplicar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) em todas os setores assistenciais. No centro cirúrgico deve-se realizar a visita pré-operatória pelo enfermeiro supervisor do período noturno, na data anterior a realização do procedimento cirúrgico programado (pré-operatório).

As etapas da assistência de enfermagem perioperatória, e assistência de enfermagem na recuperação anestésica devem ser realizadas pelo enfermeiro supervisor, onde são registrados dados do procedimento no prontuário do paciente através de formulário padronizado pela Unidade.

INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

A instrumentação das cirurgias deverá ser executada por profissional de enfermagem devidamente habilitado com curso de instrumentador, ou acadêmicos de medicina aptos, sendo estes responsáveis pelo instrumental cirúrgico desde a solicitação com a CME até o retorno destes ao expurgo.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

A equipe de enfermagem receberá o paciente advindo da sala de cirurgia, acompanhado do anestesista e/ou da equipe de enfermagem, observando o preenchimento correto do prontuário, conferir o procedimento cirúrgico e anestésico realizado, conferir a identificação do paciente na pulseira e identificar o leito.

O paciente de ser monitorizado e posicionado conforme prescrição, proporcionando conforto, segurança e privacidade. O técnico de enfermagem anotará os sinais vitais no prontuário de 15 em 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos nas horas subsequentes até a alta da RPA.

ALTA DO CENTRO CIRÚRGICO

Após a alta prescrita pelo anestesista, o Enfermeiro e/ou técnico de enfermagem realiza o contato com a unidade de origem, para o encaminhamento do paciente. O técnico de enfermagem das unidades de internação busca o paciente estável no centro cirúrgico e conduz o mesmo com o condutor. Os pacientes graves são encaminhados para o setor de origem acompanhados do Enfermeiro supervisor e anestesista devidamente monitorizado.

ENCAMINHAMENTO DE MATERIAIS PARA EXAMES

Os pedidos médicos de materiais para exames como peças para anátomo patológico, tecidos e fluídos para cultura e etc, devem ser preparados e identificados pelo técnico de enfermagem. É escolhido o recipiente adequado, preparado com a solução adequada (soro fisiológico ou formol) e identificado com os seguintes dados: nome do paciente, data de nascimento, número do prontuário, nome da peça, data e nome do profissional que preparou a amostra para o laboratório.

Em seguida é repassado ao Enfermeiro, que confere o pedido e se for cultura deverá acionar o laboratório de imediato e as peças serão recolhidas pelo laboratório de acordo com os horários definidos no fluxo do setor de destino.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização exclusiva do setor. No CC é realizada limpeza terminal aos domingos. É realizada a limpeza terminal nas salas cirúrgicas após o término de procedimentos contaminados e pacientes em precaução de contato. Durante a limpeza terminal da unidade são limpos todos os armários de guarda de materiais e equipamentos. A limpeza concorrente é realizada diariamente e após cada procedimento cirúrgico.

CONTROLE DA CHEGAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro supervisor no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês e após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição. É feita a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença do lacre e cilindro de oxigênio.

CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

O controle de psicotrópicos dispensados aos pacientes deve acontecer com admissão da maleta, ou kit de anestesia.

CONTROLE DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. É realizada a conferência diária dos equipamentos do setor por um técnico de enfermagem escalado no apoio pelo enfermeiro supervisor para tal atividade.

ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFAS

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem do centro cirúrgico, conforme jornada de trabalho do colaborador. As escalas são elaboradas mensalmente. A divisão de tarefas segue uma escala, elaborada diariamente e

disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro supervisor faz a readequação.

O colaborador das áreas fechadas realiza os lanches (desjejum, lanche da tarde e ceia) apenas no refeitório.

Os intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo.

Os colaboradores podem solicitar até 03 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao Supervisor que encaminhará ao coordenador do centro cirúrgico para validação / aprovação e assinatura de ambos.

ALTA POR ÓBITO

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo cirurgião ou anestesista. A equipe técnica em enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. A Enfermeira supervisora solicita no serviço social o formulário para encaminhamento ao IML / SVO ou a declaração de óbito, entrega para o médico atestar. A Enfermeira supervisora registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro.

PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e às 19:00 após as trocas de equipe. Deve ser realizada no interior do setor, passando sala por sala e a beira leito na sala de RPA, onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passa a história do paciente, intercorrências e pendências.

REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

A solicitação dos exames é feita via formulário e a amostra de material de paciente em procedimento cirúrgico são coletadas pelo anestesiolologista.

REALIZAÇÃO DE CUIDADOS E PROCEDIMENTOS

A realização de cuidados e procedimentos são realizadas tendo como referência os protocolos institucionais disponibilizados no setor.

REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Diariamente o Enfermeiro supervisor, o técnico em enfermagem e os instrumentadores cirúrgicos fazem o registro na evolução de enfermagem. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve dentro do CC. O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas: cirurgia e tipo de anestesia que o paciente foi submetido, início e término do procedimento, participantes da cirurgia, hemotransfusão se houver, curativos, drenos, condições clínicas do paciente.

PROTOCOLO ONCOLOGIA

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES DE ONCOLOGIA

INTRODUÇÃO

O câncer é um nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que se caracteriza por um crescimento desordenado das células, onde ocorre a perda do controle da divisão celular e possuem a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos (BRASIL, 2011). É uma doença que possui uma realidade epidemiológica expressiva por atingir milhões de pessoas, independente da cultura, classe social ou religião e por ser responsável por cerca de 13% de todas as causas de óbitos no mundo e mais de 7 milhões de mortes anualmente (BRASIL, 2008).

E a situação é crescente, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano de 2030, pode esperar mais de 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer, aumentando seu efeito sobre países de rendas média e baixa (BRASIL, 2011).

Além de ser uma preocupação mundial, constitui um dos problemas de saúde pública mais complexo que o sistema de saúde brasileiro enfrenta (BRASIL, 2008). A estimativa da incidência de câncer no Brasil para 2012, também válida para 2013, aponta a ocorrência de 518.510 casos (aumento de 5,6% com relação à estimativa de 2011), sendo 10.740 casos somente no Estado do Espírito Santo (BRASIL, 2011).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) demonstram que a mortalidade por neoplasias vem crescendo consideravelmente a cada ano, sendo que, em 2008, representaram a segunda causa de óbito na população, ou seja, mais de 14,6% do total de mortes ocorridas no país (BRASIL, 2011). Essa alta mortalidade pelo câncer pode estar relacionada ao diagnóstico tardio da doença. Muitos pacientes quando comparecem aos centros especializados são diagnosticados em estágio avançado da doença, seja por desinformação do mesmo, familiares, médicos ou até medo do diagnóstico (BRASIL, 2008). Contudo, após o diagnóstico o tratamento é garantido pela Lei nº. 12.732 de 22 de novembro de 2012 em até 60 dias, evitando atraso no início do tratamento do paciente e possibilidade de agravamento do quadro clínico do paciente.

Para a escolha do tratamento adequado, alguns critérios precisam ser avaliados, como: tipo de tumor, estadiamento dado pela análise anátomo-patológica da biópsia, extensão da doença e condição física do paciente (FERREIRA; SCARPA; SILVA, 2008). Dentre as bases de tratamento para o câncer estão: cirurgia, radioterapia, hormonioterapia, quimioterapia antineoplásica (OTTO, 2002).

A quimioterapia atinge indiscriminadamente todas as células do organismo, principalmente as células de rápida proliferação, em especial as do tecido

hematopoiético, germinativo, do folículo piloso e do epitélio de revestimento gastrointestinal. Outros órgãos também podem ser afetados, em maior ou menor grau, de forma precoce ou tardia, aguda ou crônica, dependendo do tipo de droga e doses (BRASIL, 2009; SOARES *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde, através da Portaria 420 de 20 de agosto de 2010 no artigo 8º, aprova o Roteiro para Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, que além de informar os dados obrigatórios que deve conter em uma assistência ao paciente em uso de terapia antineoplásica, torna obrigatória a orientação aos pacientes sobre os efeitos adversos da quimioterapia e o que fazer em caso de manifestações dos efeitos. Essa portaria torna obrigatório em todas as centrais de quimioterapia a utilização do termo de esclarecimento e responsabilidade (BRASIL, 2010).

O conhecimento desses efeitos pelo enfermeiro e das alternativas para controle e prevenção, quando possível, é indispensável no manejo dos sintomas por medidas preventivas (FRIGATO; HOGA, 2003). A identificação correta e oportuna dos problemas dos pacientes, decorrentes do tratamento quimioterápico, e a implementação de ações direcionadas ao alcance de resultados, são essenciais para o manejo efetivo dos efeitos adversos do tratamento (ALMEIDA; GUTIÉRREZ; ADAMI, 2004).

A Portaria do COFEN nº 358/2009 considera Processo de Enfermagem (PE) um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional, e sua operacionalização evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. O PE envolve o que o profissional de enfermagem faz (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento das necessidades humanas específicas (diagnósticos de enfermagem), para alcançar os resultados para que se é legalmente responsável (resultados de enfermagem) (ICN, 2005).

Com o Processo de Enfermagem constata-se a melhora no controle terapêutico, efetividade e eficiência na adesão ao tratamento por maiores esclarecimentos sobre a doença e tratamento, identificação de aspectos que demandam intervenções de enfermagem, possibilita uma melhora do autocuidado, além de diminuição do número de internações por complicações (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1998).

As etapas de identificação e elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem são de suma importância para a operacionalização desse processo, no intuito de sistematizar a assistência (SOUZA; SILVA; MEIDEIROS; NÓBREGA, 2013). Para isso o profissional deve estar tecnicamente preparado e ter interesse pelo ser humano e seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o sujeito, à família e a comunidade (CIE, 2011).

Especialistas em enfermagem oncológica afirmam que as experiências planejadas de prestação de informações fornecidas aos pacientes e familiares propiciam participação na tomada de decisão, pois informado ele possui segurança para realizar o autocuidado, favorecendo melhor controle dos efeitos adversos provocados pela quimioterapia (ALMEIDA; GUTIÉRREZ; ADAMI, 2004).

“Pacientes e familiares devem estar plenamente orientados sobre as toxicidades relacionadas ao tratamento, através de informações verbais e escritas assimiláveis, transmitidas com respeito e empatia, sempre reforçando os benefícios da droga e as alternativas para manejo dos efeitos colaterais” (BONASSA; SANTANA, 2008, p. 84).

Almeida em seu estudo avaliou a utilidade das orientações fornecidas durante a quimioterapia e a opinião dos pacientes foi unânime em acharem que elas contribuem para o tratamento. Os pacientes relatam que se sentem mais seguros se realizadas também por escrito, mesmo após receberem as orientações verbais, pois nem sempre se lembravam do conteúdo quando fosse necessário e não que tiveram dificuldades para segui-las (ALMEIDA; GUTIÉRREZ; ADAMI, 2004).

Dessa forma, considera-se que a orientação de enfermagem é uma das estratégias que pode incentivar e desenvolver as potencialidades de pacientes e familiares, bem como instrumentá-los para assumirem, como sujeitos, as ações voltadas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do tratamento (ALMEIDA; GUTIÉRREZ; ADAMI, 2004).

Na assistência ao indivíduo com câncer, o enfermeiro possui um papel fundamental na educação em saúde, por direcionar o cuidado de enfermagem para a promoção, manutenção e restauração da saúde, prevenção da doença, devendo incentivar o paciente e familiares a discutirem as dúvidas surgidas durante o tratamento (ARRUDA;

OBJETIVOS

Apresentar um protocolo de atendimento à pessoa em tratamento quimioterápico tendo em vista os efeitos adversos da medicação.

permita o incentivo ao desenvolvimento das potencialidades de pacientes e familiares,

instrumentá-los para assumirem, como sujeitos, as ações voltadas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do tratamento, e desenvolver a melhoria da qualidade e eficácia da sistematização da assistência aos pacientes em tratamento quimioterápico com efeitos adversos.

PROTÓCOLO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COMBASE EM

EFEITOS ADVERSOS DA QUIMIOTERAPIA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM/ RESULTADOS

Risco de infecção;
febre leve,
moderada e severa;
infecção leve, moderada e
severa.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PREVENÇÃO: Instruir a evitar locais com aglomerado de pessoas; contato com pessoas que estejam doentes ou recentemente curados; contato com crianças que acabaram de tomar vacina dos primeiros anos de vida.

Incentivar a lavar as mãos.

Ensinar preparar e manipular seguramente os alimentos. Instruir a ingestão de alimentos preferencialmente bem cozidos.

Instruir a evitar a realização de procedimentos invasivos. Instruir a fazer uso de preservativo em todas as relações sexuais.

Informar para não receber aplicação de vacinas sem consultar seu médico.

Prevenir lesões na pele.

Ensinar a verificar temperatura axilar pelo menos 1 vez ao dia. Ensinar a monitorar resultado laboratorial.

TRATAMENTO:

Ensinar a administrar medicação SOS, conforme prescrição médica.

Incentivar a arejar o ambiente.

Incentivar a ingestão de líquidos.

Instruir a não administrar medicação em caso de febre.
Instruir a se encaminhar para serviço de emergência em caso de febre.

Sangramento

moderado e severo leve;
sangramento moderado e mucosa;

sangramento moderado leve,
na gengiva; sangramento moderado e severo no trato gastrointestinal.

PREVENÇÃO: Instruir a evitar procedimentos invasivos se plaquetas inferior a 20.000.

Incentivar a escovar os dentes com escova de cerdas macias. Ensinar a passar água quente nas cerdas para amolecê-las antes de escovar os dentes.

Incentivar a não usar de fio dental.

Incentivar a prevenir lesões de pele.

Incentivar a não realizar atividades que possam machucar.

Instruir a não utilização de enemas, supositórios ou tampões.

TRATAMENTO:

Ensinar a aplicar gelo local.

Ensinar a aplicar curativo compressivo. Ensinar a monitorar resultado laboratorial.

Instruir sobre a possibilidade de transfusões sanguíneas.

Anemia leve, moderada e severa.

Ensinar a monitorar sinais e sintomas da anemia.

Instruir a informar ao médico ou enfermeira qualquer sintoma.

Ensinar a monitorar resultado laboratorial.

Instruir sobre alimentação balanceada e rica em ferro. Instruir paciente sobre o serviço de nutrição oferecido pela instituição.

Incentivar períodos mais prolongados e frequentes de repouso. Instruir sobre a possibilidade de queda, devido tonturas e hipotensão postural.

Instruir sobre a possibilidade de transfusões sanguíneas.

Integridade prejudicada.

tissular

PREVENÇÃO: Instruir a relatar desconforto na veia durante infusão da medicação.

TRATAMENTO:

Ensinar a aplicar bolsa de compressa adequada 4 vezes ao dia. Instruir a retornar a central de quimioterapia para avaliação da local extravasado.

Queda de cabelo parcial e total

PREVENÇÃO: Informar sobre técnica de touca hipodérmica.

Informar o grau de queda do cabelo. Incentivar a cortar o cabelo antes da queda. Informar que a queda de cabelo é reversível. TRATAMENTO:

Instruir sobre local para obter material para cobrir a cabeça no Hospital.

Incentivar uso de material para cobrir a cabeça e protetor solar.

Informar possibilidade de mudança da característica do cabelo quando crescer.

Instruir a fazer uso de travesseiro de cetim.

Informar sobre serviço de psicologia fornecido pela Instituição.

Alergia leve, moderada e severa;

prurido leve, moderado e severo;

flebite leve, moderada e severa;

Eritema leve, moderado e severo.

PREVENÇÃO: Instruir a relatar desconforto durante infusão da quimioterapia.

Instruir a relatar alergia à medicação.

Hiperpigmentação leve, moderada e severa na pele;

Hiperpigmentação leve, moderada e severa nas unhas.

TRATAMENTO: Informar que esse efeito adverso atinge principalmente unha e trajeto da veia.

Instruir a evitar luz solar no período de 9 às 16h. Informar sobre transitoriedade desse sintoma.

Fadiga leve, moderada e severa.

TRATAMENTO: Estimular períodos alternados de repouso e exercícios.

Incentivar a realizar pequenos repouso a tarde.

Incentivar a realizar exercícios físicos regularmente.

Encorajar a realizar atividades relaxantes (relaxamento, lazer e distração).

Incentivar ingestão de alimentos nutritivos pela manhã.

Instruir a ingestão de alimentos de fácil mastigação e deglutição.

Incentivar ingestão de alimentos pequenas porções e frequentes.

Incentivar ingestão hídrica.

Incentivar a aceitar ajuda quando oferecida. Incentivar a não realização de atividades de casa.

Instruir a evitar estímulos ambientais como luz e ruídos. Instruir a evitar procedimentos de enfermagem nos momentos de repouso.

Fertilidade prejudicada.

PREVENÇÃO: Informar sobre risco de infertilidade.

Incentivar uso de métodos contraceptivos.

Instruir sobre técnica de preservação da fertilidade.

TRATAMENTO: Informar paciente sobre serviço de psicologia fornecido pela Instituição.

Dor leve, moderada e severa.

TRATAMENTO: Ensinar a administrar medicação SOS, conforme prescrição médica.

Incentivar a administração no intervalo adequado sem pular dose.

Ensinar a monitorar a dor: frequência, intensidade, qualidade, início, duração e local.

Instruir a informar classificação da dor por escala visual analógica.

Ensinar medidas alternativas para alívio da dor, como: uso de compressas, massagem, musicoterapia, relaxamento). Instruir a comunicar equipe presença de dor.

Neuropatia nos nervos periféricos leve, moderada e severa.

PREVENÇÃO: Instruir a manter pés e mãos aquecidos. Instruir a evitar traumas em mãos e pés.

Instruir a prevenir lesões de pele.

Instruir a fazer uso de calçados confortáveis ou de borracha. Instruir a evitar clima frio, ingestão de alimentos/líquidos frios e contato com superfícies frias.

Incentivar a andar devagar.

TRATAMENTO:

Ensinar a monitorar sinais e sintomas da neuropatia periférica principalmente em mãos e pés.

Instruir a informar os sintomas ao enfermeiro e médico.

Incentivar o uso de luvas para realizar trabalhos no jardim.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COMBASE EM EFEITOS GASTROINTESTINAIS DA QUIMIOTERAPIA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM/ RESULTADOS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Inflamação leve na membrana da mucosa oral.

PREVENÇÃO: Instruir sobre técnica de crioterapia durante quimioterapia.

TRATAMENTO: Ensinar a monitorar sinais e sintomas da inflamação da mucosa oral.

Instruir a enxaguar a boca com produtos que não contenham álcool na composição.

Inflamação moderada na membrana da mucosa oral.

Incentivar a escovar os dentes com escova de cerdas macias e após as refeições e antes de dormir.

Incentivar a usar o fio dental de maneira suave e evitar o uso nas áreas de sangramento.

Instruir a realizar pequenas refeições.

Instruir a evitar ingestão de alimentos: ácidos, quentes, crocantes, temperados, apimentados e com excesso de sal.

Inflamação severa na membrana da mucosa oral.

Instruir ingestão de alimentos pastosos ou líquidos.

Instruir ingestão de alimentos preferidos e com alto teor de proteína e calorias.

Instruir ingestão de alimentos em temperatura ambiente.
Instruir ingestão de alimentos ou líquidos com canudo, conforme necessidade.

Incentivar a evitar ingestão de líquidos com álcool e beber refrigerante.

Informar sobre possível alteração no paladar.

Informar sobre tratamento das lesões com laser de baixa frequência.

Ensinar a administrar medicação SOS, conforme prescrição médica.

Náusea leve.

PREVENÇÃO: Instruir a minimizar os estímulos visuais e de odor.

Instruir a manter casa ventilada.

Instruir manter-se longe da cozinha durante preparação de alimentos e de alimentos com cheiro forte.

Náusea moderada.

Instruir a evitar realizar longos períodos de jejum. Instruir a comer antes de sentir fome.

Instruir a evitar deitar-se após as refeições. Incentivar a chupar gelo ou bala na infusão de quimioterapia.

Náusea severa.

Instruir a evitar balas e chicletes de aromas irritantes, ácidos ou amentolados e sem açúcar.

Incentivar ingestão de alimentos de fácil digestão após a quimioterapia e aguardar 1 hora para se alimentar.

TRATAMENTO:

Ensinar a administrar medicação SOS, conforme prescrição médica.

Vômito leve.

Instruir vestir roupas soltas.

Instruir paciente a promover repouso para alívio dos sintomas.

Incentivar ingestão de líquidos frios, em pequenas quantidades e várias vezes ao dia.

Instruir a evitar ingestão de líquidos durante as refeições. Instruir o paciente a esperar 30 minutos após episódio de vômito para oferecer líquidos.

Instruir realizar pequenas refeições em intervalos

Vômito moderado.

frequentes.

Instruir a realizar ingestão de alimentos em local agradável e fresco.

Vômito severo.

Instruir a ingestão de alimentos leves, de fácil digestão, secos, de alto teor de carboidrato e apetitosos. Instruir o paciente a evitar ingestão de alimentos: temperados, picantes, gordurosos, doces e quentes.

Instruir a evitar ingestão de alimentos por 1 a 2 horas antes da sessão de quimioterapia.

Instruir a comer lentamente.

Instruir a higienizar a boca após as refeições.

Ensinar técnicas de higiene da boca.

Orientar a relatar alteração no peso.

Informar paciente sobre serviço de nutrição fornecido pela Instituição.

Diarréia leve.

TRATAMENTO: Ensinar a administrar medicação SOS, conforme prescrição médica.

Ensinar paciente a monitorar eliminações intestinais: frequência, consistência e volume.

Diarréia moderada.

Instruir a ingestão de alimentos constipantes, com baixo teor de fibras, elevado teor de proteínas e gordura, e calórico.

Incentivar preparação de alimentos com temperos naturais. Instruir o paciente a evitar ingestão de alimentos: muito quentes ou muito frios, formadores

Diarréia severa.

de gases, condimentados, apimentados, leite e derivados, com cafeína.

Instruir a evitar consumo de bebidas alcoólicas. Instruir realizar pequenas refeições em intervalos frequentes.

Encorajar ingestão de líquidos de 2 a 3 litros por dia. Incentivar aumento da ingestão de líquidos: água de côco, isotônicos, chás, sucos e gelatina.

Ensinar a monitorar sinais e sintomas de desidratação.

Instruir ingestão de líquidos gradativamente.

Instruir paciente a realizar higiene perianal a cada evacuação com água morna e sabonete neutro ou lenços umedecidos sem cheiro.

Instruir a evitar uso de papel higiênico.

Ensinar preparar e manipular seguramente os alimentos.

Informar ao paciente sobre transitoriedade desse sintoma.

Informar paciente sobre serviço de nutrição fornecido pela

Instituição.

Obstipação leve.

TRATAMENTO: Ensinar a administrar medicação SOS, conforme prescrição médica.

Ensinar paciente a monitorar eliminações intestinais: frequência, consistência e volume.

Obstipação moderada.

Instruir horários de evacuação.

Encorajar ingestão hídrica de 2 a 3 litros por dia.

Incentivar aumento da ingestão de líquidos: água de côco, chás e sucos.

Obstipação severa.

Instruir a ingestão de alimentos laxativos e com alto teor de fibras.

Instruir a evitar ingestão de alimentos constipantes. Ensinar técnica de remoção manual das fezes.

Instruir o paciente a se encaminhar para serviço de emergência em caso de 3 dias de constipação.

Incentivar a realizar caminhadas diárias. Instruir a ingestão de líquidos quentes.

Informar paciente sobre serviço de nutrição fornecido pela Instituição.

Apetite prejudicado

TRATAMENTO: Instruir a ingestão de alimentos hipercalóricos e hiperprotéicos.

Instruir realizar pequenas refeições em intervalos frequentes.

Instruir a comer alimentos preferidos e lentamente. Instruir a evitar ingestão hídrica antes e durante as refeições.

Instruir a evitar ingestão de alimentos repetidos e no mesmo local.

Instruir a evitar ingestão de alimentos gordurosos, como odor forte, muito quente ou muito frio.

Peso prejudicado

Instruir a evitar estar próximo à cozinha durante preparação dos alimentos.

Instruir a família a evitar cobranças excessivas para ingestão de alimentos.

Incentivar a reforçar ingestão de alimentos nas primeiras horas do dia.

Encorajar a higienizar a boca antes das refeições para melhorar o paladar.

Incentivar a realizar exercícios físicos antes das refeições, de acordo com as condições dos pacientes.

Informar paciente sobre serviço de nutrição fornecido pela Instituição.

Salivação diminuída

TRATAMENTO:

Incentivar a manter a boca úmida.

Incentivar a beber pouca água de maneira frequente. Incentivar a chupar balas, chicletes e picolé para estimular a salivação.

Instruir a evitar balas e chicletes de aromas irritantes. Instruir a ingestão de alimentos com molhos, úmidos, macios, fáceis de mastigar e engolir.

Paladar prejudicado

Incentivar a comer com talheres de plástico e cozinhar em recipientes de vidro para melhorar o sabor metálico na boca.

Instruir a evitar ingestão de alimentos quentes, secos, crocantes e duros.

Instruir a evitar ingestão de alimentos condimentados, ácidos ou muito doce.

Instruir a ingestão de alimentos em pedaços pequenos e acompanhado com líquidos.

Instruir a ingestão de alimentos em temperatura ambiente.

Instruir a mastigar bem os alimentos.

Incentivar uso de protetores labiais para manter lábios úmidos.

Instruir a higienizar a língua para estimulação dosreceptores gustativos e melhorar estímulo salivar.

Instruir a não beber bebida alcoólica e fumar.

Informar paciente sobre serviço de nutrição fornecido pela Instituição.

6 REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P; BAPTISTA, N.R; FONSECA, S.M; PAIVA, D.R.S. Extravasamento de drogas antineoplásicas – Notificações e cuidados prestados. **Rev Bras Cancerologia**, vol.2, n.47, p.143-151.2001.

ALMEIDA, E.P.M.; GUTIÉRREZ, M.G.R.; ADAMI, N.P. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. **Rev Latino-am Enferm.**,vol. 12, n.5, p.760-6, set./out. 2004.

ÁLVAREZ, C.N.D; VELASCO, C.M.D; PORTILLA, C.M.D. Náuseas, vômitos, diarreia, estreñimiento e hiporexia em La alimentación Del niño com câncer. **Revista Gastrohnp.**, vol.14, n.1, p.27-30. 2012.

ARAÚJO, I.E.M. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implantação de um roteiro direcionador, relato de experiência. São Paulo, **Acta Paul Enf.**, vol.12, p.18-25. 1996.

ARRUDA, I.B; PAULA, J.M.S.F; SILVA, R.P.L. Efeitos adversos da quimioterapia antineoplásica em crianças: o conhecimento dos acompanhantes. **Cogitare Enferm.**, vol. 3, n. 14, p.535-9, jul./set. 2009.

BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRAGA, C.G.; SILVA, J.V. **Teorias de enfermagem**. 1 ed. São Paulo: Ítátria, 2011.

BRASIL. Ações de enfermagem para o controle do câncer: **uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. 3 ed. Ver. Atual. Ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. **Portaria n.º 420/2010**. Brasília (DF), 25 de agosto de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0420_25_08_2010.html>. Acesso em: 3 abr 2012.

BRASIL. ABC do câncer: **abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

CAMPOS, M.P.O; HASSAN, B.J; RIECHELMANN, R; GIGLIO, A.D. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Rev Assoc Med Bras.**, vol.2, n.52, p.211-19. 2011.

CARDONA, A.F; ORTIZ, L.D; REVEIZ, L; BECERRA, H.A; ARRANJO, N;

SANTACRUZ, J.G; *et.al.* Neuropatia inducida por el tratamiento médico del câncer. **Revista de los estudiantes de medicina de La universidad industrial de Santander**, vol.2, n.23, p.103-127, 2010.

PEDIATRIA

NORMAS E ROTINAS DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

- RESPONSABILIDADES E DEVERES
- DEVERES DO ENFERMEIRO COORDENADOR

Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;

- Atender a equipe Médica e de Enfermagem no desempenho de suas atividades;
- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, monitorar para que o setor esteja sempre abastecido de todos os insumos necessários para o seu funcionamento;
- Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;
- Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- Realizar a gestão do setor com uso de ferramentas da qualidade tais como: mapa de processos, fluxogramas, indicadores e matriz de riscos;

- Realizar a gestão de incidentes com ou sem danos;
- Confecção de escala mensal do setor;
- Realizar reuniões periódicas para tratar de assuntos pertinentes ao funcionamento do setor;

O DEVERES DO ENFERMEIRO DIARISTA

Realizar visita diária aos pacientes internados na unidade;

Organizar prontuários durante a internação do paciente e após sua alta;

- Auxiliar o Enfermeiro plantonista na elaboração na execução da SAE diária e em procedimentos assistenciais quando necessário;
- Solicitar ao setor responsável a coleta de exames laboratoriais e Raio X;
- Preencher diariamente *CheckList* diário de Gerenciamento Assistencial;
- Conferência dos carrinhos de emergência quanto a validades e reposição correta realizada pelos enfermeiros do setor; e conferência e reposição quando houver rompimento do lacre;
- Solicitar ambulância junto ao NIR para procedimentos, transferências, e altas quando necessário;



- Observar materiais e equipamentos com defeito devendo identificá-los (quanto ao defeito, a pessoa que identificou e a data), retirá-lo da unidade e relatar no livro da enfermagem e realizar abertura de chamado para manutenção corretiva, se for o caso;
- Auditoria interna de prontuários (SAE, Balanços, Prescrições e Evoluções de Enfermagem).

O DEVERES DO ENFERMEIRO PLANTONISTA

- Como para todo profissional da unidade só é autorizado sua ausência na presença de um plantonista substituto;
- Durante a passagem de plantão é necessário que seja passado todos os detalhes pertinentes a respeito de cada paciente, descrevendo inclusive características e viabilidades dos acessos, e quadro clínico de melhora ou piora no período do plantão;
- Após a passagem de plantão a enfermeiro (a) responsável pelo período deverá percorrer leito a leito conferindo drogas em infusão, procedimentos de horário e acesso venoso ou central avaliando inclusive se estão permeáveis;
- Durante os primeiros procedimentos de plantão a enfermeira deverá estar presente auxiliando a equipe técnica em suas dúvidas e necessidades;
- A avaliação da necessidade de aspiração e a execução desta atividade bem como a parametrização do modo ventilatório de paciente é de competência compartilhada entre o enfermeiro, o fisioterapeuta e médico de plantão;
- Os curativos de alta complexidade devem ser realizados pela enfermeira de plantão conforme seu julgamento clínico, e deve ocorrer preferivelmente após o banho.
- A passagem de sondas gástricas bem como a sua retirada é da competência da enfermeira de plantão, devendo a mesma realizar identificação com responsável e data do procedimento;
- Da competência da enfermeira avaliar a administração de dietas enterais e parenterais, orientando quanto ao posicionamento do paciente no leito;
- A nutrição parenteral deve ser instalada pela enfermeira de plantão com técnica estéril conforme prescrição médica e da nutrição;
- A retirada de acesso venoso central deverá ser realizada pela enfermeira do plantão conforme programação de tratamento da equipe médica para o paciente,
- A assistência de enfermagem deve ser baseada na aplicação da SAE, e os formulários devem ser preenchidos adequadamente em todos os plantões, com validade de 24 horas. A anotação de todas as intercorrências relacionadas ao paciente, devem ser descritas na ficha de evolução de enfermagem;
- Realizar o aprazamento das medicações prescritas, conferir o preenchimento e cálculo do balanço hídrico;

- Durante situações de urgência e emergência a enfermeira deve executar as manobras adequadas, orientando a equipe de enfermagem, a fim de garantir a fluidez das ações propostas pela equipe médica;
- Executar os procedimentos assistenciais priorizando-os antes do preenchimento de qualquer formulário, só então segue-se com o registro das ações de enfermagem;
- A enfermeira deve, mensalmente, realizar orientações com sua equipe, sobre situações de fragilidades observadas no decorrer deste período, realizando registro com lista de presença;
- Todas as admissões devem ser acompanhadas pelo enfermeiro;
- Manter o dialogo constante, com a equipe de enfermagem e multiprofissional a fim de garantir a segurança das informações relacionadas ao paciente;
- Manter e preservar o sigilo das informações sobre o paciente e seu tratamento;
- A organização da unidade: livro ata de passagem de plantão, comunicação interna, relatório de alta e admissão, entre outros devem ser de conhecimento de todos e de fácil acesso;
- Ao enfermeiro dentro da Clínica Pediátrica cabe-lhe o papel de planejar, orientar e aplicar uma assistência humanizada de qualidade onde preservando sempre a segurança do paciente e de sua equipe;

DEVERES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Os técnicos de enfermagem, como qualquer outro profissional da Clínica Pediátrica, só devem se ausentar na presença de um substituto para sua função;

- Para os pacientes admitidos na pediatria, os dados antropométricos (Altura, perímetro encefálico e peso) deve ser coletados em todas as admissões;
- O Técnico de Enfermagem auxilia o acompanhante durante o banho sempre que necessário;
- Todos os formulários devem ser preenchidos, em todos os seus campos, conforme a necessidade, com informações fidedignas;
- Os cuidados de enfermagem devem ser realizados conforme prescrição do enfermeiro;
- É da responsabilidade do técnico os cuidados com material manipulado, a preservação do material da Clínica Pediátrica e o transporte do mesmo para CME ou local de esterilização, conforme escala do dia feita pela enfermeira, devendo ser seguida rigorosamente nos horários estipulados pelo setor de CME;
- No momento da visita é solicitada uma discrição importante da equipe sobre comentários gerais, inoportunos, a fim de não gerar discórdia entre a equipe e a família;

DEVERES DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Realizar levantamento de quantidade de leitos ocupados, bloqueados e livres toda manhã para encaminhar e-mail ao NIR;

Providenciar cópia de formulários utilizados no setor;

- Repor material do almoxarifado;

- Assistir a assinatura de pontos dos funcionários do setor;
- Encaminhar prontuários ao SAME após conferir com o *check list*;
- Atender ao telefone do posto de enfermagem;
- Realizar recebimento das informações diversas do setor via telefone ou memorandos;
- Preparar documentos solicitados para composição de respostas diversas;
- Imprimir lista de presença e qualquer outro documento ou formulário solicitado;
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do superior imediato.
- Comunicar atendimento de outros serviços como: Serviço Social, Psicologia, etc, quando solicitado pelo Enfermeiro diarista ou plantonista.

O A ADMISSÃO DO PACIENTE NA CLÍNICA PEDIÁTRICA

O supervisor de enfermagem e o técnico de enfermagem recebem o paciente da equipe do setor de origem, tomando ciência do quadro clínico do paciente.

O enfermeiro aplica a escala de Humpty Dumpty (score de queda) e coleta assinatura dos pais ou representantes legais. Realiza a conferência do prontuário e dos dados na pulseira de identificação do paciente, acompanha a coleta dos dados antropométricos e em seguida encaminha o paciente para o leito reservado.

O SOLICITAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS

A solicitação é realizada diariamente conforme quantidade padronizada pela farmácia, onde ao final de cada plantão um técnico de enfermagem solicita na farmácia satélite os insumos para o plantão seguinte.

A dispensação de medicamentos, ocorre através da entrega da prescrição na farmácia satélite. A farmácia satélite, por sua vez, confecciona e dispensa o Kit com os medicamentos, por paciente, para atender as próximas 24 horas. No Kit já são incluídos os materiais necessários para administração dos medicamentos prescritos.

Os medicamentos de uso coletivo (tais como almotolias com clorexidinas e álcool, Ipratrópio, lidocaína, pomadas para curativo e etc), são solicitados na farmácia satélite mediante a apresentação e devolução dos frascos vazios, durante a rotina de requisição ao final de cada plantão. Devendo estes serem identificados corretamente com data de abertura e responsável.

Os insumos de papelaria (canetas, papel A4, carbono, impressos dos formulários e etc) e descartáveis, são solicitados ao almoxarifado, duas vezes na semana, às segundas e quintas-feiras, pelo assistente administrativo, através do preenchimento de formulário de requisição.

O MATERIAIS DE CME

A solicitação e devolução dos materiais da Central de Material de Esterilização é realizada diariamente mediante formulário de solicitação e em horários estipulados pelo CME.

O levantamento da quantidade de materiais é feito de acordo com o quantitativo de pacientes internados na Clínica Pediátrica, considerando a necessidade assistencial de cada paciente.

A entrega do material contaminado na CME, deve ocorrer nos horários preconizados, pela equipe que o gerou, devendo o enfermeiro determinar qual profissional executará a ação. Para isto, todos os EPIs devem ser utilizados corretamente.

O ELABORAÇÃO DO MAPA DE LEITO

O mapa de leito deve ser preenchido diariamente pela enfermeira, contendo a localização de cada paciente, bem como os leitos vagos, além da informação de quantas camas e berços estão disponíveis ou ocupados;

O ALTA DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

A alta de paciente na Clínica Pediátrica ocorre por meio de prescrição médica. Após a prescrição da alta a equipe enfermagem deve realizar orientações gerais sobre a alta e preparar o paciente para a saída. É importante realizar um registro preciso das condições do paciente durante a alta.

Na alta, deve ser preenchido o comunicado de alta, para autorizar a saída do paciente da Unidade, neste caso, este documento deve ser preenchido em 4 vias, sendo uma destinada ao NIR para liberação do leito, uma para Nutrição, uma para a Farmácia e uma fica com o paciente e esta, ele entrega ao recepcionista na hora da saída.

Jamais o paciente deve receber alta e ser conduzido apenas pelo condutor, a equipe responsável por ele deve acompanhar o paciente até na saída, na cadeira de rodas ou maca, nunca andando.

O REALIZAÇÃO DE EXAMES

Há alguns exames que ainda não são realizados na Unidade, nestes casos devem ser solicitados ao NIR para que sejam realizados em outra instituição, devendo sempre, quando transferido, o paciente estar acompanhando de um profissional de enfermagem da Unidade. Nos casos dos exames que são realizados no hospital, o laboratório é quem realiza a coleta das amostras, sendo assim, no momento que o exame for solicitado, o laboratório deve ser acionado para realizar o exame.

Para a coleta de urina, em crianças que ainda usam fralda, a equipe de enfermagem orienta as mães sobre como utilizar o coletor próprio, e assim que a amostra é coletada, deve ser devidamente identificada, e o laboratório acionado para buscá-la no setor. No caso das crianças maiores deve ser utilizado o coletor convencional.

O LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

A unidade deve dispor de uma equipe de higienização para atender setor. As enfermarias da Clínica são classificadas como área semicrítica, devendo a desinfecção terminal ser realizada com intervalos não superiores a 15 (quinze) dias. No caso da limpezaconcorrente, esta deve ser realizada duas vezes a cada 24 horas.

No que se refere a enfermaria com leitos ocupados, a higienização do leito e dos equipamentos médico-hospitalares deve ser feita pelo técnico de enfermagem, seguindo a periodicidade de duas vezes ao dia, exceto nos casos que o paciente estiver em precauçõesadicionais, onde a desinfecção deve ser feita 3 (três) vezes ao dia.

Todos os equipamentos do setor devem, necessariamente, serem armazenados, na sala de equipamentos, após sua higienização adequada, que também deve ser feita pela equipe de enfermagem. Após a higienização deve-se fixar uma etiqueta identificando a ação. Após 15 (quinze) dias de armazenamento, sem uso, mesmo higienizado, o equipamento deve ser limpo novamente antes do uso com pacientes.

O CONTROLE DA CHEGAGEM DO CARDIOVERSOR E CARRO DE EMERGÊNCIA

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeirosupervisor no período diurno e noturno e preenchido o check list de controle.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por mês após a abertura do mesmo. A conferência é feita por um técnico em enfermagem e/ou enfermeiro e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feito em documento específico, após a conferência as gavetas são lacradas com lacre padronizado pela instituição. É feita a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença do lacre e cilindro de oxigênio.

O CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS

Os psicotrópicos devem ser dispensados aos pacientes apenas mediante prescrição médica e ficha de controle especial, direto pela farmácia satélite, devendo seu preparo e administração serem supervisionados pelo enfermeiro.

O CONTROLE DE EQUIPAMENTOS

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de Enfermagem. É realizada a conferência diária dos equipamentos e semipermanentes do setor por um técnico de enfermagem escalado no apoio pelo enfermeiro supervisor para talatividade.

O ESCALA DE TRABALHO E DIVISÃO DE TAREFA

As escalas mensais de trabalho são elaboradas pelo coordenador de enfermagem da Clínica Pediátrica, conforme jornada de trabalho do colaborador. A divisão de tarefas segue

uma escala, elaborada diariamente pelo enfermeiro supervisor e disponibilizada no setor, em casos de faltas e atestados o enfermeiro supervisor faz a readequação.

O colaborador deve realizar suas refeições todas (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) apenas no refeitório.

s intervalos de descanso acontecem a partir das 11:30 para os colaboradores do diurno e a partir das 24:00 para o noturno. Os colaboradores do diurno gozam de 01 hora de intervalo, e os do noturno gozam de 02 horas de intervalo, incluindo a pausa para as refeições.

O TROCAS

Os colaboradores podem solicitar até 03 trocas mensais, através do formulário Solicitação de Folgas/ Trocas. A solicitação deverá ser entregue ao Supervisor que encaminhará ao coordenador do setor para validação / aprovação e assinatura de ambos.

O ALTA POR ÓBITO

A alta por óbito se dá após a constatação do óbito pelo médico. A equipe técnica em enfermagem faz o preparo do corpo conforme protocolo institucional de cuidado do corpo após morte e encaminha-o para o morgue. A Enfermeira supervisora solicita no serviço social o formulário para encaminhamento ao IML / SVO ou a declaração de óbito, entrega para o médico atestar. A Enfermeira supervisora registra o óbito no prontuário, onde faz a evolução e registra no caderno de óbitos pelo enfermeiro.

O PASSAGEM DE PLANTÃO

A passagem de plantão acontece diariamente às 07:00 e às 19:00 após as trocas de equipe. Deve ser realizada no interior do setor, passando leito por leito., onde o enfermeiro e o técnico em enfermagem passa a história do paciente, intercorrências e pendências.

O REALIZAÇÃO DE CUIDADOS E PROCEDIMENTOS

A realização de cuidados e procedimentos são realizadas tendo como referência os protocolos institucionais (POPs) disponibilizados no drive.

O REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Diariamente o Enfermeiro supervisor e técnico em enfermagem fazem o registro nos formulários de enfermagem. Além da evolução diária deverão ser registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do período que esteve no setor. O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas sobre o plantão, intercorrências e pendências.

O CONSIDERAÇÕES GERAIS

- A notícia do óbito é dada exclusivamente pelo médico para a família, pessoalmente; caso necessário, por algum motivo outro, o médico deverá conversar com um familiar por telefone a notícia do óbito será passada por ele conforme sua avaliação;

- Quanto ao leite: no horário diurno (09/12/15/18), a mãe que estiver interessada em ordenhar ou amamentar será orientada e acompanhada pela fonoaudióloga, e o leite deverá ser imediatamente passado ao paciente. Na ausência da mãe o leite para o paciente lactente será o da prescrição médica;
 - É rotina da unidade o horário do soninho do meio dia as três horas da tarde, nesse momento as luzes devem ser apagadas, o silêncio deve ser primordial;
 - Segundo protocolo da CCIH todo domingo será realizada desinfecção terminal, devemos nos preparar para esse momento e gerar o mínimo de desconforto para nossos pacientes e para equipe de limpeza, segundo rotina de limpeza;
 - Todo e qualquer evento adverso, com ou sem Dano, inclusive o Near Miss (quase erro) devem ser notificados imediatamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente);
 - Toda doença de notificação compulsória, seja nos casos de suspeita ou diagnóstico confirmado, a depender da patologia, conforme orientação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da prefeitura, deve ser preenchida, completamente e sem rasuras, a ficha de notificação compulsória, pelo enfermeiro e encaminhada ao SCIRAS, mantendo uma cópia no prontuário do paciente.
-

ATENÇÃO À DEMANDA DE CUIDADOS NA CRIANÇA APRESENTAÇÃO

A saúde da criança é uma das áreas mais tradicionais no cuidado do enfermeiro na atenção primária em saúde. Ainda antes da instituição da Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro já tinha no cuidado às crianças uma das principais áreas de atuação, juntamente com a saúde da mulher.

Essa atuação foi sendo progressivamente aumentada, iniciando com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até chegar ao acompanhamento completo das doenças mais prevalentes na infância. Este protocolo possui abordado os pontos principais de ambos os aspectos: facilitar a identificação de sinais de gravidade nas doenças prevalentes ao mesmo tempo que fornece o tratamento adequado para estas, mas sem perder o foco no acompanhamento para o crescimento e desenvolvimento saudável.

Foi buscando auxiliar as condutas da equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, que a Comissão Permanente para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) construiu esse protocolo. Além disso, pretendemos com esta publicação validar a prática de enfermagem sobre os temas aqui abordados através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem no tocante a identificação de morbidades, prescrição de medicamentos e solicitação de exames referentes às condições descritas. Para um detalhamento sobre o assunto, indicamos a referência de livros texto ou os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde), que descrevem de maneira mais aprofundada essas questões.

Este protocolo atenderá a faixa etária de 0 a 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente.¹

Art. 2º - Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Outras demandas clínicas não contidas nesse volume, pertinentes ao adolescente, deverão ser consultadas nos protocolos anteriores, de Atenção à Saúde da Mulher, Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras doenças de interesse epidemiológico.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

“Um enfermeiro, ao realizar a puericultura de uma criança, pode criar um vínculo tão estreito com a família que todo o aconselhamento passa a ser prestado por ele. Mesmo em situações graves, de doenças agudas, é a ele que a família recorre. O enfermeiro pode discutir a situação com um clínico e, se for necessário, um exame físico pode ser realizado. Depois disso, uma conduta pode ser planejada em conjunto e o tratamento acompanhado pelo enfermeiro.”³

Esse exemplo é bem a prática vivenciada pela equipe de enfermagem, principalmente em unidades as quais o trabalho compartilhado e a corresponsabilização de todos os membros é o principal objetivo.

Esta forma de trabalho reafirma a capacidade técnica dos membros da equipe de saúde, neste caso principalmente o enfermeiro, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011)⁴ através dos artigos abaixo, principalmente através das palavras destacadas:

VI - participar do **acolhimento dos usuários** realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (**classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos**) e identificação **das necessidades** de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, **se responsabilizando pela continuidade da atenção** e viabilizando o estabelecimento do **vínculo**;

XIII - realizar trabalho **interdisciplinar** e **em equipe**, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

Além da questão levantada na citação anterior, e fortalecendo a interconsulta como ferramenta de efetivação do trabalho no cotidiano das equipes de saúde, reconheceu a mesma como importante ferramenta para a oferta assistencial, expõe que a mesma é: “consulta individual com a **discussão presencial** ou **remota** do caso entre profissionais de saúde em **atuação complementar** de seus núcleos de categoria e com **responsabilização compartilhada** dentro dos princípios ético-legais de cada categoria.”⁵

Assim, enfermeiro e técnico de enfermagem atuam nesta forma de trabalho nos respectivos conceitos desta ferramenta, conforme as prerrogativas ético-legais da profissão, reiterando a supervisão do enfermeiro também nesse processo de trabalho.

INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)

As IVAS estão dentre as causas mais comuns de atendimentos pela rede de saúde no que tange a assistência à saúde da criança. O manejo adequado das IVAS na atenção primária proporciona, além da identificação precoce dos sinais de alerta, o uso adequado e racional de medicamentos.

A classificação adequada a partir de sinais de tosse ou dificuldade para respirar tanto evitam a administração inadequada de antibióticos (que retardam a colonização bacteriana normal do organismo, pré-dispondo a novas infecções) quanto propiciam manejo em tempo adequado nos casos em que os antibióticos precisem ser utilizados.

Quadro 2.1: manejo do quadro de infecção de vias aéreas na atenção primária pelo enfermeiro, condutas farmacológicas e não farmacológicas

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	CONDUTA FARMACOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas, criança em aleitamento materno aumentar o número e intensidade das mamadas; • Se > 1 ano, orientar uso de 1 colher de chá de mel (2- 5mL) conforme necessidade e à noite, antes de dormir, aconselhando higiene bucal após uso; • Vaporização em domicílio (orientar possibilidades: vapor d'água do chuveiro, inalador, etc.); • Remover a umidade, mofo ou bolor da casa; • Manter a casa ventilada; • Estimular a lavagem seguida das mãos da criança; • Não fumar na presença da criança; • Orientar sinais de gravidade* e procurar a unidade de saúde ou emergência imediatamente; • Promover higiene nasal com SF a 0,9%; • Evitar uso de antitérmico em crianças > 6 anos • Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, creches, etc.). 	<p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre</p>

Quadro 2.2 – valores normais para frequência respiratória conforme idade

Idade	Frequência respiratória normal
Menor que 2 meses	Até 60 mpm
De 2 a 11 meses	Até 50 mpm

12 meses a 5 anos	Até 40 mpm
6 a 8 anos	Até 30 mpm
Acima de 8 anos	Até 20 mpm

Quadro 2.3 – valores normais para frequência cardíaca conforme idade

Idade	Varição	Média normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 anos	De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

DOR DE OUVIDO

A dor no conduto auditivo é queixa frequente em crianças e pode ou não estar associada a quadro infeccioso, possuindo uma quantidade grande de causas. O enfermeiro possui papel importante na identificação imediata de sinais de gravidade e manejo adequado, conferindo medidas de conforto à criança e orientação aos pais, tanto para a diferenciação de quadros graves de não graves, quanto para o auxílio nas medidas profiláticas.

Quadro 3.1: manejo do quadro de dor de ouvido em crianças na atenção primária pelo enfermeiro, condutas farmacológicas e não farmacológicas

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CONDUTA FARMACOLÓGICA

- Compressas mornas para conforto e alívio de sintomas;
- Investigar causas ambientais (fumaça, poeira, etc.);
- Crianças realizando atividades aquáticas podem estar propensas a dores de ouvido ou infecções. Orientar os pais a medidas de prevenção como uso de protetores de ouvido ou mesmo algodão embebido em óleo de soja para proteção auricular;
- Contra recomendar o uso de cotonetes (efetuar limpeza externa com toalha ou similar);
- Crianças em amamentação, orientar posição adequada (45°);
- Retorno imediato à unidade se aparecimento de sinais de gravidade/infecções, ou se persistência do quadro por mais de 24 horas;
- Se cerume impactado sem outros sinais; utilizar óleo de oliva/óleo mineral, 5 gotas 2-3x/dia por 3 dias e orientar retorno para reavaliação.

Paracetamol 200 mg/ml (gotas)

Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre

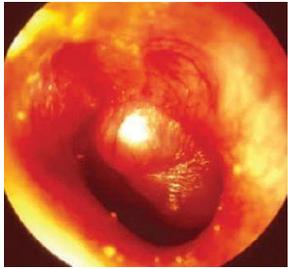
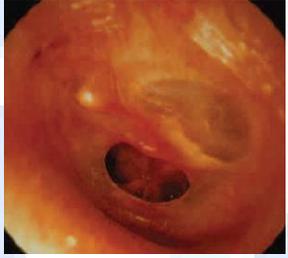
OU

Dipirona 500 mg/ml (gotas)

Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre

Quadro 3.2 – achados mais comuns à otoscopia

Achado na otoscopia	Outros sinais/sintomas comuns	Indicativo de	Foto (fonte: PACK Florianópolis, 2016)
Membrana timpânica íntegra e conduto auditivo sem alterações.		Exame físico normal.	

<p>Hiperemia de conduto auditivo com secreção e descamação.</p>	<p>Dor e/ou prurido no ouvido, geralmente sem febre;</p> <p>Aumento da dor à mobilização do pavilhão auricular e palpação do tragus.</p>	<p>Otite externa.</p>	
<p>Opacidade, hiperemia e/ou abaulamento timpânico.</p>	<p>Dor de ouvido de leve a muito intensa com início súbito;</p> <p>Pode ou não ocorrer febre; Pode ou não ocorrer otorreia.</p>	<p>Otite média aguda</p>	
<p>Perfuração da membrana timpânica.</p>	<p>Se em decorrência de otite média crônica: otorreia supurativa, podendo conter mal cheiro.</p> <p>Pode ocorrer perda auditiva.</p>	<p>Comum em otite média crônica.</p> <p>Pode ser por perfuração traumática.</p>	
<p>Cerumen impactado</p>	<p>Congestão (sensação de ouvido tapado/diminuição auditiva).</p>	<p>Cerumen impactado (provável uso frequente de cotonetes).</p>	

FEBRE

A febre é o sinal mais comum perceptível pelos pais ou profissionais de saúde no exame físico de que a criança precisa de maior atenção quanto ao seu estado de saúde. No entanto, devido ao amadurecimento do sistema imunológico, principalmente nas crianças menores

do que 2 anos, a febre costuma estar presente mesmo em condições cuja imunidade da criança seja suficiente para combater a provável infecção.

Devido a isto, não é incomum que a febre se apresente de maneira isolada na criança, sem presença de outros sinais ou sintomas que possam auxiliar na identificação da origem da infecção (quando presente).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	CONDUTA FARMACOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none">• Orientar familiar: uso de roupas leves e banhos mornos, os quais auxiliam na termorregulação da criança.• Ofertar ingestão hídrica (água e outros líquidos) conforme demanda e em horários regulares, os quais auxiliam na reposição hídrica e auxiliam o controle térmico infantil.• Orientar repouso da criança e discutir com o familiar que apesar da febre ser um sinal de alerta do organismo a mesma é na maioria das vezes um mecanismo de defesa, pois significa que o sistema imunológico está ativo e combatendo uma possível infecção viral (imensa maioria das vezes e excelente prognóstico) ou bacteriana, a qual se diferenciada viral pelas alterações no exame físico e valores da temperatura (acima de 39° C), informações que devem ser repassados aos familiares ou responsáveis a fim de gerarem vínculo e segurança no profissional.• Orientar ou descrever sinais de gravidade na criança, a fim que o familiar ou responsável saiba como identificá-los e retornar prontamente ao serviço de saúde ou pronto atendimento se necessário.• As orientações não medicamentosas descritas acima costumam ser suficiente para controle da temperatura e é importante deixar claro que não há necessidade explícita e urgente de medicar todos os casos de febre. Ainda assim, as condutas medicamentosas descritas ao	<p>Se temperatura > 38 °C e desconforto, utilizar as medicações abaixo:</p> <p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas* por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (gotas)</p> <p>Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas** por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas</p> <p><u>Observação:</u></p> <p>*atentar risco de hepatopatias e história pregressa de problemas hepáticos (contraindicado)- REFERENCIAR AO MFC</p> <p>**atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado) - REFERENCIAR AO MFC</p> <p>A cada nova avaliação o foco da febre deve ser buscado. Deve-se evitar utilização de medicação antitérmica sem identificação de foco infeccioso para que não se corra o risco de mascarar quadros de gravidade potencial.</p>

lado podem ser utilizadas se necessário.

- A convulsão febril é um evento pouco comum, que dura pouco tempo, possui caráter benigno e que não costuma ter novo episódio nas próximas 24 horas. É muito importante que os pais sejam orientados quanto a isso, sendo as condutas em um quadro desses as mesmas que em quadros convulsivos clássicos.

GASTROENTERITE (DIARREIA E VÔMITOS)

Problema de saúde extremamente comum nos serviços de saúde e que acomete inúmeras crianças durante todo o ano. Apesar de relacionarmos as gastroenterites com o aspecto hídrico e alimentar, a grande maioria possui a etiologia viral como principal causa.

Seu manejo, apesar de simples, deve ser sempre orientado à observação de sinais de gravidade precoces, os quais o profissional de enfermagem deve estar à par, principalmente em crianças. Esse reconhecimento deve ser compartilhado com os familiares, os quais devem ser orientados a procurar prontamente o serviço de saúde na presença de qualquer agravante.

Os quadros abaixo auxiliam a avaliação do nível de desidratação da criança e qual a melhor conduta clínica.

Quadro 5.1 - Classificação da diarreia segundo o grau de desidratação^{7,13}

GRUPO A: CRIANÇA HIDRATADA	
<ul style="list-style-type: none">• Criança alerta• Olhos brilhantes com lágrima• Mucosas úmidas• Fontanela normotensa• Turgor cutâneo normal	<ul style="list-style-type: none">• Pulso cheio• Perfusão normal (menor que 2")• Circulação/pressão arterial normal• Diurese normal
GRUPO B: CRIANÇA DESIDRATADA	

<ul style="list-style-type: none"> • Criança irritada, com sede • Olhos encovados • Mucosas secas • Fontanela deprimida • Turgor cutânea pouco diminuído 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso palpável diminuído • Perfusão normal (menor que 2") • Circulação/pressão arterial normal • Diurese pouco diminuída
GRUPO C: MUITO DESIDRATADA	
<ul style="list-style-type: none"> • Criança deprimida/comatosa • Olhos muito encovados, sem lágrimas • Mucosas muito secas • Fontanela muito deprimida • Turgor cutânea muito diminuída 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso rápido, ausente ou débil • Perfusão alterada (maior que 2") • Circulação/pressão arterial alterada • Diurese oligúria/anúria

Neste sentido e observando o quadro acima, as condutas clínicas em cada caso podem ser encaminhadas da seguinte maneira, conforme a definição do escore de hidratação de cada criança, ou seja, o grupo na qual a mesma se encaixa (A, B, C).

Quadro 5.2 - Condutas mais adequadas conforme classificação da diarreia na criança^{7,13}

<p>Grupo A : VERDE</p>	<p>SAL DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO) e cuidados</p> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças menores de 1 ano: 50 a 100 ml após cada perda hídrica, ofertar outros líquidos conforme aceitação; • Crianças maiores de 1 ano: 100 a 200 ml após cada perda hídrica e conforme aceitação. <p>ORIENTAÇÕES AOS CUIDADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amamentar mais seguidamente e por tempo mais longo; • Crianças em aleitamento exclusivo devem receber SRO e leite materno; • Crianças em aleitamento misto ou desmamadas, devem ingerir além do SRO outros líquidos (sucos, caldos, sopas, água potável, gelatina sem açúcar, etc.); • Orientar sempre sinais de alerta.
<p>Grupo AMARELO</p>	<p>B: TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL na unidade, avaliar a necessidade de hidratação endovenosa.</p> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrever e orientar Sal de Reidratação Oral - 75 ml/kg em 4 horas; • Reavaliar a cada 30 minutos a 1 hora e estar atento a sinais de gravidade; • Se sinais de gravidade ou ausência de melhora, solicitar avaliação médica imediata.
<p>Grupo VERMELHO</p>	<p>C: AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA e hidratação endovenosa</p> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puncionar acesso venoso calibroso para infusão de SF 0,9% e volume conforme conduta médica.

Obs.: A orientação quanto à validade do soro de reidratação depois de preparado deve seguir a recomendação do fabricante.

OLHO VERMELHO E OUTRAS QUEIXAS OCULARES

Um dos principais motivos de consulta na área da oftalmologia na atenção primária, as queixas de olho vermelho ou conjuntivite apresentam-se de fácil manejo e na maioria absoluta das vezes seu curso é benigno. As causas que devem ser encaminhadas e avaliadas como prioridade dizem respeito aos problemas que afetam principalmente a visão, devendo serem avaliados pelo MFC, sendo que em alguns casos a avaliação pelo oftalmologista será necessária.

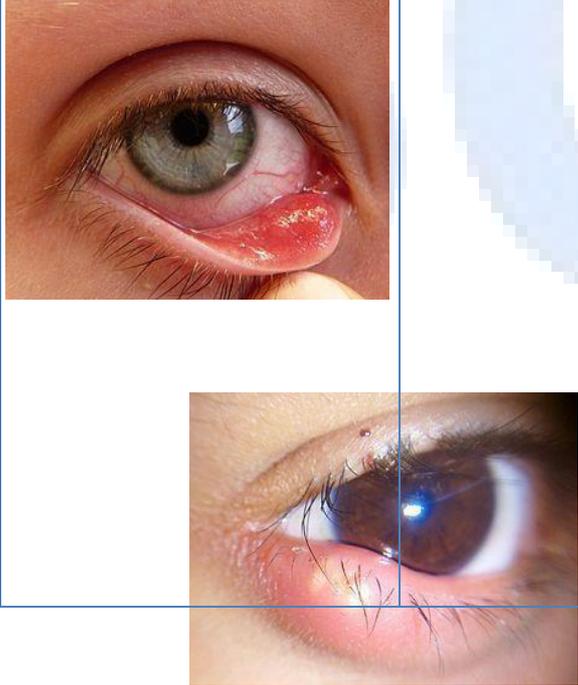


Além disso, outras afecções oculares também comuns e normalmente não graves podem ser manejadas na APS pelo enfermeiro, como o hordéolo (popularmente conhecido como terçol) e o edema palpebral isolado (sem sinais de anafilaxia). A diminuição da acuidade visual deve ser considerada clinicamente importante quando esta acontecer de maneira repentina ou progressivamente acelerada, principalmente se associada a outros sinais/sintomas oculares.

O fluxograma abaixo procura explicar a melhor abordagem e orientar o profissional enfermeiro na avaliação de quadros de problemas oculares em criança.

Quadro 6.1 - Cuidados e manejo da criança com suspeita de infecção ocular de etiologia viral ou bacteriana.

Quadro 6.2 – outras afecções oculares comuns em crianças

Foto	Condição	Conduta
	<p>Hordéolo (terçol) ou calázio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene local com SF; - Compressas mornas com gaze estéril por 10- 15 minutos, 2-4x/dia; - Massagear com a ponta dos dedos sobre a gaze durante 10 minutos. - Analgesia: <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas <li style="text-align: center;">OU Dipirona 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas - Desaparecimento pode demorar semanas. Se não houver resposta ao tratamento proposto ou aparecimento de infecção secundária, encaminhar para médico.

	<p>Blefarite</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compressas mornas 2-3x/diãpara amolecimento das crostas; - Remoção com auxílio de pano maciolimpo (tecido tipo fralda) ou gaze; - Uso de sabão não irritativo (sabonete líquido infantil “sem lágrimas”) podeauxiliar na limpeza; - Se dermatite seborreica, verificar tratamento com médico; - Consumo de alimentos ricos em ômega-3 parece auxiliar na diminuição das crostas; - Se resposta ruim ao tratamento proposto, solicitar auxílio médico e considerar antibiótico tópico ou corticoide.
---	------------------	--

VERMINOSE

Apesar dos avanços nos últimos anos em relação ao saneamento básico, o Brasil ainda enfrenta as consequências das parasitoses intestinais como um importante problema de saúde pública, a qual não necessariamente se resolve fornecimento anti-helmínticos de forma indiscriminada e sim melhorando hábitos de higiene e principalmente promovendo o acesso ao saneamento territorial.

Na realidade , a popular profilaxia semestral é contraindicada, pois além de expor a criançao vermífugo, o qual pode causar danos, promove ainda uma possibilidade aumentada de quadros alérgicos. Assim, é orientado o uso deste tipo de medicamento apenas nos casos em que houver evidência ou suspeita clínica.

Quadro 7.1 – Sinais, sintomas e condutas no quadro de verminose

QUEIXAS MAIS COMUNS

SINAIS DE GRAVIDADE

CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Prurido anal;
- Presença de vermes em fezes ou roupas íntimas;
- Presença de cistos (ovos) visíveis em fezes ou roupas íntimas;
- Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade;
- Diarreia intermitente não relacionada com a alimentação.

- Distensão abdominal;
- Dor abdominal intensa associada a helmintose;
- Diarreia persistente;
- Helmintos saindo de cavidade nasal;
- Queixas de verminose em crianças menores de 1 anos.

Na presença destes sinais referenciar ao médico.

Se presença de qualquer sinal de gravidade: avaliação médica imediata.

Caso não:

- **Albendazol** 400 mg dose única via oral para crianças com 2 anos ou mais;
- Ofertar tratamento para todos os contatos domiciliares*;
- Se prurido anal no momento da consulta, repetir dose em 2 semanas (mesmo tratamento para familiares);
- Reforçar medidas de higiene com mãos e alimentos crus (lavá-los bem);
- Consumir alimentos bem cozidos e água filtrada ou tratada;
- Manter as unhas das crianças sempre bem aparadas e orientar higiene frequente das mãos.

* A receita deve ser gerada no nome do familiar para o qual se destina a medicação, com registro em prontuário sobre a fonte dos sinais/sintomas.

LESÕES DE PELE MAIS PRESENTES EM CRIANÇAS

O quadro síntese abaixo procura de maneira direta expor conforme a ocorrência e o uso de fotografias auxiliar o profissional de enfermagem na identificação e manejo das principais de lesões de pele, servindo de base para a correta abordagem e consequente minimização de danos as crianças sob o nosso cuidado.

Quadro 8.1 – Evidências e tratamento para as lesões de pele mais comuns em crianças

TIPO DE LESÃO

PRINCIPAIS
MANIFESTAÇÕES

TRATAMENTO

 <p>Dermatite de fraldas/monilíase de períneo</p>	<p>Sinais:</p> <p>Hiperemia em região de períneo acompanhado ou não de pápulas ou crostas.</p>	<p>Clotrimazol creme 2% de 12/12 hs por 7 dias ou Miconazol creme dermatológico 12/12 horas por 7 dias.</p> <p>mais</p> <p>Óxido de zinco creme em todas as trocas de fralda</p> <p>Prevenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óxido de zinco creme após trocadas fraldas; • Evitar uso de lençóis umedecidos (preferir panos macios com água e sabão neutro); • Não deixar acúmulo de sabão no local (limpar bem com água ou SF); • Chá de camomila frio pode ser utilizado para limpeza da região, evitando infecção fúngica.
<p>Tungíase</p> 	<p>Sinais:</p> <p>Uma ou mais pápulas amareladas com pontos pretos centrais, pruriginosas. As áreas mais comuns são as extremidades (pés e mãos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retirada mecânica da tunga e curativo local após; • Verificar esquema vacinal da criança (principalmente prevenção de tétano); • Se infecção secundária, realizar, solicitar avaliação

		médica.
Pediculose	<p>Sintomas: Prurido no couro cabeludo.</p> <p>Exame físico:</p>	<p>Permetrina 1% loção: Fazer uma aplicação no couro cabeludo. Deixar agir por 5-10 minutos e enxaguar.</p>
	<p>Identificação a olho nu do piolho adulto ou dos seus ovos (lêndeas) em couro cabeludo.</p>	<p>(Diluir 1 parte da loção de 5% em 4 partes de água)</p> <p>Fazer remoção mecânica com o auxílio de um pente fino, com o cabelo ainda molhado, dos parasitas e lêndeas.</p> <p>*Repetir uma vez entre 7 a 9 dias.</p> <p>Não utilizar a permetrina em crianças menores de 2 anos (abaixo desta faixa etária utilizar apenas o processo de remoção mecânica e encaminhar/realizar interconsulta médica).</p>

<p>Escabiose</p>  <p>Fonte: Wikimedia</p>	<p>Sintomas:</p> <p>Prurido intenso no corpo com piora a noite, principalmente.</p> <p>Exame físico:</p> <p>Lesão cavitária característica acometendo principalmente áreas de aquecimento (axilas, virilhas, interdigitais, periumbilical, etc), mas podendo acometer outras partes do corpo.</p>	<p>Permetrina 5% loção:</p> <p>Fazer uma aplicação no corpo inteiro (pescoço para baixo). Deixar agir por 8 a 12 horas e enxaguar.</p> <p>*Repetir a aplicação uma vez em 7 dias.</p> <p>Não utilizar em crianças menores de 2 anos – encaminhar para MFC.</p>
<p>Varicela</p>	<p>Exame físico:</p> <p>Lesões crostosas e pruriginosas em região de face, tronco e</p>	<p>Cuidados gerais, como banho com água e sabão neutro. A temperatura deve ser temperada (pouco menos</p>



membros. Geralmente são precedidas por quadro febril, o qual cessa espontaneamente.

Devido à grande variedade de doenças exantemáticas, observar os seguintes sinais:

- Manchas de Koplik (manchas esbranquiçadas no céu da boca e bochechas, imagem 3), características de sarampo;
- Conjuntivite e coriza, também características de sarampo;
- Lesões em palmas das mãos e sola dos pés (incomuns em varicela), comuns em síndrome mão-pé-boca – excluir sífilis secundária;
- Existência de lesões em três estágios diferentes: pápula, vesícula e crosta – características da varicela.

que morna), a qual auxilia no controle do prurido.

Unhas da criança devem ser cortadas a fim de evitar quadros de infecção secundária.

Pasta d'água a base de óxido de zinco 2x/dia.

Orientar o familiar ou responsável a afastar a criança da escola por 7 dias, bem como tranquilizar o mesmo sobre a benignidade do quadro (questionar a necessidade de atestado médico).

Na presença de sinais/sintomas de infecção secundária (secreção purulenta, celulites, etc), o médico deve ser acionado.

<p>Impetigo</p>	<p>Exame físico:</p> <p>Lesões de pele geralmente afebris, com grande potencial de disseminação e que pode ser de aspecto crostoso e/ou bolhoso.</p> <p>Possui na maioria das vezes uma coloração de cor de mel.</p> <p>Localização mais comum na face e em regiões próximas ao nariz.</p>	<p>Lesões autolimitadas:</p> <p>Mupirocina creme 2x/dia por 7 dias.</p> <p>Afastamento escolar;</p> <p>Lesões disseminadas com ou sem febre ou acometendo todo o trigono da face (fotos 4 e 1): Encaminhar ou realizar interconsulta com o médico da equipe (avaliar necessidade de antibiótico sistêmico: cefalexina geralmente é a primeira escolha).</p>
	<p>Deve-se excluir síndrome mão-pé-boca.</p>	

<p>Micose (Impingem)</p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Exame físico:</p> <p>Lesões circulares e pruriginosas, com descamação de crescimento lento e bordas elevadas, tendo como áreas mais comuns as axilas e região da virilha.</p>	<p>Evitar contato direto ou indireto com pacientes ou animais com sintomas; Identificação e tratamento de animais domésticos infectantes;</p> <p>Lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente.</p> <p>Miconazol creme dermatológico 2x/dia por 7 a 14 dias.</p> <p>Se lesões extensas, encaminhar ou discutir com médico da equipe uso de antifúngico sistêmico.</p>
<p>Alteração cutânea difusa por fungo</p>	<p>Exame físico:</p> <p>Máculas descamativas coalescentes hipopigmentadas (mais comum) ou hiperpigmentadas no tronco, face, pescoço e membros superiores. É mais comum nos meses de verão em adolescentes e adultos jovens, favorece áreas oleosas da pele e geralmente apresenta uma natureza</p>	<p>Orientar que as mudanças na pigmentação da pele normalmente persistem após o término do tratamento. O retorno à coloração normal leva meses após o término da terapia</p> <p>Contato direto não transmite. Lesões não são decorrentes de má higiene.</p>

 <p>Fonte: BMJ</p>	<p>recidivante que requer tratamento frequente; prurido é raro.</p>	<p>Miconazol creme dermatológico: aplicar em todo o pescoço, tronco, braços e pernas duas vezes ao dia por 2 semanas OU</p> <p>Cetoconazol xampu: aplicar em todo o corpo após fazer espuma lavando os cabelos, deixando agir por 5 minutos no corpo todo antes de retirar a substância. Usar 1x/dia por 2 semanas.</p>
<p>Micose Interdigital</p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Exame físico:</p> <p>Lesões descamativas úmidas entre os dedos ou nas plantas dos pés.</p>	<p>Lavar e secar bem os pés;</p> <p>Orientar o uso de calçados abertos/sandálias.</p> <p>Orientar exposição solar de sapatos fechados.</p> <p>Miconazol creme dermatológico de 12/12 horas por 7 a 14 dias.</p> <p>Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar/discutir com médico da equipe.</p>
<p>Paroníquia aguda</p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Dor, vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus.</p> <p>Problema frequentemente associado a história de trauma, por exemplo retirar a cutícula ou roer as unhas.</p>	<p>Se houver pus (limitado a prega ungueal)</p> <p>Realizar drenagem local com bisturi ou agulha. Encaminhar e/ou discutir com médico da equipe naqueles casos de pacientes com risco de cicatrização, realizando o procedimento após esta interconsulta.</p> <p>Prescrever (até pregas ungueais): Mupirocina 2% tópica aplicada sobre as áreas afetadas duas a três vezes por dia, por até 10 dias, reavaliando a cada 5 dias ou</p>

		<p>antes, se piora.</p> <p>Se dor intensa, infecção além das pregas ungueais, lesões herpéticas no local ou temperatura acima de 38°C, encaminhe para avaliação do médico da equipe.</p>
<p>Larva Migrans (bicho geográfico)</p>	<p>Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada e muito pruriginosa.</p>	<p>Orientar compressas frias no local com gelo (alívio dos sintomas);</p> <p>Orientar medidas de controle, evitar áreas arenosas, sombreadas ou úmidas; Proibir cães e gatos em praia.</p> <p>Para crianças < 2 anos: encaminhar para MFC.</p>
 <p>Fonte: BMJ</p>		<p>Para crianças > 2 anos:</p> <p>Albendazol 400 mg VO ao dia por 3 dias</p>

<p>Miase furunculóide (berne)</p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central com secreção serosa. A lesão é dolorosa e o paciente sente a sensação de “ferroada/mordida”. Observar sinais infecciosos e na presença dos mesmos, encaminhar para avaliação médica (consulta conjunta ou interconsulta).</p>	<p>Oclusão do orifício com esparadrapo é a principal conduta;</p> <p>Encaminhar para imunização dT ou completar esquema vacinal se necessário.</p> <p>Orientar retorno em 24 horas, com orifício ocluído a fim de retirada da larva.</p> <p>Retirada com pinça da larva, tomando cuidado para não romper a mesma.</p>
--	--	---

PROBLEMAS MAIS COMUNS DA BOCA

Outra causa comum de procura junto a APS, e principalmente em crianças menores de dois anos, diz respeito a quadros de alterações da cavidade oral, as quais em função da sua inespecificidade tornam o tratamento por muitas vezes somente expectante, utilizando na maioria dos casos o uso de sintomáticos como principal manejo.

Quadro 8.2 – Evidências e tratamento para as lesões de boca mais comuns em crianças⁸

CAUSA	PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES	CONDUTA DE ENFERMAGEM
<p>Estomatite/afta</p> 	<p>Alteração bucal de etiologia viral e caracterizado por lesões dolorosas e hipocrômicas em região da boca, podendo acometer a língua/mucosas e palato.</p>	<p>Manter escovação e higienização oral;</p> <p>Manter higiene das mãos;</p> <p>Evitar alimentos temperados;</p> <p>Verificar necessidade de afastar a criança da escola/creche, considerando o risco de disseminação viral;</p> <p>Embora sem evidência, o uso de higienização/bochecho com bicarbonato de sódio (duas colheres</p>

		<p>pequenas dissolvidas em meio copo de água) promove alívios dos sintomas e conforto na dor;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar analgésico se necessário (paracetamol ou dipirona conforme o peso da criança).
<p>Candidíase oral*</p> 	<p>Conhecido como "sapinho" o mesmo apresenta-se como placas brancas grumosas aderentes a cavidade oral.</p> <p>*crianças expostas ao HIV, devem ser avaliadas e testadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter higienização e escovação normalmente; • Aplicar nistatina 100.000 UI/ml 1 ml 6/6 horas por 7 dias; • Mães de crianças em aleitamento materno exclusivo devem ter cuidados especiais com a mama.

PUERICULTURA DE ROTINA¹⁷⁻²³

A puericultura, como forma de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, promove o monitoramento da criança a qual serve também como aliado no contato com a família estimulando a mesma como agente transformador e um grande aliado na condução do cuidado integral da criança.

Os quadros 9.1 e 9.2 expõem de forma resumida o cuidado à criança na rotina de avaliação individual, apresentando o calendário de consultas preconizadas pelo MS para a rotina de puericultura, ou seja, aquelas crianças que não apresentam fatores de risco biológicos e/ou sociais. Fica a critério da equipe a modificação deste calendário considerando variáveis que possam ser identificadas na criança/família/ambiente.

A orientação é de que as **consultas de acompanhamento** da criança sejam realizadas preferencialmente pelo **médico e enfermeiro da equipe**, garantindo o vínculo com a família, e de maneira **alternada entre esses profissionais**, sempre utilizando o suporte do profissional pediatra nos casos mais complexos, que demandem maior atenção e/ou que gerem dúvidas na equipe.

Quadro 9.1 - resumo de seguimento em crianças (calendário de consultas) e aspectos a serem observados pelo profissional de enfermagem.

IDADE	EXAME FÍSICO/AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA				PRINCIPAIS DESENVOLVIMENTO OBSERVADOS	MARCOS A SEREM OBSERVADOS
	PESO	ALTURA	PERÍODO CEFÁLICO	DNPM		
5 a 7 dias	X	X	X	X		
1 mês	X	X	X	X	Observa um rosto; reage a um som; eleva a cabeça.	
2 meses	X	X	X	X	Sorri quando estimulada, abre as mãos espontaneamente; emite sons espontaneamente; movimento os membros ativamente.	
4 meses	X	X	X	X	Responde à comunicação com sorriso; emissão de sons ou movimentação; segura objetos; apoia-se nos braços e levanta a cabeça, quando de bruços.	
6 meses	X	X	X	X	Busca ativamente objetos colocado à curta distância; leva objetos à boca; localiza o som/voz próximos; rola e/ou tenta se sentar.	
9 meses	X	X	X	X	Passa objetos de uma mão para a outra; brinca de esconde-achou; pronuncia sílabas repetidas (dada, papa, mama); fica sentada sem apoio.	

12 meses	X	X	X	X	Imita gestos (tchau ou bater palmas); pega objetos com movimento de pinça (uso do polegar em oposição aos outros dedos); tenta conversar com sons incompreensíveis; anda com apoio.
1 ano e 3 meses	X	X	X	X	Aponta o que quer (normalmente junto ao choro ou outro som); fala uma palavra completa; anda sem apoio.
1 ano e 6 meses	X	X	X	X	Usa colher ou garfo, mesmo que derramando comida para fora da boca; empilha objetos; fala palavras que não seja nome de pessoas/animais; consegue andar para trás.
2 anos	X	X	X	X	Tira a roupa sozinho (sapatos, casaco e outras peças menos difíceis); identifica figuras de objetos/animais; chuta bola.
Acima de 2 anos (rotina anual)	X	X			Veste-se com supervisão/ajuda; fala frases curtas; pula com os pés juntos; brinca com outras crianças; responde questões simples.

Quadro 9.2 - síntese na condução da saúde da criança - puericultura

O QUE FAZER?	COMO FAZER?
ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA	Identificação dos motivos do contato da criança. Direcionamento para o atendimento necessário.

AVALIAÇÃO GLOBAL	Entrevista <ul style="list-style-type: none">• Verificar a Cademeta da Criança• Verificar a Cademeta de pré-natal da mãe• Verificar o resumo de alta hospitalar para identificar sinais de risco/perigo à saúde da criança• Verificar os testes de triagem neonatal (abaixo, em "exames de rotina")• Presença de sintomas e queixas;• Planejamento reprodutivo;• Rede familiar e social;• Condições de moradia e exposições ambientais;• História nutricional;
	<ul style="list-style-type: none">• Exposição à fumaça do cigarro;• Antecedentes clínicos;• Imunização;• Saúde bucal;• Antecedentes familiares.

Exame físico

Exame físico geral e específico

Comprimento e o Perímetro cefálico

Peso

Estado Nutricional

Avaliar desenvolvimento da criança

Tônus muscular

Alinhamento e simetria corporal

Cabeça e fontanelas (lambdoide: fechamento média 8 semanas e bregmática: 9 a 18 meses)

Olhos

Ouvidos

Nariz

Boca e garganta

Pescoço

Tórax

Abdome

Pelve e membros.

Avaliar atentamente os sistemas: tegumentar, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético, neurológico e endócrino.

Rastrear criptorquidia/sinéquia (até 1 ano)

Observar evolução de icterícia (no RN): ver escala de KAMMER abaixo (**normal até zona 1**): fisiológica iniciada entre 48 h e 72 h, se acima disto avaliar em conjunto com médico da equipe.



ZONA	Local	Níveis Séricos de Bilirubina
Zona 1	Cabeça e pescoço	4 a 8 mg/dl, média 6 mg/dl
Zona 2	Tronco até umbigo	5 a 12 mg/dl, média 9 mg/dl
Zona 3	Hipogástrico até coxas	8 a 17 mg/dl, média 12 mg/dl
Zona 4	Braços, antebraços e pernas	11 a 18 mg/dl, média 15 mg/dl
Zona 5	Mãos e pés	>15 mg/dl, média >18 mg/dl

Obs: mesmo na zona 1 de classificação da icterícia, a mesma deve ser reavaliada em 24-48 hs para ver a progressão da mesma.

<p>Exames de rotina</p>	<p>Solicitação de exames</p> <p>☒ Triagem neonatal (teste do pezinho): universal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teste da orelhinha (realizado na maternidade; caso parto domiciliar: encaminhar para triagem otológica com fonoaudiologia/HU/Maternidade Carmela Dutra): universal <p>☒ Hemograma: conforme necessidade</p> <p>(prematuros: ver segmento de criança de risco; crianças com suspeita clínica de anemia e segmento posterior das mesmas com este diagnóstico a fim de avaliar efetividade da suplementação com ferro sérico (ver capítulo 10).</p> <p>VDRL: conforme necessidade</p> <p>Realizado em crianças expostas a sífilis congênita, realizados conforme quadro de puericultura em situações especiais.</p>
<p>Fatores de Risco</p>	<p>Presença de sinais de alerta para segmento da rotina em puericultura</p> <p>RN com baixo peso ao nascer (<2500g)</p> <p>Prematuro</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Criança exposta a vulnerabilidade social ☐ Criança exposta a infecções congênitas (sífilis, HIV, toxoplasmose).
<p>Aspectos fundamentais a serem sempre observados</p>	<p>Avaliação e estratificação do risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis. • Violência familiar e/ou suspeita de abuso. • Pais ou responsáveis usuários de álcool, crack e outras drogas. • Criança nascida de parto domiciliar não assistido. • Recém-nascido retido na maternidade. • Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.

Obs.: a prescrição de óxido de zinco é um importante elemento para prevenir as dermatites de fralda e deve ser prescrita rotineiramente para uso na pele saudável a cada troca de fraldas.

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO E CONDUTAS

Baseadas nas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), os gráficos de crescimento e desenvolvimento elaboradas de acordo com a avaliação de crianças dos 5 continentes, permitem uma condução adequada no processo de acompanhamento do

desenvolvimento antropométrico das mesmas, as quais encontram-se presentes nas carteiras de vacinas e neste capítulo do nosso protocolo.

Sendo assim, a conduta de acordo com a inclinação ou posicionamento na curva define as condutas a serem tomadas conforme quadro abaixo.

Quadro 9.3 – condutas diante do crescimento da criança

Posição na curva do Impressão crescimento por score-z diagnóstica		Conduta
ENTRE -2 E 2 E CURVA ASCENDENTE	Peso/altura adequado para a idade	Seguir rotina de consultas conforme calendário.
ENTRE -3 E -2	Peso/altura abaixo do esperado para a idade	<p>Avaliar possíveis intercorrências clínicas (ex: histórico de doenças e/ou desmame no período) e manejar conforme a situação. Permanecendo a dúvida encaminhar/discutir com o médico da equipe para conduta/investigação e agendar retorno em 30 dias para reavaliação.</p> <p>Se curva ascendente em direção à zona de normalidade (entre -2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas.</p> <p>Ressalvas podem ser feitas de os pais forem de baixa estatura, contando que a criança mantenha o ganho proporcional à curva de normalidade (paralelo).</p>
ENTRE 2 E 3	Peso/altura acima do esperado para a idade	<p>Avaliar excessos alimentares, principalmente o uso excessivo de farináceos (pão branco, farinhas, mingau).</p> <p>Se curva descendente em direção à zona de normalidade (entre -2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas.</p> <p>Ressalvas podem ser feitas de os pais forem de alta estatura, contando que a criança mantenha o ganho proporcional à curva de normalidade (paralelo).</p>

ABAIXO DO -3	Peso/altura muito abaixo do esperado para a idade	Realizar interconsulta no dia com médico.
ACIMA DO 3	Peso/altura muito acima do esperado para a idade	Realizar interconsulta no dia com médico.

Quadro 9.4 – Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade¹⁹

Idade	Volume	Números de refeições por dia
Até 30 dias	Entre 60 e 120 mL	De 6 a 8
De 30 a 60 dias	Entre 120 e 150 mL	De 6 a 8
De 2 a 4 meses	Entre 150 e 180 mL	De 5 a 6
De 4 a 8 meses	Entre 180 e 200 mL	De 2 a 3
Acima de 8 meses	200 mL	De 2 a 3

ANEMIA E SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

Tanto o tratamento da anemia quanto a suplementação com ferro profilático de maneira adequada e não simplesmente medicalizante, constituem-se em importantes estratégias de prevenção de internações hospitalares desnecessárias e complicações severas no desenvolvimento infantil causadas pela carência deste importante nutriente.

Sendo assim e considerando primeiramente a suplementação universal o quadro abaixo expõe de maneira simplificada a quantidade de ferro sérico a ser otimizada em cada caso específico. Vale lembrar que a avaliação individual de cada caso é extremamente importante, ressaltando que conforme o Ministério da Saúde toda a criança entre 6 e 24 meses deve receber, independente do histórico de aleitamento materno, peso/estatura e desenvolvimento motor, 1 mg/kg/dia de Ferro Sérico. Essa situação é uma política nacional

considerando a prevalência da anemia no Brasil como um todo, desconsiderando os aspectos loco-regionais de cada Estado e região do país.

Assim cada caso deve ser avaliado: desenvolvimento motor, ganho de peso e estatura, estado geral da criança, ausência de sinais clínicos de anemia, criança a termo, vulnerabilidade social, ingestão alimentar adequada, etc.; e conforme a avaliação individual, discutir com médico de família, pediatra ou médico da equipe a suplementação ou não de ferro.

Todo o prematuro e recém-nascido com baixo peso ao nascer deve receber, a partir do 30º (trigésimo) dia de nascimento, suplementação de ferro conforme tabela abaixo.

O quadro abaixo expõe a questão da suplementação de ferro sérico em crianças: Quadro

10.1 - Suplementação de Ferro Sérico (abordagem individual)^{19,24,26}

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO*
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno. Discutir com médico da equipe a necessidade ou não da suplementação, considerando cada caso.	1 mg/Kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês da vida.
Crianças em desmame precoce (< 4 meses) , mesmo a termo e com o peso adequado. Suplementação feita por médico ou enfermeiro.	1 mg/Kg peso/dia a partir dos 4 meses até os 24 meses. Solicitar hemograma entre 9 e 12 meses
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1,5 Kg. Suplementação feita por médico ou enfermeiro.	2 mg/Kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/Kg peso/dia por mais um ano. Solicitar hemograma com 15 meses
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1,5 Kg	3 mg/Kg peso/dia durante um ano.
e 1 Kg. Suplementação e avaliação feita pelo médico da equipe.	Posteriormente 1 mg/peso por mais um ano. Solicitar hemograma aos 6 e 15 meses.

<p>Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1 Kg.</p> <p>Suplementação e avaliação feita pelo médico da equipe.</p>	<p>4 mg/Kg peso/dia durante um ano. Posteriormente 1 mg/peso por mais um ano.</p> <p>Solicitar hemograma aos 6 e 15 meses.</p>
---	--

***As doses são referentes a ferro elementar. Para uso com sais de ferro (sulfato, quelato, etc.), fazer a conversão de dose.**

Quadro 10.2 – Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças²⁵

Idade	Não anêmica	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia grave
Entre 6 meses e 4 anos	$\geq 11,0$	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	$< 7,0$
Entre 5 anos e 11 anos	$\geq 11,5$	11,0 – 11,4	8,0 – 10,9	$< 8,0$
Entre 12 anos e 14 anos	$\geq 12,0$	11,0 – 11,9	8,0 – 10,9	$< 8,0$

Quadro 10.3 – Conduta perante o quadro de anemia por evidência laboratorial

Tipo de anemia	Conduta*	Orientações	Seguimento
----------------	----------	-------------	------------

Leve	3 mg/Kg/dia (não ultrapassar 60 mg/dia)	<ul style="list-style-type: none"> • Fracionar a dose em 2 a 3x/dia; • Orientar ingestão após refeições; • Evitar ingestão de leite e chás junto com o ferro (diminuem a absorção); • Orientar consumo de alimentos fontes de ferro heme (origem animal); • Orientar consumo conjunto de alimentos com vitamina C ou A; • Verificar baixa renda e qualidade da alimentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar novo hemograma em 1 mês; • Se não houver restabelecimento dos valores normais, realizar interconsulta com médico; • Manter tratamento na mesma dose por mais 6 semanas para repor as reservas de ferro.
Moderada	Interconsulta com médico	Realizar orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	A partir de estabelecimento de valores compatíveis com "anemia leve", o seguimento poderá ser realizado com enfermeiro.
Grave	Interconsulta com médico	Realizar orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	A partir de estabelecimento de valores compatíveis com "anemia leve", o seguimento poderá ser realizado com enfermeiro.

As doses são referentes a ferro elementar. Para uso com sais de ferro (sulfato, quelato, etc.), fazer a conversão de dose.

PUERICULTURA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Além da puericultura normal a qual todas as crianças devem ser avaliadas quanto ao seu crescimento/desenvolvimento, em algumas situações se faz necessário uma atenção especial, principalmente em algumas crianças expostas a algumas vulnerabilidades clínicas.

As vulnerabilidades clínicas abaixo de forma alguma se sobressaem em relação a outras vulnerabilidades como por exemplo as sociais e psicológicas, mas devem ser observadas

com atenção considerando o risco infeccioso que as mesmas podem vir a acarretar as crianças expostas.

Quadro 11.1 – Intercorrências e condutas para a puericultura em situações especiais

TIPO DE INTERCORRÊNCIAS	CONDUTAS DO ENFERMEIRO
RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO (PREMATURO) e BAIXO PESO (< 2500GR)	<ul style="list-style-type: none">• Consultas semanais até a criança atingir 2.500 gramas e depois mensais até 1 ano de idade.• Se prematura extremo (menor de 28 semanas): referenciar ao pediatra/médico de família a fim de avaliar uso de palivizumabe;• Consultas mensais intercaladas com Enfermeiro/MFC ou pediatra.• Aferir curva de crescimento para prematuros (figuras 11.1 e 11.2) até os 6 meses de idade, quando as curvas normais para a criança (figuras 9.1 a 9.4) deverão ser utilizadas com a correção para idade de nascimento;• Suplementação de sulfato ferroso até 2 anos de idade conforme quadro 10.1;• Hemograma aos 6 meses (prematuros extremos) e 15 meses (prematuros extremos e saudáveis)• Calendário vacinal: observar peso na aplicação da BCG (acima de 2.000 gramas) e vacina da Hepatite B.

CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

- Acompanhar mensalmente a criança e ver o acompanhamento da mesma junto ao serviço especializado (Hospital Infantil Joana de Gusmão)
- Manter observação em conjunto com o médico da equipe quanto aos exames de rotina da criança exposta, mesmo que esteja em segmento na atenção especializada (para saber mais ver: *ver PCDT de manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes*);
- **Não amamentar e encaminhar para prescrição imediata de leite especial considerando a necessidade imediata de nutrição da criança**
- **Verificar a adesão ao uso do xarope antiviral e uso de sulfá conforme protocolo** (*ver PCDT de manejo da infecção pelo HIV em*

SIFILIS CONGÊNITA

crianças e adolescentes);

- **Orientações quanto à vacinação:**
- As crianças assintomáticas devem receber as vacinas indicadas pelo Programa Nacional de Imunização até 18 meses de idade e depois seguir o calendário normal, caso negativadas.
- Manter aleitamento materno;
- Esquema vacinal conforme PNI;
- Programar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de idade, bimestrais do 6º ao 12º mês e semestrais até os 2 anos;
- Acompanhamento oftalmológico semestral (encaminhar para Regulação);
- Punção líquórica aos 6 meses se a punção ao nascimento estiver alterada (*Buscar informação junto a Vigilância epidemiológica municipal*)
- Controle VDRL com 1,3,6, 12 meses e VDRL e teste treponêmico aos 18 meses.
- Obs: Dois exames VDRL negativos enquadra-se critério de cura.

HEPATITE B

- Confirmar a aplicação da vacina ou Imunoglobulina ao neonato nas primeiras 12 horas de vida; caso não tenha sido realizado a maternidade encaminhar imediatamente para avaliação junto ao CRIEE (CENTRO DE REFERENCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS), de preferência antes das 48 horas de vida do recém-nascido, pois a eficácia da imunoglobulina não pode ser comprovada após este período.
- Manter aleitamento materno.
- Esquema vacina conforme PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI).
- Fazer HbsAg + anti-HBS: 1 ano e 3 meses e após com 2 anos.

- IMUNIZAÇÃO

A imunização é um aspecto relevante e de suma importância no enfrentamento de doenças, a imunização não só como fator de proteção individual, mas como política de controle de doenças a nível populacional, principalmente na saúde da criança, deve ser algo a ser perseguido sempre na prática do enfermeiro, mesmo este não estando na sala de vacina rotineiramente. Há uma preocupação crescente na população com relação à necessidade e segurança das vacinas, e é fundamental que o enfermeiro esclareça à população a segurança e eficácia dos imunobiológicos utilizados no sistema público.

Devido ao fato de as vacinas possuírem inúmeros aspectos técnicos e o calendário vacinal sofrer alterações com certa frequência, optou-se por colocar apenas os links referentes aos documentos técnicos e calendário vacinal neste documento:

Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

Publicação do Ministério da Saúde que aborda aspectos imunológicos das vacinas, cuidados com a sala de vacinas, registros e boas práticas nos procedimentos.

Calendário de Vacinação da Rede Pública de Santa Catarina para 2018

<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/CALENDARIO-VACINAL-2018.pdf>

Publicação da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE-SC) contendo o calendário vacinal para 2018, da infância à idade adulta, e calendário vacinal para o prematuro extremo, incluindo o intervalo entre as doses vacinais.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm

. Published 1990.

2. Mello Filho J, Silveira L. Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005.
3. Duncan B, Schmidt M, Giugliani E. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências.*; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Vol I.; 2012.
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
5. Secretaria Municipal de Saúde . Portaria nº22/2016: Institui a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde.2016:15-120.
6. Secretaria Municipal de Saúde -SC. Portaria nº 79/2015 - Institua Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Diário Of do Município*.2015.
7. Ministério da Saúde (BR). *Manual de Quadros de Procedimentos :Aidpi Criança : 2 Meses a 5 Anos.*; 2017.
8. University of Cape Town. *Pack Child: Versão Global.*; 2017.
9. British Medical Journal. Otite média e otite externa.
<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/40>.
10. University of Cape Town. *PACK Brasil Adulto: Versão Florianópolis.*; 2017.
11. Hospital Sírio Libanês. *Protocolo de Saúde Das Crianças: Versão Para Consulta Pública*. São Paulo; 2017.
12. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional De Vigilância E Controle Das Enteroparasitoses. *FefBr*. 2005:1-42.
http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/enteroparasitoses_pano_nacional.pdf.
13. Ministério da Saúde (BR). Manejo do paciente com diarreia(cartaz).
http://bvsm.sau.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Published 2011. Accessed August 1, 2018.
14. Ministério da Saúde (BR). *Dermatologia Na Atenção Básica de Saúde.*;2002.
15. British Medical Journal. Scabies.
<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/124.pdf>.
16. British Medical Journal. Candidiase oral.
17. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Saúde da Criança Menino. 2013:1-96.
18. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Saúde da Criança Menina. 2008.

19. Ministério da Saúde (BR). *Saúde Da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.*; 2012.
20. World Health Organization. Weight-for-age GIRLS. *Child growth Stand.* 2012:30.
21. World Health Organization. Weight-for-age BOYS. *Child growth Stand.* 2012:10-12.
http://www.who.int/childgrowth/standards/WFA_boys_0_5_zscores.pdf.
22. World Health Organization. Length / height-for-age GIRLS. :125.
23. World Health Organization. Length / height-for-age BOYS. :125.
24. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Suplementação de Ferro - Manual de Condutas Gerais. *Ministério da Saúde.* 2013. doi:22/jul NV - 730
25. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. *Geneva, Switz World Heal Organ.* 2011:1-6. doi:2011
26. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Anemia Ferropriva Em Lactentes: Revisão Com Foco Na Prevenção.* São Paulo: Departamento científico de nutriologia; 2012.
27. Ministério da Saúde (BR). Manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. 2017:1- 220.

PROTOSCOLOS ENFERMAGEM

PROTOSCOLO - POP.075.GE AFERIÇÃO DE PULSO ART E DOS MOVIMENTOS RESP EM PEDIATRIA

4. OBJETIVO

Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na instituição do tratamento. Detectar alterações no funcionamento cardíaco, vascular, metabólico e respiratório. Acompanhar a curva de variação da frequência respiratória e do pulso.

5. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem

6. DEFINIÇÕES

Contagem da frequência e descrição das características do pulso e da respiração por minuto.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Informar ao acompanhante e paciente do procedimento e a sua finalidade

- 4.2 Higienizar as mãos;
- 4.3 Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou em posição confortável, adequada e segura.
- 4.4 Mensurar a frequência e descrever as características do pulso arterial;
- 4.5 Expor o local da artéria selecionada;
- 4.6 Aproximar o relógio do campo visual;
- 4.7 Colocar as polpas dos dedos indicador e médio sobre a artéria, comprimindo-a, moderadamente, até sentir a sua pulsação e contar a frequência das pulsações, observando o ritmo, e o volume do pulso.
Manter os dedos posicionados sobre a artéria
- 4.8 Contar o número de respirações durante um minuto, observando o tipo de respiração, a expansibilidade torácica, o ritmo, a profundidade e a presença de ruídos audíveis;
- 4.9 Retirar os dedos da região;
- 4.10 Proceder às anotações das medidas mensuradas no bloco de anotações;
- 4.11 Posicionar a criança confortavelmente e segura no leito;
- 4.12 Higienizar as mãos;
- 4.13 Registrar as frequências respiratórias e do pulso em impresso próprio, constante do prontuário da criança.
- 4.14 Proceder às anotações de enfermagem constando todas as características das frequências encontradas, assim como ocorrências adversas e medidas tomadas.

5 DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- 5.1 Relógio com marcador de segundos
- 5.2 Caneta
- 5.3 Papel para anotações.

6 EPI

- 6.1 Não se aplica

7 RESPONSABILIDADE

7.1 Enfermeiros e técnicos de enfermagem

8 QUANDO EXECUTAR

8.1 Toda criança hospitalizada;

8.2 Crianças com alterações dos padrões respiratórios e/ou cardiovascular;

8.3 Antes e após transfusões de hemocomponentes;

8.4 Antes e após alguns procedimentos e cirurgias.

9 REGISTROS

9.1 FOR.SAME 001 FICHA DE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - SINAIS VITAIS.

10 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Evitar aferir o pulso arterial e a frequência respiratória, quando criança estiver chorando e após procedimentos que causem dor, desconforto e atividades físicas.

10.2 **Ação:** Verificar o pulso apical, posicionando o diafragma do estetoscópio no ápice do coração (abaixo do mamilo esquerdo a altura do quinto espaço intercostal)

Em crianças dar preferência ao pulso braquial.

11 CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Aferir as frequências e características do pulso e da respiração, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, D.L. et al. **Manual de Procedimentos em pediatria. São Caetano do Sul:** Yendis, 2006.

SCHIMITZ, E.M. et al. **A enfermagem em Pediatria e Puericultura.** São Paulo: Atheneu, 2005.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

13 ANEXO

Não se aplica

14 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	O ITENS REVISADOS

15 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROTOCOLO - POP.023.GE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

1. OBJETIVO

Verificar os sinais vitais do paciente para auxiliar no diagnóstico e tratamento, e para acompanhar a evolução da doença. Os sinais vitais evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal podendo indicar enfermidades.

2. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem.

3. DEFINIÇÕES

Procedimento realizado em usuários que estão internados e/ou que chegam no acolhimento para serem atendidos.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Temperatura

- 4.1.1. Explicar o procedimento para o paciente;
- 4.1.2. Enxugar a axila do paciente ou orientá-lo a fazer;
- 4.1.3. Higienizar as mãos e organizar o material;
- 4.1.4. Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35° C;
- 4.1.5. Colocar o termômetro na axila de forma que fique o bulbo em contato com a pele;
- 4.1.6. Pedir para que o paciente comprima o braço de encontro ao corpo, de preferência colocando a mão no ombro oposto;
- 4.1.7. Retirar o termômetro após cinco minutos (ou de acordo com orientação do fabricante);
- 4.1.8. Fazer a leitura e anotar o valor da temperatura;
- 4.1.9. Limpar o termômetro com o algodão embebido em álcool;
- 4.1.10. Desprezar o algodão sujo;
- 4.1.11. Higienizar as mãos.

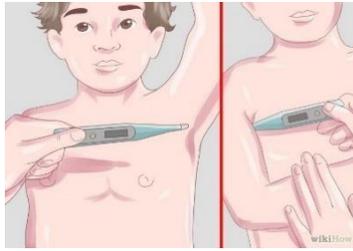
Técnica bucal

- 4.1.12. Explicar o procedimento para o paciente;

- 4.1.13. Higienizar as mãos;
- 4.1.14. Calçar luvas;
- 4.1.15. Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C colocando o termômetro embaixo da língua do paciente;
- 4.1.16. Solicitar que o paciente cerre os lábios, firmando o termômetro no canto da boca;
- 4.1.17. Após cinco minutos (ou de acordo com orientação do fabricante) retirar o termômetro;
- 4.1.18. Fazer a leitura e anotar o valor da temperatura;
- 4.1.19. Limpar o termômetro com o algodão embebido em álcool a 70% e guardá-lo;
- 4.1.20. Desprezar o algodão sujo;
- 4.1.21. Retirar as Luvas;
- 4.1.22. Higienizar as mãos.

Técnica retal

- 4.1.23. Explicar o procedimento para o paciente;
- 4.1.24. Colocar o paciente na posição de Sims-decúbito lateral esquerdo com perna fletida;
- 4.1.25. Higienizar as mãos;
- 4.1.26. Calçar as luvas;
- 4.1.27. Lubrificar a ponta do termômetro introduzindo-a no reto;
- 4.1.28. Retirar o termômetro após 5 a 7 minutos, fazer a leitura e anotar;
- 4.1.29. Lavar o termômetro com água e sabão, passar álcool a 70% sobre o termômetro e guardá-lo.
- 4.1.30. Retirar as luvas;
- 4.1.31. Higienizar as mãos;



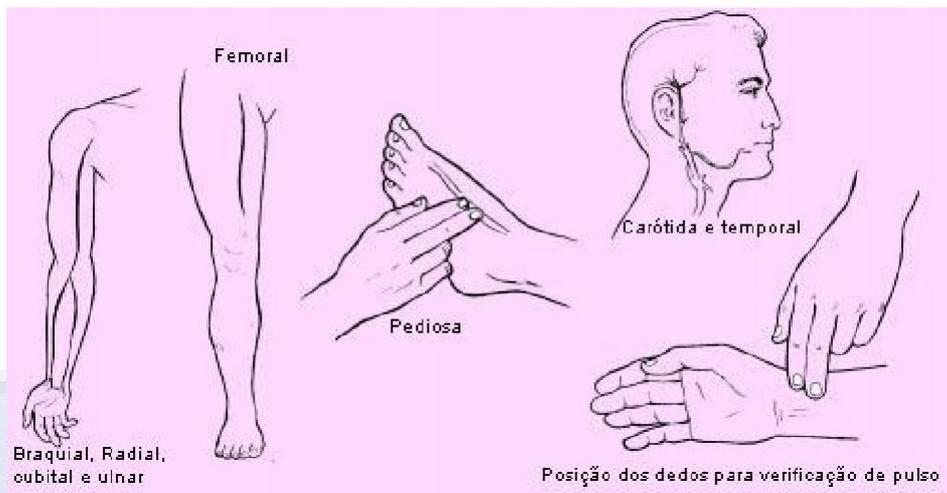
4.4. Respiração

- 7.1.1.** Explicar o procedimento para o paciente.
- 7.1.2.** Manter o paciente sentado ou deitado no leito.
- 7.1.3.** Ser natural, não deixando que o paciente perceba que sua respiração está sendo contada, pois pode causar-lhe ansiedade.
- 7.1.4.** Observar quando o tórax sobe e desce ou os movimentos do abdômen e contar durante um minuto.
- 7.1.5.** Anotar o número de movimentos respiratórios por minuto.

Pulso

- 7.1.6.** Explicar o procedimento para o paciente.
- 7.1.7.** Higienizar as mãos e organizar o material.
- 7.1.8.** Palpar o pulso radial ou os citados acima.
- 7.1.9.** Manter o paciente em posição confortável.
- 7.1.10.** Apoiar o braço se o pulso for o radial.
- 7.1.11.** Colocar o dedo indicador e anular no local e pressionar levemente, sem comprimir o local. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação pode ser confundida com a do paciente.

- 7.1.12.** Ou utilizar o aparelho oxímetro que também mostra o pulso;
- 7.1.13.** Anotar a frequência e o ritmo cardíaco;
- 7.1.14.** Higienizar as mãos.



Pressão arterial

Explicar o procedimento para o paciente;
 Higienizar as mãos e organizar o material; Palpar o pulso braquial ou radial;

- 7.1.15.** Colocar o manguito a 3 cm, aproximadamente, acima da fossa cubital, de modo que não fique muito apertado nem frouxo;

Palpar novamente para obter pulso. Uma vez obtido continue a palpar inflando o manguito até a medida de o manômetro ficar 20 mmHg além do ponto em que o pulso não foi mais sentido na palpação;

Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem.

Fazer desinfecção das olivas e diafragma do estetoscópio com bola de algodão embebida em solução álcool. Em pacientes inconscientes e sem pulsação periférica-insuflar imediatamente até 200mmHg de pressão no manguito e proceder a verificação (pacientes graves), caso a pressão não seja audível, desinsuflar e imediatamente, insuflar até 250mmHg, ocorrendo o mesmo, proceder da mesma forma, indo até 300mmHg.

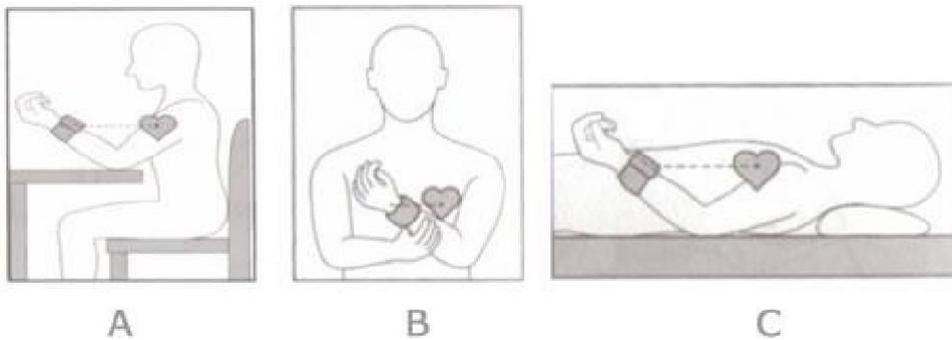
- 7.1.16.** Abrir lentamente a válvula e observar no manômetro o ponto em que é ouvido o primeiro batimento (pressão sistólica), e o ponto em que o som é ouvido por último (pressão diastólica).

7.1.17. Retirar o ar, em caso de dúvida, repetir a operação 1(um) minuto após, para confirmar.

Limpar as olivas do estetoscópio com álcool a 70%;

7.1.18. Verificar a pressão arterial no menor tempo possível a fim de impedir congestão venosa, pois o manguito age com um torniquete.

7.1.19. Higienizar as mãos;



Oximetria

Explicar o procedimento para o paciente;

Higienizar as mãos e organizar o material;

Colocar o aparelho oxímetro preferencialmente em qualquer dedo da mão; Observar a leitura da medida do aparelho;

Limpar o aparelho

Higienizar as mãos.



www.cirurgiansvalente.com.br

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Algodão com álcool

5.2. Folhas de controle de enfermagem

5.3. Luvas de procedimentos

5.4. Relógio

5.5. Manguito de pressão arterial

5.6. Esfigmomanômetro

5.7. Termômetro

5.8. Oxímetro



6. EPI

Luvas de procedimento, máscara

7. RESPONSABILIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

Quando o paciente for admitido na Unidade para consulta e/ou internação. Aprazamentode acordo com o quadro clínico do cliente e rotina da unidade.

9. REGISTROS

9.1 Anotação na ficha de atendimento, e/ou no prontuário de internação.

9.2 FOR.001.SAME Ficha de Anotação de Enfermagem-Sinais Vitais

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Quando não se verificar os sinais vitais.

10.1.1 **Ação:** Fazer o mais breve possível, treinar a equipe e esclarecer da importância na verificação desse sinal vital.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOZACHI, N. **O hospital manual do ambiente hospitalar**, Editora Real, Curitiba, 2005
SMITH-TEMPLE, J. Gui para procedimentos de enfermagem, Porto alegre: Artmed, 2004;
POTTER, PA.; PERRY. A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006;
SMITH-TEMPLE, J. Gui para procedimentos de enfermagem, Porto Alegre: Artmed, 2004.

13. ANEXO

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	O	ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1° aprovador:	Nome do 2° aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1° aprovador:	Ass. do 2° aprovador:



PROTOCOLO - POP.003.GE BALANÇO HIDRICO

1. OBJETIVO

- 1.1. Realizar rígido controle de infusões x eliminações, para avaliação da evolução clínicado paciente.

2. APLICAÇÃO

- 2.1. Será aplicado aos pacientes que tenham necessidade clínica de balanço hídrico.

3. DEFINIÇÕES

- 3.1. Balanço hídrico representa a monitoração detalhada de liquido administrados e eliminados por um paciente num determinado período.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

- 4.1. Lavar as mãos com água e sabão
- 4.2. Usar impresso padronizado
- 4.3. Anotar todos os ganhos de 2/2 horas
- 4.4. Zerar bomba de infusão e realizar leitura de 2/2 horas
- 4.5. Registrar todos os volumes infundidos rigorosamente
- 4.6. Registrar perdas: Pesar fralda seca e depois com diurese para que o balanço hídrico seja fidedigno.
- 4.7. Pesar fralda com fezes pastosas, semilíquidas e líquidas
- 4.8. Paciente com Sondas Vesicais de demora, fazer a leitura no saco coletor de urina sistemafechado e depois desprezar diurese em comadre ou saco coletor descartável.
- 4.9. Paciente sem Sondas ou fraldas a diurese será desprezada em saco coletor

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- 5.1. Calculadora se necessário
- 5.2. Comadre

5.3. Balança



6. EPI

- 6.1. Máscara descartável
- 6.2. Luva de procedimento
- 6.3. Capote se necessário

7. RESPONSABILIDADE

- 7.1. O procedimento do balanço hídrico será realizado pelo técnico em enfermagem e supervisionado pelo enfermeiro.
- 7.2. O cálculo do balanço hídrico será realizado exclusivamente pelo ENFERMEIRO.

8. QUANDO EXECUTAR

- 8.1. O registro será feito pelo técnico em enfermagem a cada duas horas no período de 24 horas, assinar, carimbar a folha de registro.

9. REGISTROS

- 9.1. FOR.251.GE BALANÇO HÍDRICO

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

- 10.1. **NC:** O procedimento deixar de ser executado ou registrado pela equipe de enfermagem
 - 10.1.1. **Ação:** Educação continuada, orientação da equipe.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- 11.1. A medida e a anotação sistemática dos ganhos (ingestão, infusões, etc.) e perdas líquidas (urina, fezes, drenos, sondas e etc.) são muito importantes nos pacientes com doenças graves, sobretudo naqueles com tendência a reter líquidos, como nos portadores de disfunção cardíaca, renal, hepática, desnutrição com hipoproteïnemia. O balanço hídrico é um cuidado básico de enfermagem geralmente indicados nos pacientes em estado mais grave.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 12.1. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006

13. ANEXO

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	O ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROTOCOLO - POP.026.GE ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO

8. OBJETIVO

Padronizar o processo de Admissão, transferência, alta e óbito Hospitalar, acolhendo o paciente e seus familiares com cordialidade e atenção.

9. APLICAÇÃO

Equipe de enfermagem

10. DEFINIÇÕES

Considera-se a admissão o ato de realizar a internação do paciente em um leito hospitalar e pode ser classificada em eletiva, de urgência e de emergência, de acordo com o agravo do paciente.

A transferência é mobilização do paciente que pode ser interna (para outro leito, outra clínica ou ainda, para responsabilização de outra equipe médica) e externa, que diz respeito ao encaminhamento do paciente a outra Instituição de saúde.

A alta é a liberação do paciente após o período de internação e pode ocorrer em diversas situações: cura melhora inalteração do caso, para tratamento ambulatorial, administrativa, por indisciplina, evasão ou ainda, a pedido (KOCH et al, 1996). Significa a saída do paciente do hospital provisoriamente ou definitivamente (LIMA, 2000).

O óbito deve ser considerado como continuidade do atendimento de enfermagem ao paciente e a sua família, onde deverão receber os cuidados necessários de forma respeitosa e segura (LIMA, 2000).

11. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Admissão

Comunicar sobre a admissão e obter informações sobre o paciente e suas condições gerais (determina o leito apropriado, e prepará-lo para receber o paciente);

Providenciar uma prancheta para o paciente onde serão colocados os formulários de rotina (folha de indicações/evolução/tratamento, AIH, laudo médico para solicitação, pedido de exames, etc.);

Receber o paciente e o cuidador ou o familiar, identificando-se e encaminhá-los ao leito (realiza o acolhimento do paciente e do acompanhante com humanização e respeito);

Apresentar a unidade, a enfermaria e os companheiros de quarto, se houver (permite integração entre o paciente e os demais membros da enfermaria; favorece a adaptação do paciente à nova realidade);

Verificar a necessidade e possibilidade de um acompanhante ao paciente durante a internação;

Informar quanto às rotinas da clínica, local e horário para banho, refeições, recreação, visita médica e de familiares (garante adequado relacionamento interpessoal; integra o paciente no processo de decisão sobre seu tratamento; evita ou ameniza a ansiedade do paciente);

Verificar condições de higiene e, se possível for encaminhar o paciente ao banho de aspersão e troca de roupas (visando a prevenção de disseminação de microorganismos, mantendo uma assistência individualizada);

Verificar os itens do prontuário, internação e a existência de resultados de exames prévios. Providenciar os encaminhamentos necessários para exames, pareceres, prescrição médica, serviço de nutrição e outros (verifica e adequa a documentação do paciente; garante adequado atendimento ao paciente de forma multidisciplinar);

Proceder o registro da admissão no livro de internação e admissão sobre as condições do paciente no prontuário do mesmo (contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Verificar os sinais vitais no ato da admissão e anotar no campo específico na folha de prescrição com hora da verificação (identifica alterações que necessitam serem corrigidas no ato da admissão; serve como guia para a implementação da assistência de enfermagem);

Realizar a avaliação do paciente (enfermeiro do plantão) suas necessidades e percepções, histórico, exame físico, diagnósticos de enfermagem e prescrição de enfermagem-Iniciar a SAE (garantindo assistência de enfermagem com qualidade a partir do raciocínio clínico; determina o plano de ação ao paciente de acordo com suas necessidades mais urgentes);

Realizar todas as anotações dos dados coletados e dos procedimentos realizados no prontuário do paciente (servindo de subsídio para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Realizar a higienização simples das mãos em todas as situações de contato com o paciente, seus pertences, na realização de qualquer procedimento relacionado a ele (reduz a microbiota transitória e patogênica; evita infecção hospitalar pelo carreamento de microorganismos de forma cruzada; atua na profilaxia e controle de infecção hospitalar; é ação isolada mais importante para prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde).

Transferência

Transferência interna – mudança de leito

Comunicar ao paciente/ acompanhante e justificar a necessidade da transferência. Evitar ou amenizar a ansiedade do paciente (evita ou ameniza a ansiedade do paciente);

Auxiliar paciente e acompanhante a transferir seus pertences e apresentar lhes à nova enfermaria (evita o extravio dos pertences; permite nova adaptação do paciente; garante conforto e segurança ao paciente);

Providenciar troca do número do leito na documentação do paciente (organiza o serviço; mantém documentação atualizada);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar a desinfecção e organização do leito desocupado pelo paciente (mantém a organização da unidade; previne infecção hospitalar; prepara o leito para nova admissão);

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Transferência externa – mudança de Unidade de Saúde

Comunicar o paciente e acompanhante e justificar necessidade da transferência (elucida sobre o procedimento, garantindo sua colaboração; facilita a compensação de limitações e dificuldades existentes para o paciente; evita ou ameniza a ansiedade do paciente);

Verificar junto ao Sisreg a disponibilização de vaga (certifica da adequada transferência semprejuízos ao acompanhante e ao paciente; mantém comunicação efetiva com instituição de saúde que acolherá o paciente);

Auxiliar o paciente a organizar seus pertences e verificar se todos os cuidados de enfermagem do período foram realizados e registrados (garante que todos os pertences serão encaminhados; facilita o transporte do paciente; encaminha o paciente confortável e assistido adequadamente; garante registro do atendimento do paciente);

Solicitar ao setor de transporte o encaminhamento do paciente (garante transporte adequado, seguro e confortável);

Entregar exames radiológicos, cópias de laudos e relatórios ao paciente, familiar ou profissional que o acompanhará (garante encaminhamento adequado da documentação do paciente; permite continuidade da assistência ao paciente);

Realizar o registro da transferência no livro de internação e no prontuário do paciente (estabelece a comunicação adequada entre a equipe multidisciplinar; mantém subsídios para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve como respaldo ético e legal);

Organizar prontuário do paciente para posterior encaminhamento ao setor de faturamento (organiza a unidade e documentação; evita problemas administrativos; garante, em tempohábil, o faturamento da internação do paciente);

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas;

Realizar a desinfecção e organização do leito desocupado pelo paciente (mantém a organização da unidade; previne infecção hospitalar; prepara o leito para nova admissão);

Retirar as luvas;

Higienizar as mãos.

Alta

15.1.1. Comprovar efetivação da alta, que deve ser dada por escrito e assinada pelo médico responsável, após ter realizado avaliação clínica e analisado exames laboratoriais e radiológicos, caso tenham sido solicitados (evita equívoco na prestação de orientações e nas anotações relevantes; propicia planejamento adequado para alta);

Comunicar ao paciente e acompanhante. Caso esteja desacompanhado comunicar família ou responsável (integra o paciente no processo de decisão sobre seu tratamento; evita ou amenizar a ansiedade do paciente);

Verificar se todos os cuidados de enfermagem necessários foram realizados no período (caso necessário realizá-los);

Orientar paciente e/ou responsável sobre os cuidados após alta e esclarecer possíveis dúvidas sobre repouso, medicações, dieta, retorno ambulatorial e outros (garante manutenção dos cuidados pós-alta e a convalescença adequada; evita transtornos ao paciente e à sua família depois da saída do hospital);

15.1.2. Avisar o farmacêutico quando houver alta para que o mesmo possa orientar o paciente e o familiar sobre o uso dos medicamentos prescritos, reforçando as informações no caso de uso de Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina), antibióticos, medicamentos opióides e analgésicos; devolver medicação do paciente, caso os tenha deixado sob a guarda da farmácia no momento da internação;

15.1.3. Avisar a nutricionista sobre a alta para que possa educar o paciente e o familiar com relação aos cuidados nutricionais, e dieta após a alta.

- 15.1.4.** Avisar a assistente social sobre a alta para realizar contato com familiares que receberá o paciente para continuidade do tratamento, caso necessário.
- 15.1.5.** Entregar ao paciente ou ao acompanhante, seus exames radiológicos e medicações pessoais, caso existam (garante manutenção dos cuidados; garante que o retorno ambulatorial se processe de forma satisfatória); caso precisem dos exames laboratoriais, encaminhar o acompanhante para solicitar segundavia no laboratório.
- 15.1.6.** Avisar o serviço de recepção e portaria, por meio presencial ou via telefônica, das altas. Comunicando nome completo.

Orientar e verificar a remoção de todos os pertences (evita permanência ou extravio de pertences);

Encaminhar o paciente, caso necessite (garantir transporte adequado e seguro); Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar desinfecção do leito (mantém a organização da unidade; previne infecção relacionada à assistência à saúde; prepara o leito para nova admissão);

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Realizar registro horário e condições da alta no livro de internação e no prontuário do paciente (estabelece a comunicação adequada entre a equipe; serve de subsídios para avaliar a assistência prestada; contribui para a documentação legal do procedimento, para auditoria de enfermagem e para o faturamento; serve com respaldo ético e legal);

Proceder à organização do prontuário para encaminhamento ao faturamento (mantém a organização da documentação do paciente; evita transtornos administrativos; garante, em tempo hábil, o faturamento da internação do paciente).

Alta a pedido (ação extra)

Orientar o solicitante e o paciente sobre os riscos da alta sem decisão médica para sua saúde e de sua família (garante orientação sobre os riscos; serve de respaldo legal);

Solicitar ao paciente e/ou familiar responsável que assine o Termo de Responsabilidade pela alta a pedido (respaldo legal; comprova isenção de responsabilidade em caso de agravos ao paciente após sua saída da Instituição);

Entregar exames radiológicos e medicações, objetos e pertences de uso pessoal do paciente, caso existam (evita transtornos por extravio destes materiais);

Avisar o médico responsável sobre o ato do paciente ou acompanhante (garante reconhecimento do fato aos membros da equipe);

Registrar o ocorrido com detalhes no relatório de enfermagem e no prontuário do paciente. Óbito

Retirar a Declaração de Óbito do arquivo, após constatação do óbito, assinar no caderno de registro e entregar ao médico para ser preenchida (garante registro adequado e em tempo hábil do óbito; age com eficiência no cuidado pós-morte);

Providenciar remoção do corpo ao morgue (encaminhar adequadamente o corpo; realização do trabalho com eficiência);

Contatar familiares, caso não estejam na instituição, para comparecimento e recebimento de orientações e pertences (mantém assistência familiar; garante adequado relacionamento interpessoal com comunicação ampla);

Receber e orientar familiares ou responsáveis, observando os critérios de humanização e solicitude (mantém assistência à família; respeita os familiares no momento da perda e da dor);

Entregar os pertences do paciente e solicitar que o responsável assine, comprovando seu recebimento, no livro de ocorrências (dota a instituição de documentação legal; preza o valor sentimental de alguns pertences à família);

Preencher todos os dados relativos ao paciente no livro de óbitos;

Entregar a via amarela da Declaração de Óbito ao familiar mais próximo e solicitar que este assine no livro de óbitos (favorece o encaminhamento dos trâmites legais);

Anexar as vias, branca e rosa ao prontuário do paciente;

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Realizar desinfecção do leito;

Retirar luvas;

Higienizar as mãos;

Realizar registro do óbito no prontuário do paciente;

Organizar toda a documentação do paciente para encaminhar ao faturamento. Preparo do corpo

pós-morte

Manter ambiente tranquilo e reservado; se houver outro paciente na enfermaria, mude-o para um local tranquilo ou providencie um biombo (proporciona privacidade para realizar o procedimento; evita transtornos psicológicos ao outro paciente; demonstra respeito à família);

Utilizar equipamento de proteção individual completo (oferecer segurança contra riscos susceptíveis de ameaçar a saúde e a segurança do trabalhador; evita contaminação caso microorganismos infectantes estejam presentes);

Higienizar as mãos;

Calçar luvas;

Proceder ao preparo do corpo com manobras lentas e cuidadosas (evitar acidentes);

15.1.7. Colocar o corpo em posição ereta e com bom alinhamento (previne problemas com o *rigor mortis*);

Retirar adornos e próteses e colocá-los em saco plástico, lacrar e identificar (evitar a perda e roubo dos pertences e facilitar sua devolução à família do paciente);

Remover qualquer dispositivo invasivo e proceder à higiene e curativo se necessário (evita escape de fluidos e secreções no encaminhamento);

Aproximar os lábios, fixando a mandíbula com atadura crepom. Proceder à fixação dos membros superiores e inferiores (evitar possíveis transtornos com o corpo após rigidez cadavérica);

Colocar fralda descartável (o relaxamento esfinteriano pode causar a saída de fezes e urina);

Identificar corpo, na altura do tórax, com os seguintes dados: nome, prontuário, clínica e hora do óbito (Manter a identidade do paciente; evita extravio do corpo);

Proceder à cobertura do corpo com lençol ou invólucro plástico para óbito – técnica em envelope e fixar bem (preserva o corpo contra danos e assegurar a privacidade; evita transtornos durante o encaminhamento do corpo);

Identificar o lençol ou o invólucro, na altura do tórax, com os mesmos dados anteriores (evita confusão na identificação do corpo);

Protocolar os pertences retirados do corpo em local onde a família que os receber possa assinar (garantir segurança à enfermagem e evitar extravio).

12. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Papel

Caneta

Carimbo

13. EPI

6.1 Não se aplica.

14. RESPONSABILIDADE

7.1 Equipe de enfermagem.

15. QUANDO EXECUTAR

8.1 A admissão sempre quando o usuário entrar para a internação; transferência sempre que o usuário necessitar de ser transferido para outra Unidade ou outro setor da mesma Unidade; altas sempre que o usuário deixar nossa Unidade, seja ela cedida ou por evasão e óbito.

16. REGISTROS

9.1 Será registrado nos prontuários dos pacientes internados e livros de registro de admissão, alta, transferência ou óbito.

17. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **N.C.:** A falta de anotações em prontuário.

10.1.1 **AÇÃO:** Caso ocorra, solicitar que o profissional faça a anotação imediatamente. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos relatórios.

18. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Não se aplica.

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Portaria MS 2.616 de 12 de maio de 1998- regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país em substituição à Portaria MS 930/92; 1998.

ARAÚJO MJB de. Técnicas fundamentais de enfermagem. Rio de Janeiro: Bezerra Araújo; 1983.

ATKINSON LD; MURRAY ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 200_.

BORGES LF DE A E; KATAGUIRI LG; NUNES MJ; GONTIJO Filho PP. Contaminação nas mãos de profissionais de saúde em diferentes unidades de um Hospital Universitário brasileiro. Nursing2006;100(8):1000-3.

CASARIN SNA, et al. Enfermería y gerencia de caso. Ver Lat-Am Enf. 2001;9(4).

DALLY P; HARRINGTON H. Psicologia e psiquiatria na enfermagem. São Paulo: EPU; 1978. KOCH RM, et al. Técnicas básicas de enfermagem. 14ª ed. Curitiba: Florence;1996.

LIMA IL de coordenadora. Manual do técnico e auxiliar de enfermagem. 6ª ed rev. Goiânia: AB; 2000.

NAKATANI AYK. Processo de enfermagem: uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização. (Dissertação). Ribeirão Preto; 2000.

PESSINI C; BARCHIFONTEINE C. Dedução de problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS/ Hospital das Clínicas. Manual de padronização de procedimentos de enfermagem. Goiânia; 2003.

20. ANEXO

Não se aplica.

21. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	O	ITENS REVISADOS

22. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROTOCOLO - POP.039.GE CONFORTO E SEGURANÇA DO PACIENTE

OBJETIVO

Proporcionar conforto melhorando o bem-estar físico, mental, espiritual e psicológico.

APLICAÇÃO

Equipe de enfermagem e multiprofissional.

DEFINIÇÃO

Manter o paciente seguro e confortável.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES:

Travesseiros

Para colocá-los:

Colocar o travesseiro sobre a cama;

Suspender a cabeça do paciente;

Colocar o travesseiro do lado oposto;

Puxá-lo para debaixo da cabeça com a mão livre;

Procurar fazer com a cabeça e o pescoço fiquem bem apoiados no travesseiro; Se o paciente usar dois travesseiros, não colocar exatamente um sobre o outro. Para retirá-los:

Escorregar um braço sob a cabeça e com a mão na escápula, levantar um pouco o paciente;

Remover o travesseiro e colocá-lo sobre a cama com a mão livre, retirando vagarosamente o braço de sob a cabeça.

Para diminuir a tensão abdominal:

Flexionar os joelhos, colocando sob os mesmos um travesseiro, rolo ou cobertor enrolado e coberto com fronha ou lençol;

Para diminuir a tensão dos músculos intercostais; Colocar sob os quadris um travesseiro pequeno e macio. Para manter o paciente em decúbito lateral:

Virar o paciente para o lado;



Colocar travesseiros: Sob a cabeça, de modo a focar bem - adaptado ao pescoço e ombros; Junto às costas; ao lado, para suporte do abdome; Entre os joelhos flexionados. **Posicionadores e protetores de espuma**

Posicionador para cabeça, perna, calcâneo, tornozelo;

Posicionador para alinhamento bacia e coluna;

Argola para cabeça, entre joelhos e calcâneo;

Posicionar rolo para diversos locais.

Arco de proteção

Proteger uma determinada região do corpo, contra o peso das cobertas; Isolar áreas lesadas do contato com a roupa (escoriações, queimaduras).

Argolas de Algodão: São usadas para diminuir a pressão dos olecranos, dos calcâneos e joelhos.

Fazer uma argola de 10 cm de diâmetro com algodão; Cobrir o algodão, envolvendo com uma faixa de crepe. **Sacos de**

Peso: São usados para:

Elevar uma região do corpo;

Manter o membro em posição anatômica.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Travesseiros;

Sacos de peso;

Argolas de algodão;

Arco de proteção posicionado;

Protetores de espumas.

EPI

Não se aplica.

RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem.

QUANDO EXECUTAR

IBGC

The logo for IBGC (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) is displayed in a light blue, pixelated font. The letters 'I', 'B', and 'G' are solid blue, while the 'C' is a lighter shade of blue and features a stylized globe icon within its upper curve.

Sempre que necessário.

REGISTRO

O registro é feito em prescrições e em anotações de enfermagem.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Executar de imediato e reforçar a importância do procedimento.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**. 17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

ANEXO

Não se aplica.

HISTORICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ºaprovador:	Nome 2ºaprovador:
Ass. emissor	Ass.1º aprovador:	Ass.2º aprovador:

16. OBJETIVO

Limpeza e conforto da paciente, prevenir o aparecimento de infecção, combater a infecção quando instalada.

17. APLICAÇÃO

O próprio paciente ou a enfermagem/acompanhante quando houver necessidade de auxílio.

18. DEFINIÇÃO

Remover sujidade do corpo utilizando o chuveiro.

19. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

19.1. Masculina

- 19.1.1. Conversar com o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- 19.1.2. Preparar o ambiente;
- 19.1.3. Preparar o material;
- 19.1.4. Trazer o material, colocando a comadre na cadeira e a bandeja na mesa de cabeceira;
- 19.1.5. Higienizar as mãos;
- 19.1.6. Paramentar conforme precaução indicada;
- 19.1.7. Colocar biombos;
- 19.1.8. Calçar as luvas;
- 19.1.9. Colocar o impermeável e a toalha sob o paciente, para proteger a cama;
- 19.1.10. Retirar a calça do pijama;
- 19.1.11. Colocar a comadre sob o paciente protegendo-o com a roupa de cama;
- 19.1.12. Levantar o pênis com uma gaze e fazer uma pequena irrigação com água;
- 19.1.13. Ensaboar a região com gaze, afastando bem o prepúcio;
- 19.1.14. Irrigar toda a região, tirando o sabão;
- 19.1.15. Retirar a comadre, colocando-a na cadeira;
- 19.1.16. Enxugar com a toalha;

- 19.1.17. Vestir a calça do pijama;
- 19.1.18. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- 19.1.19. Providenciar a limpeza e a ordem do material;
- 19.1.20. Tirar as luvas e higienizar as mãos;
- 19.1.21. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.

19.2. Feminina

- 19.2.1. Orientar a paciente sobre o cuidado;
- 19.2.2. Preparar o ambiente;
- 19.2.3. Separar e organizar o material a ser utilizado;
- 19.2.4. Trazer o material, colocando a comadre na cadeira e a bandeja na mesinha;
- 19.2.5. Higienizar as mãos;
- 19.2.6. Paramentar conforme precaução indicada;
- 19.2.7. Calçar luvas;
- 19.2.8. Colocar biombos;
- 19.2.9. Colocar a paciente em posição ginecológica, protegendo-a com a roupa de cama e cobrindo-a com uma toalha;
- 19.2.10. Colocar o impermeável, a toalha e a comadre sob a paciente;
- 19.2.11. Colocar gaze ou pano na região inguinal para evitar que a água escorra, molhando o leito;
- 19.2.12. Irrigar a vulva com água ou solução antisséptica;
- 19.2.13. Ensaboar e lavar a região vulvar e o períneo, com luva de banho, primeiro externamente, de cima para baixo e sem retornar para a região limpa;
- 19.2.14. Proceder do mesmo modo para lavar internamente a região vulvar;
- 19.2.15. Colocar o material usado no saco plástico para resíduos;
- 19.2.16. Irrigar a região vulvar com água limpa;
- 19.2.17. Enxugar com toalha a vulva;
- 19.2.18. Retirar a comadre colocando-a na cadeira;
- 19.2.19. Deixar a paciente confortável e o ambiente em ordem;
- 19.2.20. Providenciar a limpeza e a ordem do material;
- 19.2.21. Retirar as luvas e lavar as mãos;

19.2.22. Anotar o cuidado, descrevendo as observações.



DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Algodão, gaze ou luva de pano;

Sabonete ou soluções medicamentosas prescritas;

Saco plástico para resíduos;

Luvas de procedimento;

Toalha;

Biombos; Impermeável

ou forro;

Jarro com água morna;

Comadre.

EPI

6.1. Utiliza-se luvas.

6.2. Touca;

6.3. Máscara;

6.4. Óculos de proteção;

6.5. Capote;

6.6. Luvas;

6.7. Observar qual a precaução indicada para adequação de EPI's.

RESPONSABILIDADE

O próprio cliente ou a enfermagem quando houver necessidade de auxílio.

QUANDO EXECUTAR

Uma vez ao dia, ou sempre que necessário.

REGISTRO

Anotações de enfermagem no prontuário.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Não se aplica.



CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

12.1 KOCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**. 17 ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

12.2 POTTER, P. A; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

13. ANEXO

Não se aplica.

23. HISTORICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

24. APROVAÇÃO

Nome emissor:	Nome 1ª aprovador:	Nome 2ª aprovador:
Ass. emissor	Ass. 1º aprovador:	Ass. 2º aprovador:

PROTOCOLO - POP.035.GE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

20. OBJETIVO

1.1. O preparo e a administração de medicamentos pressupõem alguns princípios básicos que independem da via de administração do medicamento

21. APLICAÇÃO

2.1. Equipe de Enfermagem.

22. DEFINIÇÕES

3.1. Preparar e administrar medicação nos usuários.

23. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

24.1. Higienizar as mãos;

24.2. Verificar paciente certo e medicação certa;

Certificar que todo o medicamento está contido no corpo da ampola, pois o estreitamento do gargalo faz com que uma parte do medicamento muitas vezes fique retida na sua parte superior. O mesmo cuidado deve ser observado com o pó liofilizado no frasco-ampola;

Observar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha; montar a seringa com agulha respeitando a técnica asséptica;

Desinfetar toda a ampola com algodão embebido em álcool 70%, destacando o gargalo; no caso de frasco-ampola, levantar a tampa metálica do frasco ampola;

Proteger os dedos com algodão embebido em álcool 70% na hora de quebrar a ampola ou retirar a tampa metálica do frasco ampola;

No caso do frasco ampola, aspirar o diluente, introduzir dentro do frasco e deixar que a força de pressão interna do frasco desloque o ar para o interior da seringa. Homogeneizar o diluente com o pó liofilizado sem sacudir;

O procedimento de introduzir o ar da seringa para o interior do frasco visa aumentar a pressão dentro do frasco, retirando facilmente o medicamento, visto que os líquidos se movem de uma área de maior pressão para a de menos pressão; manter o frasco invertido para baixo, enquanto aspira o medicamento;

Proteger a agulha com o protetor e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro; Antes da aplicação, realizar novamente a higiene das mãos;

Realizar a antissepsia da pele;

É importante realizar rodízio dos locais de aplicação, procurando, desta forma, evitar lesões nos tecidos do paciente;

Observar o uso da angulação de administração correta de acordo com a via e do número da agulha adequada à via, ao tipo de medicamento, à idade do paciente e a sua estrutura física;

Antes da administração do medicamento pelas vias subcutânea e intramuscular, deve-se aspirar para ter a certeza de que não houve punção de vaso sanguíneo. Caso haja retorno de sangue, retirar a punção, preparar novamente a medicação, se necessário, e proceder à administração;

Desprezar a seringa com a agulha juntas (não reencapar), em recipiente próprio para perfuro cortante.

24.3. Via Endovenoso-Intravenoso (EV/IV): É usada quando se deseja uma ação rápida do medicamento ou porque outras vias não são propícias. Sua administração deve ser feita com muito cuidado, considerando-se que a medicação entra direto na corrente sanguínea. As soluções administradas por essa via devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão. Para a administração de pequenas quantidades são satisfatórias as veias periféricas da prega (dobra) do cotovelo, do antebraço e do dorso da mão.

Procedimento:

Posicionar o paciente deitado ou sentado e administrar lentamente o medicamento (não deve haver presença de ar na seringa para prevenir embolia gasosa);

Inspeccionar as condições da veia e selecionar a mais apropriada - garrotear o braço aproximadamente 10 cm acima da veia escolhida. Para facilitar a visualização da veia de mão e braço, orientar o paciente a cerrar o punho durante a inspeção e a punção venosa;

Inserir a agulha com ângulo de 15° a 30° mantendo a pele esticada e com bisel voltado para cima, facilitando a introdução. Observar o retorno de sangue, soltar o garrote e injetar o medicamento lentamente; ao retirar a agulha, comprimir o local.

24.4. Via Intramuscular (IM): Utilizada para administrar medicamentos irritantes por ser menos doloroso, visto que existe menor número de terminações nervosas no tecido muscular profundo. O volume a ser administrado deve ser compatível com a massa muscular, que varia de acordo com a idade, localização e estado nutricional. Considerando-se um adulto normal, o volume adequado no deltóide é de aproximadamente 2 ml, no glúteo, 4ml e na coxa, 3ml. Quantidades maiores que 3 ml devem sempre ser bem avaliadas, pois

podem não ter uma absorção adequada. As complicações mais comuns da aplicação intramuscular são a formação de nódulos, abscesso, necrose e lesões de nervo.

Procedimento:

Preparar o medicamento (no caso de medicamento irritante, antes da aplicação, realizar a troca da agulha por outra nova);

Orientar o paciente para que adote uma posição confortável, relaxando o músculo (evita extravasamento do líquido e minimiza a dor);

Evitar a administração de medicamentos em áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, parestias (paralisia moderada, fraqueza de um membro) e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento;

Na aplicação, deve-se segurar o mais próximo do canhão para aumentar a estabilidade da agulha, evitando movimentos desnecessários e lesão muscular;

Inserir a agulha formando um ângulo de 90°, com o bisel lateralizado a fim de evitar lesão nas fibras musculares. Puxar o êmbolo e, caso não haja retorno de sangue, administrar a solução. Retirar a agulha num movimento único;

Comprimir e massagear o local se não houver contraindicação (para facilitar a distribuição do medicamento no tecido e minimizar a dor local).

24.4.1. Locais de aplicação:

As regiões do deltóide - posição sentada ou deitada;

Dorso-glútea - contra-indicada para aplicação em crianças, por situar-se próximo ao nervo ciático. O local indicado é o quadrante superior externo, cerca de 5 cm abaixo do ápice da crista ilíaca;

Ventro-glútea – indicada para qualquer idade, principalmente para crianças;

Antero-lateral da coxa – indica-se a aplicação no terço médio do músculo, em bebês, crianças e adultos.

24.4.2. Observação: Para a aplicação de medicamentos muito irritantes por via intramuscular, a técnica em Z é indicada, pois promove a vedação do trajeto e a manutenção do medicamento no espaço intramuscular. Neste caso, a pele é deslocada lateralmente para longe do local escolhido antes da injeção. Penetra-se a agulha no músculo, injetando a medicação lentamente. Retira-se a agulha e solta-se a pele, formando o Z. O local da injeção não deve ser massageado, pois pode provocar lesão tecidual.

24.5. Via Subcutânea (SC): É a administração de medicamentos no tecido subcutâneo, sendo sua absorção mais lenta que na via intramuscular. O volume aplicado pode variar de frações até 5 ml, sendo o mais usual a aplicação de até 3ml. Conhecida também como hipodérmica é indicada principalmente para hormônios (insulina), anticoagulantes (heparina), vacinas e outras drogas que necessitam de absorção mais lenta e contínua.

Procedimento:

Aplicar com ângulo de 90° e utilizar a agulha de 13x4,5;

Na introdução da agulha fazer uma prega no tecido subcutâneo para facilitar sua localização;

Fazer leve compressão sem friccionar ao retirar a agulha da pele (para promover a absorção gradativa do medicamento).

Locais de aplicação:

Face externa do braço;

Região glútea;

Face anterior e externa da coxa;

Região periumbilical;

Região escapular;

Região inframamária;

Flanco direito ou esquerdo.

24.6. Via Intradérmica (ID): É a administração de medicamento na derme, sendo indicada para a aplicação de vacina BCG, e como auxiliar em testes diagnósticos e de sensibilidade.

Procedimento:

Realizar a limpeza da pele com água e sabão (para não haver interferência na ação da droga e nos testes de sensibilidade);

Para inserir a agulha, esticar a pele, facilitando a introdução do bisel, que deve estar voltado para cima (para atingir somente a epiderme, formando um ângulo de 15°);

Posicionar a agulha paralela à superfície da pele. Não é necessário aspirar, devido à ausência de vaso sanguíneo na epiderme;

O volume a ser administrado não deve ultrapassar a 0,25ml, por ser um tecido de pequena expansibilidade;

24.6.1.1. Identificar a formação de pápula, caracterizada por uma pequena elevação da pele no local onde o medicamento foi introduzido.

Local de aplicação:

Região escapular ou a face interna do antebraço, para testes de hipersensibilidade; Região deltoide do braço direito para BCG.

Via Oral (VO) e Via Sublingual (VSL)

Abrir o comprimido, drágeas ou cápsulas, colocar em recipiente próprio (copinho ou protegido por gaze) sem tocá-los diretamente com as mãos;

Utilizar gaze, colheres, copo graduado, seringa ou conta-gotas para medir e acondicionar o medicamento (uma colher de café corresponde a 2 ml, a de chá a 4 ml, a de sobremesa a 10ml e a de sopa a 15 ml);

Observar a dosagem prescrita. Se necessário, triturar e diluir o comprimido para administrá-lo;

Se um paciente recebe vários medicamentos simultaneamente, a prática mais segura é a de usar recipientes separados, possibilitando a identificação segura dos medicamentos que efetivamente o paciente recebeu, em casos de aceitação parcial ou perdas acidentais de uma parte deles;

Quando o medicamento é líquido, agitar o frasco do medicamento, manter o rótulo voltado para a palma da mão (para não molhar o rótulo), elevar o copo graduado na altura dos olhos e despejar a solução;

Se indicado, devido ao gosto desagradável de alguns medicamentos, pode ser necessária a sua diluição em suco, água ou leite;

Observar se o paciente não está com indicação de jejum, controle hídrico, além de fatores que influenciam a administração, como sonda nasogástrica, condições relativas à deglutição, náuseas, vômitos e outros;

No caso de administração de medicação sublingual, observar a colocação do medicamento sob a língua do paciente e orientar para que o deixe ali, sem mastigá-lo ou engoli-lo, até ser totalmente dissolvido; não oferecer líquidos com a medicação sublingual;

Higienizar o frasco com água corrente e sabão e enxugar antes de guardá-lo; Identificar o paciente antes de administrar o medicamento;

Explicar ao paciente sobre o efeito dos medicamentos em uso. Isto facilita a sua participação terapêutica;

Oferecer líquido ao paciente para deglutir o medicamento;

Permanecer junto ao paciente até que tome o medicamento observando se o mesmo deglutiou o medicamento.

24.7. Via Retal (VR): As formulações destinadas para uso retal podem ser sólidas ou líquidas. A formulação sólida, denominada supositório, possui formato e consistência que facilita sua aplicação, não devendo ser partido. Tem, por finalidades, administrar medicamentos com o objetivo de rápida absorção, aliviar constipação e preparar para cirurgia.

Procedimento:

Observar prescrição médica;

Lavar as mãos;

Preparar medicação prescrita, aquecendo a temperatura corporal, se necessário; Preparar o material;

Identificar-se e checar o nome e o leito;

Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento; Promover privacidade;

Colocar cliente na posição de Sims;

Calçar as luvas;

Introduzir a medicação, segurando as nádegas para manter a medicação o maior tempo possível;

Oferecer a comadre, caso o paciente não possa locomover-se;

Proceder à higiene íntima, se necessário, deixando o paciente confortável; Deixar o ambiente em ordem;

Desprezar o material utilizado no expurgo; Lavar as mãos;

Guardar o material utilizado em local adequado; Anotar no prontuário do paciente.

Observações:

Observar sinais e sintomas de reação alérgica e colateral

Integridade da mucosa

Via Cutânea, Ocular, Nasal, Otológica e Vaginal.

Administração por via cutânea

Friccionar ou massagear o medicamento de forma delicada na pele, caso não haja contraindicação (para que haja melhor absorção do medicamento pela pele, esta deve estar limpa e seca antes de sua aplicação);

Usar luva (para que o medicamento não seja absorvido através da pele de quem está executando o procedimento);

Certificar o grau de toxicidade do medicamento a ser aplicado, para proteger as regiões sensíveis e a mucosa;

Identificar ocorrência de reação alérgica medicamentosa. Administração do medicamento por via ocular

Higienizar os olhos do paciente (o local de instilação é a conjuntiva ocular inferior, para maior absorção, sendo a melhor posição o decúbito dorsal ou estar sentado com o pescoço hiperextendido olhando para cima);

Orientar o paciente a fechar os olhos após a medicação (para que haja dispersão do medicamento).

Administração do medicamento por via nasal

Instilar o medicamento nas narinas, mantendo a cabeça do paciente inclinada para trás, por um determinado tempo até a absorção. Caso não possa manter essa posição, solicitar que aspire profundamente;

É importante que, no uso de conta-gotas ou frasco conta-gotas, estes sejam individuais para evitar infecção cruzada.

Administração do medicamento por via ocular

Observar a posição adequada para a melhor absorção do medicamento; deve-se lateralizá-la, puxando delicadamente o pavilhão do ouvido externo para cima e para trás, no caso de adulto; já em crianças, puxá-lo para baixo e para trás.

Administração do medicamento via vaginal

Observar a higienização íntima, sendo o horário da noite, antes de dormir, o mais indicado;

Utilizar um aplicador, que deverá ser de uso individual, devendo ser introduzido no máximo até 10 cm. Ter cuidado em usar aplicador específico em presença de hímen íntegro. Quando o paciente tiver condições de auto aplicar o medicamento, somente auxiliá-lo.

A formulação líquida pode ser em grande quantidade denominada lavagem intestinal (de 1000 a 2000 ml) ou em pequena quantidade, chamada de clister (150 a 500 ml).

1.1. Preparo Geral:

Lavar sempre as mãos antes do preparo e administração de medicamentos e logo após; Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;

Concentrar a atenção no trabalho, evitando atividades paralelas, distrações e interrupções, que podem aumentar as chances de cometer erros;

Ler e conferir o rótulo da medicação 03 vezes: quando pegar o frasco, ampola ou envelope de medicamento; antes de colocá-lo no recipiente próprio; e ao recolocá-lo na prateleira ou desprezá-lo;

Observar o aspecto, as características e o prazo de validade da medicação antes de prepará-la;

Preparar somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dosagem e via de administração; as medicações devem ser administradas sob prescrição médica, sendo, em casos de emergência, aceitável fazê-lo baseado apenas em ordem verbal (nesse caso, todas as medicações usadas devem ser prescritas pelo médico posteriormente, quando a situação tiver sob controle);

Reconhecer a ação do medicamento no organismo e identificar sinais de complicação do mesmo;

Não administrar medicamentos preparados por outros;

Identificar o medicamento preparado com o nome do paciente, nome da medicação, via de administração e horário;

Deixar o local de preparo de medicação em ordem e limpo utilizando álcool 70% para desinfetar a bancada;

Utilizar bandeja de medicação devidamente limpa e desinfetada com álcool 70%.

1.2. Administração Geral:

Manter a bandeja de medicação sempre à vista durante a administração, nunca a deixando sozinha junto ao paciente;

Antes de administrar o medicamento, conferir cuidadosamente a identidade do paciente, pedindo ao paciente para dizer seu nome;

Registrar e rubricar na prescrição o medicamento que o paciente tenha recebido; não o fazer imediatamente antes de administrá-lo;

Em caso de recusa do medicamento, relatar imediatamente o fato à enfermeira e/ou ao médico e anotar no prontuário. Por convenção, quando o medicamento não for administrado por algum motivo, o horário correspondente deve ser circundado à caneta e

a justificativa anotada no prontuário do paciente. Verificar o motivo de recusa e tentar reorientar o paciente quanto à importância daquele (s) medicamento (s) em seu tratamento.

1.3. Medicamentos Injetáveis – Via Parenteral: A via parenteral é usualmente utilizada quando se deseja uma ação mais imediata da droga, quando não há possibilidade de administrar por via oral ou quando há interferência na assimilação da droga pelo trato gastrointestinal.

1.4. Medicação de uso contínuo que não é padronizado na Unidade: Quando o usuário interno faz uso contínuo de alguma medicação e que não é padronizado na Unidade a equipe de enfermagem recolherá do usuário e colocará nas vasilhas onde são colocadas as medicações do mesmo, individualizada. Sendo identificada segundo o PRO.ENF.002 PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO e entregando quando houver alta;

1.5. Atentar aos 5 momentos de higiene das mãos em cada procedimento.

24. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Bandeja ou cuba rim;

Seringa;

Agulha;

Algodão;

Álcool 70%;

Garrote;

Medicamento (ampola, frasco-ampola)

Material PARA ORAL:

Bandeja;

Copinhos descartáveis;

Fita adesiva para identificação;

Material acessório: seringa, gazes, conta-gotas, etc. Água,

leite, suco ou chá.

Material PARA ANAL:

Bandeja;

Luvas de procedimento;

Forro de proteção;

Gazes;

Gel lubrificante, se necessário;

Comadre, se necessário;

Medicamento sólido ou líquido.

Material PARA SUBLINGUAL:

Bandeja;

Espátula, conta-gotas, aplicador;

Gaze;

Luva de procedimento;

Medicamento.

25. EPI

6.1. Luvas;

6.2. Capote;

6.3. Máscara.

26. RESPONSABILIDADE

7.1. Equipe de Enfermagem.

27. QUANDO EXECUTAR

8.1. Sempre que for prescrito pelo médico.

28. REGISTROS

9.1. O registro é feito na checagem da prescrição e em anotações de enfermagem.

29. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1. Executar de imediato e reforçar a importância do procedimento. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos relatórios.

30. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1. Não se aplica.

31. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO MJB de. Técnicas fundamentais de enfermagem. Rio de Janeiro: Bezerra Araújo;1983.

ATKINSON LD; MURRAY ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2000.

32. ANEXO

13.1 Não se aplica.

33. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	O ITENS REVISADOS

34. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROTOCOLO - POP.046.GE PREPARO DO CORPO PÓS - MORTE

1. OBJETIVO

Deixar o corpo limpo; Preservar a aparência natural do corpo; Evitar a saída de gases, odores fétidos, sangue e secreções; Dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

2. APLICAÇÃO

Em todas as unidades da instituição.

3. DEFINIÇÕES

Do ponto de vista genérico, a morte é o fim das atividades vitais de um organismo. No caso da realidade humana, a definição vigente do ponto de vista médico e legal refere-se à cessação detoda a atividade cerebral, sugerindo também que esta paralisação seja completamente irreversível. É o preparo realizado no corpo após constatação do óbito.

3.1. TIPOS DE ÓBITO

3.1.1. DEFINIDO: quando a causa da morte é conhecida, nesse caso será preenchida a DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO), entregar para família segunda via (rosa), primeira via será enviada para Secretaria Municipal de Saúde (branca) e a terceira via arquivada no prontuário do paciente

3.1.2. MAL DEFINIDO: quando a causa da morte é desconhecida, o corpo é encaminhado a necropsia no Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Entregar para família um relatório médico que será preenchido pelo médico assistente em impresso de relatório médico

3.1.3. CASO DE POLÍCIA: tem comprometimento legal. São óbitos decorrentes de acidentes ou agressões, o corpo é encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML). Preencher um relatório médico em duas vias e entregar via original aos familiares para que possam registrar boletim de ocorrência (B.O), a segunda via será arquivada no prontuário do paciente

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1. Observar o registro de constatação de óbito no prontuário e cercar o leito com biombos

4.2. Observar a hora do óbito

4.3. Certificar-se da existência de contraindicação para o tamponamento do corpo; 3. Preencher a etiqueta de óbito, contendo: nome completo, registro, enfermagem e leito, data e hora do óbito e assinatura do profissional; (FOR.303.GE)

4.4. Preencher o controle de entrega do corpo para funerária: data do óbito, nome do óbito, hora do óbito, hora da entrega a funerária, placa do veículo, nome da funerária, tipo de óbito(D.O, SVO, IML), assinatura de quem entregou, assinatura do responsável pela funerária.(FOR.302.GE)

4.5. Realizar higienização das mãos com água e sabão

4.6. Separar uma bandeja para o procedimento

4.7. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja

4.8. Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira

4.9. Apresentar-se ao acompanhante quando presente

4.10. Checar os dados de identificação

4.11. Orientar o acompanhante em relação ao procedimento, perguntando se o mesmo quer acompanhar o procedimento ou não

4.12. Oferecer ao acompanhante a opção de ver o corpo e despedir-se do paciente;

4.13. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;

4.14. Colocar as luvas de procedimento, avental ou capote e máscara cirúrgica;

4.15. Desligar os equipamentos;

4.16. Posicionar o corpo em decúbito dorsal;

4.17. Retirar sondas, cateteres e drenos;

4.18. Proceder à higiene do corpo, quando necessário;

4.19. Realizar curativos nos locais necessários;

4.20. Proceder ao tamponamento com algodão de ouvidos, nariz, orofaringe, região anal e vaginal, quando indicado;

4.21. Manter decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax;

- 4.22. Fixar mandíbula, punhos e tornozelos com atadura de crepe;
- 4.23. Proceder à identificação colocando a etiqueta sobre o tórax do paciente;
- 4.24. Colocar um lençol sob o paciente e envolve o corpo, cobrindo-o completamente e fechando com a fita crepe; coloca-se outra etiqueta sob o lençol novamente na altura do tórax do paciente;
- 4.25. Solicitar condutor para encaminhamento do corpo ao Morgue
- 4.26. Listar e guardar todos os pertences do paciente para entrega a família, protocolando em impresso próprio.
- 4.27. Manter a organização da unidade do paciente;
- 4.28. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- 4.29. Realizar higienização das mãos com água e sabão
- 4.30. Realizar as anotações necessárias, incluindo a data e hora do óbito, o nome do médico que constatou o óbito, manobras de reanimação e medicações utilizadas, assinando e carimbando o relato.
- 4.31. Depois que o corpo for levado ao Morgue trancar a porta
- 4.32. Na chegada da Funerária conferir todos os dados e registrar todas as informações em registro próprio, conferir documentação junto a funerária.
- 4.33. Solicitar assinatura do condutor da funerária
- 4.34. Entregar o corpo na presença de um familiar de primeiro grau

5. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- 5.1. Bandeja grande
- 5.2. Luvas de procedimentos
- 5.3. Etiquetas de identificação de óbito
- 5.4. Algodão
- 5.5. Pinça cheron
- 5.6. Tesoura

5.7. Material para higiene se necessário

5.8. Fita crepe

5.9. Unidades de atadura de crepom

5.10. Gaze não-estéril

5.11. Máscara cirúrgica

5.12. Lençóis

5.13. Avental não esterilizado ou capote descartável não-estéril

6. EPI

6.1. Capote não-esteril ou descartável

6.2. Máscara cirúrgica

6.3. Luvas de procedimento

6.4. Gorro

6.5. Óculos se necessário

7. RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem

8. QUANDO EXECUTAR

O processo de preparo do corpo pós- morte será realizado quando constatado o óbito pela equipe médica.

9. REGISTROS

9.1 Prontuário do paciente

9.2 Declaração de óbito (DO)

9.3 FOR.167.CNIR CONTROLE DE ÓBITO

9.4 FOR. 302.GE CONTROLE DE ENTREGA DO CORPO PARA FUNERÁRIA

9.5 FOR.303.GE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO CORPO



10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 Não se aplica

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Morte significa o término de um ciclo. Trata-se de um fenômeno natural que todos passarão. É certo que esse dia chegará e não podemos precisar o momento exato. Essa imprecisão, aliada à incerteza do que encontraremos adiante, a dúvida sobre a possível continuidade de alguma forma de vida causa-nos medo e insegurança. Contudo, cada um apresenta reação de acordo com suas próprias vivências e formação cultural. Nesse contexto, o conceito de morte é relativo (depende do desenvolvimento psíquico e situação afetiva de cada pessoa), é complexo e mutável, depende do contexto situacional.

11.2 CUIDADOS ESPECIAIS:

11.2.1 Após a morte o paciente pode apresentar esfriamento do corpo, manchas generalizadas de coloração arroxeadas ("livor cadavérico"), relaxamento dos esfíncteres, rigidez cadavérica.

11.2.2 Quando o paciente fizer uso de dentadura ou ponte móvel, colocá-la imediatamente após a morte.

Manter as pálpebras fechadas, fazendo compressão ou utilizando fita adesiva. 11.2.3 O corpo não deverá ser tamponado nos seguintes casos: restrição religiosa (judaica), embalsamamento ou necropsia.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1 Joana Lech (org.) Manual de procedimentos de enfermagem. Martinari.

12.2 Hospital Alemão Oswaldo Cruz., 2006. □ POTTER, P.A.; PERRY, A.G..

12.3 Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

12.4 Decreto 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7498/86

12.5 Resolução do COFEN nº 311/2007

13. ANEXO

Não se aplica

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	O ITENS REVISADOS

15. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROTOCOLO - POP.027.GE REGISTRO DE ENFERMAGEM

25. OBJETIVO

Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

26. APLICAÇÃO

Equipe de Enfermagem.

27. DEFINIÇÕES

27.1. Registro de enfermagem são vários os tipos de anotação de enfermagem que podem ser registrados no prontuário do paciente. Dentre eles destacamos:

27.1.1. Gráfico: facilita a visualização de oscilações dos parâmetros vitais, como temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

27.1.2. Sinal gráfico: os universais; checar (/) e circular (O), utilizados sobre o horário, nas prescrições de enfermagem e médica. O checar significa que a ação foi realizada. Quando um horário está circulado, é imprescindível uma justificativa da não realização do cuidado na anotação de enfermagem.

27.1.3. Descritiva: Numérica- são anotados os valores de parâmetros mensuráveis. Podem ter locais específicos para o registro desses valores para facilitar a visualização; Narração Escrita –registro da forma narrativa daquilo que foi realizado, observado e/ou informado pelo paciente ou familiar. É o tipo de anotação mais frequentemente utilizado em prontuários.

27.1.4. Cabe ressaltar que anotação é diferente de evolução de enfermagem. A anotação registra exatamente aquilo que foi observado ou executado, sem comparações e análises dos dados, enquanto a evolução exige do enfermeiro reflexão para comparar e contextualizar os dados, analisando e avaliando-os para um melhor direcionamento de cuidados.

27.2. Para toda pessoa admitida em um hospital para observação ou internação corresponde um prontuário, onde são registradas as ocorrências relacionadas ao tratamento realizado.

27.3. O Relatório de Enfermagem é considerado documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuído de autenticidade e de significado legal, pois reflete todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações.

27.4. A documentação de enfermagem, inserida no prontuário do paciente, é uma importante fonte de ensino e pesquisa, servindo à auditoria, à avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem.

27.5. Será utilizado escalas para melhor acompanhamento do usuário:

27.5.1. ESCALA DE SCORE MEWS, irá acompanhar os sinais vitais e mostra quando o usuário está se deteriorando, consegue prevenir situações de emergência, indica a necessidade de do espaço de tempo para se verificar os sinais vitais.

3.5.1. Pontuação:

3.5.1.1. Manter em observação de 0 – 2;

3.5.1.2. Solicitar avaliação do enfermeiro 3 – 5;

3.5.1.3. Solicitar avaliação médica acima de 5;

3.5.2. ESCALA DE SHEIN, irá nos fornecer o tipo de complexidade assistencial que o usuário requer.

3.5.2.1. Complexidade da Assistência:

3.5.2.1.1. Cuidados mínimos até 17 pontos.

3.5.2.1.2. Cuidados intermediários de 18-28 pontos.

3.5.1.3. Cuidados semintensivos de 29-39 pontos.

3.5.1.4. Cuidados intensivos de 40-50 pontos.

3.5.3. ESCALA DE BRADEN, irá avaliar o risco do paciente desenvolver uma Lesão por Pressão e determinar as medidas preventivas adaptadas a esse mesmo risco.

3.5.3.1. Grau de Riscos:

3.5.3.1.1 19 á 23 pontos – Sem riscos;

- 3.5.3.1.2. 15 á 18 pontos- Risco Baixo;
- 3.5.3.1.3 13 á 14 pontos- Risco Moderado;
- 3.5.3.1.4. 10 á 12- Risco Alto;
- 3.5.3.1.5 ≤ 9 – Risco muito alto.

3.5.4. ESCALA DE MADDOX, irá identificar o risco de flebite, quanto ao grau de gravidade, podendo ser classificado de 0 até o grau 5.

3.5.4.1 Classificação:

- 3.5.4.1.1. 0 ausência de reação;
- 3.5.4.1.2. 1+ sensibilidade ao toque sobre o acesso;
- 3.5.4.1.3. 2+ dor contínua sem eritema;
- 3.5.4.1.4. 3+ dor contínua, com eritema e edema, veia dura palpável a menos de 8cm acima do local do acesso;
- 3.5.4.1.5. 4+ dor contínua, com eritema e edema, veia dura palpável a mais de 8cm acima do local do acesso;
- 3.5.4.1.6 5+ trombose venosa aparente.

3.5.5. ESCALA DE MORSE, irá avaliar o risco de queda em pacientes adultos em ambiente intrahospitalar.

3.5.5.1 Classificação do Nível do Risco:

- 3.5.5.1.1. 0 á 24 pontos- Sem riscos;
- 3.5.5.1.2. 25 á 50 pontos- Baixo riscos;
- 3.5.5.1.3. ≥ 51 – Alto risco.

3.5.6. ESCALA WONG-BAKER, irá avaliar o nível a dor do paciente, baseado em imagens ilustrativas e descritivas dos rostos.

3.5.6.1 Avaliação da dor:

3.5.6.1.1. 0 pontos – Não dói;

IBGC

The logo for IBGC (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) is positioned to the right of the text. It features a stylized globe with a grid of latitude and longitude lines, rendered in shades of blue and green. The globe is partially obscured by a white, curved shape that resembles a stylized 'G' or a map outline.

- 3.5.6.1.2.** 1 ponto- Dói pouco;
- 3.5.6.1.3.** 2 pontos- Dói um pouco mais;
- 3.5.6.1.4.** 3 pontos- Dói muito;
- 3.5.6.1.5.** 4 pontos- Dói muito mais;
- 3.5.6.1.6.** 5 pontos- Dor insuportável.

3.5.7 ESCALA DE GLASGOW, irá medir e avaliar o nível de consciência do paciente vítima de Traumatismo Craniano.

3.5.7.1 Avaliação:

- 3.5.7.1.1.** 3 á 8 pontos- Grave;
- 3.5.7.1.2.** 9 á 12 pontos- Moderada;
- 3.5.7.1.3.** 13 á 15 pontos - Leve.

3.5.8 ESCALA DE RAMSAY, irá avaliar o grau de sedação em pacientes, visando evitar asedação insuficiente ou demasiadamente excessiva.

3.5.8.1 Grau:

- 3.5.8.1.1.** Grau 1: paciente ansioso, agitado;
- 3.5.8.1.2.** Grau 2: cooperativo, orientado, tranquilo;
- 3.5.8.1.3.** Grau 3: sonolento, atendendo aos comandos;
- 3.5.8.1.4.** Grau 4: dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso;
- 3.5.8.1.5.** Grau 5: dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso;
- 3.5.8.1.7.** Grau 6: dormindo, sem resposta.

3.5.9. ESCALA DE HUMPTY DUNTY, irá avaliar o risco de queda em pacientes pediátricos emambiente intra-hospitalar.

3.5.9.1. Classificação do Nível do Risco:



- 3.5.9.1.1.** 0 á 24 pontos- Sem riscos;
- 3.5.9.1.2.** 25 á 50 pontos- Baixo riscos;
- 3.5.9.1.1.** \geq 51 – Alto risco:

28. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

- 4.1.** Verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido devidamente; caso não esteja, preenchê-lo ou completá-lo corretamente.
- 4.2.** Proceder às anotações em todos os horários.
- 4.3.** Realizar A anotação no mínimo uma vez durante o plantão, nela é necessário conter: o estado geral do paciente, os cuidados prestados, recebimento de informações, intercorrências e os procedimentos que houver.
- 4.4.** Obedecer à sequência céfalo – caudal ao realizar a anotação do estado geral do paciente.
- 4.5.** Usar termos que expliquem os fatos e evitar expressões abstratas como “parece” e “aparentemente”, que deixam muito à interpretação do leitor.
- 4.6.** Corrigir qualquer erro no registro deve estar de acordo com a orientação, ou seja, utilizar termos como “digo”, “correção”, “retificando”, “sem efeito”. Porém, devemos evitar que ocorram erros nas anotações. Nunca utilizar corretores ortográficos (corretivos) ou rasurar as anotações. Documentos não devem ser rasurados.
- 4.7.** Utilizar somente as abreviaturas padronizadas e que são mundialmente e/ou nacionalmente reconhecidas e convencionais.
- 4.8.** Evitar linhas em branco entre uma e outra anotação, utilizar o “traço” (____) para completar o espaço restante.
- 4.9.** Transcrever frases, escrever exatamente como o paciente disse e colocar entre aspas. Exemplo: refere “dor de ardência ao urinar”.
- 4.10.** Não utilizar a primeira pessoa como eu, nós, para mim, etc., pois conotam caráter subjetivo.

4.11. Evitar voltar e inserir uma entrada em uma anotação já descrita anteriormente; caso haja esquecimento colocar o termo “em tempo” seguido de horário.

4.12. Não registrar termos avaliativos e interpretativos, estado nutricional, exames laboratoriais, etc. Não é de competência legal que os profissionais técnicos e auxiliar de enfermagem façam esse tipo de registro.

4.13. Lembrar de registrar todas as medidas de segurança adotadas para proteger o paciente, bem como medidas relativas à prevenção de complicações.

4.14. Registrar todos os incidentes no prontuário do paciente. Palavras como “erro”, “esqueci” e “confundi” devem ser evitadas. Descrever o fato objetivamente e anotar as condutas tomadas.

4.15. Anotar todas as informações provenientes de procedimentos como: passagens de cateteres, anotar o número do cateter, a quantidade de tentativas, o comportamento do paciente, as dificuldades relacionadas ao procedimento e as intercorrências, precedidos de horário.

4.16. Realizar administração de medicamentos e a realização de procedimentos por solicitação verbal pelo médico, somente em casos de emergências, porém ao término do atendimento deverão ser prescritas pelo médico responsável.

4.17. Diagnosticar em caso de PCR e óbito é restritamente responsabilidade do médico, ou seja, em hipótese algum outro profissional poderá registrar: “paciente apresentou PCR”, ou “paciente evoluiu para óbito”. Deverá constar, nesses casos, o seguinte registro: “apresentando ausência de pulso, ausência de resposta motora e verbal e ausência de movimentos respiratórios” e ao final, “constatado óbito ou PCR pelo Dr. (nome do médico)”. Registrar o horário que foi realizado o eletrocardiograma (caso haja necessidade do exame) e os procedimentos realizados na PCR.

4.18. Registrar após realizar limpeza, retirada de cateteres, curativos e tamponamento do corpo, o procedimento feito precedido de horário antes de encaminhar o corpo para o necrotério.

4.19. Vetar a transcrição e relato comentários pessoais e problemas confidenciais referidos pelo paciente e/ou família que não prejudiquem o andamento da terapêutica. Considerar o segredo profissional. É fundamental manter e respeitar a ética profissional.

4.20 Utilizar o prontuário somente para registro destinados aos cuidados do paciente, não usar o prontuário para críticas de cuidados anteriores, anotações incompletas ou ausências destas por parte de outros membros da equipe.

4.21. Constar o carimbo e a assinatura do profissional ao final de toda anotação , inclusive coma indicação do nível profissional. No final do plantão carimbar a última anotação.

4.22. Oferecer ao paciente/cliente o direito de ler as anotações do prontuário mediante a presença ou consentimento do médico responsável pelo seu tratamento. Os familiares e amigos somente poderão ter acesso com autorização do paciente e do médico.

4.23. Realizar anotações no livro de relatório somente um resumo por plantão, dos problemas e ocorrências mais importantes não integra o prontuário do paciente. Por isso, não é considerado documento com finalidade de respaldo legal, portanto não deve conter informações pertinentes a cuidados de enfermagem e ao paciente.

29. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1. Papel;

5.2. Caneta;

5.3. Carimbo;

5.4. Computador.

30. RESPONSABILIDADE

Equipe de Enfermagem.

31. QUANDO EXECUTAR

7.1. No ato da Admissão;

7.1.1. Horário;

7.1.2. Procedência (residência, unidade de internação, transferência de outra instituição hospitalar, etc.);

7.1.3. Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);

7.1.4. Condições de locomoção (deambulando, cadeira de rodas, maca);

7.1.5. Condições gerais observadas no paciente (consciente, alerta, deambulando, sinais vitais, peso, em uso de O2, etc);

7.1.6. Anotar dados informados pelos pacientes ou familiares: queixas como dor, náuseas, cansaço, desconforto, etc;

7.1.7. Procedimentos/ cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina (mensuração de sinais vitais, curativos, punções, sessão de hemodiálise, coleta de exames, transfusões sanguíneas, etc), orientações prestadas.

7.2. Alta

7.2.1. Horário;

7.2.2. Condições gerais e de locomoção (alerta, deambulando, curativos, drenos, em uso de O2, algias);

7.2.3. Acompanhamento (com familiares, amigos; registrar o nome do acompanhante);

7.2.4. Anotar orientações feitas aos pacientes ou familiares (retorno, medicações, exames, repouso, alimentação, curativo, etc.);

7.3. Transferência

7.3.1. Horário;

7.3.2. Local de transferência;

7.3.3. Condições gerais e de locomoção (alerta, deambulando, curativos, drenos, algias);

7.3.4. Medicação: relatar a entrega ou não dos medicamentos, nome e quantidade;

7.3.5. Anotar orientações feitas aos pacientes ou familiares.

7.4. Evasão

7.4.1. Horário: registrar as condições em que o paciente se evadiu (com roupa própria ou da instituição, com algum dispositivo, como cateteres, sondas, curativo, etc.);

7.4.2. Registrar a conduta tomada.

7.5. Acompanhamento de Procedimento Médico

7.5.1. Horário;

7.5.2. Descrever tipo de procedimento;

- 7.5.3.** Nome do profissional médico que realizou o procedimento;
- 7.5.4.** Local anatômico do procedimento;
- 7.5.5.** Intercorrências;
- 7.5.6.** Anotar número de tentativas;
- 7.5.7.** Término do procedimento: anotar o horário, condições gerais e orientações feitas aos pacientes;
- 7.5.8.** Caso seja colhido algum material e este encaminhado, anotar local (anatomopatológico, laboratório, etc).

7.6. Encaminhamento de Pacientes para Exames

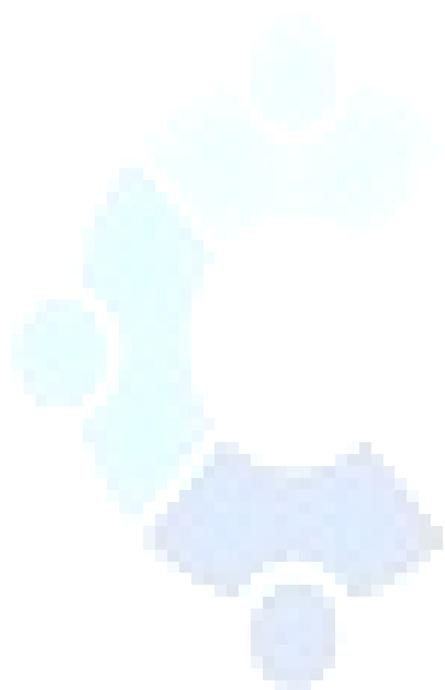
- 7.6.1.** Horário;
- 7.6.2.** Local de encaminhamento (radiografia, tomografia, etc);
- 7.6.3.** Condições gerais do paciente (alerta, sonolento, deambulando, de maca, com venóclise, com cateter, etc);
- 7.6.4.** Intercorrências (sangramento, lipotimia, queixas algicas); Retorno: horário, condições gerais dos pacientes.

7.7. Atendimento à PCR

- 7.7.1.** Registrar o horário da detecção dos sinais de ausência de pulso (periférico e central), ausência de movimentos respiratórios e ausência de resposta verbal e motora;
- 7.7.2.** Registrar sinais observados;
- 7.7.3.** Anotar a conduta tomada. Ex: chamado o enfermeiro e o médico;
- 7.7.4.** Registrar intervenções médicas e da enfermagem (compressão cardíaca, instalação de máscara, punção venosa, intubação, monitorização cardíaca);
- 7.7.5.** Registrar as respostas das ações de enfermagem;
- 7.7.6.** Conduas tomadas na transferência (se houver);
- 7.7.7.** A anotação deve ser feita logo após o atendimento realizado, com todas as condutas e

procedimientos realizados.

IBGQ

The logo for IBGQ features the letters 'I', 'B', and 'G' in a bold, blue, sans-serif font. The letter 'Q' is replaced by a stylized graphic consisting of several overlapping, semi-transparent blue and teal shapes that form a circular, cloud-like or floral pattern.

7.8. Óbito

7.8.1. Registrar o horário (horário que o médico diagnosticou o óbito). Ex: (horário) constatado óbito pelo Dr. (nome do médico);

7.8.2. Certificar com o médico se o óbito será atestado ou não, e se será encaminhado ao IML ou S.V.O.;

7.8.3. Anotar o preparo do corpo realizado (limpeza, tamponamento, colocação de próteses, curativo, vestimenta, identificação do corpo);

7.8.4. Anotar os pertences encaminhados juntamente com o corpo ou entregues a família;

7.8.5. Anotar o horário do encaminhamento do corpo ao necrotério, IML ou S.V.O.;

7.8.6. Registrar se foi comunicado à família para o comparecimento no hospital com documentação do paciente. Nunca se deve comunicar à família sobre o óbito pelo telefone, quem deve relatar o ocorrido à família é o médico responsável pelo paciente.

7.9. Acidente/Incidentes

7.9.1. Horário;

7.9.2. Registrar as condutas tomadas (comunicado à chefia, solicitação de avaliação do médico);

7.9.3. Descrever o ocorrido;

7.9.4. Registrar o estado geral e as complicações do paciente após o acidente.

32. REGISTROS

Registro no prontuário e livros de relatório.

33. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE NC:

Quando não se realiza de imediato as anotações.

AÇÃO: Escrever logo que identificado a falta do mesmo. Treinar a equipe e esclarecer da importância dos relatórios.

34. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não Se aplica.

35. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

35.1.1. ARCHER, E. et al. Procedimentos e protocolos. Coleção Práxis Enfermagem. Riode Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

34.1. LIMA, E. X.; SANTOS, I.; SOUZA, E. R. M. Tecnologia e o cuidar de enfermagem em terapiasrenais substitutivas. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

34.2. ITO, E. E. et al. Manual de Anotação de Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

34.3. www2.ebserh.gov.br/documents/214604/617877/PROTOCOLO+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+QUEDAS+EM+CRIAN%C3%87AS.pdf/7899ddd6-20df-4239-b6cd-fed37847b04.

34.4. <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP.pdf>.

35. ANEXO

Não se aplica.

36. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	O	ITENS REVISADOS

37. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROTOCOLO - POP.093.GE USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

36. OBJETIVO

Regulamentar a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), visando proporcionar condições de trabalho mais seguras, evitar o risco de acidentes e proteger a saúde do trabalhador.

37. APLICAÇÃO

Todas as unidades.

38. DEFINIÇÕES

3.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI): são dispositivos ou produtos, de uso individual, a serem utilizados pelo empregado, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Todos os EPIs são obrigatoriamente registrados junto ao Ministério do Trabalho (MT), obtendo deste um Certificado de Aprovação (CA) e seu modelo deve constar no Anexo 1 da Norma Regulamentadora nº 06 (NR-6);

3.2 Produtos de Segurança para o Trabalho (PST): são outros equipamentos ou produtos, que também podem ser destinados à proteção do empregado e indispensáveis à execução de suas tarefas, porém, não estão listados no Anexo I da NR-06 e nem possuem CA, certificado de aprovação, emitido pelo MT.

39. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Os profissionais da área de saúde deverão fazer uso de dispositivos ou produtos, de uso individual ou coletivo, destinado à proteção de riscos, suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

4.2 O profissional admitido será orientado pela unidade através da integração, onde o mesmo terá orientações do SESMT, SCIRAS, RH, NQSP, Resíduos e Departamento pessoal.

4.3 O profissional deverá receber os equipamentos adequados ao risco da unidade escalada e o uso é obrigatório.

4.4 O trabalhador que se acidentar na execução de suas atividades, independente do uso de EPI, deverá comunicar à sua chefia imediata para dar andamento no preenchimento da “Ficha deCAT – Comunicação de Acidente de Trabalho” e receber atendimento médico, seguindo os fluxosFLU.015.SESMT FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO e FLU.016.SESMT FLUXO DE ACIDENTE COMEXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS.

4.5 Os profissionais de saúde deverão usar sapatos fechados, impermeáveis e confortáveis segundo recomendação da NR 32.

4.7 Os trabalhadores não devem sair do local de trabalho usando EPI e, quando possuírem mais de um emprego, não devem usar EPI de uma empresa em outra.

4.8 A equipe de enfermagem deverá realizar limpeza e/ou desinfecção do seu EPI.

4.9 Higienizar as mãos antes e após as ações descritas acima, conforme PRO.010.NSP HIGIENIZACAO DAS MAOS.

40. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

5.1 Luvas Descartáveis;

5.2 Óculos de Proteção Individual;

5.3 Aventais Descartáveis;

5.4 Touca Descartável;

5.5 Sapato Fechado e Impermeável;

5.6 Máscara Descartável;

5.7 Capote/Avental de tecido ou descartável;

41. EPI

Os equipamentos de segurança usados nos serviços de enfermagem, de acordo com o agente são:

6.1 Risco biológico: luvas, óculos, aventais descartáveis, gorros. Em locais úmidos e com grande quantidade de material infectante: Centro Cirúrgico (CC), Central de Materiais e Esterilização (CME), Situações de limpeza ambiental e outros, usar também botas de borracha ou sapato fechado impermeável.

6.2 Risco químico: máscaras, óculos, luvas e aventais impermeáveis;

6.3 Risco radiológico: avental, protetor de tireoide e óculos plumbíferos, luvas e dosímetro individual.

42. RESPONSABILIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

43. QUANDO EXECUTAR

Sempre que prestar cuidado/assistência a um paciente em nossa unidade hospitalar.

44. REGISTROS

Não se aplica.

45. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 NC: Se ocorrer acidente, mesmo com o uso do EPI ou porquê este se rompeu/danificou.

Ação: Comunicar Chefia imediata para iniciar protocolo de Acidente de Trabalho.

10.2 NC: Caso a instituição não ofereça EPI.

Ação: Encaminhar Comunicação Interna (CI) a DE .

11 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 06 – Equipamento de Identificação Individual - EPI. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1996.

13 ANEXO

Não se aplica.

14 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	0	ITENS REVISADOS

15 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROTOCOLO - POP.069.GE VISITA HOSPITALAR

46. OBJETIVO

1.1 Descrever o fluxo da visita hospitalar aos pacientes internados.

47. APLICAÇÃO

2.1 Neste processo estão envolvidos a recepção e a enfermagem.

48. DEFINIÇÕES

3.1 A internação hospitalar é um momento crítico para o paciente apresentando-se como um momento delicado em sua vida. A visita apresenta-se como a rede de apoio familiar e social do paciente durante sua hospitalização sendo seu meio de contato deste com a sociedade e o meio exterior.

49. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

4.1 Recepção

4.1.1 Receber o visitante, cumprimentando-o cordialmente.

4.1.2 Solicitar ao visitante um documento original com foto.

4.1.3 Fornecer crachá de identificação

4.1.4 Liberar visita apenas após confirmação do(a) enfermeiro(a) do setor.

4.1.5 Repassar ao visitante informativo com informações pertinentes às normas e rotinas do Hospital, tais como:

4.1.5.1 Falar sempre em voz baixa;

4.1.5.2 Evitar andar desnecessariamente nos corredores e evitar entrar em outras enfermarias;

4.1.5.3 Não usar trajés como minissaias, shorts, blusas curtas e/ou decotes;

4.1.5.4 Não usar excesso de adornos como brincos, pulseiras, colares e relógios;

4.1.5.5 Proibido mexer no soro dos pacientes e nos equipamentos hospitalares;

4.1.5.6 Proibido fumar nas dependências do hospital;

4.1.5.7 Proibido sentar ou deitar no leito do paciente;

4.1.5.8 Proibido oferecer alimentos ou bebidas ao paciente que não sejam fornecidas pelo serviço de nutrição;

4.1.5.9 O visitante deverá utilizar o crachá de identificação

4.2 Horário de visita

4.2.1 De acordo com formulário específico

4.2.2 Visita Espiritual a pedido do paciente ou familiar com documentação da entidade.

4.2.2.1 Indicar ao visitante acesso aos setores

4.3 Enfermagem

4.3.1.1 Autorizar a visita.

4.3.1.2 Recepcionar visitantes na entrada de cada setor

4.3.1.3 Orientar a higienização das mãos antes e depois da visita

4.3.1.4 Oferecer EPI's conforme precaução do paciente

4.3.1.5 Orientar sobre normas e rotinas do setor

4.3.1.6 Acompanhar o visitante até o leito do paciente

4.3.1.7 Informações sobre o quadro clínico do paciente serão informadas apenas pelo médico plantonista

4.3.1.8 Solicitar a saída dos visitantes ao término da visita

5 DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

Não se aplica

6 EPI

6.1 Touca;

6.2 Máscara;

6.3 Capote;

IBGC

The logo for IBGC features the letters 'I', 'B', and 'G' in a bold, blue, sans-serif font. The letter 'C' is replaced by a stylized globe icon, also in blue, with a white grid pattern representing latitude and longitude. The globe is positioned to the right of the 'G' and is slightly larger than the letters.

6.4 Luvas;

6.5 Disponibilizar caso precaução especial.

7 RESPONSABILIDADE

7.1 Recepcionistas e equipe de Enfermagem

8 QUANDO EXECUTAR

8.1 Horário de visita.

9 REGISTROS

9.1 Não se aplica

10 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

10.1 **NC:** Crianças menores de 14 anos; Visitantes não identificados; Agravo no quadro clínico do paciente

Ação: Não é permitido a entrada; Deverá procurar a recepção para providenciar identificação; Encerra-se a visita proporcionando conforto ao paciente.

11 CONSIDERAÇÕES GERAIS

11.1 Não se aplica

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12.1 Não se aplica

13 ANEXO

13.1 Não se aplica

14 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da revisão	Nº da revisão	O ITENS REVISADOS
-----------------	---------------	-------------------

--	--	--

IBGC

The logo for IBGC (International Business Growth Council) features the letters 'IBGC' in a bold, blue, sans-serif font. To the right of the letters is a stylized globe composed of several overlapping circles in shades of blue and teal, with a small blue circle at the bottom right.

--	--	--

15 APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor:	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PRIORIZAÇÃO E CADASTRO DE PACIENTES NA RECEPÇÃO

1. OBJETIVO

Garantir acesso seguro do paciente.

2. REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

– 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

3. APLICABILIDADE

Recepção do Pronto Socorro

4. RESPONSABILIDADES

Recepcionista, condutor e vigilante.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Sistema MV Soul

Computador

Impressora

Ficha do paciente

6. DEFINIÇÕES

Ãcolhimento – ato de receber e incluir.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Solicitar documento de identificação com foto e cartão SUS;

Iniciar cadastro com o registro das informações do paciente (nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, estado civil, proveniência, profissão, raça/cor, “consome bebida alcoólica”, “diabético”, “fumante”, “hipertenso”, “sedentário” e “alergia”. No campo de alergias registrar tipo de alergia em “Ãlergias” e em “Observações clínicas do paciente”);

Gerar atendimento:

a) Clicar em ícone “novo” e opção “ambulatorio”;

b) Na tela “Dados de Atendimento Ambulatorial”; clicar em busca “Prontuário”; selecionar o nome do paciente, plano, tipo de serviço, especialidade, médico responsável, centro de custo de atendimento, caráter do atendimento, proveniência, responsável pelo paciente, cartão do SUS, regulação e transporte. Após clicar em **SALVAR**.

c) Após SALVAR os dados do cadastro e atendimento do paciente a ficha de atendimento é impressa na classificação de risco e a pulseira de identificação é impressa na recepção.

Colocar a pulseira no punho direito do paciente, exceto nos casos de pacientes de alta periculosidade (acompanhado por agente carcerário ou Polícia Militar). Nestes casos, repassar a (s) pulseira (s) para o Enfermeiro Classificador para que o mesmo supervisione a colocação da pulseira pelo agente ou policial, e oriente o membro correto (punho direito), bem como também em casos de pacientes provenientes de veículos oficiais (SAMÚ, Corpo de bombeiros). Em casos de crianças (até 9 anos), a pulseira é colocada no membro da mãe ou responsável.

Informar ao paciente ou seu responsável da finalidade e motivo da colocação da pulseira.

Orientar o paciente para aguardar chamada para atendimento na classificação de risco na recepção.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Na ausência de documento de identificação com foto, perguntar ao paciente sua data de nascimento para localização de possível cadastro prévio, sendo localizado, confirmar os seguintes dados: nome da mãe e endereço, após confirmação correta utilizar cadastro já existente, caso não seja localizado proceder o registro como “não informado” ou “não identificado”;

A certidão de nascimento será aceita para os casos de crianças;

Nos casos que não tiver cartão SUS, será permitido o cadastro e orientado a trazer na próxima consulta bem como orientado a providenciar junto à Secretaria de Saúde do município.

CASOS PRIORITÁRIOS PARA ACOLHIMENTOS NA RECEPÇÃO:

SINAIS DE ALERTA

Dor torácica no peito	Palidez cutânea	Desmaio	Vômitos	Tontura
Dificuldade na fala	Respiração ofegante e/ou falta de ar	Ferimento com sangramento ativo	Gestante com dor abdominal, perda de líquido e/ou sangramento	Manifestação ve -Dor; -Febre alta; (es crianças até 9 a -Hipertensão (P

8. INDICADORES

Tempo de espera para classificação de risco (Tempo decorrido entre o cadastro na recepção e a classificação de risco).

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Nao se aplica.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisao		Diretor Tecnico Encarregada/DMSERV		
Ãprovação		Diretor Tecnico		

1. OBJETIVO	
<p>Organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;</p> <p>Orientar o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional; Promover ambiente seguro e terapêutico;</p> <p>Estimular a participação ativa do acompanhante/familiar;</p> <p>Cumprimento da resolução COFEN 358/2009 - Art. 1º.</p>	
2. REFERÊNCIA	
<p>Resolução do COFEN Nº 358/2009, disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html;</p>	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
<p>Clínica médica, cirúrgica e obstétrica, Pronto Socorro, Centro Cirúrgico e Unidade de Recuperação Pós Anestésica.</p>	<p>Coordenador de Enfermagem, Supervisor de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.</p>
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
<p>Formulário específico de cada setor;</p> <p>Rede local de computadores – INTRANET; Equipamentos para avaliação dos SSVV - Sinais Vitais. Sistema – Wareline</p>	
6. DEFINIÇÕES	
<p>SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;</p>	

SSV – Sinais Vitais.

Etapas da SAE:

Histórico de Enfermagem (anamnese e exame físico):

Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Diagnóstico de Enfermagem:

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Planejamento.

Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Implementação de Enfermagem/Prescrição de Enfermagem

Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem, concretização do plano assistencial.

Avaliação/Evolução de Enfermagem:

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro (Na admissão do paciente):

Realizar a higienização das mãos;

Deslocar-se ao leito do paciente;

Realizar sua identificação como enfermeiro;

Chamar o paciente pelo nome, identificando-o pela pulseira;

Buscar aproximar a relação enfermeiro/paciente, integrando-o a unidade e fomentando a confiança em relação a equipe e a terapêutica;

Realizar o preenchimento do formulário da SÃE disponível para impressão na INTRÃNET

(Anexos);

Na “escala de Mews” inserida no formulário da SÃE, realizar avaliação dos SSVV na admissão do paciente, primeira linha, a prazo próximo horário, que será realizado em sequência pela equipe técnica de Enfermagem;

Ãvaliar as condições clínicas do paciente conforme etapas do processo de Enfermagem. Supervisionar equipe técnica de enfermagem quanto aos cuidados realizados e preenchimento da “escala de Mews”;

Observar condições gerais do paciente e do ambiente do quarto; Ãnotar alterações e intercorrências encontradas;

Realizar última etapa do processo, Evolução de Enfermagem no PEP – WÃRELINE, imprimir, carimbar e anexar-la junto ao Formulário manual e inserir no Prontuário do paciente.

Ã partir daí realizar a Evolução de Enfermagem a cada 24 horas ou sempre que houver intercorrências e ou procedimentos realizados no paciente.

Técnico de Enfermagem:

1. Na “escala de Mews” inserida no formulário da SÃE, realizar avaliação dos SSVV no horário a prazo inicialmente pelo Enfermeiro na Ãdmissão do paciente, bem como nos horários a prazos em sequência;

2. Realizar evolução técnica de Enfermagem no PEP – WÃRELINE, conforme periodicidade estabelecida na Escala de Mews (6/6h, 4/4h, 2/2h, 1/1h.)

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS
Realizar avaliação do paciente e preenchimento da SAE em tempo hábil no momento em que o paciente for admitido.
9. INDICADORES
Não se aplica.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
Não se aplica.

Revisão N°	Motivo	Data da Revisão
01	Alterações nas fichas da SAE em anexo	

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS			
Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração	Coord. Enfermagem		
Revisão	Diretor Técnico		

		Encarregada/DM SERV		
Ãprovação		Diretor Tecnico		

ANEXO I

CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO	
Garantir que o Carrinho de Emergência esteja com todos os equipamentos, insumos e medicamentos para o pronto uso durante uma emergência.	
2. REFERÊNCIA	
Orientações do fabricante do Desfibrilador (PHILIPS) contido no próprio equipamento.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos os setores que possuem Carrinho de Emergência: Sala de Emergência, Centro Cirúrgico e Clínica Médica/Cirúrgica.	Conferência diária: Enfermeiro Reposição: Enfermeiro e Médico. Conferência mensal: Farmacêutico e Enfermeiro.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	

Check list de conferência do Carrinho de Emergência; Caneta;
Sistema MV Soul, para prescrição de medicamentos e insumos de reposição;
Carrinho de Emergência composto por: desfibrilador, laringoscópio, prancha rígida, bala de oxigênio (pp 1m3 1000lt) e monitor multiparametro (Clínica Medica);

6. DEFINIÇÕES

Carrinho de Emergência: equipamento utilizado em situações de socorro imediato.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferência diária: Enfermeiro

Lavar as mãos;

Dirigir-se ao local, posicionar de frente para o Carrinho de Emergência e realizar conferência do Carrinho e dos equipamentos, conforme definido por check-list e, caso necessário, realizar os procedimentos para regularização. Itens para serem conferidos: **Carrinho de Emergência:** deve estar conectado a tomada de energia elétrica da parede e lacrado. Conferir e anotar o número do lacre.

Prancha Rígida: localizada na lateral esquerda do Carrinho de Emergência.

Bala de oxigênio: localizada na lateral direita do Carrinho de Emergência. Abrir a válvula e evidenciar carga mínima de **100 Libras**. Se a carga estiver abaixo de 100 Libras, abrir Ordem de Serviço para a manutenção realizar a troca da bala (RÂMÁL 318).

Monitor: o monitor multiparametro deve estar conectado a tomada elétrica do Carrinho de Emergência, teste: ligar e desligar.

Desfibrilador: Verificar se o cabo de energia está conectado a tomada elétrica do Carrinho de Emergência. Realizar o teste de funcionamento seguindo a ordem:

Certifique-se que haja papel suficiente na bobina interna; Desligue o cabo de energia e verifique o acionamento de bateria; Ligar o equipamento (Manuela Lig) girando a o botão nº 1;

Escolher opção de desfibrilação (colocar carga de 10 J); Selecionar o

botão nº 2, ativar carga;

Esperar sinal sonoro de um bip contínuo;

Apertar os dois botões das placas simultaneamente e então o choque será disparado; Aguardar a impressão do comprovante de “teste aprovado” (**Anexo I**);

Voltar o botão nº 1 para posição Desligado e conectar o cabo de energia no carrinho novamente.

Laringoscópio: o kit de laringoscópio é composto por 12 lâminas (retas e curvas) de tamanhos de 0 a 5. Deve-se conectar a lâmina por lâmina no cabo do laringoscópio (adulto e infantil), e testar o funcionamento das lâmpadas. Luz fraca e indicativo de pilha fraca e então deve solicitar novas pilhas ao almoxarifado e realizar a troca. As lâminas devem ser limpas com álcool 70% e gaze, diariamente.

Preencher o check list conforme resultados da conferência e assinar.

Importante: se evidenciar falha no equipamento, o check-list deve ser preenchido identificando o equipamento com falha. Após o reparo, o check-list deve ser refeito.

2. Reposição do Carrinho: Enfermeiros e Médicos

Realizar a prescrição dos medicamentos utilizados na emergência, incluindo o preenchimento do formulário de solicitação de medicamentos psicotrópicos (controlados), se utilizados.

Enfermeiro

Reunir os formulários preenchidos pelo médico; Solicitar os medicamentos, insumos e lacrar a farmácia;

Solicitar materiais reprocessados a CME, e ou insumos na farmácia, quando for o caso; Reabastecer o Carrinho de Emergência.

Após reposição, lacrar e conferir novamente o carrinho, conforme Item 1 deste procedimento.

3. Conferência mensal do carrinho – Farmacêutico e Enfermeiro Farmacêutico

Uma vez por mês, o carrinho de Emergência é aberto e conferido pelo farmacêutico, conforme POP.FÁRM.024, da Farmácia.

Enfermeiro

Realizar uma vez por mês a conferência do carrinho, preenchendo o check list mensal de Enfermagem.

Conferir o número dos lacres que foram rompidos; Assinar e carimbar o check list de conferência mensal

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

A conferência diária (externa) do Carrinho de Emergência, deve ser realizada no início de cada plantão, pelo Enfermeiro.

Materiais de reuso que foram utilizados durante uma emergência deverão ser encaminhados para o reprocessamento CME e substituídos ou repostos tão logo quanto possível.

9. INDICADORES

Não se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Check list de conferência do Carrinho de Emergência (**Anexo II**).

1. OBJETIVO	
<p>Descrever orientações de alta multiprofissional aos pacientes e acompanhantes, em relação aos cuidados em sua residência bem como intervenções relacionadas a internação social.</p>	
2. REFERÊNCIA	
<p>Não se aplica.</p>	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
<p>Clínicas médica, cirúrgica e obstétrica.</p>	<p>Enfermeiros, Assistência Nutricional, Fisioterapeuta, Psicólogo(a), Serviço Social e Médicos.</p>
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
<p>Não se aplica.</p>	
6. DEFINIÇÕES	
<p>-Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em casa.</p> <p>-Equipe Multiprofissional é a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado.</p>	

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
TRANSFERÊNCIA INTERNA	
1. OBJETIVO	
<p>Normatizar a transferência interna dos pacientes no UNIDADE DE SAÚDE, garantindo a continuidade do atendimento.</p>	
2. REFERÊNCIA	
Nao se aplica.	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínicas Médica e Cirurgica/Obstetrica, Pronto Socorro e Centro Cirurgico.	Médicos, Equipe de Enfermagem e Conductor de Maca.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Maca e cadeiras de rodas. - Sistema MV Soul. - SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem. 	
6. DEFINIÇÕES	
<p>NIR – Nucleo Interno de Regulação: setor que tem a finalidade de gerenciar os leitos institucionais, para que sejam ocupados de maneira eficiente, controlada e agil.</p> <p>AIH – Autorização de Internação Hospitalar: e um documento que contem os procedimentos medico-hospitalares a serem realizados, bem como os materiais que devem ser utilizados, os profissionais de saude envolvidos e a estrutura de hotelaria, para efeito de pagamento pelos serviços prestados.</p>	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	

Enfermeiro do setor de origem deverá:

Confirmar arrumação do leito no setor de origem; Solicitar ao condutor de macas para realizar o transporte;

Registrar a transferência e horário da mesma na evolução de Enfermagem no Wareline; Encaminhar o prontuario impresso completo a unidade de destino do paciente.

Enfermeiro do setor de destino:

Apresentar-se ao paciente no leito, realizar o Processo de Enfermagem – SAE, a beira leito, realizar a primeira coleta dos sinais vitais, conforme Escala de Mews, aprazando o proximo horario que sera realizado pelo tecnico de Enfermagem.

Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

Realizar a transferência e ou admissao do paciente no Wareline, imprimindo identificadores de leito, prancheta e gaveta;

aminhar o prontuario impresso completo a unidade de destino do paciente.

citar ao condutor de macas o transporte apresentando a ele o paciente que devera ser transportado.

Condutor de Macas:

Transportar o paciente em cadeira de rodas ou Maca ate o leito de destino. Se for em maca, transportar com grades **SEMPRE** erguidas;

Caso o paciente necessite de suporte de O2 (oxigênio), pegar o cilindro na rede de gases da unidade, **NÃO** utilizar o cilindro dos Carrinhos de emerge[^]ncia.

Nos pacientes provenientes do Centro Cirurgico, o condutor deve realizar com segurança a transfere[^]ncia do paciente da maca do centro cirurgico para a maca externa e encaminha-lo a Enfermaria, auxilian na transferência do paciente da maca para a cama.

Técnico de Enfermagem do setor de origem:

Preparar o paciente para o transporte;

Caso o paciente necessite de suporte de O2 (oxigênio), acompanhar o paciente ntransporte ate o local de destino.

Nos pacientes provenientes do Centro Cirurgico, o Técnico de Enfermagem do setor solicita ao condutor de macas a transferência do Centro Cirurgico para a Enfermaria.

Auxiliar na transferência do paciente da maca para a cama ou vice - versa.

Técnicos de Enfermagem do setor de destino:

Auxiliar na transferência do paciente da maca para a cama ou vice-versa. Apresentar-se, receber e acomodar o paciente no leito;

Conferir a pulseira de identificação no membro superior direito;

Seguir com o preenchimento da Escala de Mews (Inserida na SAE) de acordo com o horário aprazado pelo Enfermeiro, e executar a prescrição de Enfermagem e realizar a evolução de enfermagem no Wareline.

7.1. Tarefas Críticas/Especiais

Não se aplica

8. INDICADORES

Não se aplica

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DMSERV		

Âprovação		Diretor Técnico		
-----------	--	-----------------	--	--

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR(IM)

1. OBJETIVO	
Preparar e administrar medicamentos por via intramuscular de forma segura garantindo técnica correta e adequada, proporcionando a segurança do profissional, paciente e a eficácia dos fármacos.	
2. REFERÊNCIA	
<p>FIGUEIREDO, A.E.P.L. O papel da enfermagem na administração do ferro por via parenteral. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Rio de Janeiro, v. 32, n. p. 129-13, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop68010.pdf>. Acesso em: 22 ago.2012.</p> <p>FORTES, ALBA VALERIA SALES ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM [manuscrito] / ALBA VALERIA SALES FORTES. - 2017. 73 f.: il. disponível em :https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6832/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Alba%20Val%C3%A9ria%20Sales%20Fortes%20-%202017.pdf</p>	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES

<p>Aos pacientes com prescrição médica de medicamento por via intramuscular.</p>	<p>Enfermeiros, técnicos de enfermagem.</p>
--	---

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Bandeja;
Etiqueta de identificação;
Luvas de procedimentos;
Seringa (conforme volume a ser injetado);
Âgula (calibre compatível com a massa muscular do paciente e solubilidade do líquido a ser injetado);
Medicamento prescrito;
Âlgodão;
Álcool a 70 %;
Recipiente apropriado para descarte de resíduo perfuro cortante.

6. DEFINIÇÕES

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir a identificação do paciente na pulseira de identificação; Conferir as possíveis alergias medicamentosas do paciente; Checar atentamente a prescrição;
Conferir os 9 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa, riscos profissionais e ao paciente;
Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento e possíveis eventos adversos;
Preparar o medicamento no momento imediato a administração; Higienizar as mãos;
Separar o medicamento e o material necessário;

Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;

Higienizar as mãos;

Fazer a desinfecção do frasco ou ampola com algodão umedecido em álcool a 70%; Preparar medicação conforme prescrição médica;

Trocar a agulha utilizada no preparo do medicamento por outra esteril; Retirar o ar da seringa/agulha;

Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa (cole a etiqueta de identificação);

Reunir o material a ser utilizado na bandeja; Higienizar as mãos;

Escolher o local da administração do fármaco conforme volume, tipo de medicação e massa muscular;

Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento e expor a área de aplicação; Calçar as luvas de procedimento;

Fazer antisepsia da pele do paciente com algodão embebido em álcool a 70% fazendo pelo menos cinco movimentos em um mesmo sentido por 15 segundos;

Caso sejam indicadas injeções sequenciais, revezar a musculatura conforme o volume e medicamento administrado;

Retire a proteção a agulha e segure a seringa na mão dominante, entre o polegar e o indicador;

Fazer uma prega no local selecionado (ou usar a técnica em Z);

Introduzir a agulha com ângulo adequado a escolha do músculo (90° em relação ao músculo) e solte a prega;

Aspirar o êmbolo da seringa para garantir que a agulha não está inserida dentro de um vaso sanguíneo, se houver retorno de sangue, retirar a agulha, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento aplicando em outro local;

Injetar o fármaco lentamente;

Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme; Fazer leve compressão no local;

Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (atentando para não desconectar a agulha da seringa e não reencapá-la);

Manter o paciente confortável, deixando o ambiente de trabalho organizado;

Retirar a luva de procedimento desprezando-a em lixeira apropriada; Higienizar as maos;

Lavar a bandeja com agua e sabao, seque com papel toalha e passe alcool 70%;

Registrar o procedimento realizado na prescriçao medica (checar o horario da administração);

Assinar e carimbar o registro;

Comunicar ao Enfermeiro Supervisor possível ocorrência de anomalias; Registrar na anotação de Enfermagem quaisquer intercorrências.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Nao se aplica.

9. INDICADORES

Nao se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Guia de diluição de farmacos injetaveis (INTRANET-Farmacia);

POP.SCIH.004 Higienização das maos (INTRANET – CCIH).

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DMSERV		
Âprovação		Diretor Técnico		

ALTA DAS ENFERMARIAS

1. OBJETIVO

Normatizar as Altas dos pacientes das clínicas Médica, Cirúrgica e Obstétrica.

2. REFERÊNCIA

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE

Enfermarias

4. RESPONSABILIDADES

Diretores, Coordenadores, Supervisores, Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, Condutores de Macas e Porteiros/Vigilantes.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Maca, Cadeira de Rodas, tesoura sem pontas.

6. DEFINIÇÕES

Assegurar que o procedimento de Alta Hospitalar seja executado conforme descrito nesse POP.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Ao médico diarista, assistente ou plantonista compete:

Prescrever a Alta Medica ou hospitalar;

Prever na evolução do paciente a Alta colocando horario e data; tirar o relatório de Alta;

Organizar o contra referenciamento, caso necessario (unidades de atenção basica, ambulatorios especificos ou outros);

Orientar familiares e acompanhantes a Alta e orienta-los sobre o estado clínico do paciente; comunicar ao Enfermeiro a Alta.

Ao Enfermeiro(a) Compete:

Descrever na Evolução de Enfermagem a data e horario da Alta; Organizar o prontuario e checar se foi prescrito a Alta;

Conferir o prontuario se as medicações prescritas estão devidamente checadas; Comunicar ao setor de Farmacia e de Nutrição a Alta do paciente;

Concluir a SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem (Alta/transferência/óbito) com data e horario;

Entregar ao paciente e ou acompanhante uma via dos exames realizados na unidade colhendo assinatura do protocolo de Entrega de Exames disponibilizado no Intranet.

Após preenchimento do impresso de Alta Hospitalar, solicitar o profissional condutor de macas para encaminhar o paciente até a recepção da unidade;

Encaminhar o prontuario ao Faturamento.

Ao Técnico(a) de Enfermagem Compete:

Retirar acesso venoso do paciente se houver e orienta-lo e ou auxilia-lo na troca de roupa; Conferir os Kit de medicação do paciente, preenchendo no formulario inserido no kit, o que nao foi utilizado e fazer devolução na Farmacia;

Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

1. Registrar a Alta do paciente no sistema;

Condutor de Macas Compete:

Realizar limpeza e desinfecção da maca, antes e apos o transporte do paciente; Encaminhar paciente ate a portaria em maca ou cadeira de rodas;

Entregar o impresso de alta Hospitalar ao enfermeiro do NIR.

Porteiro/Vigilante da Recepção:

Retirar a pulseira do membro do paciente com tesoura sem ponta.

7.7. Tarefas Críticas/Especiais

Conferência diariamente

8. INDICADORES

Nao se aplica

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Impresso de Alta Hospitalar.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coord. Enfermagem		
Revisão		Diretor Técnico Encarregada/DM SERV		
Approvação		Diretor Técnico		

PRIORIZAÇÃO CLÍNICA NA SALA DE MEDICAÇÃO

1. OBJETIVO

Garantir o atendimento prioritário conforme classificação de Risco, na sala de medicação, pela equipe de Enfermagem.

2. REFERÊNCIA	
P.C.ENF.001 Classificação de Risco	
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Sala de Medicação	Equipe de Enfermagem.
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
A ser definidos.	
6. DEFINIÇÕES	
Identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento, definidos na classificação de Risco.	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<p>O paciente após conclusão do atendimento médico, será encaminhado para sala de medicação, de posse da prescrição (medicamentosa e ou exames).</p> <p>Equipe de enfermagem acolherá o paciente na porta da sala de medicação;</p> <p>Identificar através da pulseira de identificação do paciente, sua classificação de risco (amarelo, verde e azul), conforme estabelecido pelo Protocolo de Classificação de Risco da Unidade;</p> <p>Orientar o paciente que aguarde o preparo da medicação na soroterapia ou nos box's; Equipe de enfermagem, administrará medicação, fará a identificação do paciente, conferindo todos os identificadores, disponíveis em sua pulseira de identificação, de acordo com o Protocolo de Segurança do Paciente: PROT.NSP.006</p>	
8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS	
Solicitado confecção de adesivos com as cores da Classificação (amarelo, verde e azul) para serem anexados na pulseira de cada paciente na Classificação de Risco, facilitando assim visualização da prioridade clínica de cada paciente na sala de medicação bem como no setor de Raio X e Laboratório (ANEXO I).	
9. INDICADORES	
Não se aplica.	

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Prescrição Medica impressa.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data	Visto
Elaboração		Enfermeira		
Revisao		Coordenadora de Enfermagem		
Revisao		Coordenadora do NSP		
Ãprovaçao		Diretor Tecnico		

CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA LIMPA**1. OBJETIVO**

Evitar a contaminação de feridas limpas;

Facilitar a cicatrização;

Absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções, promover a hemostasia com curativos compressivos;

Manter a ferida limpa, ocluída e promover conforto ao paciente.

2. REFERÊNCIA

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Clínica Cirúrgica/Obstétrica	Enfermeiros, técnicos de Enfermagem
5. RECURSOS NECESSÁRIOS	
<p>Bandeja;</p> <p>1 Pinça para Curativo;</p> <p>1 par de luva de procedimento;</p> <p>Kit de curativo disponibilizado pelo setor de farmacia (2 pacotes de gazes, 1 par de luva esteril 7,5, S.F - Soro Fisiológico 0,9% 2 ampolas 10ml;</p> <p>Esparadrapo (micropore);</p> <p>Equipamento de proteção individual (EPI) – Capote, máscara, touca; Carrinho de curativo.</p>	
6. DEFINIÇÕES	
<p>Curativo é o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade, terapia tópica, termo que engloba as etapas como processo de limpeza e/ou cobertura.</p>	
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<p>Lavar as mãos;</p> <p>Calçar luva de procedimento e EPI's; Comunicar o que vai ser realizado ao paciente;</p> <p>Fechar a porta da enfermaria para privacidade do paciente ou biombo se necessário; Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada; Retirar o curativo anterior se houver;</p> <p>Lavar as mãos;</p>	

Abri o pacote de curativo (tecnica asseptica) sobre o carrinho; Calçar luvas estereis;

Aplicar a gaze umedecida com SF 0,9% na ferida em sentido unico, repetindo por tres vezes (utilizando uma gaze a cada vez);

Aplicar clorexidina Aquosa com a mesma tecnica aplicada ao S.F. 0,9%; Secar a ferida;

Manter o curativo ocluido somente enquanto houver exsudacao;

Nao havendo exsudato manter a ferida aberta orientando o paciente a realizar apenas higienizacao com agua e sabao;

Retirar as luvas, desprezando todo material no saco branco do carrinho;Lavar as maos;

Registrar o procedimento no prontuario do paciente, relatando aspecto da ferida, secrecao e odor.

Solicitar ao servico de limpeza a coleta do saco branco do carrinho.

Realizar limpeza com alcool 70% no carrinho de curativo, antes de adentrar em outra enfermaria.

RECOMENDAÇÕES:

A ferida somente sera coberta com gaze e fixa com micropore quando houver exsudato ou a criterio medico nas primeiras 24horas apos a cirurgia;

Apos suspensao do curativo, manter a ferida limpa e seca;

Avaliar regularmente o aspecto do curativo quanto a necessidade de troca ou de oclusao observando exsudato.

A frequencia de realizacao do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientacao do enfermeiro ou medico; Orientar o paciente a lavar com agua corrente e sabao durante o banho;

Após o banho secar com toalha limpa, sem fazer fricção ou pressão.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Realizar higienização do carrinho de curativos a cada procedimento realizado;

Supervisionar o paciente e seu acompanhante no cuidado com a ferida cirurgica.

9. INDICADORES

Nao se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO
POP. SCIH.004 Higienização das maos; Manuais e informes disponibilizados pelo setor de controle de infeçao hospitalar-SCIH da unidade.

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		Cargo	Data	Visto
Elaboração		Enfermeira		
Revisao		Coordenadora de Enfermagem		
Revisao		Coordenadora do NSP		
Âprovação		Diretor Tecnico		

ARMAZENAMENTO DOS FRASCOS DE INSULINA

1. OBJETIVO

Descrever o correto armazenamento dos frascos de insulina, garantindo assim a qualidade da medicação utilizada nos pacientes.

2. REFERÊNCIA

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde.

3. APLICABILIDADE

Clínicas Médica, Cirúrgica,
Obstétrica e Pronto Socorro.

4. RESPONSABILIDADES

Equipe de Enfermagem.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Etiquetas de Identificação da data de abertura e validade.

6. DEFINIÇÕES

Insulina: é um hormônio responsável pela redução da glicemia (taxa de glicose no sangue), ao promover a entrada de glicose nas células. Esta é também essencial no metabolismo de sacarídeos (Hidrato de Carbono), na síntese de proteínas e no armazenamento de lipídios (gorduras).

Insulina Humana Recombinante NPH: é um agente que combate o diabetes, diminuindo o nível de glicose no sangue, após a injeção. Após o uso sob a pele (subcutaneamente), Insulina Humana Recombinante NPH apresenta um rápido início de ação, dentro de 1 hora após a administração e tem uma duração de 12 a 20 horas. Devido ao seu perfil de ação prolongada, Insulina Humana Recombinante NPH é normalmente usada em combinação com uma insulina de ação rápida.

Insulina Regular: É insulina regular e considerada mais rápida e tem a coloração transparente. Após ser aplicada, o seu efeito acontece muito rápido, ou seja, cerca de meia hora a uma hora depois. O efeito da insulina regular dura em média de duas a três horas.

Apos ser aplicada, seu início de ação acontece entre duas e quatro horas, seu efeito maximo se da entre quatro a 10 horas e a sua duração e de 10 a 18 horas.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A dispensação pela farmacia do frasco-ampola de insulina sera realizada mediante a entrega do frasco vazio para o controle interno;
- A utilização da medicação sera de uso coletivo e dosagem, de acordo com a prescrição;
- Manter os frascos-ampolas que estao sendo utilizados, em lugar o mais arejado po 15°C e 30°C);
- Os Frascos-ampolas deverao ser armazenados na sala de medicação do Pronto Soc Enfermagem nas Clínicas Medica, Cirurgica e Obstetrica;
- Antes de usar, observar o aspecto do medicamento e caso ele esteja no prazo de vali alguma mudança no aspecto, consultar o farmace^utico para saber se podera utiliza-lo
- O Medicamento nao devera ser exposto a luz solar direta ou a altas temperaturas;
- Após aberto, sera valido por 28 dias;
- Identificar a data de abertura e validade do frasco-ampola, atraves de etiquetas farmacia e/ou disponível nos postos;
- Após um período de 28 dias, deve-se fazer a devolução do frasco-ampola, mesm contiver insulina.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Nao se aplica.

9. INDICADORES

Nao se aplica.

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Nao se aplica

11. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data	Visto
Elaboração		Coordenadora do NQSP		
Revisao		Coordenadora de Enfermagem		
Ãprovação		Diretor Tecnico		

Revisão	Motivo	Data da Revisão

PROCOLO - PRO.003.SCIRAS USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO

1. OBJETIVO:

- 1.1. Garantir o controle dos antimicrobianos a serem utilizados na instituição, bem como as condutas (guias terapêuticos e protocolos de tratamento).
- 1.2. Promover orientações para o uso racional de antimicrobianos terapêuticos e profiláticos, visando reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente) e minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência na Unidade.
- 1.3. Promover o uso racional de antimicrobianos, de forma a minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência.
- 1.4. Reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente).

2. APLICAÇÃO:

2.1. Este protocolo deverá ser aplicado nas diferentes áreas de atendimento ao usuário: Urgência/Emergência/Observação, Unidade de internação, UTI's, e na necessidade do uso profilático sempre que necessário.

3. DEFINIÇÕES

- 3.1. **ATM:** Antimicrobiano.
- 3.2. **SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde
- 3.4. **CCIRAS:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Assistência à Saúde.
- 3.5. **Tratamento profilático:** é o nome que deriva do termo profilaxia, a qual é de origem grega *prophylaxis* e significa cautela. Deste modo, profilático é o mesmo que prevenir algum mal ou doença por meio de ações e tratamentos específicos.

3.6. Tratamento terapêutico: o nome de terapêutica, por conseguinte, à especialidade médica encarregada dos meios para o tratamento de males e afecções com a finalidade de conseguir curar, tratar ou pelo menos minimizar os sintomas.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. A responsabilidade da aplicação deste “Protocolo do uso Racional de Antimicrobianos” é dos prescritores de antimicrobianos. A verificação à adesão e eficácia deste protocolo será realizada pela Farmácia e o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde- SCIRAS.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. Este protocolo não se aplica a pacientes que não estejam com diagnóstico clínico, laboratorial ou de imagem de infecção ou aqueles que não farão uso de antimicrobianos. Estes deverão ser excluídos do protocolo.

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

6.1. Após realizar a Prescrição médica, o médico prescritor/plantonista preencherá a solicitação de uso de antimicrobiano, contendo TODAS as informações necessárias, em DUAS vias. Obs: Cada antimicrobiano terá seu impresso preenchido;

6.2. O profissional de Enfermagem/ auxiliar administrativo fará a entrega da ficha ao serviço de Farmácia, que realizará a conferência se está devidamente preenchida e libera as primeiras doses do antimicrobiano. Em caso de preenchimento incompleto a ficha será devolvida ao médico para adequação, o antimicrobiano não será liberado até o preenchimento correto da ficha;

6.3. Médico auditor realizará a avaliação diária de 3^a, 4^a e as 6^a-feiras (dias úteis) das fichas de solicitação de antimicrobianos (2 vias) entregues no setor de farmácia hospitalar (central).

6.4. A farmácia fará a liberação dos antimicrobianos por até 72 horas até a avaliação do médico auditor, exceto os medicamentos de alto custo. **Obs:** Em caso de medicamentos de alto custo: Anfotericina, Daptomicina, Vancomicina, Teicoplanina, Polimixina B e Micafungina liberação somente será feita pelo Infectologista, que estará disponível por meios alcançáveis.

6.5. Após análise da Ficha de Solicitação de ATM, assinalar o item USO AUTORIZADO ATÉ, definindo a data de uso ou assinalar o item USO NÃO AUTORIZADO, conforme a definição do caso, carimbar e assinar a Ficha de Solicitação;

6.6. Para as fichas que apresentem incoerências quanto à prescrição, dosagem, carimbo do médico solicitante ou justificativa para uso do ATM, realizar a observação pertinente na Ficha de Solicitação de Antimicrobiano, no subitem Recomendações ao profissional solicitante e o antimicrobiano será bloqueado até a adequação da prescrição pelo médico prescritor/plantonista;

6.7. Cabe ao médico prescritor/plantonista a atualização diária da prescrição médica, para que o tempo de uso de antimicrobiano seja coerente com o solicitado na ficha, se houver necessidade de prolongar o uso, o médico prescritor/plantonista deve preencher nova ficha de solicitação de antimicrobiano seguindo o mesmo fluxo, é imprescindível em prescrição médica conter o dia vigente/ dia de término;

6.8. Fazer o armazenamento das 2ª vias das fichas de antimicrobianos, após parecer do médico auditor do SCIRAS, em ordem alfabética nas pastas de consulta (autorizadas e vencidas) para a equipe da farmácia, durante dispensação dos antimicrobianos para os setores;

6.9. Providenciar o recolhimento das 1ª vias das fichas para registro de dados no livro do SCIRAS e devolução das mesmas ao prontuário do paciente com o parecer do auditor, para conhecimento do médico prescritor.

6.10. Fazer o controle dos incidentes relacionados à Prescrição de ATM, conforme descrição a seguir, e encaminhar ao Núcleo de Segurança do Paciente:

6.10.1. POSOLOGIA ERRADA

6.10.2. DILUIÇÃO ERRADA

6.10.3. TEMPO DE USO INADEQUADO

6.10.4. APRESENTAÇÃO ERRADA

6.10.5. NÃO JUSTIFICADO/INDICAÇÃO ERRADA

6.10.6. DISCORDÂNCIA FICHA/PRESCRIÇÃO

6.10.7. DOSE MAIOR

6.10.8. DOSE MENOR

6.10.9. NOME ATM (ESCRITA ERRADA)

- 6.10.10. COBERTURA INADEQUAD
- 6.10.11. VIA DE ADMINISTRAÇÃO ERRADA
- 6.10.12. ASSOCIAÇÃO INADEQUADA
- 6.10.13. VELOCIDADE DE INFUSÃO
- 6.10.14. AUSÊNCIA DE ASSINATURA PRESCRITOR
- 6.10.15. NÃO SOLICITAÇÃO POR INFECTOLOGISTA*
- 6.10.16. TOTAL DE OCORRÊNCIAS
- 6.10.17. TOTAL DEFICHAS AVALIADAS

6.11 Obs: Antimicrobianos não padronizados pela instituição, devem primeiramente, ser avaliados pela comissão de farmácia terapêutica. Depois de padronizados, automaticamente serão incluídos na lista de antimicrobianos de uso restrito.

6.12 O antimicrobiano Cefazolina/ Cefalotina está destinado apenas para o uso profilático em cirurgia.

6.13 Indicações de antimicrobiano por patologia:

6.13.1 Infecções de pele e parte moles

Infecções de pele e parte moles			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Erisipela	Strepto	Penicilina cristalina 500mg 6/6h por 5 -7 dias Ou Cefalotina 1 g 6/6 h por 5 -7 dias	Ceftriaxona 2 g 24/24 hpor 5 - 7 dias
Celulite	Stafilo	Oxacilina 2g 4/4h por 5-7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 hpor 5 -7 dias
Sind. Fournier	Clostridium	Pen cristalina 3 milhões 4/4 h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 hpor 5 -7 dias
Sind. Fournier	Gram neg	Ceftriaxona 2g 24/24hpor 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7dias

Fasciite necrotizante	Strepto grupo A	Pen cristalina 3 milhões 4/4 h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Vancomicina 1 g 12/12 h por 5 -7 dias
Fasciite necrotizante	Strepto	Vancomicina 1 g 12/12h por 5 -7 dias	
Leishmaniose cutânea/ mucosa	Leishmania	Glucantime 15mg kg/dia 24/24h por 20dias (IM ou IV)	Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 1 mg/ kg dia ou em dias alternados até atingir dose total de Forma cutânea: 1 a 1,5g Forma mucosa: 2,5 a 3g NÃO UNTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA

6.13.2 Infecções pulmonares

Infecções pulmonares			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Pnm comunitária	Pneumococo Moraxela influenza	Amoxicilina 500mg/clavulanato 125mg 8/8 h + Claritromicina 500mg 12/12 h por 5 – 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24h por 5 – 7 dias
Pnm aspirativa		Ceftriaxona 2g 24/24h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24h por 5 – 7 dias
Pnm hospitalar precoce		Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 5 – 7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO (SPSE)

			Vancomicina 1 g 12/12 h por 5-7 dias
Dpoc exacerbado		Ceftriaxona 2g 24/24h + Claritromicina 500mg 12/12 h por 5-7 dias	Levofloxacino 750mg 24/24h por 5-7 dias
Dpoc exacerbado hospitalar	Pseudomonas Klebsiela spp	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por 5-7 dias	Meropenem 1g 8/8h por 7 dias
Pneumonite viral	H1N1	Oseltamivir 75 mg 12/12 h por 5 dias	
Tuberculose pulmonar	M. tuberculoses	RIPE 4 cp > 45 kg em jejum por 6 meses	

6.1.3.3 Infecções trato urinário

Infecções trato urinário			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Bacteriúria assintomática (procedimento em rins ou vias urinárias)		Ceftriaxona 2g 24/24 h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Bacteriúria assintomática gestante		Cefalexina 500mg 6/6 h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Itu baixa comunitária Cistite	Cândida	Fluconazol 200mg 24/24h 14 dias	Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/kg dia por 14 dias NÃO UNTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA

Itu alta comunidade Pielinefrite	Cândida	Fluconazol 400mg 24/24h 14 dias	Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/kg dia por 14 dias NÃO UNTRAPASSAR A DOSE DE 50MG/ DIA
Itu baixa comunitária Cistite		Nitrofurantoina 100mg 6/6h por 5 dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 5 dias
Itu alta comunidade Pielinefrite		Ceftriaxona 2g 24/24 h por 14dias	Amoxicilina 500mg+ clavulanato 125mg 8/8 h por 14 dias
Itu alta associada SVD		Cefepime 2g 8/8h por 7- 10 dias	Ciprofloxacino 400mg 12/12h por7- 10 dias
Abscesso renal		Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h por10-14 dias	Meropenem 1g 8/8h por 10-14dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO Vancomicina 1 g 12/12 h por 10-14 dias

6.13.4 Infecções sistema nervoso central

Infecções sistema nervoso central			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Meningite < 1 mes		Ampicilina 75-100mg/kg + cefoxetina 75mg/kg 6/6h por 14 dias	

Meningite > 1 mes		Ceftriaxone (100mg/kg/d) 2g 12/12 h por 14 dias	Meropenem (40mg/kg) 2g 8/8h por 14 dias AVALIAR ASSOCIAÇÃO Vancomicina (15mg/kg) 750mg 6/6 h por 14 dias
	Avaliar uso de corticoterapia		
Meningite viral	Sem indicação		
Pós cirúrgica ou trauma	S. aureus ou coagulase neg	Vancomicina 1g 12/12h+ ceftazidima 2g 8/8h por 14 dias	
Encefalite viral	Herpes vírus	Aciclovir 10mg/kg 8/8h	
Abscesso cerebral		Ceftriaxone 2g 12/12h + oxacilina 2g 4/4h + metronidazol 500mg 8/8h por 4 – 8 semanas	Vancomicina 1g 12/12h+ ceftazidima 2g 8/8h por 4 -4 semanas
Meningite tuberculosa	M. tuberculosis	RIPE	

6.13.5 Infecções pé diabético e insuficiência venosa

Infecções pé diabético e insuficiência venosa			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Comunitária	S. aureus	Cefalexina 1g 6/6h ou	Clindamicina 600 6/6h ou

		Amox 500 + clav125 8/8 h ou	Bactrim 800mg 12/12h por 28dias
IRAS	S. aureus Gram neg Enterobacterias Anaeróbios	Ceftriaxona 2g 24/24h + Clindamicina 600mg 6/6 h por 28 dias	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h por 28dias

6.1.3.6 Infecções Intra-abdominais

Infecções Intra-abdominais			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Diverticulite		Ceftriaxona 2gev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colecistite aguda ou colangites	Enterobacterias + enterococcus + anaerobios	Ceftriaxona 2g ev 24/24h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colangite Após manipulação da via	Pseudomonas	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Pancreatite aguda leve	Sem indicação		

Pancreatite grave	30% necrose em tomo	Ceftriaxona 2g ev 24/24h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
-------------------	---------------------	--	--

6.13.7 Infecções Intra-abdominais

Infecções Intra-abdominais			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Diverticulite		Ceftriaxona 2g ev 24/24 h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colecistite aguda ou colangites	Enterobacterias + enterococcus + anaerobios	Ceftriaxona 2g ev 24/24h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Colangite Após manipulação da via	Pseudomonas	Piperacilina + tazobactam 4,5g 8/8 h	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Pancreatite aguda leve	Sem indicação		
Pancreatite grave	30% necrose	Ceftriaxona 2g ev 24/24h +	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + metronidazol 500mg 8/8 h > 5

	em tomo	metronidazol 500mg 8/8 h > 5 dias	dias Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
--	---------	-----------------------------------	--

6.13.8 Infecções óssea e articulações: osteomielite e artrite séptica

Infecções óssea e articulações: osteomielite e artrite séptica			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Hematogênica aguda		Ceftriaxone 2g 24/24h + oxacilina 2g 4/4h por 4 a 6 semanas	Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 4 a 6 semanas
Crônica		Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 6 meses	
Pós operatória		Ciprofloxacino 500mg 12/12h + clindamicina 600mg 6/6 por 4 a 6 semanas	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
artrite aguda		Ceftriaxone 2g 24/24h + oxacilina 2g 4/4h por 4 a 6 semanas	Meropenem 1g 8/8h + Vancomicina 1 g 12/12 h
Artrite gonocócica	gonococo	Ceftriaxone 2g 24/24h por 14 dias	

6.13.9 Infecções cardíacas

Infecções cardíacas

	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Endocardite válvula nativa	Em pacientes sem doença aguda ou falha cardíaca, aguardar cultura	Ceftriaxone 2g 24/24h + Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12h por 4 semanas	Daptomicina 8mg/kg dia Modificar antibiótico orientado pelo resultado da hemocultura
Endocardite em válvula protética		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h por 4 semanas + gentamicina 1mg/kg 8/8h por 6 semanas	

6.13.10 Infecções da corrente sanguínea

Infecções da corrente sanguínea			
	Germe	Antibiótico <u>1ª opção</u>	Alternativa
Associada cateter venoso central		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h + Piperacilina / tazobactam 4,5g8/8 h	Modificar antibiótico orientado pelo resultado da hemocultura
Não assoiada a cateter venoso		Vancomicina 15 – 20mg/kg 12/12 h + Piperacilina / tazobactam 4,5g 8/8 h	

6.14 Antibioticoprofilaxia cirúrgica

6.1.4.1 A padronização e utilização dos antimicrobianos em respectivos casos tem como objetivo diminuir a incidência de infecções, particularmente em ferida operatória. este antimicrobiano deve ser administrado de 0-60 min antes da incisão cirúrgica para garantir nível sérico adequado durante o ato cirúrgico.

6.1.4.2 Um dos aspectos críticos da antibioticoprofilaxia cirúrgica e a escolha adequada, a dose adequada para o peso do paciente e a manutenção de níveis terapêuticos durante a cirurgia. A droga de escolha para unidade em sua maioria dos casos será a cefazolina e a dose deverá ser de 1g para < 70kg e 2g para >70 kg. Na grande maioria dos casos a dose única será suficiente, contudo em cirurgias longas, repetir o atb a cada 4 horas de cirurgia e em caso de sangramento > de 1 litro. A profilaxia não deve ser estendida por 24 horas a não ser em caso de uso de próteses.

6.1.4.3 Cefazolina e a primeira escolha, porém a escolha pode variar de acordo com procedimento cirúrgico e para pacientes com alergia a cefalosporinas substituímos cefazolina por clindamicina 900mg ou vancomicina 1g e a ceftriaxona por ciprofloxacino 400 mg iv.

6.1.4.4 Em crianças a dose de cefazolina será de 25mg por kg de peso.

6.1.4.5 Atenção para o uso de doses maiores nos OBESOS > 120 Kg (3g cefazolina ou cefoxitina; 2,25g cefuroxima; 2g vancomicina; 2g ceftriaxona). Para pacientes com RISCO DE COLONIZAÇÃO por BACTÉRIAS RESISTENTES (internação prolongada, uso recente de antibióticos, etc.) sugerimos discutir a profilaxia com a CCIH.

6.1.4.6 Antibioticoprofilaxia por tipo de cirurgia:

6.1.4.6.1 Cirurgia do Aparelho digestivo

Cirurgia aparelho digestivo					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cirurgia esofagiana	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g	DOSE ÚNICA	Não indicado	Intraoperatório

		para >70 kg,			
Cirurgia colorretais	Ceftriaxona + Metrinidazol	2g 500mg	1g 12/12h 500mg 6/6h	1g 12/12h 500mg 8/8h	24 horas
Hérnia	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	Não indicado	Não indicado	Dose unica
Colecistectomiavideolaparoscópica	Não indicado				
Colecistectomia viodeolaparoscópica complicada (> 60anos eou inflamação aguda / obesidade /desnutrição /diabetes	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório
Colecistectomia aberta	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório
Apendicectomia	Não indicado profilaxia e sim tratamento				
Gastrostomia	Cefazolina	1g para	Não indicado	Não indicado	Dose unica

		< 70kg e 2g para >70 kg,			
--	--	---	--	--	--

6.14.6.2 Cirurgia ortopédica

Cirurgia ortopédica						
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração	
			Intraoperatório	Pós-operatório		
Cirurgia limpa (sem prótese)	Cefazolina	1g para < 70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	24h	
Próteses: quadril, joelho, outras Obs.: checar urocultura e tratar, se necessário, no pré-operatório	Cefazolina	1g para <70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	24h	
Manipulação de tecidos infectados por <i>S. aureus</i> em portadores de próteses ortopédicas	Sens OXA – cefazolina 2g	2g EV	1g 4/4 h	Não indicado	Intraoperatório	
	Res OXA - vancomicina 1g EV 1g 12/12 h	1g EV	1g 12/12 h			
Revisão de artroplastia por suspeita de infecção	Vancomicina + Ceftazidima	15mg/Kg EV	1g 12/12h	1g 12/12h	5 dias	
		2g EV	2g 8/8h	2g EV 8/8h	Reavaliação após resultado da cultura	
Cirurgia eletiva com implante ou manipulação Óssea	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h	

Neuropatias compressivas cisto sinovial	Sem indicação				
Fratura exposta grau 1	Cefazolina	1g para <70kg e 2g para >70 kg,	1g 4/4h	1g 8/8h	48h-2 semanas (controverso)
Fratura exposta grau 2 e 3	Gentamicina*+ Clindamicina	240mg	Não indicado, exceto se houver perda sanguínea > 1 litro (repor 80mg)	24h após 1º dose: 3-5mg/kg d.u. IM/EV	
		600mg	600mg 6/6h	600mg 6/6h	

6.14.6.2.1 *Se o paciente tiver mais de 60 anos ou apresentar choque ou mioglobínúria, deverá ser utilizada clindamicina e ceftriaxona (2g seguidos de 1g a cada 12 horas).

6.14.6.2.2 Alérgicos a beta-lactâmicos: vancomicina 1g EV 12/12h ou clindamicina 600mg EV 6/6 para cobertura de Gram-positivos; usar ciprofloxacino 400mg EV 12/12h ou gentamicina 240mg EV 24/24h para cobertura de Gram-negativos, se indicado. Cirurgias vídeoassistidas seguem a mesma recomendação. d.u. – dose única diária

6.14.6.3 Cirurgia ginecológica / obstétrica

Cirurgia ginecológica / obstétrica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Intraoperatório	Pós-operatório	
Cesária (ao clamplear cordão)	Cefazolina	2 g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Histerectomia abdominal /Vaginal	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado

Colpoperineoplastia Sling Uretrocistopexia Cistocele	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Laqueadura vídeo	Não indicado				
Curetagem	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Ooforectomia (laparoscópica)	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Conizacão	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Cirurgia de mama Nodulectomia Quadrantectomia mastectomia	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Parto vagina	Não indicado				
Parto vaginal com dequitação manual ou manipulação intrauterina	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Inserção DIU Histeroscopia Biopsia endométrio Laparoscopia	Não indicado				

Cirurgia plástica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Dose pré op	Pós operatório	
Sindactilia	Cefazolina	1-2 g	Dose única	Não indicado	Não indicado
Dermolipomectomia Blefaroplastia Otoplastia	Cefazolina	1-2g	Dose única	Não indicado	Não indicado

6.1.4.6.5 Cirurgia Urológica

Cirurgia Urológica					
	Antibiótico	Dose de indução	Intervalo		Duração
			Dose pré op	Pós operatório	
Cirurgia limpas Orquectomia Orquipedexia Postectomia Vasectomia Varicocelectomia	Não indicado				
Prostatectomia transuretral ou aberta	Cefazolina ou Ciprofloxacino (em caso de internação previa ou biopsia de próstata)	2g 400mg	Dose única	1g 8/8h 400 mg 12/12h	24h 24h

Cirurgia com manipulação colón	Metronidazol	500mg	Dose única	12/12h	24h
	+ Ciprofloxacino	400mg		12/12h	

6.1.4.6.6 Cirurgia Proctológica

Cirurgia proctologica					
	Antibiótico	Alternativa	Dose pré op	Intervalo	Duração
				Pós operatório	
Fistulectomia	Sem indicação				
Fissurectomia					
Hemorroidectomia					
Esfinterectomia					
Esfinterplastia					

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

Não se aplica.

9. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

9.1. Regimento Interno do CCIRAS.

9.2. Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. ANVISA, 2017.

10. REGISTROS

10.1. FOR.SCIRAS.006 Ficha de Solicitação de Antimicrobianos

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. NC: Preenchimento inadequado dos itens do protocolo

11.2. Ação: Treinamento sobre como gerir o protocolo.

11.3. Lista de Antimicrobianos que necessitam de Ficha de solicitação SCIRAS em 2 vias

LISTA DE ANTIMICROBIANOS QUE NECESSITAM DE FICHA DE SOLICITAÇÃO SCIRAS EM 2 VIAS

- ACICLOVIR PÓ LIOFILIZÁVEL 250 MG FRS.
- AMICACINA SOL. INJ. 250 MG/ML AMP 2 ML
- ANFOTERICINA B, DESOXICOLATO PÓ/ SOL INJ. 50 MG
- CEFEPIME PÓ P/SOL INJ. 1G
- CEFTAZIDIMA PÓ P/SOL. INJ. 1G
- CIPROFLOXACINO SOL. P/INFUSÃO 2MG/ML/200ML
- CLINDAMICINA SOL. INJ. 150 MG/ML AMP. 4ML
- FLUCONAZOL SOL. P/INFUSÃO 200MG/100ML
- FLUCONAZOL COMP 150MG
- GENTAMICINA SOL. INJ.40 MG/ML AMP.2 ML
- IMIPENEM+ CILASTINA SOL . INJ. 500+500MG F/A
- LEVOFLOXACINO SOL.INJ.500MG, BOLSA 100 ML
- LINEZOLIDA SOL. INJ 2MG/ML BOLSA C/ 300ML
- MEROPENEM PÓ P/ SOL. INJ. 1G
- METRONIZADOL SOL. INJ. 500 MG/BLSA C/100 ML
- METRONIDAZOL COMP 500MG
- *MICAfungina100MG – FA PÓ P/ SOL. INJ. 100 MG - FA
- OXACILINA PÓ P/ SOL INJ. 500 MG
- PIPERACICLINA + TAZOBACTAM PÓ P/ SOL INJ. 4 MG+0,5 MG F/A
- POLIMIXINA B PÓ P/ SOL INJ. 500.000 UI F/A

1. VANCOMICINA PÓ P/ SOL INJ. 500MG F/A

Atenção: As doses iniciais dos antimicrobianos serão liberadas pelo setor de farmácia por um período máximo de 72 h (à exceção da MICAfungina). Após o mesmo seguiremos a devolução reportada no formulário do SCIRAS ao prontuário do paciente

***Autorização prévia do Infectologista**

12. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	

13. APROVAÇÃO

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROCOLO - PRO.007.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA

1. OBJETIVO

1.1. Prevenir infecção de trato urinário associada ao uso de Cateter vesical de demora (ITU-CVD).

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes com indicação para o cateterismo vesical de demora.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **ITU** – Infecção do Trato Urinário.

3.3. **CVD** – Cateter Vesical de Demora.

3.4. **SVD** – Sonda Vesical de Demora.

3.5. **Infecções do trato urinário relacionada à Assistência à Saúde (ITU-RAS):** Qualquer infecção do trato urinário relacionada a procedimento urológico, podendo ser associada ou não ao uso de cateter vesical de demora.

3.6. **ITU Relacionada à Assistência à Saúde Associada a Cateter vesical. (ITU-AC):** Qualquer infecção sintomática de trato urinário em paciente em uso de cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias calendário (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e de certa forma manipulam o cateter vesical de demora, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Médicos.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de Cateter vesical de demora e pacientes em uso de cateterismo vesical intermitente.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. **Cateterismo vesical de demora, ações do Enfermeiro:**

6.1.1. Confirmar o nome do paciente e verificar a identificação do paciente;

6.1.2. Confirmar a indicação e calibre do cateter vesical;

6.1.3. Verificar suprimentos: xilocaína gel a 2% - tubo novo, seringa de 10ml, água destilada, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, soro fisiológico, sistema coletor fechado, gaze, compressa, luva estéril e de procedimento, bandeja de cateterismo vesical;

6.1.4. Higienizar as mãos com água e sabão;

6.1.5. Higienizar previamente da região periuretral com clorexidina degermante (uso de luvas de procedimento e capote não estéreis);

6.1.6. Higienizar de forma antisséptica das mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.7. Paramentar com touca, máscara, óculos de proteção, capote (não há necessidade de ser estéril) e luvas estéril;

6.1.8. Montar o sistema antes de passar a sonda (conectar a sonda a sistema de drenagem). Testar a sonda.

6.1.9. Realizar antissepsia da região periuretral com clorexidina aquosa;

6.1.10. Utilizar do campo fenestrado;

6.1.11. Inserir cateter utilizando técnica asséptica;

6.1.12. Fixar do cateter corretamente (hipogástrio no sexo masculino/ raiz da coxa sexo feminino);

6.1.13. Registrar em prontuário da passagem da sonda;

6.1.14. O Enfermeiro ou técnico em Enfermagem realizará o preenchimento do Check List para Inserção de Sonda Vesical de Demora, com as variáveis C para conforme e NC para nãoconforme em cada ação citada à cima.

6.2. BUNDLE DE MONITORAMENTO PARA PREVENÇÃO DE ITU, ações da Equipe de Enfermagem:

6.2.1. Check list de ações que a equipe de enfermagem fará a este paciente em uso de Sonda Vesical de Demora, o enfermeiro avaliará diariamente cada item e preencher o Bundle de acordo com cada ação a ser realizada, as variáveis C para conforme e NC para não conforme em cada ação;

6.2.2. Sistema coletor de urina (fechado sem violação, sem presença de vazamentos, mau funcionamento do clipe de fechamento do tubo coletor ou relatos de desconexões);

6.2.3. Higiene perineal e do meato uretral uma vez ao dia e/ou após cada evacuação;

6.2.4. Sistema coletor mantido abaixo do nível da bexiga do paciente e 10 cm distante do chão;

6.2.5. Esvaziamento correto do sistema coletor quando estiver com 2/3 da sua capacidade sem que o tubo de drenagem tenha contato com recipiente coletor;

6.2.6. Higienização das mãos antes e após tocar o sistema de drenagem;

6.2.7. Manutenção do fluxo de urina livre evitando dobras e acotovelamentos do sistema de drenagem;

6.2.8. Necessidade de manter a sonda.

6.3. RECOMENDAÇÕES

6.3.1. Em caso de admissão de paciente que já venha em uso da SVD, trocar todo o sistema (sonda e saco coletor) no momento da admissão.

6.3.2. Avaliar diariamente o paciente em uso de SVD.

6.3.3. Não é indicada troca programada da SVD, sendo indicada apenas quando, após avaliação, houver necessidade.

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1. Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas de procedimento e luvas estéreis.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.

REGISTROS

10.1. FOR.213.SCIRAS CHECKLIST PARA INSERÇÃO DE SVD REV.001

10.2. FOR.229.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA A SONDAVESICAL DE DEMORA (SVD) REV.002

10. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: O não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

12.1. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check List de inserção estiver **NC** (não conforme), quem estiver preenchendo deverá sinalizar verbalmente ao enfermeiro para que haja adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora;

12.2. Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de Infecção Associada à Sonda Vesical de Demora(SVD).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS). Tem grande potencial preventivo e está relacionada à cateterização vesical na maioria dos casos, assim, faz-se necessário o cumprimento desse protocolo para garantir o controle da ocorrência de infecções.

12. ANEXO

13. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

14. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROCOLO - PRO.008.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIADE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

1.1. Prevenir a infecção Primária de Corrente Sanguínea associada a Acesso Venoso Central.

2. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todas as unidades de Internação onde houver pacientes em uso de Acesso Venoso Central.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **CVC** – Cateter Venoso Central.

3.3. **IPCS** – Infecção Primária de Corrente Sanguínea.

3.4. **Cateter central:** cateter utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação está posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquicefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e, em neonatos, cateter umbilical venoso ou arterial.

3.5. **Infusão:** introdução de uma solução no vaso sanguíneo, através do lúmen de um cateter. Inclui infusão contínua (fluidos nutricionais ou medicamentos) ou infusão intermitente (flushing, administração de antimicrobianos, transfusão de hemoderivados ou hemodiálise).

3.6. **Cateter umbilical:** dispositivo vascular central inserido através da artéria ou veia umbilical em neonatos. Cateter central temporário: cateter não tunelizado e não implantado, originalmente destinado a terapias infusionais de curta duração. 3.7. **Cateter central de longa permanência:** inclui cateteres tunelizados (como alguns cateteres para diálise, quimioterapia e nutrição) e cateteres totalmente implantados (como os ports).

3.8. **Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter central:** infecção da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter central por um período maior que

dois dias de calendário (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.

3.9. Período de janela da infecção: período de 7 dias durante os quais são identificados todos os elementos (sinais, sintomas, resultados de exames de imagens e/ou laboratoriais) necessários para a definição da infecção. Para a identificação do período de janela da IPCSL deve-se considerar três dias antes e três dias depois da data da primeira hemocultura positiva.

3.10. IPCS laboratorialmente confirmada associada a cateter central: Pelo critério 1: paciente acima de 28 dias com agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas e que o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. Critério 2: Paciente > 1 ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Calafrios; Hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg) e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: *Corynebacterium* spp. (exclui *C. diphtheriae*), *Bacillus* spp. (exclui *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., *Staphylococcus* coagulase negativa, *Streptococcus* do grupo viridans, *Aerococcus* spp. e *Micrococcus* spp. E que o microrganismo identificado não esteja relacionado a outro foco infeccioso. Critério 3: Crianças > 28 dias e ≤ 1 ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C); Hipotermia (<36°C); Apneia; Bradicardia e duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: *Corynebacterium* spp. (exclui *C. diphtheriae*), *Bacillus* spp. (exclui *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., *Staphylococcus* coagulase negativa, *Streptococcus* do grupo viridans, *Aerococcus* spp. e *Micrococcus* spp. E O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais que estão ligados à assistência aos pacientes e que de certa forma manipulam o Cateter Venoso Central (CVC): Médicos que realizarão a inserção do cateter, Enfermeiros que farão curativos e preenchimento do Bundle e os Técnicos em Enfermagem que manipularão o cateter, realizando as ações de prevenção de Infecção Primária de corrente sanguínea (IPCS).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de Cateter Venoso Central.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Monitorar a inserção do CVC

6.1.1. Verificar suprimentos e equipamentos montados (bandeja de mayo, fronha, capote estéril, bandeja de CVC, campos amplos, luva estéril, clorexidina degermante, clorexidina alcoólica, gaze estéril, fio de sutura, seringa, agulhas, anestésico, água destilada, CVC, equipo, polifix e EPIs);

6.1.2. Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2%;

6.1.3. Paramentar completamente (touca, máscara e óculos protetor, capote e luvas estéreis);

6.1.4. Confirmar o nome do paciente e verificar identificação da pulseira;

6.1.5. Confirmar a indicação do cateter;

6.1.6.. Definir o sítio de inserção;

6.1.7. Preparar sítio de punção: Aplicar clorexidina alcoólica 0,5 % fazer movimento de vaie vem e aguardar secagem espontânea;

6.1.8. Cobrir paciente com campo amplo estéril – Ex: uso de 3 campos: um campo grande que cubra a parte da cabeça aos pés na diagonal, deixando o ombro exposto, um pequeno cobrindo a cabeça e outro pequeno fechando um triângulo deixando a área de inserção exposta. Fixar os campos com pinça Backhaus;

6.1.9. Realizar curativo em técnica asséptica com gaze estéril;

6.1.10. Registrar em prontuário;

6.1.11. Caso necessário, instituir medidas corretivas antes do início do procedimento de instalação do cateter.

6.1.12. Relatar qualquer intercorrência no campo “observação.

6.1.13. Em caso de sujidade visível no sítio de punção, aplicar clorexidina degermante 2%, enxaguar com SF 0,9% secar com compressa estéril.

6.2. Preencher bundle de monitoramento para prevenção de IPCS após realizar as atividades a seguir.

6.2.1. Registrar a indicação de permanência do dispositivo;

6.2.2. Higienizar as mãos e realizar a desinfecção das conexões, conectores e portas de adição de medicamentos com álcool a 70% por 5-15 segundos, antes do manuseio do cateter;

6.2.3. Ao administrar medicação, trocar a agulha 40x12 (rosa) por uma 25x8 (verde) ou 25x7 (cinza).

6.2.4. Monitorar e avaliar se sítio de inserção apresenta ou não sinais flogísticos, registrar avaliação em prontuário;

6.2.5. Realizar troca de curativo conforme cobertura;

6.2.6. Manter via exclusiva para infusão de sangue, derivados ou nutrição parenteral;

6.2.7. Trocar sistema de infusão a cada 96 horas e/ ou em caso de suspeita de choque pirogênico e presença de sangue visível aderido no interior do sistema. 6.2.8. Observar o registro da troca (data e assinatura) nos equipos de infusão;

6.2.9. Caso tenha cateter – Pressão arterial invasiva (PAI) = Troca de transdutores a cada 96 horas, junto com os acessórios e soluções para flush;

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

8. EPI

8.1. Touca;

8.2. Máscara;

8.3. Óculos de proteção;

8.4. Capote;

8.5. Luvas estéreis.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Protocolo Clínico: Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Acesso Vascular Central - IPCS-AVC. 3ª Revisão Janeiro – 2018 Versão N° 0 Março 2012

10. REGISTROS

10.1. FOR.223.SCIRAS FORMULÁRIO PARA INSERÇÃO DE CVC REV.001

10.2. FOR.224.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) REV.001

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não conforme: não preenchimento do Check List/ Bundle e/ou ações propostas não realizadas, sendo preenchidas com o termo **NC** (não conforme).

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível. Caso algum item do check List de inserção estiver **NC** (não conforme), quem está preenchendo sinalizar verbalmente ao médico que fará a realização do procedimento para necessária adequação. Já no preenchimento do Bundle caso o enfermeiro perceba algum item não conforme, alertar a equipe de enfermagem para proceder com as ações o quanto antes.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Taxa de Utilização de CVC;

12.2. Densidade de Incidência de IPCS;

12.3. Adesão ao Bundle de Prevenção de IPCS

13. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. Não se aplica.

14. ANEXO

15. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	Itens revisados

16. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
------------------	-----------------------	-----------------------

Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:
------------------------	------------------------------	------------------------------



PROTOCOLO - PRO.009.SCIRAS PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO

50. OBJETIVO

1.1. Prevenção de infecções do trato respiratório, auxiliar no controle e diagnóstico destas patologias, bem como oferecer subsídios para elaboração de indicadores de saúde.

51. APLICAÇÃO

2.1. Este protocolo terá aplicação em todos os setores onde houver pacientes em uso de ventilação mecânica.

52. DEFINIÇÕES

3.1. **SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

3.2. **PAV:** Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

3.3. **VM:** Ventilador mecânico

3.4. **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

3.5. **Pneumonia:** Infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios: imagem radiológica, clínicos e laboratoriais.

3.6. **Pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV):** pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior.

3.7. **Ventilador mecânico (VM):** é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. Pressão positiva contínua em vias aéreas – Continuous Positive Airway Pressure – CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pelacânula endotraqueal.

3.8. **PNEUMONIA DEFINIDA CLINICAMENTE:** Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E pelo menos UM

dos sinais e sintomas: Febre (temperatura: $>38^{\circ}\text{C}$), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm³) ou leucocitose (> 12000 cel/mm³); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥ 70 anos E pelo menos DOIS dos sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumentada secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO₂/ FiO₂ < 240 ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncosp ou estertores; · Início ou piorada tosse ou dispneia ou taquipneia.

3.9. PNEUMONIA DEFINIDA MICROBIOLOGICAMENTE: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação E Pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$), sem outra causa associada; Leucopenia (< 4000 cel/mm³) ou leucocitose (> 12000 cel/mm³); Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥ 70 anos E pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo PaO₂/ FiO₂ < 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Ausculta com roncosp ou estertores; Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia Pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar achado de $\geq 5\%$ leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas, Virus, Bordetella, Legionella, Chlamydia ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno

(exemplo: influenza, Chlamydomphila); Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para Legionella pneumophila sorogrupo I titulada $\geq 1:128$ na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina

3.9. PNEUMONIA EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS: Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação; Pneumocèle, em crianças menores de 1 ano E pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: $>38^{\circ}\text{C}$), sem outra causa associada; Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥ 70 anos; Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumentada necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispnéia ou taquipnéia; Ausculta de roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios); Hemoptise; Dor pleurítica. E pelo menos UM dos resultados abaixo: Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção; Cultura positiva do líquido pleural; Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (lavado broncoalveolar e escovado protegido); Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de $\geq 5\%$ leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares); Cultura positiva de tecido pulmonar; Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas. Vírus, Bordetella, Legionella, Chlamydomphila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; Aumento de 4 vezes nos valores de IGG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydomphila); Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para Legionella pneumophila sorogrupo I titulada $>1:128$ na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina; Identificação de Candida spp. em amostra de sangue e de secreção respiratória (escarro, aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou

escovado protegido); Evidência de fungo em amostra obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar ou escovado protegido) de uma das seguintes: Exame de microscopia direta; Cultura positiva de fungo; Teste diagnóstico laboratorial (não cultura).

3.10. PNEUMONIA EM CRIANÇAS > 4 SEMANAS E ≤ 1 ANO: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado persistente novo ou progressivo; Opacificação; Cavitação; Pneumatocele E piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo $PaO_2/FiO_2 < 240$) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios) E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Instabilidade térmica; Leucopenia ($\leq 4000 \text{ cel/mm}^3$) ou leucocitose ($\geq 15000 \text{ cel/mm}^3$) e desvio a esquerda ($\geq 10\%$ bastonetes); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Apneia, taquipneia, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal; Ausculta com sibilos, roncos ou estertores; Tosse; Bradicardia ($< 100 \text{ bpm}$) ou taquicardia ($> 170 \text{ bpm}$).

3.11. PNEUMONIA CRIANÇAS > 1 ANO E < 12 ANOS: Paciente COM doença cardíaca ou pulmonar de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: · Infiltrado persistente novo ou progressivo; · Opacificação; Cavitação E pelo menos TRÊS dos seguintes sinais e sintomas: Febre (temperatura: $> 38^\circ\text{C}$); Leucopenia ($\leq 4000 \text{ cel/mm}^3$) ou leucocitose ($\geq 15000 \text{ cel/mm}^3$); Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração; Início ou piora da tosse ou dispneia ou apneia ou taquipneia; Ausculta com roncos ou estertores; Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo $PaO_2/FiO_2 < 240$, ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios).

53. RESPONSABILIDADE

4.1. Serão responsáveis pelo processo todos os profissionais de saúde que estão ligados à assistência aos pacientes em ventilação mecânica.

54. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

5.1. O protocolo não se aplica a pacientes que não estão em uso de ventilação mecânica.

55. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1. Conjunto de práticas recomendadas baseadas nas recomendações da ANVISA, a serem implantadas para a prevenção de PAV. A abordagem é mais bem sucedida quando todas as práticas são executadas em conjunto, seguindo a estratégia do "tudo ou nada".

6.2. As práticas recomendadas são:

6.2.1. Elevar da cabeceira da cama a 30 a 45°;

6.2.2. Diminuir sedação;

6.2.3. Realizar Higiene oral 3 vezes por dia;

6.2.4. Cuidados com o circuito do ventilador;

6.2.5. Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH₂O ou 18 a 22 mmHg;

6.2.6. Verificar diariamente a possibilidade de extubação;

6.2. **Manter cabeceira da cama 30 a 45°:** A VM está associada a altas taxas de pneumonia, pois o tubo endotraqueal inibe mecanismos de defesa importantes do trato respiratório superior, contribui com a produção e acúmulo de secreções da orofaringe, inibe mecanismos de tosse efetivos e pode ser uma fonte de infecção. A colonização da orofaringe e estômago com microrganismos patogênicos parece preceder o desenvolvimento da PAV. A utilização de bloqueadores dos receptores de histamina para prevenção de úlcera gástrica altera o pH do suco gástrico, o que facilita a colonização por microrganismos patogênicos, além da presença da sonda nasogástrica que facilita o refluxo das bactérias do estômago. Por estas razões, parece lógico que o posicionamento inadequado do paciente possa impactar no surgimento da pneumonia. Além disto, o posicionamento do paciente em decúbito elevado pode favorecer também a ventilação espontânea. Não há dados suficientes para afirmar que a recomendação de manter pacientes com a cabeceira elevada em 30 a 45° tenha impacto significativo na redução da PAV ou mortalidade. Porém, em função de ser uma medida simples, de fácil aplicabilidade, com baixo risco de complicação, nenhum custo e um benefício potencial, no último compêndio de estratégias de prevenção de PAV, publicado pelo SHEA em 2014, esta medida, classificada como uma medida básica foi recomendada. Ainda não está claro também, se a elevação do decúbito apenas a 30° é suficiente, mas parece ser mais aceitável para pacientes com menor grau de sedação e

possibilita maior adesão ao posicionamento adequado. A utilização do decúbito elevado diminui a incidência de PAV especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outra razão para esta intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios em comparação com a posição supina.

6.3. Diminuir sedação: recomenda-se adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea. A utilização da menor dose possível de sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação tem sido correlacionada com a redução do tempo de ventilação mecânica e, consequentemente, a uma redução na taxa de PAV. A escolha dos tipos de fármacos, intensidade e duração da sedação estão associadas com o risco aumentado das taxas de eventos, que incluem: delírio, imobilidade, infecção, eventos associados à VM, tempo prolongado de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação e morte. A diminuição do nível de sedação, que deve ser buscada diariamente, e o tempo de sedação pode contribuir para um menor tempo de intubação e possivelmente com menor mortalidade. Já a interrupção diária da sedação pode apresentar alguns riscos, como por exemplo, a extubação acidental. O aumento do nível de dor e ansiedade leva a possibilidade de assincronia com a ventilação, o que pode gerar períodos de dessaturação. Deve ser realizado diariamente o questionamento sobre a necessidade do suporte respiratório com VM invasiva. A avaliação das causas que levaram ao uso da prótese mecânica e a situação do paciente podem sinalizar se há condições para a submetê-lo ao teste de respiração espontânea. A adequação do nível de sedação pode contribuir para a suspensão dos sedativos, melhor avaliação da presença de dor e para a suspensão dos opioides utilizados para analgesia, contribuindo assim, para aumentar as chances de colocar o paciente em teste de respiração espontânea. Estas ações contribuem para o maior sucesso na retirada de prótese ventilatória.

6.4. Realizar Higiene oral 3 vezes por dia: a importância dos cuidados bucais em pacientes sob terapia intensiva tem sido alvo de inúmeras investigações e os resultados alertam para a necessidade de se implantar diretrizes adequadas e seguras. Na última publicação do SHEA de 2014, a utilização de clorexidina 0,12% para higiene oral foi classificada como medida de efeito moderado. A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) recomenda a descontaminação da cavidade bucal com Clorexidina na prevenção de PAV, em pacientes sob ventilação mecânica. Diversos estudos têm

demonstrado redução das Pneumonias. Associadas à Ventilação Mecânica quando a higiene oral é realizada com clorexidina veículo oral (0,12% não alcoólico). Desta forma, recomendamos essa medida como parte do Bundle entendendo que, segundo a ANVISA, quando aplicada em conjunto com outras medidas, pode ter um efeito positivo para redução de PAV.

6.5. Cuidados com o circuito do ventilador: a troca do circuito respiratório deve ser realizada apenas se o mesmo estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento. Esta recomendação é classificada como qualidade da evidência I, pela SHEA. Portanto, não é recomendada a troca rotineira deste dispositivo. Não há recomendações específicas em relação ao tempo que o circuito pode ficar montado, aguardando a internação do paciente. Mas, segundo estudos, recomenda-se reduzir os riscos de contaminação dos circuitos; por exemplo: no momento do preparo do leito/box, conectar o circuito respiratório no ventilador e proceder o teste do equipamento; depois disto, embalar o mesmo no próprio saco plástico que acondicionava o circuito, identificar com fita adesiva (limpo e testado - datar e assinar). Para que este circuito esteja seguro para uso, é fundamental que esteja acondicionado.

6.6. Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cmH₂O: A manutenção da correta pressão de *cuff* (*P_{cuff}*) nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação compressão positiva e passagem da secreção subglótica por entre o tubo e a traqueia (microaspiração). Recomenda-se, portanto, que a pressão do *cuff* permaneça entre 18 a 22 mmHg ou 25 a 30 cmH₂O (quando utilizado medidor de *cuff*). Evitar pressões do balonete maiores que 22 mmHg ou 30 cmH₂O.

6.7. Verificar diariamente a possibilidade de extubação: a fim de evitar/prevenir a PAVo desmame da VM, e conseqüente extubação, deve ser tentado o mais rápido possível. A retirada precoce da ventilação mecânica em pacientes internados nestas unidades pode exercer efeitos benéficos e redução no tempo de permanência e custos. Recomenda-se que a retirada do tubo endotraqueal seja realizada quando as condições clínicas permitirem. Alguns critérios clínicos para o desmame são: o motivo solucionado ou

amenizado do início da ventilação mecânica; paciente sem hipersecreção (definida como a necessidade de aspiração > 2 h); tosse eficaz (PFE > 160 L/min) hemoglobina > 8-10 g/dL; adequada oxigenação (PaO₂/FiO₂ > 150 mmHg ou SaO₂ > 90% com FiO₂ < 0,5); temperatura corporal <38,5-39,0°C; sem dependência de sedativos; sem dependência de agentes vasopressores; ausência de acidose (pH entre 7,35 e 7,45); ausência de distúrbios eletrolíticos; adequado balanço hídrico.

56. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

7.1. Não se aplica.

57. EPI

8.1. Não se aplica.

58. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9.1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Caderno 04. Brasília: Anvisa, 2017.

9.2. NEMER S. N; BARBAS C. S. V. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.37, n.5, p.669-679, 2011. Acesso em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/10394>. Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

59. REGISTROS

10.1. FOR.221.SCIRAS BUNDLE – PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) REV.001

60. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

11.1. Não Conforme: Deixar de preencher o Bundle e/ou ações propostas.

11.2. Ação: Para o não preenchimento é necessário que o faça o mais urgente possível, entendendo que se o item foi realizado conforme o esperado marca-se: “CONFORME”, e em caso de não ter sido executado de maneira adequada marcar “NÃO CONFORME”, assim não deixar o formulário em branco. Caso algum item do Bundle estiver NC (não conforme), deve-se alertar a equipe para proceder com as ações o quanto antes, para assim prevenir PAV.

61. INDICADORES DE DESEMPENHO

12.1. Adesão ao Bundle de Manutenção para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);

12.2. Taxa de Utilização de VM;

12.3. Densidade de Incidência de PAV.

62. CONSIDERAÇÕES GERAIS

13.1. A pneumonia relacionada à assistência à saúde pode trazer grave repercussão para o paciente, é uma grave infecção que apresenta múltiplas causas e tem grande impacto nas taxas de morbimortalidade, tempo de internação hospitalar e aumento dos custos assistenciais. Diante disso, é fundamental a aplicação das várias medidas de prevenção apresentadas neste protocolo a fim de se prevenir a ocorrência de PAV.

63. ANEXO

64. HISTÓRICO DE REVISÃO:

Data da revisão	Nº da revisão	ITENS REVISADOS

65. APROVAÇÃO:

Nome do emissor:	Nome do 1º aprovador:	Nome do 2º aprovador:
Ass. do emissor	Ass. do 1º aprovador:	Ass. do 2º aprovador:

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ANEXO VI

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.

ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Objetivo:

- 1.1 Recepcionar o paciente de modo humanizado;
- 1.2 Conferir a identificação do paciente, prevenindo potenciais erros quanto ao procedimento cirúrgico;
- 1.3 Verificar se o mesmo se encontra com parâmetros aptos para realização do procedimento cirúrgico indicado,
- 1.4 Implementar assistência de enfermagem de qualidade e sistematizada no Centro Cirúrgico

Responsabilidade

- 1.1 Enfermeiro, técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico.

2. Definições:

2.1 Admissão do paciente: Recepção do paciente no local de atendimento/intervenção, de modo humanizado, conferindo sua identificação e procedimento cirúrgico possibilitando a prevenção de potenciais erros quanto ao procedimento cirúrgico.

3. Terminologia

- 3.1 Não se aplica

4. Abrangência

- 4.1 Clínica cirúrgica;
- 4.2 Transporte de pacientes,
- 4.3 Centro cirúrgico.

5. Materiais e equipamentos:

- 5.1 Prontuário do paciente adequadamente preenchido;

- 5.2 Formulário de Check-list de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde;
- 5.3 Formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem em centro cirúrgico;
- 5.4 Prescrição de Enfermagem do Centro Cirúrgico;
- 5.5 Prescrição Médica do Centro Cirúrgico;
- 5.6 Evolução do Centro Cirúrgico
- 5.7 Descrição do Procedimento Cirúrgico;
- 5.8 Relatório Médico de solicitação de Sangue/ Hemocomponentes;
- 5.9 Formulário de Controle dos Antimicrobianos de controle restrito;
- 5.10 Requisição para solicitação de exames histopatológicos.

6. Descrição do Processo

- 6.1 Recepcionar todos os pacientes em pré-operatório no Centro Cirúrgico de forma humanizada;
- 6.2 Checagem de prontuário do paciente: dados de identificação; Cartão Nacional de Saúde (CNS); exames laboratoriais, de imagem, laudos, ECG, liberação do cardiologista; Avaliação anesthesiologista; Avaliação cirúrgica; Termo de consentimento cirúrgico; Termo de consentimento anestésico;
- 6.3 Confirmar se a cirurgia está agendada;
- 6.4 Acrescentar formulários do Centro Cirúrgico, tais como: check list cirurgia segura, impresso Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ficha de evolução, descrição cirúrgica, prescrição médica, prescrição de enfermagem, relatório médico solicitação de sangue/hemocomponentes, formulário de controle de antimicrobiano de uso restrito, requisição para solicitação de exame histopatológico.
- 6.5 Realizar anamnese do paciente, confirmando se há presença de alergias e tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado;
- 6.6 Checar se o paciente se encontra em jejum e se foram realizados todos os cuidados pré-operatórios, tais como: banho, tricotomia.
- 6.7 Conferir se há pedido de sangue ou hemocomponentes e solicitar ao Hemocentro;
- 6.8 Verificar nível de consciência, monitorar sinais vitais e demais parâmetros do paciente;
- 6.9 Observar aspectos de curativos, sangramento, presença de sondas e drenos;
- 6.10 Conferir prescrição médica e seguir horários de medicações;
- 6.11 Acompanhar o paciente na recepção e encaminhá-lo a sala determinada.

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE DO SÍTIO CIRÚRGICO

1. Objetivo:

- 1.1. Padronizar o procedimento de demarcar o membro, órgão, região, lado ou nível de localização onde será realizada a cirurgia ou o procedimento terapêutico invasivo, em pacientes com Termo de Consentimento Esclarecido (TCE) previamente assinado.

2. Responsabilidade

- 2.1 Equipe médica.

3. Definições

- 3.1 Não se aplica.

4. Terminologias

- 4.1 Não se aplica.

5. Abrangência

- 5.1 Clínica cirúrgica,
- 5.2 Centro cirúrgico.

6. Materiais e Equipamentos:

- 6.1 Caneta dermatológica.

7. Descrição do processo:

- 7.1 Verifique na agenda de marcação de cirurgia ou de procedimento invasivo, o paciente e o procedimento a ser realizado, até 1 hora antes do horário previsto para sua realização;
- 7.2 Confirme com a equipe de enfermagem dos setores de internação (clínica médica, cirúrgica, OS, ambulatório) o local/leito em que o paciente se encontra;
- 7.3 Verifique o prontuário do paciente e os exames para realização do procedimento;
- 7.4 Solicite a caneta dermatológica à equipe;
- 7.5 Higienize as mãos;
- 7.6 Apresente-se ao paciente e/ou responsável;

7.7 Confirme com o paciente sua identificação verbalmente, por meio de pulseira de identificação e do prontuário).

7.8 Esclareça a necessidade de demarcação e certifique-se que o paciente/responsável concorda com a demarcação do sítio cirúrgico;

7.9 Com a caneta dermatológica, marque o desenho de um alvo no membro, região, lado ou nível de localização onde será realizado o procedimento cirúrgico / invasivo.

7.10 Higienize as mãos

7.11 Anote na evolução multiprofissional a demarcação realizada.

7.12 Devolva a caneta dermatológica, guarde o prontuário e os exames do paciente em local apropriado (unidade de internação ou ambulatorial).

Observações: Todo procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivo possível de ter mais do que uma localização de abordagem deverá ser demarcado antes do paciente ser encaminhado para a realização do procedimento.

7.13.1 A marcação será realizada pelo cirurgião responsável ou outro médico cirurgião/anestesiologista, desde que esteja presente durante o procedimento.

7.13.2 Sempre que possível a demarcação deve ser realizada com a participação ativa do paciente e/ou responsável.

7.13.3 A marca padronizada será feita próxima ao local de abordagem cirúrgica, de forma a não deixar dúvidas e suficientemente permanente para continuar visível após preparação da pele.

7.13.4 Marcadores adesivos não são permitidos

7.13.5 A demarcação do sítio cirúrgico é obrigatória em diversos procedimentos cirúrgicos, exceto:

7.13.5.1 Cirurgia em órgão único;

7.13.5.2 Casos de intervenção nos quais o local de inserção do cateter/instrumento não é predeterminado. Exemplo: cateterização cardíaca, laparotomia exploradora.

7.13.5.3 Cirurgias em dentes, face e mucosas - escrever nome e local no Termo de Consentimento Informado (não usar abreviaturas),

7.13.5.4 Crianças prematuras - pelo risco de tatuagem definitiva, deve-se indicar órgão e lateralidade no Termo de Consentimento Informado;

7.13.5.5 Recusa do paciente - escrever no prontuário a recusa, com data e assinatura do paciente ou responsável.

7.13.5.6 Cirurgias de emergência

- o médico responsável deverá confirmar o local de intervenção em prontuário e a checagem ocorrerá antes da incisão (time out).

7.13.5.7 Em cirurgias com abordagem bilateral deve ser feita a demarcação em ambos os lados.

7.13.6 Riscos Assistenciais: Demarcação em paciente errado; Demarcação em local errado; Não demarcação.

7.13.7 Riscos Legais: Ação Cível e/ou Penal.

7.13.8 Riscos Financeiros: Prejuízo: aumento do tempo de internação e do custo do tratamento, por eventos adversos.

MONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA

1. Objetivo:

- 1.1 Padronizar o preparo da Sala Operatória (SO) de acordo com o procedimento cirúrgico proposto, providenciando materiais, instrumentais e equipamentos necessários para a realização do procedimento cirúrgico.

2. Responsabilidade

- 2.1 Equipe de Enfermagem

3. Definições

- 3.1 Não se aplica

4. Terminologia

- 4.1 Não se aplica

5. Abrangência:

5.1 Centro cirúrgico

6. Materiais e equipamentos:

- 6.1 Aqueles padronizados para a SO (carrinho de anestesia, monitor multiparamétrico, entre outros);
- 6.2 Instrumental do arsenal;
- 6.3 Kits.

7. Descrição do processo:

- 7.1 . Cheque a escala de serviço e verifique em que sala está escalado para trabalhar;
- 7.2 Verifique a cirurgia programada para a S.O;

antes de equipá-la com os materiais, instrumentais e equipamentos necessários para a realização do procedimento cirúrgico escalado;

7.4. Higienize as mãos;

7.5. Providencie os materiais e equipamentos solicitados e encaminhe para a SO;

7.6. Teste o funcionamento das tomadas elétricas e de todos os equipamentos fixos da SO (bisturi elétrico, aspirador, foco, mesa cirúrgica, negatoscópio e outros que forem necessários);

7.7. Verifique se os materiais necessários para a realização do procedimento anestésico (anestesia geral, raqui, bloqueio) foram providenciados pelo auxiliar de anestesia.;

7.8. Solicite o Kit de materiais descartáveis, medicações e soluções na farmácia e encaminhe para a SO;

7.9. Separe do Kit, os materiais destinados para o procedimento anestésico e coloque sobre a mesa auxiliar da anestesia.

7.10. Solicite no arsenal do CC o carro montado com campos, aventais, caixas de instrumentais, instrumentais avulsos e o que for necessário para a realização do procedimento;

7.11. Organize o material que será utilizado durante o procedimento de forma que fique fácil o acesso;

7.12. Deixe na SO os impressos que serão utilizados.

7.13 Deve-se verificar a data de esterilização, a validade e a integridade das embalagens de todos os materiais processados pela Central de Material Esterilizado (CME) e dos outros materiais esterilizados.

DEGERMAÇÃO DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS

1. Objetivos:

Padronizar o procedimento que visa eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos, antebraços, até cotovelo, além de proporcionar efeito residual.

2. Responsabilidade:

2.1 Equipe médica,

2.2 Equipe de enfermagem.

3. Definições:

3.1 Degermação cirúrgica das mãos e dos antebraços: Procedimento que visa eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos, antebraços, até cotovelo, além de proporcionar efeito residual, integra as atividades de paramentação cirúrgica como uma medida de prevenção de infecção do sítio cirúrgico.

4. Terminologia:

Não se aplica

5. Abrangência:

Centro Cirúrgico

6. Materiais e equipamentos:

6.1 Clorexidina degermante 2%;

6.2 Escova descartável (ou escova descartável impregnada com Clorexidina degermante 2%);

6.3 Compressa estéril.

7. Descrição do processo:

7.1 Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios e outros);

7.2 Faça a degermação das mãos, antebraços e cotovelos, com escovação por 5 minutos para a primeira cirurgia do dia, e por 3 minutos para as cirurgias subsequentes, executando os seguintes passos:

7.3 Recolha com as mãos em concha, a solução degermante e espalhe nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de escova impregnada com solução degermante, pressione a parte impregnada com solução degermante, pressione a parte impregnada da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;

7.4 Limpe sob as unhas com as cerdas da escova;

7.5 Escove as mãos, nos espaços interdigitais, palmas e dorsos, e prossiga pelos punhos e antebraços, mantendo as mãos em nível sempre acima dos cotovelos;

7.6 Enxágue as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto.

7.7 Feche a torneira, sem utilizar as mãos;

7.8 Enxugue as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelos antebraços e cotovelos, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

7.9 Despreze as toalhas / compressas em recipiente apropriado.

7.10 Quando realizar degermação com escovação das mãos:

7.11 No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda a equipe cirúrgica);

8. Orientações Gerais

8.1 As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após seu uso;

8.2 Evite utilizar água quente para higienização das mãos (risco de dermatites);

8.3 Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;

8.4 Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com pacientes;

8.5 O produto utilizado na lavagem das mãos deve ser de boa qualidade, não promovendo ressecamento ou rachadura da pele



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO – HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

1. Objetivos

Padronizar o procedimento de realização da paramentação cirúrgica para promover formação de barreira contra a invasão de microrganismos no sítio cirúrgico e proteger os profissionais envolvidos no ato cirúrgico contra fluidos corpóreos.

2. RESPONSABILIDADE:

2.1 Supervisão de enfermagem;

2.2 Equipe cirúrgica

3. Definições

Paramentação cirúrgica: A paramentação cirúrgica é a troca das vestimentas rotineiras por outras adequadas, nas dependências do CC hospitalar, criando barreiras contra a invasão de microrganismos nos locais cirúrgicos dos pacientes e para a proteção dos profissionais contra exposição a sangue, fluidos ou tecidos orgânicos aí presentes.

4. Terminologia:

Não se aplica

5. Área de abrangência:

Centro cirúrgico

6. Materiais e Equipamentos:

6.1 Roupa privativa do Centro Cirúrgico;

6.2 B2 Gorro,

6.3 Propés,

6.4 Óculos de proteção,

6.5 Máscara,

6.6 Opa/capote cirúrgico,

6.7 Compressas estéreis,

6.8 Luvas estéreis.

7. Descrição do Processo:

- 7.1 Vista-se com roupa privativa, propés, gorro e máscara ao entrar no Centro Cirúrgico;
- 7.2 Antes de realizar a degermação das mãos, coloque a máscara e os óculos de proteção;
- 7.3 Realize degermação das mãos na pia mais próxima a Sala de Operação;
- 7.4 Entre na sala operatória com os membros superiores detidos para cima, sem encostá-los em áreas não estéreis;
- 7.5 Solicite o pacote de opas e compressas estéreis ao circulante de sala e aguarde sua abertura;
- 7.6 Solicite compressas estéreis ao circulante de sala e realize secagem das mãos, iniciando pelos dedos, unhas, espaços interdigitais, punho e por último o antebraço e, com movimentos compressivos;
- 7.7 Pegue a opa pela parte interna, pelas dobras do decote e abra-a com movimentos delicados e firmes, ficando em frente à posição certa para ser vestida. Não encoste a parte externa da opa em nenhuma área não estéril;
- 7.8 Segure a opa com ambas as mãos e introduza-as ao mesmo tempo nas respectivas mangas, enquanto o circulante de sala traciona-a para trás, segurando pelo lado interno, e amarra os cordões posteriores;
- 7.9 Solicite luvas estéreis;
- 7.10 Calce as luvas estéreis;
- 7.11 Inicie o procedimento sem encostar-se às superfícies do ambiente e pessoas;
- 7.12 Use máscara, de maneira a cobrir toda a boca, nariz e pêlos da face, ao entrar na sala operatória quando a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto. Seu uso refere-se à prevenção de contato da mucosa dos integrantes da equipe cirúrgica com fluidos e sangue do paciente e à redução significativa de microrganismos eliminados no ambiente durante a fala, devendo ser trocada a cada quatro horas ou sempre que se apresentar úmida ou suja. A máscara não deve ser reaproveitada em outras cirurgias, mesmo que ainda aparente estar em boas condições de uso.

7.13 Os óculos são recomendados para todos os profissionais envolvidos no ato cirúrgico, em todos os tipos de procedimentos, devido ao risco de contato com partículas de sangue e fluidos corpóreos.

7.14 Utilize vestimentas impermeáveis por baixo da opa caso haja risco de molhar ou contaminar a mesma.

7.15 Troque as vestimentas que apresentarem-se visivelmente sujas, contaminadas ou rasgadas.

ELETROCIRURGIA

1. Objetivo:

Padronizar a colocação da placa de eletrocautério para que se evite lesões ao paciente submetido a procedimento cirúrgico.

2. Responsabilidade:

Equipe de enfermagem;

3. Definições:

Eletrocautério ou Bisturi Elétrico: Se trata de um aparelho eletrônico que tem a capacidade de transformar a corrente elétrica de alta tensão, mas que apesar da intensidade, não ocasiona alteração orgânica nem excitação nervosa. Esta corrente de alta frequência de uma unidade de eletrocirurgia é usada para cortar e coagular tecidos. A corrente elétrica é conduzida do gerador eletrocirúrgico através de um circuito completo constituído de cabos isolados, eletrodo do paciente e do próprio gerador eletrocirúrgico. Os efeitos eletrocirúrgicos dependem de fatores como :

- Tipo do eletrodo;
- Modo de saída;
- Técnica cirúrgica.

Quando uma corrente de rádio frequência é aplicada através de um tecido, por meio da eletrocirurgia, três efeitos diferentes podem ocorrer. São eles, dissecação, corte e coagulação.

4. Terminologia

Não se aplica.

5. Abrangência:

Centro Cirúrgico

6. Materiais e equipamentos:

6.1. Compressa limpa;

- 6.2. Desinfetante bacteriostático;
- 6.3. Placa de retorno de eletrocautério descartável;
- 6.4. Cabo de placa, correspondente ao modelo da mesma;
- 6.5. Aparelho de eletrocautério;
- 6.6. Tricotomizador.

7. Descrição do processo:

- 7.1. Higienizar as mãos antes do procedimento.
- 7.2. Identificar o nome do paciente e a cirurgia proposta.
- 7.3 Confirmar com a equipe cirúrgica o local de incisão.
- 7.4. Aguardar o posicionamento adequado do paciente.
- 7.5. A intensidade do paciente no local da placa deve ser avaliada antes e depois da cirurgia particularmente nos pontos de pressão;
- 7.6. A placa dispersiva deve ser colocada só depois do paciente já está na posição definitiva para a cirurgia;
- 7.7. A placa dispersiva deve ser colocada em área limpa, sem pelos e seca;
- 7.8 Deve ser colocada a placa mais perto possível do local da cirurgia e no mesmo lado da cirurgia;
- 7.9 Colocar a placa em ampla massa muscular evitando saliências ósseas, próteses de metal sobre a pele, pontos depressa;
- 7.10. Também tecidos escarificadas devem ser evitadas quando colocar a placa pois diminui o contato com o corpo;
- 7.11. Contato regular e homogênea da placa dispersiva com o corpo do paciente para permitir a boa distribuição da corrente;

7.12. Observar que não haja deslocamento da placa da região de contato, quando se fizer necessário mobilizar o paciente durante o ato cirúrgico.

Locais para colocação da placa:

Panturrilha;

Face posterior da coxa;

Região glútea.

Observações:

- Evitar áreas com cicatrizes, por apresentar resistência aumentada para corrente elétrica.
- Observar pedidos constantes de aumento de potência.
- Não posicionar o paciente sobre a conexão da placa.
- Observar para que não exista vazamento de sonda vesical, sangue, soluções de assepsia, soluções para lavagem da cavidade ou vazamento do colchão térmico; a presença de líquido é responsável por queimaduras principalmente na região sacra.
- Não fixar os eletrodos de monitorização de ECG entre a placa e o local de incisão.
- Em pacientes com marca passo, consultar o fornecedor do gerador para orientações.
- Em caso de dúvida, deixar um ímã em cima do local do gerador para diminuir a probabilidade de descompasso do mesmo. Fixar a placa evitando deixar o gerador na linha entre a placa e o local da incisão.
- Verifique na agenda de marcação de cirurgia ou de procedimento invasivo, o paciente e o procedimento a ser realizado, até 1 hora antes do horário previsto para a sua realização.

Os riscos eletrocirúrgicos:

Choques;

Queimaduras ;

Fumaça cirúrgica;

Incêndios;

Interferência eletromagnética em outros equipamentos.

Mau funcionamento do equipamento (operacional);

Mau funcionamento do equipamento (falta de manutenção e/ou calibração adequada);

(desconhecimento do usuário);

Desatenção do usuário.

Quantidade de energia da UEC deve ser tão baixo quanto possível para cada procedimento determinado pelo cirurgião em conjunto com as recomendações do fabricante, confirmado pelo circulante. No sistema não isolado uma queda acidental de energia pode causar queimaduras na área de contato.

ANALGESIA, SEDAÇÃO E BLOQUEIO NEUROMUSCULAR NA PANDEMIA COVID-19

Introdução

O gerenciamento da sedação e analgesia do paciente para aliviar a ansiedade e dor e facilitar a ventilação mecânica é um dos papéis-chave no cuidado do paciente criticamente enfermo.

Regras gerais de analgo-sedação para o paciente criticamente enfermo devem ser observadas ao escolher o regime de analgesia mais adequado para o paciente COVID-19, num contexto em que poderá haver desabastecimento, há que se racionalizar o uso de analgésicos e sedativos, bem como introduzir na prática clínica algumas drogas não comumente utilizadas no contexto dos pacientes críticos.

Neste sentido a primeira regra é tratar a dor antes. Analgesia adequada é um componente essencial no tratamento / prevenção da agitação, mesmo antes do uso de sedativos, uma vez que a dor é um dos principais motivos de agitação nestes pacientes e múltiplos são os fatores que desencadeiam dor nesta população.

ANALGESIA

- 1.1. Pacientes fora da ventilação mecânica ou em ventilação mecânica capazes de se comunicar e sem droga vasopressora e/ou hipotensão arterial.
- 1.2. Para pacientes fora da ventilação mecânica ou em ventilação mecânica capazes de se comunicar e de relatar a dor, o uso da Escala Numérica de Avaliação (NRS) de 0 a 10 verbal ou visualmente é uma escala de dor válida e viável deve ser administrada durante a aferição dos sinais vitais, idealmente aplicada a cada 2 – 4 horas.

Graduação: 4 dor moderada; 7 dor intensa.

- **Recomendação:** Pacientes que não têm queixa de dor deverão ficar com prescrição de analgésicos comuns, que são poupadores de opiáceos, como paracetamol ou dipirona a critério médico, ou eventualmente administrados preemptivamente com aprazamento, assim como para os pacientes com dor leve (NRS<4), de acordo com a posologia recomendada para cada droga. Na ocorrência de dor moderada (NRS 4) poderão ser utilizados opiáceos fracos, como codeína ou tramadolvo ou endovenoso intermitente. Nos pacientes com dor forte (NRS 7), está indicado o uso de opiáceos fortes, como morfina intermitente endovenosa. Nos casos de uso muito frequente da medicação intermitente poderá ser utilizada morfina em infusão contínua. Na utilização da morfina, além da contraindicação do uso na presença de instabilidade hemodinâmica, outra

contra-indicação importante são as situações de histórico de atopias prévias e broncoespasmo, pelo seu potencial em liberar histamina. O opióceos fracos ou fortes deverão ser administrados em associação aos analgésicos comuns.

Pacientes em ventilação mecânica incapazes de se comunicar em que se pode avaliar comportamento (sem bloqueador neuromuscular ou sedação profunda) e sem droga vasopressora e/ou hipotensão arterial.

Para pacientes sob ventilação mecânica incapazes de se comunicar, nos quais a sedação ou a doença de base permita observar comportamentos a avaliação da dor deve ser realizada preferencialmente com escalas padronizadas. Neste contexto a Behnvirol Pnin Scale (BPS) ou a Criticnl- Care Pain Observntion Tool (CPOT) deverão ser utilizadas.

- Graduação: BPS 3 indica dor e 5 indica dor significativa e CPOT valor > 3 indica dor.
- Recomendação: Na ocorrência de dor moderada (BPS 3 ou CPOT>3) poderão ser utilizados opióceos fracos, como codeína ou tramadol endovenoso intermitente. Nos pacientes com dor forte (BPS 5, ou na persistência de sinais de dor na avaliação da CPOT após o uso de opióceo fraco), está indicado o uso de opióceos fortes, como morfina, endovenosa intermitente ou em infusão contínua. O opióceos fracos ou fortes deverão ser administrados em associação aos analgésicos comuns.

Pacientes em ventilação mecânica incapazes de se comunicar (em que pode-se avaliar comportamento: sem uso de bloqueador neuromuscular, sem sedação profunda) e com droga vasopressora e/ou hipotensão arterial.

Deverão ser utilizadas as escalas BPS ou CPOT para titulação dos analgésicos.

- Recomendação: Na ocorrência de dor moderada (BPS 3 ou CPOT>3) poderão ser utilizados opióceos fracos, como codeína ou tramadol endovenoso intermitente.

Nos pacientes com dor forte (BPS 5, ou na persistência de sinais de dor na avaliação da CPOT após o uso de opióceo fraco), está indicado o uso de opióceos fortes, como fentanil endovenoso ou análogos (alfentanil, remifentanil) em infusão contínua. O opióceos fracos ou fortes deverão ser administrados em associação aos analgésicos comuns.

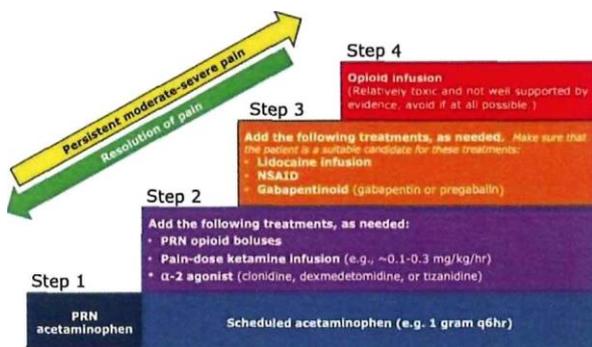
Na impossibilidade da aplicação das escalas de dor principalmente nos pacientes incapazes de se comunicar ou por falta de recursos humanos deverão ser administrados

preemptivamente inicialmente os opiáceos fracos, na sequência os opiáceos fortes intermitentes e se persistirem sinais de agitação hipertensão, assincronia com o ventilador etc..., administrar opiáceos fortes (morfina ou fentanil e análogos) em infusão contínua, de acordo com os perfis descritos acima.

Pacientes sob ventilação mecânica e sedação profunda, particularmente com bloqueio neuromuscular.

Em pacientes com necessidade de sedação profunda, principalmente com uso de bloqueador neuromuscular (BNM), nos quais não é possível observar comportamentos se sugere uso preemptivo de analgésicos opiáceos fortes EV contínuos. Como não é possível determinar precisamente a dose com utilização de escalas se sugere utilizar a menor dose efetiva utilizada anteriormente quando quantificação de dor era possível ou utilizar doses baixas a moderadas de opiáceos EV contínuos. O índice bioespectral (BIS) pode ser utilizado como ferramenta na avaliação da sedação nos pacientes em uso de BNM, quando disponível.

O tipo de opiáceo, morfina ou fentanil e análogos, deverá ser escolhido de acordo com a presença ou não de instabilidade hemodinâmica ou outra contraindicação ao uso da morfina. Sempre mantendo os analgésicos comuns



Sempre deverá ser iniciada a menor dose efetiva possível da droga escolhida.

Uso de neurolépticos como adjuvante

Uma das principais causas de agitação na UTI é a ocorrência do delirium. O uso de neuroléptico para controle dos sintomas de delirium, além do uso de analgesia regular, pode reduzir a necessidade de sedativos, reduzir tempo de internação e facilitar o desmame ventilatório.

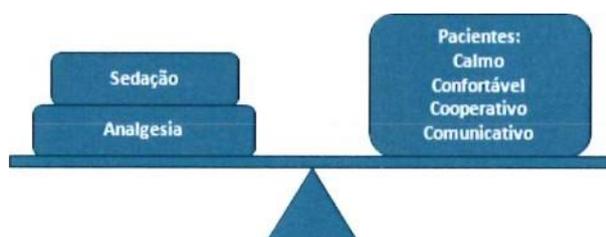
- Recomendação: Monitoramento do delirium diariamente, sempre que possível, através de uma escala validada por exemplo: CAM- ICU ou Intensive Care Delirium- ICDSC) e que terapias

não-farmacológicas de prevenção do delirium sejam estabelecidas precocemente.

Os principais neurolépticos disponíveis no Brasil e estudados no ambiente de terapia intensiva são: ha- loperidol, quetiapina, olanzapina e risperidona.

O haloperidol é o mais utilizado para pacientes críti- cos, porém está associado a maior presença de efeitos extrapiramidais e seu uso prolongado deve ser moni- torado. O seu efeito sedativo inicia- se cerca de 20 mi- nutos após administração, devendo-se respeitar este período de resposta à dose.

O uso de neurolépticos, particularmente por via EV, deve ser realizado com cautela nos pacientes com ris- co de arritmia ou intervalo QT longo ($QTc > 460ms$). Doses elevadas devem ser utilizados com os pacien- tes monitorizados.



A sedação profunda no ambiente de terapia intensiva está associada a aumento do tempo de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação em unidade de terapia intensiva (UTI), internação hospitalar e aumento da mortalidade. Por isso, atualmente, está indicada apenas em casos selecionados. Portan- to a meta é evitar a sedação.

Assim como nas considerações feitas para analgesia deve-se utilizar uma escala para titulação da sedação; a escala recomendada é a escala de RASS - anexo 4.

- Graduação: O alvo para sedação é manter um RASS de -1 a +1.

As indicações de sedação profunda (RASS -4 a -5), para este perfil de pacientes são: Pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) grave ($P/F < 100$) e/ou com necessidade de curarização e/ou posição prona deverão ser sedados com alvo de RASS -4 a -5.

A sedação profunda deverá ser mantida pelo menos até a suspensão do BNM.

Após a suspensão do BNM, a redução da sedação deverá ser realizada conforme a melhora clínica do paciente.

2.1. Principais classes de Sedativos

Dentre as principais classes de sedativos, temos:

- Benzodiazepínicos: indutores do sono, diminuem a ansiedade e o tônus muscular, não produzem analgesia. Apresentam como efeitos adversos a depressão cardiorrespiratória. Inúmeros estudos têm associado sua utilização a risco independente de desenvolvimento de delirium.

A preferência é a utilização de benzodiazepínicos de meia vida mais curta, como o midazolam; mas em cenários de escassez eventualmente só estarão disponíveis os de meia vida mais longa, como o diazepam.

- Barbitúricos: atualmente utilizados somente em situações especiais, como hipertensão intracraniana refratária e estado de mal epiléptico. Apresenta como efeitos adversos a depressão do sistema nervoso central, hipotensão arterial e diminuição da contratilidade miocárdica.

- Propofol: droga de meia-vida curta, largamente utilizada em terapia intensiva. Deve-se ter cautela em infusões superiores a 4 - 5mg/kg/hora, pela possibilidade da síndrome da infusão do propofol, caracterizada, dentre outras coisas, por insuficiência cardíaca, rhabdomiólise e hipercalemia. Por ser um lipídio, deve-se incluir a infusão do propofol no cálculo calórico diário (1mL = 1,1kcal). Pacientes que recebem propofol por tempo superior a 48 horas, devem ter mensuradas enzimas hepáticas e triglicérides.

- Opioides: classe mais utilizada para sedação dentro do ambiente de terapia intensiva, com propriedades analgésicas e sedativas. Dentre os opioides temos diferenças em relação à meia-vida contexto sensitiva, que está diretamente relacionado ao tempo de despertar. Dentre os principais efeitos adversos dos opióides, tem-se a rigidez torácica, náuseas, vômitos e hipotensão arterial.

- Alfa-2-agonistas: na classe dos alfa-2-agonistas, tem ganho destaque na terapia intensiva, a dexmedetomidina, com propriedades sedativas, hipnóticas e analgésicas. Tem como benefício não produzir depressão respiratória. O principal efeito adverso estar relacionado à bradicardia.

Uma droga alternativa para o dexmedetomidina é outro alfa-2-agonista: clonidina.

Sedação para intubação orotraqueal

O procedimento de intubação orotraqueal possui elevado risco de disseminação de gotículas e aerossóis. A indicação precoce e a escolha do sedativo

adequado podem minimizar os riscos ocupacionais e garantir o rápido acesso a via aérea. Recomenda-se o uso da sequência rápida de intubação para todos os pacientes a não ser que haja preditores de intubação difícil.

A técnica associa a utilização de um sedativo de ação rápida a um bloqueador neuromuscular. Existem vários sedativos disponíveis, como principais agentes recomenda-se o uso de: dextrocetamina, etomidato, propofol, midazolam ou fentanil. Para os pacientes instáveis, dar preferência ao uso de dextrocetamina ou etomidato.

O tempo entre a indução do bloqueio neuromuscular e a manipulação da via aérea deve ser monitorado de forma a impedir a rápida queda de saturação e garantir o efeito adequado

da droga, minimizando o risco de tosse. Se necessário ventilação por ambú, recomendamos utilizar o ajuste de máscara com as duas mãos e adaptar filtro entre a máscara e o ambú.

A lidocaína 2% na dose de 1 a 1,5 mg/Kg pode ser utilizada como adjuvante de forma a inibir o reflexo de tosse e atenuar o aumento da resistência nas vias aéreas secundária ao estímulo irritativo do tubo oro- traqueal, principalmente durante a aspiração.

Bloqueadores neuromusculares

Os BNM bloqueiam a transmissão de impulsos na junção neuromuscular, assim paralisando a musculatura esquelética. Bloqueiam a ligação da acetilcolina (Ach) na placamotora, seja por ligar-se aos receptores colinérgicos (bloqueadores despolarizantes) ou por criar inibição competitiva com o receptor de Ach na placa motora. Em UTIs apresentam algumas indicações, que devem ser criteriosamente avaliadas.

Recomendações:

- Falência respiratória necessitando de intubação imediata; bloqueador de meia vida ultra-rápida para intubação, se necessário. (Succinilcolina 2 mg/Kg ou Rocurônio 0,6 a 1,2 mg/Kg);
- Hipoxemia grave e refratária (SDRA grave (P/F < 100); contribui na diminuição do trabalho respiratório e consumo de oxigênio por abolir o tônus muscular;
- Pode apresentar maior benefício nos casos de dissincronia com o ventilador mecânico (VM);
- Tremor no tratamento por hipotermia após parada cardíaca;
- Situações em que movimentos involuntários ou dissincronia com o VM possam ser deletérios:

Tétano ou síndrome neuroléptica maligna

- Hemoptise severa ou sangramentos controlados

Aumento grave da pressão intracraniana Síndrome do compartimento abdominal

- Sempre que possível utilizar escalas de avaliação de dor.
- Sempre administrar analgésicos comuns que são poupadores de opiáceos.
- Sempre preferir administração intermitente de opiáceos.
- Reservar fentamil análogos para os casos instabilidade hemodinâmica ou presença de contra-indicações ao uso de morfina.
- Na presença de agitação psicomotora sempre checar previamente parâmetros vitais e do ventilador, antes de optar por aumento de analgesia, uso de neurolépticos ou sedação; hipoxemia é causa comum de agitação.
- Sempre administrar neurolépticos nos casos de agitação persistente, após afastar a persistência de dor; são poupadores de sedativos.
- Sempre utilizar as menores doses possíveis de analgésicos e sedativos utilizando escalas alvo de sedação e analgesia.

- Lembrar que opiáceos têm efeito sedativo.
- Sedação profunda apenas nas situações citadas anteriormente.
- Tentar evitar o usos de benzodiazepínicos, relacionados ao aumento de delirium, tempo de ventilação mecânica e mortalidade.
- Associação de sedativos para diminuir o usode benzodiazepínicos em doses altas pode ser uma estratégia nos casos de necessidade de doses maiores para atingir o alvo.
- Clonidina é boa opção de sedação.

Anexo I- Escala NRS no protocolo AMIB

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TROCA DE CAL ABSORVEDORA DE CO2

1. Objetivo:

Normatizar a troca da Cal Sodada dos carrinhos de anestesia a fim de garantir a segurança do paciente, evitando que os gases anestésicos não tenham retorno ao paciente.

2. Responsabilidade:

Equipe de anesthesiologistas;

Equipe de enfermagem;

3. Definições:

Cal absorvedora de CO₂: Os circuitos de anestesia em sistema fechado e semi- fechado requerem absorvedores de CO₂. Tais absorvedores reagem com o gás carbônico formando água e calor, que aquecem e umidificam a mistura de gases frescos. Os principais absorvedores utilizados são a cal sodada e a cal de hidróxido de cálcio (também chamada de cal absorvedora).

4. Terminologias:

Não se aplica.

5. Abrangência:

Centro Cirúrgico

6. Materiais e equipamentos:

Compressa Cal Absorvedora de CO₂ nova para reposição;

Saco de lixo químico

7. Descrição do processo:

7.1. As atuais recomendações para troca do absorvedor são:

- 7.1.1. Uso contínuo por mais de 8 h do aparelho de anestesia;
- 7.1.2. Alteração da coloração do absorvedor até a metade inferior do compartimento superior do canister; (ou 2/3 do canister). Tais medidas denotam uma saturação de 75% do absorvedor.
- 7.1.3. Sinais clínicos de retenção de CO₂ (avaliados pelo anestesiológico).
- 7.2. Procedimento para Troca:
 - 7.2.1. Retirar o canister do carrinho de anestesia;
 - 7.2.2. Desprezar a Cal Absorvedora de CO₂ no lixo destinado a químicos;
 - 7.2.3. Encher o canister com a nova Cal Absorvedora de CO₂ e acoplá-lo novamente no carrinho de Anestesia.
 - 7.2.4. Fixar etiqueta de identificação da troca com data e assinatura do responsável pela troca.
 - 7.2.5. Fechar e encaminhar o saco de resíduo químico para o expurgo do centro cirúrgico.

Observação: Recomenda-se ainda, ao menos, 1 troca mensal dos absorvedores, geralmente realizada nas segundas-feiras, evitando a utilização de absorvedores ressecados. Tal ressecamento é mais provável após a inatividade dos aparelhos de anestesia.

ALTA DO PACIENTE DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

1. Objetivo:

Otimizar a alta do paciente e orientar quanto aos cuidados pós-operatórios.

2. Responsabilidade:

Enfermeiro, técnico de enfermagem da Sala de Recuperação Pós-Anestésica-SRPA, Anestesiologista, Circulante da Sala de Cirurgia.

3. Definições:

3.1. Sala de Recuperação pós-anestésica: A sala de Recuperação pós Anestésica (SRPA) que também compõe o Centro Cirúrgico tem como objetivo prestar cuidados da enfermagem ao paciente até a sua alta autorizada pelo anestesista.

3.2. Alta do paciente: A alta do paciente da recuperação pós-anestésica (SRPA) se dá, dentre outros fatores, do retorno à normotermia e de normalização de sinais, definidos em escores definidos pelo serviço, avaliados e alcançados. Após esta estabilização o paciente é encaminhado a unidade de internação de origem.

4. Terminologias:

SRPA - Sala de Recuperação Pós Anestésica.

5. Abrangência:

Clínica Cirúrgica

Transporte de pacientes

SRPA

Centro Cirúrgico

6. Materiais e equipamentos:

6.1. Leito equipado conforme Protocolo de montagem da Unidade de Recuperação Anestésica (SRPA);

6.2. Equipamentos de apoio disponíveis (monitor cardíaco, aspirador, ventilador mecânico, materiais para assistência respiratória de urgência);

6.3. Materiais e medicamentos necessários ao cuidado do paciente na SRPA;

6.4. Prontuário do Paciente;

6.5. Impresso de Sistematização da Assistência de Enfermagem em centro cirúrgico,

6.6. Escala de Aldrete.

7. Descrição do processo:

7.1 Identificar o paciente com a alta da SRPA;

- 7.2 Verificar o prontuário do paciente, checando se todos os impressos do centro cirúrgico foram preenchidos adequadamente e se a alta foi assinada pelo anestesiológico, caso contrário;
- 7.3 Desprezar e anotar no prontuário os débitos de drenos e sondas;
- 7.4 Registrar a alta do paciente e o destino do mesmo no prontuário eletrônico;
- 7.5 Identificar material a ser encaminhado para histopatológico juntamente com requisição médica, conforme protocolo estabelecido.
- 7.6 Acompanhar o paciente na recepção e encaminhá-lo a sala determinada.

AMENORRÉIA

Amenorreia é a ausência ou suspensão anormal da menstruação em mulheres em idade reprodutiva. É dividida em primária e secundária, definidas como amenorreia antes ou após a menarca, respectivamente.

Classificação e estatística internacional e problemas relacionados à saúde – CID 10

Quem deve ser avaliada para amenorreia primária:

- Adolescentes que não tiveram menarca até os 15 anos;
- Adolescentes que não tiveram menarca após 3 anos do surgimento da telarca;
- Adolescentes que não tiveram menarca até 13 anos e não apresentam desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.
- Adolescentes que não tiveram menarca até os 14 anos e:
 - Há suspeita de desordem alimentar ou excesso de atividade física;
 - Há sinais de hirsutismo;
 - Há suspeita de obstrução genital.

As causas mais comuns são disgenesia gonadal(50%), hipogonadismo hipogonadotrófico (20%), ausência de útero ou vagina (15%), hímen imperfurado (5%) e doença hipofisária (5%).

Os aspectos mais importantes a serem avaliados são:

- Presença ou ausência de caracteres sexuais secundários, principalmente o desenvolvimento de mamas (telarca), presença uterina e níveis de gonadotrofinas.
- Ausência de telarca: conclui-se que a paciente não tem ação estrogênica ovariana, e faz-se o diagnóstico diferencial entre atraso funcional do desenvolvimento (FSH normal ou baixo) e disgenesia gonadal (FSH elevado);
- Presença de telarca: existe ação estrogênica ovariana; o próximo passo é avaliar se existe útero e vagina;
- Presença de telarca, ausência de útero e vagina, ou vagina curta os prováveis diagnósticos são agenesia Mulleriana e insensibilidade androgênica. Deve ser realizado o cariótipo; caso seja normal (46XX), estamos diante da síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser; se cariótipo 46 XY, trata-se de insensibilidade androgênica;
- Presença de telarca, útero e vagina: má formação do trato útero vaginal, como ausência de colo, septo transversal de vagina ou hímen imperfurado. Nestes casos haverá hematométrio com ou sem hematocolpo.

Amenorreia secundária – investigação:

Entre as principais causas têm-se: anovulação (40%), disfunção hipotalâmica (35%), disfunção hipofisária (20%) e patologias uterinas (5%). Anamnese e exame físico:

- Orientar possíveis etiologias, como: relato de vida sexual ativa sem uso de contraceptivos; presença de sintomas de deficiência estrogênica (fogachos, ressecamento vaginal, diminuição da libido, alterações do sono); sinais de hiperandrogenismo (acne, alopecia, hirsutismo); histórico de procedimentos como curetagem uterina; distúrbios da dieta; práticas de atividades físicas extenuantes; uso de medicamentos (contraceptivos, andrógenos ou drogas que possam cursar com aumento da prolactina); avaliação do índice de Massa Corpórea (IMC);

- Realizar teste da progesterona: pode ser realizado concomitantemente aos exames; verifica a permeabilidade do trato genital e a presença de estrogênio. É oferecido o acetato de medroxiprogesterona 10mg/dia, por 5 a 10 dias.

Teste positivo: Caso ocorra sangramento de privação, podendo-se concluir que:

- O trato genital é patente;
- O ovário é funcionante, pois o endométrio prolifera em resposta ao estrogênio secretado ($E_2 > 40\text{pg/mL}$);
- O eixo hipófise-hipotálamo-ovariano atua adequadamente;
- O diagnóstico da amenorréia é anovulação.

- Teste negativo: Caso não ocorra o sangramento de privação, e pode ocorrer por alguns motivos:

- Gravidez;

Obstrução no trato genital ou sinéquia uterina;

Teste estrogênio somado a progesterona:

- Realizar após um teste de progesterona negativo e já excluídas gravidezes. Pode-se realizar com a intenção de determinar se o fluxo menstrual é ausente por falha dos órgãos alvo ou por ausência de proliferação endometrial induzida por estrogênio. Administram-se estrogênios conjugados 1,25mg/dia ou estradiol 2mg/dia por 21 dias, com adição de medroxiprogesterona 10mg/ dia nos últimos 5 dias.

2. Diagnóstico Clínico e/ou laboratorial

2.1. Exames laboratoriais

- BhCG: Descartar gravidez causa mais comum de amenorreia.
- FSH (excluir falência ovariana):

Se FSH elevado: indica hipogonadismo hipergonadotrófico, ou seja, falência ovariana precoce. Deve-se considerar a realização de cariótipo nas pacientes com menos de 30 anos, além de buscar causas auto-imunes.

Se FSH baixo ou normal: indica hipogonadismo hipogonadotrófico, ou seja, causa central. Quando se suspeita de causa central o teste da progesterona é uma boa conduta, e neste caso ele é negativo. Passamos então para o próximo passo, que é o teste estrogênio somado a progesterona e a realização de exames de imagem do SNC, para excluir lesões orgânicas no crânio que possam causar disfunção no hipotálamo ou hipófise.

- Prolactina (excluir hiperprolactinemia):

Se Prolactina elevada: recomenda-se sempre repetir a dosagem de prolactina caso venha alterada, pois ela pode estar transitoriamente elevada devido a estresse, alimentação e atividade física. Solicitar macroprolactina, função renal e hepática, investigar gravidez e uso de medicamentos relacionados. Seguir abordagem apropriada para hiperprolactinemia.

- TSH (excluir doenças tireoidianas):

Se TSH aumentado ou diminuído: seguir abordagem e tratamento para tireoidopatias. Caso haja sinais de hiperandrogenismo, solicitar SDHEA (excluir hiperplasia adrenal) e testosterona.

3. Manejo

- Causas disfuncionais (desordens alimentares, excesso de exercícios físicos, estresse psicogênico), deficiência isolada de gonadotrofinas (síndrome de Kallmann) e tumores são frequentemente associados a amenorréia hipotalâmica. Os mecanismos fisiopatológicos não são claros;
- A anorexia nervosa é mais comum em adolescentes entre 15-19 anos, e neste caso a amenorréia deve-se a um distúrbio na regulação dos neurotransmissores na liberação pulsátil de GnRH. Consequentemente, os níveis de FSH, LH e estradiol são baixos. A reabilitação nutricional e a restauração do peso são associadas a retorno dos ciclos em cerca de 70% das pacientes após um ano de tratamento, e em 95% após dois anos;
- A amenorréia induzida por excesso de exercícios físicos geralmente resulta da liberação de endorfinas e supressão dos pulsos de GnRH, levando a um quadro de hipoestrogenismo secundário;
- O estresse psicogênico promove uma resposta adaptativa que envolve a ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, com aumento do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) e estimulação do sistema nervoso simpático. A secreção de CRH é responsável pela atividade opióide endógena central, inibindo a liberação de GnRH pelo hipotálamo;

- A síndrome de Kallmann consiste em uma associação de hipogonadismo hipogonadotrófico e anosmia. Os neurônios olfatórios e os de GnRH possuem a mesma origem, no placóide olfatório. No período embrionário os neurônios de GnRH migram desta região até a área pré-óptica do hipotálamo. Nesta síndrome ocorre um defeito de migração destes neurônios, e as meninas que apresentam esse defeito só serão identificadas na adolescência, quando apresentarem falha no desenvolvimento sexual secundário e amenorréia primária;
- Ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser solicitada para excluir doenças orgânicas no SNC, hipotálamo e hipófise. Estas mulheres são mais susceptíveis a perda óssea, a menos que a causa primária possa ser tratada, com terapia cíclica de estrogênio- progesterona. Se for desejada gravidez, é importante uma boa nutrição. A indução da ovulação com citrato de clomifeno ou gonadotrofinas exógenas pode ser oferecida.

Causas hipofisárias:

Hiperprolactinemia: Aproximadamente 10- 40% das mulheres com hiperprolactinemia apresentam amenorréia. Seu efeito é sobre a pulsatilidade de GnRHe, conseqüentemente, ocorre supressão das gonadotrofinas e diminuição dos níveis de estrogênio. Existem várias causas de hiperprolactinemia: fisiológicas (gravidez e lactação); uso de algumas medicações (anti-heméticos, anti- hipertensivos, antidepressivos tricíclicos); endocrinopatias(hipotireoidismo primário e SOP) e tumores hipofisários;

- Prolactinomas: São tumores da hipófise anterior, tipicamente classificados em microadenomas (< 10mm) ou macroadenomas (> 10mm). Os adenomas são a causa mais comum de disfunção hipofisária anterior, e estão presentes em 50-60% das mulheres com hiperprolactinemia. Resultam em uma deficiência de estrogênio, resultado da inibição da pulsatilidade do GnRH e subseqüente diminuição da liberação de FSH e LH. A baixa relação entre os níveis de prolactina e a presença de tumor indica que RNM deve ser solicitada sempre que os níveis forem persistentemente elevados. Na ausência de outra condição orgânica, os agonistas da dopamina (cabergolina; bromoergocriptina) são o tratamento de escolha da hiperprolactinemia, com ou sem tumor.

Causas ovarianas:

- **Disgenesia gonadal:** Condição em que ocorre um desenvolvimento anormal da gônada. Os níveis de estrogênio são baixos e os de FSH e LH são elevados. A forma mais comum é a Síndrome de Turner (45, X cariótipo), mas podem existir outras formas, como a disgenesia gonadal pura (cariótipo normal - 46,XX) e a Síndrome de Swyer (disgenesia gonadal - XY). indivíduos geneticamente XY com falência gonadal terão genitália feminina devido à inibição do fator inibidor Mulleriano, e não será produzida testosterona. Os tumores gonadais ocorrem em 25% das mulheres com cromossomos Y. Estas gônadas não secretam hormônios e devem ser removidas ao tempo do diagnóstico;

- **Falência ovariana precoce (FOP):** Caracterizada por amenorréia, hipostrogenismo persistente e níveis elevados de FSH antes dos 40 anos. É uma condição que afeta 1 - 5% das mulheres. Mulheres abaixo dos 30 anos devem ser investigadas com cariótipo para descartar translocações cromossômicas, deleções ou presença de cromossomo Y, o qual está associado a aumento no risco de tumores gonadais. Cerca de 40% das mulheres com FOP apresentam anormalidade autoimune (ooforite autoimune), mais comumente tireoidite autoimune. Não é indicada biópsia ovariana na prática clínica, mas como pode ser componente de uma síndrome poliglandular, pacientes devem ser avaliadas para outras anormalidades com TSH, autoanticorpos tireoidianos, glicemia de jejum e eletrólitos. Algumas causas como as iatrogênicas (quimioterapia e/ou radioterapia para doenças malignas), têm potencial para recuperação;
- Pacientes com falência ovariana devem ser tratadas com estrogênio e progesterona para promover e manter os caracteres sexuais secundários, e reduzir o risco de osteoporose. Em adolescentes o objetivo é estimular o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários com baixas doses de estrogênio, evitando progesterona até o desenvolvimento completo das mamas. Raramente mulheres com falência ovariana podem apresentar ovulação espontânea de algum folículo remanescente, e a concepção é possível.

Causas uterinas/defeitos anatômicos

- **Agenesia Mulleriana:** Malformação congênita do trato genital, resultando em ausência de vagina e útero, com ovários normais. Malformações renais e esqueléticas podem estar presentes. A Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser é a segunda causa mais comum de amenorréia primária, com uma prevalência estimada em 1: 4.000 nascidos vivos do sexo feminino. Estas pacientes apresentam desenvolvimento normal dos caracteres sexuais secundários e função ovariana normal, mas com amenorréia primária. A etiologia da agenesia Mulleriana é desconhecida, mas acredita-se que seja resultado de uma ativação do hormônio Anti-Mulleriano (AMH) através de mutação genética;
- **Insensibilidade androgênica:** Tem uma incidência de 1: 20.000 - 1: 99.000, e é devida a uma herança recessiva ligada ao X. Os níveis de testosterona são normais, e deve-se mais comumente a um defeito completo na ligação dos androgênios aos seus receptores. O cariótipo é XY, mas as pacientes apresentam fenótipo feminino. Tipicamente irão ter desenvolvimento mamário normal, pelos pubianos, vagina curta e útero ausente. Os testículos estão presentes, mas são, em geral, criptorquídicos, sem espermatogênese. Geralmente é diagnosticada na adolescência com a amenorréia primária;
- **Síndrome de Asherman:** Sinéquias uterinas. É a causa mais comum de amenorréia secundária por obstrução do fluxo. Consiste na presença de sinéquias intrauterinas, tipicamente resultantes de infecções/ endometrite ou de procedimentos de curetagem. Em adição à amenorréia, estas

- pacientes podem apresentar abortamentos recorrentes ou infertilidade. O tratamento consiste da lise de aderências através de videohisteroscopia, associada à estrogenerioterapia para reepitelização endometrial.

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Desordem endócrina que pode afetar 5-10% das mulheres entre 18-25 anos, e caracterizada por hiperandrogenismo, oligo/anovulação e ovários policísticos ao ultrassom. A causa da SOP não é bem esclarecida, mas parece ser uma combinação de defeitos na resistência insulínica e hipersensibilidade ovariana adrenal. A hiperinsulinemia estimula o aumento da produção androgênica, ativando os receptores de insulina ovarianos e IGF-1.

Os altos níveis de insulina ainda reduzem os níveis circulantes de SHBG, aumentando a testosterona livre circulante. As consequências a longo-termo incluem dislipidemia, intolerância à glicose e adiposidade central, que aumentam o risco de doença cardiovascular. Os achados laboratoriais da SOP podem ser: testosterona livre aumentado (); testosterona total normal ou diminuída (); SDHEA aumentado (); androstenediona aumentado (); relação LH: FSH aumentado ().

Os níveis aumentados de androgênios são secundários a defeitos na esteroidogênese ovariana e adrenal. O tratamento consiste de contraceptivos orais combinados (progesterona com característica antiandrogênica, como a ciproterona e a drospirenona), podendo-se associar drogas sensibilizadoras da insulina (metformina) e drogas antiandrogênicas (espironolactona, finasterida) dependendo do fenótipo da paciente.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (HAC)

Cerca de 90% dos casos são causados por deficiência da 21 hidroxilase, que catalisa a conversão de progesterona a desoxicorticosterona, de 17OH progesterona a 11 desoxicortisol. Há uma interrupção nessa via, conseqüentemente há acúmulo de 17 OH progesterona e um desvio para a via de androgênios. A secreção de CRH aumenta em resposta à diminuição do cortisol, aumentando o ACTH, que estimula a produção androgênica adrenal.

A forma não clássica de HAC é a mais frequente, ocorrendo em 0,2% da população em geral. Geralmente apresenta-se na infância e é caracterizada por pubarca prematura, e na adolescência por hirsutismo e amenorréia. O quadro pode ser revertido com tratamento adequado do excesso de androgênio adrenal. As duas outras causas menos frequentes de HAC são deficiência da 11-hidroxilase e 3B hidroxisteróide.

CÂNCER DO COLO UTERINO

O câncer de colo uterino é o terceiro tumor maligno mais frequente no sexo feminino no Brasil, perdendo em prevalência apenas para o câncer de mama e colorretal. Apesar dos avanços na saúde pública brasileira para detecção precoce através do exame preventivo (Papanicolaou), é responsável pela quarta causa de morte em mulheres por câncer no Brasil.

A infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) de alto risco persistente está associada ao câncer de colo uterino, por resposta imune do hospedeiro inadequada e interferência no ciclo celular. A prevenção do câncer primária (vacinação contra o HPV) ou secundária (rastreamento/tratamento de lesões pré-cancerosas) é a melhor estratégia. Quando diagnosticado em estágios precoce, o câncer de colo é curável na quase totalidade dos casos.

Epidemiologia

1.1. Tipos histológicos

80% dos tumores são do tipo escamoso e 20% são adenocarcinomas.

1.2. Sintomas

Nos estágios iniciais, o tumor costuma ser assintomático, podendo haver, entretanto, queixa de corrimento aquoso, sinusorragia ou sangramento intermenstrual.

1.3. Exames de avaliação

- Diagnóstico: anamnese e Exame físico geral e ginecológico;
- Citopatologia: o diagnóstico precoce pode ser suspeitado em até 90% dos casos;
- Colposcopia: realizada em caso de exame citopatológico anormais ou achados anormais em exame físico;
- Biópsia: deve ser feita ao julgamento do colposcopista;
- Conização: permite diagnóstico definitivo de lesão pré-invasiva ou de microinvasão;

Estadiamento:

O câncer de colo uterino espalha-se por extensão direta ao paramétrio, vagina, útero e órgãos adjacentes, bexiga e reto. Dissemina-se também ao longo dos vasos linfáticos para os linfonodos pélvicos e para-

-aórticos. Metástases a distância para os pulmões, fígado e esqueleto são tardias e normalmente por via hematogênica.

A partir de 2018, o estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para câncer cervical, que até então baseava-se principalmente no exame clínico, passou a considerar exame de imagem e histopatológico (quando disponíveis).

O exame clínico inclui o exame físico ginecológico: exame especular, toque vaginal e retal.

A avaliação por imagem pode ser usada sempre que os recursos permitirem. Os exames auxiliares no estadiamento são: Ressonância Magnética, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Tomografia de Emis- são de Positrões (PET) e Raio X de tórax. Tais exames fornecem informação sobre o tamanho tumoral, acometimento linfonodal, propagação local ou metástase à distância.

Não existe necessidade de investigação laboratorial. Bexiga e reto devem ser avaliados por cistoscopia e retossigmoidoscopia em pacientes sintomáticas. Cistoscopia também é recomendada nos casos de crescimento endocervical em forma de barril e em acometimento da parede vaginal anterior. A suspeita de envolvimento vesical ou retal deve ser confirmada por biópsia.

Tratamento:

O tratamento do câncer cervical é primariamente por cirurgia ou radioterapia. A cirurgia é adequada para os estágios iniciais, em que a conização cervical, a histerectomia simples total ou a histerectomia radical podem ser selecionadas de acordo com o estágio da doença e a extensão da disseminação do câncer cervical. A quimioterapia é um adjuvante em estágios avançados.

O tratamento cirúrgico nos estágios iniciais (IA1, IA2) também é definido com base no desejo de preservação da fertilidade.

Após completar a prole, oferecer histerectomia simples se sinais de infecção persistente por HPV, citologias anormais ou desejo da paciente.

Margens:

- Se margens negativas e inoperável observação;
- Se margens negativas e operável - realizar histerectomia simples extra-fascial;
- Se margens positivas:
- Para neoplasia intraepitelial de alto grau: realizar histerectomia simples extra- fascial;
- Para carcinoma: histerectomia radical modificada + dissecação de linfonodos pélvicos (considerar mapeamento de linfonodo sentinela) OU repetir conização para melhor avaliar a profundidade da lesão.

Ressecção cirúrgica:

Conduta no achado incidental de câncer de colo após histerectomia simples:

- la 1 sem invasão do espaço linfovascular: acompanhamento
- la1 com invasão do espaço linfovascular : anamnese e exame físico; hemograma, função hepática renal.
- Exames de imagem (Radiografia de tórax, tomografia de tórax, abdome e pelve e/ou PET/CT, ressonância de pelve) opcionais se estágios \leq lb1.
- Se margens negativas e imagens negativas reoperar (completar parametrectomia, vaginectomia de 1/5 superior, linfadenectomia pélvica com ou sem amostragem de linfonodo paraórtico) OU quimioterapia a base de cisplatina associada a radioterapia pélvica externa e braquiterapia;
- Se margem positiva, imagem positiva ou doença residual grosseira: Radioterapia pélvica somado a quimioterapia.

ACOMPANHAMENTO:

- Anamnese e exame físico a cada 3-6 meses por 2 anos, seguido de a cada 6 -12 meses por 3 a 5 anos, depois anualmente com base no risco de recorrência da doença da paciente;
- Citologia cervical/vaginal anualmente;
- Diagnóstico por imagem (radiografia torácica, TC, PET-TC, RNM) se suspeita de recidiva (por sintomas ou alterações ao exame físico)
- Avaliação laboratorial (hemograma, uréia, creatinina)se suspeita derecidiva (por sintomas ou alterações ao exame físico);
- Educação da paciente sobre os sintomas de possível recorrência, estilo de vida, obesidade, exercício e aconselhamento nutricional;
- Educação da paciente em relação à saúde sexual, uso de dilatador vaginal e lubrificantes/ hidratantes vaginais (ex. creme de estrogênios);
- Se tratamento preservando fertilidade, no estágio I, considerar RMdepelve com contraste ó meses após o procedimento e anual por 2 a 3 anos.

CÂNCER COLORETAL

No Brasil segundo câncer mais frequente entre as mulheres. Uma pessoa em 20 terá câncer de intestino durante sua vida e 90% dos casos são diagnosticados em pessoas a partir dos 50 anos. Rastreamento pode ser feito com pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) anual com retossigmoidoscopia a cada 5 anos ou colonoscopia a cada 5 anos. Enema opaco pode ser usado a cada cinco anos também como rastreio, porém, é bem menos utilizado.

Rastreio para Diabetes Mellitus:

O rastreamento deve ser feito em todo adulto acima de 45 anos. Se rastreio normal realizar novo teste em 3 anos e mais frequente quando pacientes em alto risco para Diabetes Mellitus (DM) como adulto em sobrepeso e fator de risco adicional como sedentarismo, familiar de primeiro grau com DM, mulher com diabetes gestacional prévio ou histórico de macrossomias, mulher com SOP entre outros. Rastreamento é feito com glicemia de jejum. Os exames que podem ser usados para diagnóstico são glicemia de jejum, teste de tolerância oral a glicose 75g e/ou hemoglobina glicosilada(HbA1c).

* O jejum é definido como 8h sem ingestão calórica.

"Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

*** Os sintomas clássicos incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.

NOTA: o diagnóstico do DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é processo inflamatório de natureza polimicrobiana que pode comprometer endométrio, tubas uterinas, ovários e/ ou estruturas contíguas. Deve-se à ascensão de microorganismos do trato genital inferior, de forma espontânea ou devido a procedimentos como inserção de dispositivo intrauterino (DIU), biópsia de endométrio e curetagem.

Esta condição pode levar a complicações significativas na saúde reprodutiva da mulher, como gestação ectópica, dor pélvica crônica e infertilidade tubária.

Epidemiologia

Dados dos Estado Unidos (2005) estimam que haja 750.00 casos de DIP anualmente. A incidência exata da doença é desconhecida devido à dificuldade de diagnóstico preciso, baseado em sinais e sintomas. Esse número vem estável desde o início da década de 90, com um gasto de cerca de 1,5 bilhões de dólares a cada ano. Dentre as pacientes acometidas pela doença cerca de 1/3 são menores de 25 anos e 2/3 maiores de 25 anos.

FATORES DE RISCO:

Os fatores de risco para DIP também são encontrados em outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), como por exemplo:

- Faixa etária: adolescentes e adultas jovens;
- IST prévias ou atuais: em portadoras de clamídia, micoplasmas e/ou gonococos no cérvix uterino, a proporção é de um caso de DIP para cada 8 a 10 casos de pacientes com cervicite com algum destes patógenos;
- Ter parceiro sexual portador de uretrite;
- Ter múltiplos parceiros sexuais ou parceiro recente: em mulheres com mais de um parceiro ou cujo parceiro tenha mais de uma parceira, a probabilidade de ocorrer salpingite aumenta de 4 a 6 vezes;
- DIP prévia: pacientes com salpingite prévia tem uma chance aumentada em 23% de desenvolver um novo episódio infeccioso;
- Inserção do DIU, que pode representar um risco 3 a 5 vezes maior para o desenvolvimento de uma DIP se a paciente for portadora de cervicite;

- Manipulação inadequada do trato genital (uso de ducha, instrumentação);
- Baixo nível socioeconômico.

PREVENÇÃO GERAL

- Programas educacionais sobre práticas sexuais seguras, particularmente para aquelas que já tiveram episódio de DIP;
- Contraceptivos orais parecem diminuir o risco de DIP em casos de cervicite;
- Incentivo ao uso de contraceptivos de barreira;
- Avaliação e tratamento dos parceiros;
- Terapêutica precoce quando lesões genitais ou corrimento aparecerem;
- Rastreamento para IST's nos grupos de risco,

Etiologia

A infecção geralmente é polimicrobiana, envolvendo organismos sexualmente transmissíveis. Os agentes etiológicos incluem principalmente *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Entretanto microorganismos que habitam a flora vaginal (anaeróbios, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, Gram negativos entéricos e *Streptococcus agalactiae*) também estão associados à DIP. Os anaeróbios mais comuns incluem espécies de *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* e *Peptococcus*.

Outros agentes como citomegalovírus (CMV), *M. hominis*, *U. urealyticum* e *M. genitalium* podem estar associados em alguns casos. As mulheres diagnosticadas com DIP aguda devem ser pesquisadas para

N. gonorrhoeae e *C. trachomatis*, além de serem rastreadas para infecção por HIV. Como não é possível diferenciá-los clinicamente e é difícil fazer um diagnóstico microbiológico exato, os esquemas de tratamento devem ser eficazes contra esta vasta gama de agentes patogênicos.

Diagnóstico

O diagnóstico da DIP aguda pode ser difícil devido à larga variação nos sinais e sintomas associados a esta condição. Muitas mulheres com DIP têm sintomas leves ou inespecíficos ou são assintomáticas. A demora no diagnóstico e tratamento pode contribuir para sequelas inflamatórias no trato genital superior.

O Valor Preditivo Positivo (VPP) do diagnóstico clínico da DIP aguda depende das características epidemiológicas da população, com maior VPPs nas mulheres jovens com

sexualmente ativas (particularmente adolescentes), mulheres com outras IST's, e naquelas que moram em comunidades com alta taxa de gonorreia ou clamídia. O diagnóstico clínico dos sintomas de DIP tem um VPP para salpingite de 65- 90% comparado com a laparoscopia.

O tratamento presuntivo para DIP poderá ser iniciado em mulheres jovens sexualmente ativas e naquelas com risco para IST com história de dor pélvica ou no interior do abdome, se nenhuma causa para doença diferente de DIP for identificada, e se um ou mais dos critérios clínicos mínimos esteja presente no exame pélvico (CDC, 2015). O manual do Ministério da Saúde (2015) estabelece a necessidade de três critérios maiores mais pelo menos um menor para a confirmação clínica de DIP. Segundo o CDC (2015), essa necessidade dos três critérios maiores antes do início do tratamento pode reduzir a sensibilidade de diagnóstico.

Critérios maiores ou mínimos:

- Dor a mobilização do colo uterino;
- Dor a mobilização/palpação anexial;
- Dor a palpação abdominal/hipogástrio;
- Um ou mais dos critérios adicionais pode ser usado para melhorar especificidade dos critérios clínicos e apoiar o diagnóstico de DIP;
- Temperatura oral acima de 38,3 °C;
- Secreção cervical purulenta ou colo friável;
- Presença abundante de leucócitos na microscopia do fluido vaginal;
- Taxa elevada de sedimentação de eritrócitos;
- Proteína C reativa ou velocidade de sedimentação globular elevada;
- Comprovação laboratorial de infecção por gonococo ou clamídia.

Os diagnósticos mais específicos para diagnóstico de DIP incluem:

- Biopsia endometrial com histopatológico evidenciando endometrite;
- Achados laparoscópicos consistentes com DIP;
- Ultrassonografia transvaginal ou ressonância magnética evidenciando complexo tubo-ovariano ou doppler sugestivo de infecção pélvica;

- A laparoscopia pode ser usada para obter uma maior acurácia no diagnóstico de salpingite e um diagnóstico bacteriológico mais completo. Entretanto, o uso desta ferramenta não é facilmente justificável quando os sintomas são suaves ou vagos. Além disso, a laparoscopia não detecta endometrite e pode não detectar uma inflamação sutil na trompa. Consequentemente, o diagnóstico de DIP aguda é baseado em achados clínicos inespecíficos.

Exames Complementares:

O diagnóstico de DIP é incorreto em até 1/3 das mulheres que o recebem. A laparoscopia é o padrão ouro, mas é impraticável como procedimento de rotina. Dentre os exames complementares utilizados na investigação, podemos citar:

- Hemograma (leucocitose com desvio à esquerda);
- Proteína C reativa ou VHS, urina tipo I e cultura, teste de gravidez e ultrassonografia (suspeitando de abscesso tubo-ovariano);
- Radiografia simples do abdome (diagnóstico diferencial do abdome agudo cirúrgico);
- Bacterioscopia (culturas para germes aeróbios e anaeróbios, pesquisa de clamídia por PCR, pesquisa de gonococo, ureaplasma e micoplasma utilizando de cultura ou PCR. Estes recursos podem ser utilizados no intuito de demonstrar a presença de agentes em material obtido da endocérnix, do fundo de saco de Douglas ou das tubas e peritônio);
- Sorologias para HIV, sífilis e hepatites.

Diagnóstico Diferencial:

O diagnóstico diferencial da DIP deverá ser feito com todas as condições clínicas e cirúrgicas que poderão causar abdome agudo, tais como:

- Apendicite;
- Gravidez ectópica;
- Torção ovariana;
- Cisto ovariano hemorrágico ou roto;
- Endometriose;
- Infecção ou litíase do trato urinário;
- Síndrome do intestino irritável.

Tratamento e avaliação inicial:

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite, e que não estejam incluídas nos critérios para tratamento hospitalar. Em mulheres com DIP leve ou moderada, regimes parenteral ou oral parecem ter eficácia similar.

Critérios para internação e antibioticoterapia endo- venosa:

- Risco de emergências cirúrgicas;
- Dor severa, náuseas e vômitos ou febre alta;
- Abscesso tubo-ovariano;
- Resposta inadequada ou incapacidade de seguir ao tratamento ambulatorial;
- Gravidez.

Mulheres que não responderam à terapia ambulatorial em 72 horas poderão reavaliar a confirmação do diagnóstico e poderá ser feita a terapêutica EV. A melhor escolha da cefalosporina para este regime não é clara, embora cefoxitina tenha melhor cobertura para anaeróbios e a ceftriaxona tenha melhor cobertura para *N. gonorrhoeae*.

Ensaio clínico têm demonstrado que dose única de cefoxitina é efetiva em obter resposta clínica a curto prazo em pacientes com DIP. Entretanto, as limitações teóricas na cobertura da cefoxitina para anaeróbios devem requerer a adição do metronidazol no regime terapêutico. Metronidazol é também efetivo contra BV, frequentemente associado à DIP. Azitromicina em um estudo à curto prazo demonstrou eficácia com 1 g/ lx por semana durante 2 semanas em associação com ceftriaxona 250 mg IM dose única. Quando considerada essa alternativa, pode-se associar metronidazol para cobertura anaeróbica.

Tratamento endovenoso hospitalar:

Se não houver melhora clínica em até 72 horas após o tratamento ambulatorial, hospitalização, avaliação do esquema de antibiótico e diagnóstico diferenciais (incluindo considerar a laparoscopia como alternativa diagnóstica) são recomendados. Vários estudos randomizados têm demonstrado a eficácia do tratamento parenteral. Em mulheres com abscesso tubo-ovariano, pelo menos 24 de internação é recomendada.

Quando se usa o regime com cefotetan ou cefoxitina, a terapia oral com doxiciclina 100mg 2x/dia pode ser iniciada 24-48h após melhora clínica até completar 14 dias de terapia. Para o regime com Clindamicina/Gentamicina, a terapia oral com clindamicina (450mg 4x/dia) ou doxiciclina (100mg 2x/dia) pode ser feito até completar 14 dias de terapia.

Seguimento de parceiros:

Homens que tenham tido contato com mulheres com DIP nos 60 dias que precederam o início dos sintomas devem ser avaliados, e presumidamente tratados para clamídia e gonorreia. Se o último contato sexual for há mais de 60 dias antes do início dos sintomas, o parceiro mais recente deve ser tratado.

Gestantes:

Mulheres grávidas com diagnóstico de DIP tem alto risco de morbidade materna e trabalho de parto prematuro. Estas mulheres devem ser hospitalizadas e tratadas com antibioticoterapia endovenosa.

ENDOMETRIOSE

Diagnóstico e Tratamento Clínico

Introdução:

A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial (glândula endometrial e estroma) fora do útero, o que induz uma reação crônica, inamatória. Enquanto algumas mulheres com endometriose podem experimentar sintomas dolorosos e /ou infertilidade, outras são assintomáticas. A prevalência exata da endometriose é desconhecida, mas as estimativas variam de 2 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, e 50% nas mulheres inférteis. O custo anual para a admissão hospitalar é estimado, na Europa, em torno de 54 milhões de euros. No Brasil esses dados são incertos. Há um atraso do diagnóstico em torno de 7 a 10 anos, e alguns estudos mostram que a endometriose, principalmente a profunda, inicia-se na adolescência.

A causa exata da endometriose continua a ser desconhecida. Nenhuma teoria pode explicar a variedade de apresentações clínicas da endometriose e, provavelmente, a etiologia é multifatorial. Várias características individuais (história familiar de endometriose, menarca precoce e exposição à circulação de hormônios esteroides, índice de massa corporal durante a infância tardia e início da adolescência), características do estilo de vida e fatores ambientais estão provavelmente relacionados com o desenvolvimento da endometriose. Uma história familiar positiva pode ser associada à endometriose, mas não está claro se esta associação pode ser explicada por mecanismos genéticos, elementos ambientais ou apenas uma maior consciência global.

Existem várias teorias sobre a origem da endometriose, que podem ser genericamente categorizadas entre as que propõem que os implantes se originam do endométrio tópico e as que propõem que os implantes surgem de outros tecidos que não o útero. As teorias que sugerem origem extrauterina têm suporte na confirmação histológica de endometriose em pacientes sem endométrio menstrual, como indivíduos com Síndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser ou homens.

Entre as teorias propondo uma origem não uterina para a doença, a metaplasia celômica envolve a transformação de tecido peritoneal normal em tecido endometrial ectópico. Os agentes responsáveis por essa transformação permanecem indefinidos. Acredita-se que estímulos endógenos, como hormonais ou imunológicos, promovam a diferenciação de células da linhagem peritoneal em células endometriais. A teoria dos restos embriológicos Mullerianos propõe que células residuais mantenham a capacidade de se desenvolver em lesões endometrióticas sob a influência de estrogênio. Uma teoria mais recente sugere que células tronco extrauterinas originadas na medula óssea podem se diferenciar em tecido endometrial. A teoria da metástase benigna diz que os implantes endometriais ectópicos são resultado de disseminação linfática ou hematogênica de células endometriais. A evidência mais forte a favor dessa teoria vem da confirmação histológica de lesões endometrióticas em sítios distantes do útero, como osso, pulmão e cérebro.

A teoria da menstruação retrógrada, proposta por Sampson em 1920, afirma que endométrio tóxico é levado através das trompas de Falópio até a cavidade peritoneal durante a menstruação, é a mais aceita atualmente, juntamente com o processo inflamatório local e estresse oxidativo provocado. Sangue menstrual pode ser encontrado no fluido peritoneal de até 90% das mulheres saudáveis submetidas à laparoscopia no período perimenstrual, mas apenas uma parcela desenvolve endometriose. Outros passos são necessários para o desenvolvimento dos implantes, como escape do sistema imunológico, ligação ao epitélio peritoneal, invasão do epitélio, estabelecimento da neurovascularização local e crescimento e sobrevivência contínuos. Investigações sobre a fisiologia da endometriose revelaram diversas características moleculares, como predisposição genética, dependência de estrogênio, resistência à progesterona e inflamação e o estresse oxidativo. Essa tem se tornado a teoria dominante para doença peritoneal, à medida que surgem evidências de que apoptose é impedida em mulheres com endometriose enquanto invasividade e propriedades neuroangiogênicas são incrementadas.

O conceito da endometriose como uma doença dependente de estrogênio tem boas evidências moleculares. Há aumento da expressão da enzima aromatase, havendo aumento da biodisponibilidade local de estradiol. Também há evidência crescente de um perfil de resistência a progesterona, havendo redução da expressão de receptores de progesterona.

Classificação:

Dependendo do local dos implantes endometriais, três tipos clínico-patológicos de endometriose podem ser distinguidos, geralmente intrinsecamente ligados:

- Endometriose peritoneal superficial;
- Endometriose de ovário (lesões císticas conhecidas como endometriomas);
- Endometriose profunda, sendo os locais extrapélvicos (abdominais, pleural) menos comuns. Há duas definições não consensuais de endometriose pélvica profunda: implantes subperitoneal penetrando por mais de 5 mm sob o peritônio ou infiltração dois ligamentos útero-sacros e/ou camada muscular dos órgãos pélvicos adjacentes.

Diagnóstico:

A endometriose é caracterizada geralmente por ó grupos de sintomas a serem investigados:

- Dismenorreia, que pode ser primária ou secundária, progressiva ou não, mas forte o suficiente para limitação da qualidade de vida e isolamento social e absenteísmo;
- Dor pélvica crônica não cíclica, importante correlacionar com causas multifatoriais da dor pélvica crônica, como a Síndrome da Bexiga dolorosa e síndrome miofascial;

- Dispareunia, principalmente relacionada à profundidade e determinadas posições durante o ato sexual, quando superficial pensar em outras causas associadas como contratura do assoalho pélvico e vulvodínea;
- Sintomas urinários no período menstrual, como urgência, aumento da frequência urinária, disúria e, raramente, hematúria, simulando infecções do trato urinário baixo;
- Sintomas intestinais durante o período menstrual, como constipação, tenesmo, diarreia e disquezia;
- Infertilidade, em sua maioria primária.

É importante salientar que deve fazer parte de qualquer anamnese ginecológica o questionamento mínimo sobre dismenorreia e dispareunia. Para facilitar a classificação desses sintomas pode-se usar a escala visual da dor. Se acima de 7 provavelmente se trata de endometriose e deve-se prosseguir com investigação e tratamento clínico, além de acompanhamento com imagem.

É importante indagar alguns questionamentos sobre qualidade de vida como: se há necessidade de faltar trabalho ou evento social na vigência da dor, se há necessidade de uso corriqueiro de medicações analgésicas e necessidade de ir ao pronto-atendimento. Isso é importante para evitar o atraso diagnóstico (que por vezes pode ser dado na adolescência) e a progressão da doença. Durante o exame ginecológico, é importante uma abordagem ampla, procurando pontos dolorosos abdominais e pélvicos, assim como o exame neurológico sensitivo dos principais nervos pélvicos que podem ser acometidos pela endometriose profunda.

Além disso é importante observar se há contratura do assoalho pélvico associada, síndrome miofascial e pontos de gatilho, para isso o exame abdominal de palpação e sinal de carnet (pressão de ponto doloroso com exacerbação após dorso flexão do tronco), além de massas pélvicas. No toque vaginal pode ser detectado uma massa na região retovaginal ou retrocervical, espessamento em uterossacos, bloqueio de fundo de saco, mobilidade uterina, dor à palpação de musculatura do assoalho e massas anexiais. O Toque retal é de extrema importância para avaliar presença de massas ou acometimento retal, além da melhor definição dos uterossacos.

Embora essencial, o exame físico tem valor limitado na avaliação da endometriose profunda, devido à limitação da discriminação dos focos que envolvem a vagina, espaço retovaginal ou ligamentos uterossacos e lesões extensas ou em sigmoide, íleo, apêndice e sítios distantes da pelve.

O diagnóstico definitivo da endometriose é feito por confirmação histopatológica. Devido à invasibilidade do diagnóstico histopatológico laparoscópico, outros métodos podem ser empregados para detectar lesões e auxiliar no planejamento pré-operatório e de seguimento das pacientes, como a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e com o uso de protocolo específico para endometriose e a ressonância nuclear magnética. Alguns trabalhos mostram superioridade de detecção de lesão profunda pelos exames de imagem em comparação com a laparoscopia diagnóstica, pois algumas lesões, que visualmente parecem superficiais, escondem lesões profundas maiores e infiltrativas, limitando esse método. Por isso não se deve mais realizar laparoscopia diagnóstica, apenas em falha terapêutica e que os exames de imagem se mostraram

normais, sendo realizado o VER E TRATAR. Colonoscopia, tomografia computadorizada, ultrassonografia endorectal, urografia excretora são exames que devem ser selecionados caso a caso, mas não são usados de rotina.

A ultrassonografia transvaginal é o exame de primeira linha na suspeita de endometriose. Ela permite a detecção de lesões ovarianas, sub-peritoneais anteriores (parede da bexiga e inserção dos ligamentos redondos) e sub-peritoneais posteriores (ligamento uterossacro, fórnice vaginal, fundo de saco de Douglas, reto e junção retossigmoide).

Embora o nível sérico de CA 125 possa estar elevado na endometriose moderada a severa, a sua dosagem não é recomendada como parte da investigação.

Tratamento:

O tratamento clínico da paciente sintomática não é curativo, e a dor recorre após o término do tratamento, sendo utilizado para remissão e controle de sintomas, assim como prevenção do aumento da doença. Pode ser feito com medicações hormonais, como contraceptivos, progestágenos ou agonistas do GnRH, levando em conta as preferências da paciente, efeitos colaterais, eficácia, custo e disponibilidade.

O uso de contraceptivos hormonais combinados deve ser considerado, por reduzir a dispareunia, dismenorreia e dor não menstruais. Deve-se optar pelo uso contínuo (nível de evidência A).

É recomendado o uso de progestágenos (medroxiprogesterona oral ou de depósito, dienogeste, ciproterona, noretisterona, danazol) ou anti-progestágenos (gestrinona). Deve-se levar em consideração o perfil de efeitos colaterais, inclusive irreversíveis (trombose, efeitos androgênicos). O DIU de levonorgestrel também é uma opção na redução da dor pélvica. (nível de evidência A).

Não é recomendado o uso rotineiro de agonistas do GnRH (leuprolide, goserelina), devido o tempo de uso limitado e efeitos colaterais. Reserva-se o tratamento para alguns grupos de pacientes: após cirurgia não curativa, após cirurgia antes de procedimento de reprodução assistida (bloqueio pré-implantação) e próximo à menopausa. Deve-se prescrever terapia hormonal “add-back” para prevenir a perda de massa óssea e efeitos hipoestrogênicos durante o tratamento, sem redução do efeito terapêutico. Analgésicos ou AINES são recomendados, apesar da ausência de evidência científica. Os efeitos colaterais com o uso frequente devem ser discutidos com a paciente. O uso de neuromoduladores como pregabalina, amitriptilina e gabapentina é recomendado para tratamento da dor pélvica crônica concomitante. É importante avaliar a paciente após os primeiros seis meses do início do tratamento clínico para observar se houve resposta com diminuição dos sintomas. Após isso, acompanhar anualmente com exames de imagem para avaliar se há progressão da doença. Quando a paciente tiver desejo de gestar, deve-se interromper a medicação e dar um prazo de 6 meses para gravidez espontânea. Se não houver, deve-se investigar o casal e proceder possivelmente para procedimento cirúrgico se a causa for endometriose.

O tratamento cirúrgico deve ser imediato quando:

- Endometrioma maior que 5 cm (na recorrência o tratamento deve ser conservador);
- Hidronefrose, para desobstrução ureteral e impedir exclusão renal;
- Apêndice, para excluir tumor carcinoide;
- Íleo, pelo risco de obstrução;
- Reto-sigmoide, se estenose maior que 50% da alça;
- Infertilidade em pacientes sintomáticas ou naquelas assintomáticas que não tem acesso à Técnica de reprodução assistida, avaliando reserva ovariana, idade e tipo de doença;
- Refratariedade do tratamento clínico mínimo de 6 meses (se não houver lesão de endometriose deve-se encaminhar para o ambulatório de dor crônica);
- Aumento das lesões, mesmo assintomática e em tratamento clínico.

O acompanhamento das pacientes deve ser anual, e recomenda-se o uso de medicação para bloqueio das menstruações - ACO ou progestágenos, para diminuir a chance de recidiva da doença. A alta do ambulatório deve ser após a menopausa, onde se estabelece o hipoestrogenismo e a diminuição dos sintomas e da necessidade de bloqueio hormonal medicamentoso.

Se a paciente mantiver quadro algico mesmo após a cirurgia deve-se encaminhar para equipe interdisciplinar, com acompanhamento com especialista de dor, fisioterapia, psiquiatria, psicologia e nutricionista, a fim de melhorar qualidade de vida da paciente.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESPORÃO

Incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo mais comum de incontinência urinária em mulheres, sendo responsável por aproximadamente metade dos casos, com a maioria dos estudos reportando prevalência de 10 a 39%. Cerca de 75% das mulheres portadoras de IUE a consideram como um transtorno importante e, nos EUA, aproximadamente 13,6% das pacientes optarão por tratamento cirúrgico.

A IUE é definida como perda involuntária de urina decorrente de atividade física ou esforço como tossir ou espirrar.

Dentre os fatores de risco para tal condição clínica, podemos citar: multiparidade, idade, distopias genitais, obesidade, doenças do colágeno, condições que levam à aumento da pressão abdominal (tabagismo, constipação crônica), hipoestrogenismo e cirurgias pélvicas prévias.

Fisiopatologia:

Atualmente, a teoria mais aceita para explicar a IUE foi desenvolvida por Petros e Ulmsten em 1990, chamada “Teoria integral da incontinência urinária feminina”. Segundo esta teoria, os sintomas decorrentes da IUE seriam secundários, por diferentes razões, à frouxidão da vagina e de seus ligamentos de suporte, resultado da alteração do tecido conectivo.

Sucintamente, dois vetores (F1 e F2) devem ser analisados. O vetor F1 atua na parte distal da vagina e fecha a uretra, ao passo que o vetor F2 age na parte proximal da vagina e fecha o colo vesical. Ele abre o colo vesical quando F1 relaxa. F1 é o vetor de menor intensidade, criado pela contração do músculo pubococcígeo, enquanto F2 é o de maior intensidade, originário das contrações da placa dos levantadores e do músculo longitudinal do ânus (Figura 1).

Para isso, as estruturas que compõem a sustentação da bexiga e uretra devem estar íntegras. Estes são: Os ligamentos pubo-uretrais e uterossacros, a vagina e sua fáscia condensada lateral, o arcotendíneo da fáscia pélvica e os músculos levantadores do ânus e longitudinal do ânus.

Classificação:

Apesar de inúmeras tentativas para classificar a incontinência urinária de esforço, todas as classificações são passíveis de críticas. Pode-se, do ponto de vista prático, classificá-la em dois tipos: IUE por hipermobilidade do colo vesical e IUE por deficiência esfinteriana intrínseca.

Quadro clínico:

A paciente apresenta-se com queixa de perda urinária involuntária durante esforço, como ao tossir, espirrar e ao exercer atividade física. Nos casos mais graves apresenta perda aos mínimos esforços, com necessidade de uso de forros vaginais ou absorventes.

Pode estar relacionada a distopias genitais e a alterações anatômicas. Importante pontuar que medicamentos como os benzodiazepínicos, podem conferir confusão mental e, conseqüentemente, levar a perda urinária. Inibidores da ECA podem levar a tosse crônica, aumento da pressão intra-abdominal e, conseqüentemente, perda urinária de esforço.

Diagnóstico

O aspecto inicial mais importante na avaliação da IUE é a história clínica. A avaliação inicial nem sempre é diagnóstica, mas oferece informações importantes que devem guiar a conduta e solicitação de exames complementares.

Ao exame físico realiza-se o teste de estresse que consiste em aplicar manobras de esforço e observar se ocorre perda urinária uretral sincrônica ao esforço. Nos casos mais graves pode-se observar dermatite ureica vulvar.

Sumário de urina e urocultura devem ser solicitados para afastar infecção do trato urinário que pode evoluir com IU.

Estudo urodinâmico apresenta alterações típicas na incontinência urinária de esforço, com a presença de perda urinária ao esforço, durante aumento da pressão abdominal, na ausência de contrações não inibidas do detrusor.

Ao observarmos o valor da pressão de perda, valores maiores que 90cmH₂O sugerem hiper mobilidade do colo vesical e valores menores que 60cmH₂O, defeito esfinteriano intrínseco. A realização do estudo urodinâmico é recomendada nas pacientes com dúvida diagnóstica, sintomas neurológicos, falha do tratamento inicial, suspeita de dificuldade miccional associada ou que necessitarão de procedimentos invasivos.

Conduta**Tratamento:**

O tratamento da IU pode ser dividido em clínico e cirúrgico. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) recomenda o tratamento conservador como a primeira linha terapêutica. Nestes estão incluídos o tratamento comportamental e a fisioterapia.

Tratamento Conservador:

O tratamento conservador deve ser oferecido para todas as pacientes como tratamento inicial e é particularmente importante nos casos em que as pacientes não desejem tratamento cirúrgico ou que apresentem contraindicação a cirurgia.

Modificações de estilo de vida que levem a perda ponderal importante constituem quesito fundamental do tratamento, uma vez que temos dados na literatura que evidenciam a redução de aproximadamente 50% dos episódios de incontinência com a perda de 5-10% do peso corporal.

Fisioterapia direcionada para melhorar a função muscular pélvica constitui tratamento primário de longa data da IUE. Em 1948, Kegel relatou melhora dos sintomas da incontinência em mulheres que usavam exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Durante meio século subsequente, as instruções para as contrações do músculo pélvico foram complementadas com dispositivos de biofeedback, estimulação elétrica e cones vaginais com peso.

Aproximadamente metade das mulheres com IUE relatam melhora dos sintomas com a realização de fisioterapia para a musculatura do assoalho pélvico, além do treinamento vesical e manejo de fluidos (controle da ingestão de irritantes vesicais, como a cafeína e o álcool). Entretanto, quase metade das pacientes com IUE moderada a grave tratadas inicialmente com terapias conservadoras procurarão um tratamento cirúrgico.

Tratamento cirúrgico

Atualmente, o tratamento cirúrgico padrão-ouro para a IUE é a sustentação da uretra média com tela de polipropileno de dois tipos: sling transobturatório e retropúbico. As duas técnicas apresentam altas taxas de sucesso terapêutico, tanto em variáveis subjetivas (melhora das queixas da paciente) quanto em objetivas.

Resultados do estudo TOMUS e 20 ensaios clínicos adicionais que compararam sling retropúbico com transobturatório foram resumidos na revisão sistemática e metanálise da Society for Gynecologic Surgeons (SGS), incorporando dados de mais de 3000 mulheres. A metanálise favoreceu sling retropúbico para taxas de cura objetiva e subjetiva; no entanto, os achados não foram estatisticamente significativos (OR 1,18; IC 95% 0,95-1,47 e OR 1,17; IC 95% 0,91-1,51).

Sintomas de bexiga hiperativa foram mais comuns após retropúbico, enquanto que as taxas de reoperação não diferiram, tanto para retenção urinária quanto para erosão da malha. Foi observado que dor na virilha ocorre após 0,5% do transobturatório versus 1,5% do retropúbico.

Como possíveis complicações do procedimento, podemos citar dispareunia e dor na região da virilha, mais frequente no sling transobturatório, além de disfunções miccionais pós-cirúrgicas (retenção urinária) e perfuração da bexiga, mais comuns no sling retropúbico. A cistoscopia intra-operatória é obrigatória na realização do sling retropúbico, devido ao risco de lesão vesical, podendo esta ser corrigida imediatamente, sem repercussão a longo prazo.

Assim, damos preferência a escolha de sling retropúbico nas pacientes com incontinência urinária mais grave e nos casos de recidiva e optamos pelo transobturatório nos casos de incontinência urinária mista e com pressões de perda mais elevadas.

Colpossuspensão de Burch foi utilizada por muitos anos como a técnica padrão ouro, com alta taxa de cura, sendo substituída pelos slings de uretra média. Atualmente, utilizamos a colpossuspensão de Burch quando não dispomos de telas ou quando realizamos uma cirurgia abdominal aberta ou laparoscópica em conjunto com o procedimento anti-incontinência urinária.

CÂNCER DE MAMA

Introdução:

Apesar de a maioria das doenças mamárias ser- em benignas, o câncer de mama se destaca pela sua elevada incidência e mortalidade.

O impacto do seu diagnóstico à saúde feminina através dos diversos tratamentos necessários gera um alto custo financeiro para o sistema de saúde, além de grandes transtornos emocionais e psicológicos para as pacientes acometidas.

Epidemiologia e Fatores de risco:

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente nas mulheres, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma. A cada 100 diagnósticos de câncer feminino, 25 são de mama. Em 2017 foram diagnosticados cerca de 2,5 milhões de casos no mundo. No Brasil são esperados cerca de 59 mil casos novos para o ano de 2018.

A incidência da doença vem aumentando mundial- mente em todas as faixas etárias. Acredita-se que isso ocorra devido às mudanças do estilo de vida feminino, fatores reprodutivos, exposição ao stress e, inclusive, aumento da expectativa de vida. Além da melhora dos exames de imagem com o diagnóstico de lesões cada vez menores e assintomáticas.

Quanto à distribuição, sua incidência predomina no Sul e Sudeste (cerca de 70/100.000 habitantes), seguida de Centro-Oeste e Nordeste (35 a 51/100.000 habitantes) e o Norte ocupa a última posição com cerca de 21/100.000 habitantes. Questiona-se essa diferença de incidência devido ao acesso aos sistemas de saúde e a notificação da doença.

Os fatores de risco para o câncer de mama são variar dos. Não é possível identificar uma única causa específica para o surgimento da doença.

Existem fatores que não podem ser modificados como:

- Sexo feminino - são cerca de 100 mulheres para 1 homem;
- Menarca precoce- antes dos 11 anos;
- Menopausa tardia - após 55 anos;
- Fatores de risco genético (20% dos cânceres de mama);
- Envelhecimento- após os 55 anos;
- Raça e cor (branca são mais propensas);
- Tecido mamário denso;
- Radiação anterior das mamas;

- Biópsia mamária anterior alterada - lesões proliferativas e com atipias. Já os fatores de risco modificáveis estão relacionados ao estilo de vida.

- Primeiro filho após os 30 anos;
- Uso prolongado de anticoncepcionais orais combinados;
- Terapia de reposição hormonal (TRH) após a menopausa;
- Consumo de bebidas alcoólicas;
- Sedentarismo, sobrepeso e obesidade.

Rastreamento:

Pacientes com risco habitual:

População geral entre 40 e 69 anos: de acordo com as recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), mulheres entre 40 e 69 anos devem re- alizar mamografia (MMG) anual. Ultrassonografia (USG) pode ser solicitada de maneira individualiza- da, para mulheres com padrão mamográfico denso.

A partir dos 70 anos: solicita-se MMG nas mulheres com expectativa de vida superior a 7 anos e que estiverem em boa saúde.

Risco Intermediário:

Mamas densas (risco de 15 a 20%): MMG anual a partir dos 40a; considerar USG. História pessoal de CA de mama, neoplasia lobular ou hiperplasia ductal atípica: MMG anual a partir da data do diagnóstico; considerar USG e ressonância nuclear magnética (RNM) complementares.

Alto risco:

Mamografia e ressonância magnética (RNM) anuais a partir dos 30 anos ou 10 anos antes da idade em que a parente de 1º grau teve câncer, ou 8 anos após a radioterapia (RT) no tórax (mas não antes dos 30 anos).

Portadoras de mutação BRCA 1 e 2, e suas par- entes de 1º grau. Risco maior ou igual a 20% baseado na história familiar.

Irradiação prévia do tórax entre 10 e 30 anos e portadoras de síndromes genéticas.

Quadro clínico e diagnóstico

O nódulo é considerado uma das queixas mais comuns, sendo responsável por até 60% das consultas com o mastologista, porém 70-75% dos casos são de lesões benignas. A dor mamária ou mastalgia é causa frequente de consulta, porém só está associada ao câncer em 0,8 a 2% dos casos, sendo ela focal, acíclica e persistente em determinado ponto da mama. O fluxo papilar também pode ser suspeito, especialmente se unilateral, espontâneo, uniductal, hemorrágico/ sero-hemorrágico, cristalino, seroaquoso, com tumoração associada, em pacientes idosas ou no sexo masculino.

Frente a um quadro clínico suspeito, deve-se proceder a investigação diagnóstica, com exames de imagem (MMG, USG e/ou RNM, a depender da suspeita). As ferramentas diagnósticas classificam seus laudos de maneira padronizada através Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS), elaborado pelo Colégio Americano de Radiologia. Através da classificação do exame, define-se a existência lesão suspeita, quando se pode fazer apenas acompanhamento clínico ou até quando se faz necessária uma biópsia da lesão.

AVALIAÇÃO	CONDUTA	PROBABILIDADE DE CANCER
Categoria 0: incompleta (requer avaliação por imagem adicional e/ou exames anteriores para comparação)	Reconvocação para aquisição de exames adicionais e/ou comparação com exames anteriores	-
Categoria 1: negativa	Rastreamento de rotina	Nenhuma
Categoria 2: achado benigno	Rastreamento de rotina	Nenhuma
Categoria 3: achado provavelmente benigno	Seguimento em 6 meses (se estável por 2 anos, passar a seguimento anual)	0 a 2%
Categoria 4: achado possivelmente benigno 4a: baixa suspeita 4b: moderada suspeita 4c: alta suspeita	Estudo anatomopatológico (biópsia por agulha ou incisional ou excisional)	2 a 95% de risco de malignidade 4a: 2-10% de risco 4b: 11-50% de risco 4c: 51-94% de risco
Categoria 5: achado altamente suspeito	Estudo anatomopatológico	≥95% de risco de malignidade
Categoria 6: malignidade já comprovada por biópsia	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado	-

Classificação histopatológica e imunohistoquímica

Os carcinomas podem estar confinados ao sistema ductoacinar (in situ), sem invadir o estroma, ou podem ser invasivos, quando as células tumorais invadem os tecidos adjacentes aos ductos mamários e apresentam tendência a metastatizar para linfonodos e órgãos à distância.

Os tumores exibem amplo espectro de fenótipos, com tipos histológicos específicos, que apresentam prognósticos diferentes e, por vezes, características clínicas próprias. O de tipo não especial, ou SOE (sem outra especificação) é o tipo histológico mais comum

- 40 a 75% dos casos. Outros tipos menos comuns são o lobular, tubular, cribriforme, mucinoso, medular, apócrino, metaplásico, entre outros.

Uma vez confirmada a presença de carcinoma da mama, ele pode ser classificado de acordo com seu subtipo molecular através da imunohistoquímica (IHQ) em:

- Luminal: 75% dos casos. Apresentam

receptores de estrógeno (RE) e/ou de progesterona (RP) positivos. O Luminal A é o mais comum (50-60% dos cânceres de mama), possui baixo grau histológico e tem bom prognóstico. O luminal B representa 15- 20% dos casos e tem fenótipo mais agressivo, maior recorrência e menor sobrevida que o luminal A;

- Her 2: ocorre em 15-20% dos cânceres, e a hiperexpressão desse receptor de membrana confere maior agressividade biológica;
- Basal: 8-37% de todos os carcinomas. Tem comportamento agressivo e altas taxas de metástases cerebral e pulmonar. Ele constitui cerca de 20% dos cânceres relacionados à mutação do gene BRCA1. Eles não expressam RE, RP ou Her2, daí a referência ao termo triplo negativo (TN).

SUBTIPO MOLECULAR	PERFIL IMUNOHISTOQUÍMICO
Luminal A	RE e/ou RP+, Her2- e Ki67 <14%
Luminal B	RE e/ou RP+ Her2- e Ki67 ≥14%
Her2	RE e RP + ou -, Her2+, qualquer Ki67
Tripló negativo	RE, RP e Her2 -, qualquer Ki67

O estadiamento (tabela abaixo) serve como ponto de referência, padronização e direcionamento para a definição de prognóstico, progressão da doença, tratamento e abordagem. É utilizado tanto para carcinomas in situ quanto invasivos. Classifica-se então o tumor (T), linfonodos regionais (N) e presença ou não de metástases à distância (M).

Sabe-se que os sítios mais comuns de metástase de CA de mama são fígado, pulmão e osso. Dessa forma, em nosso serviço, solicitamos tomografias de tórax e abdome, além de cintilografia óssea quando há diagnóstico de carcinoma invasor, a fim de realizar o estadiamento radiológico da doença. Tais exames devem ser realizados, preferencialmente, antes do início da terapia sistêmica.

T (Categoria)	T (Critérios)
Tx	Tumor primário não pode ser identificado
T0	Não há evidência de tumor primário
Tis (CDIS)	Carcinoma ductal in situ
T1	Tumor ≤ 2cm de maior dimensão
T1mi	Tumor ≤ 1mm de maior dimensão (microinvasão)
T1a	> 1 mm e ≤ 5mm de maior dimensão
T1b	> 5mm e ≤ 10mm de maior dimensão
T1c	> 10mm e ≤ 20mm de maior dimensão
T2	> 20 e ≤ 50mm de maior extensão
T3	> 50mm de maior dimensão
T4	Qualquer tamanho, com extensão direta para a parede torácica e/ou para a pele. OBS: somente invasão dérmica não caracteriza T4
T4a	Extensão para a parede torácica
T4b	Ulceração e/ou nódulos satélites macroscópicos ipsilaterais e/ou edema (incluindo peau d'orange) da pele, que não preenchem os critérios de carcinoma inflamatório
T4c	T4a + T4b
T4d	Carcinoma inflamatório (eritema e edema, apresentando âmbolos neoplásicos linfáticos envolvendo 1/3 ou mais da pele da mama, associado ou não à massa subjacente, com ou sem tumor).

N (Categorias)	N (Critérios)
Nx	LNF regionais não podem ser avaliados (previamente removidos)
N0	Ausência de metástases em LNF regionais
N1	Metástases em LNF axilares, ipsilaterais, móveis, dos níveis I e II
N1mi	Micrometástases (200 células, medindo entre 0,2 e 2mm)
N2	
N2a	Metástase em LNF axilares níveis I e II, fixos ou fusionados uns aos outros ou a outras estruturas
N2b	Metástase somente em linfonodo mamário interno, na ausência de metástase em LNF axilar
N3	
N3a	Metástase em LNF infraclavicular ipsilateral
N3b	Metástase em LNF mamário interno E LNF axilar ipsilateral
N3c	Metástase em LNF supraclavicular ipsilateral

M (Categorias)	M (Critérios)
M0	Sem evidências clínicas ou radiológicas de metástases à distância
M0 (i+)	Presença de células tumorais ou depósitos de até 0,2mm detectados microscopicamente ou por técnicas moleculares no sangue, medula óssea ou outro tecido linfonodal não regional. Paciente sem sintomas e sem evidências clínicas ou radiográficas de metástase à distância.
M1	Metástase à distância detectada por meios clínicos e radiográficos, e/ou histologicamente comprovadas maiores que 0,2mm.

Estádio	TNM
Estádio 0	1sNOM0
" Estadio IA	T1NOM0
Estádio IB	T0N1miM0 T1N1miM0
Estádio IIA	T0N1M0 T1N1M0 T2NOM0
Estádio IIB	T2N1M0 T3NOM0
Estádio IIIA	T0N2M0 T1N2M0 T2N2M0 T3N1M0 T3N2M0
Estádio IIIB	T4NOM0 T4N1M0 T4N2M0
Estádio IIIC	Qualquer TN3M0
Estádio IV	Qualquer T Qualquer N M1

Tratamento locorregional

- CDIS (TisNOMO) Tumorectomia + Rt da mama (categoria 1) OU mastectomia com ou sem biópsia de linfonodo sentinela (BLS), com ou sem reconstrução ou apenas tumorectomia (categoria 2B)
- Estádios I, IA, IIB e IIIA Tumorectomia + BLS (categoria IA)
- Estádios IIIB e IIIC
- O tratamento se inicia pela terapia sistêmica (químico ou hormônio). A depender da resposta, segue-se com tumorectomia ou mastectomia, ambos com estadiamento axilar. A RT adjuvantes será de parede torácica ou mama, fossas infra e supraclavicular, mamária interna e axila.
- Estádio IV
- Por se tratar de doença metastática, o tratamento locorregional só está indicado se metástase única óssea ou em se tratando de cirurgia higiênica. Em caso de tumor inflamatório T4d- está contraindicada a cirurgia conservadora.

Tratamento sistêmico

Refere-se à administração sistêmica de agentes cito- tóxicos antes ou após a cirurgia. Indica sede maneira neoadjuvante em casos de tumores T3-4 ou linfonodos coalescentes, em carcinomas inflamatórios ou se T2 limítrofe para cirurgia conservadora, onde a terapia neoadjuvante pode melhorar o resultado cosmético da cirurgia.

Pode-se considerar também nos tumores multifocais/ multicêntricos. De acordo com a resposta clínica durante a quimioterapia neoadjuvantes, e se obter também informações prognósticas (ausência de regressão/aumento da lesão após 2 ou 3 ciclos de QT neo representam pior prognóstico). Após a abordagem cirúrgica, deve-se avaliar a presença ou não

de critérios indicativos de quimioterapia adjuvante. De acordo com o Conselho de St Gallen, classifica —se o risco individual de recorrência da doença em:

- Alto risco: baixa expressão de receptores hormonais; grau histológico; alto índice de proliferação celular; 4 ou mais linfonodos comprometidos; extensa invasão vascular peritumoral; tumores maiores de 5cm;
- Risco intermediário: tumores de 2 a 5cm, 1 a 3 linfonodos comprometidos; grau histológico 2;
- Baixo risco: alta expressão de receptores hormonais, tumores grau 1, baixo índice de proliferação, ausência de comprometimento axilar, tumores <2cm.

Pacientes de alto risco sempre se beneficiam do tratamento quimioterápico adjuvante, ao contrário dos pacientes de baixo risco. Nos casos de risco intermediário, deve-se utilizar as ferramentas matemáticas que estimam a recorrência local e à distância, além da sobrevida (Adjuvantonline! E Predict), e, quando disponíveis, os ensaios de expressão gênica (Oncotype DX, Mammaprint e PAM50). Em caso de doença macroscopicamente metastática, a quimio- terapia está indicada com o objetivo de melhorar os sintomas e proporcionar melhor qualidade de vida às pacientes. Vale ressaltar que ela tem objetivo apenas paliativo.

Hormonioterapia

O estrogênio desempenha papel fundamental no desenvolvimento do CA de mama, e o seu bloqueio se dá através da hormonioterapia. Estudos comprovam benefício na sobrevida global em pacientes com receptores hormonais positivos (RH+), associado a uma toxicidade leve e tolerável. Os agentes empregados são:

- SERM (Moduladores Seletivos do Receptor de Estrogênio): Tamoxifeno (TAM), Raloxifeno, Fulvestranto. TAM é o mais estudado. Inibe o crescimento das células tumorais por antagonismo competitivo nos receptores de estrogênio (RE) do tecido mamário. Se utilizado na dose de 20mg/dia por 5 anos, reduz a taxa de recidiva em 41%, de morte em 34% e a incidência de câncer na mama contralateral em 39%. Pode ser usado nas mulheres na pré-menopausa, e seu uso pode ser estendido até 10 anos se bem tolerado e na ausência de contraindicações.

- IA (Inibidor da Aromatase): inibem a conversão de androgênio em estrogênio nos tecidos periféricos e no tumor por meio da inibição enzimática. Devem ser empregados exclusivamente em mulheres na pós-menopausa ou que realizaram supressão ovariana, uma vez que a aromatização do androgênio constitui a principal fonte de estrógeno. O tratamento padrão é por 5 a 10 anos de Anastrozol 1mg/dia ou Exemestano 25mg/dia ou Letrozol 2,5mg/dia. Observou-se aumento do número de fraturas ósseas em pacientes que utilizam IA. Dessa forma, recomenda-se associar Ácido Zoledrônico 4mg semestralmente por 3 anos, além de suplementar Cálcio e Vitamina D.

Seguimento após o câncer de mama

O seguimento é o período que segue o momento do diagnóstico até a ocorrência de recidiva ou morte. Seus objetivos são: diagnosticar precocemente uma recidiva local ou contralateral, aliviar ou resolver complicações do tratamento e propiciar informações para o restabelecimento de uma vida normal.

Durante os 2 primeiros anos, o retorno deve ser a cada 3-6 meses. Do 3º ao 5º ano, semestral; a partir do 6º ano, anual. Na consulta, direcionar a anamnese aos sinais e sintomas de recidiva:

- Dor ou nódulos nas mamas;
- Cefaleia, alteração visual ou de comportamento;
- Tosse, dispneia;
- Náusea, vômito ou alteração do apetite;
- Sangramento genital ou urinário;
- Dores osteoarticulares.

Em caso de cirurgia conservadora, MMG deve ser solicitada 6 meses a 1 ano pós o final da radioterapia, e continuar anualmente. USG deve ser complementar, mas não há evidências para indicar seu uso rotineiro. RNM deve ser evitada, devido à alta sensibilidade, porém baixa especificidade.

Para as usuárias de IA, indica-se densitometria óssea; se TAM, ecografia transvaginal apenas se sangramento transvaginal anormal.

Em mulheres na pré menopausa não se indica contracepção hormonal, independente dos receptores tumorais.

É fortemente aconselhável evitar o tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo (recomenda-se manter IMC abaixo de 25).

OSTEOPOROSE

A osteoporose é uma doença cuja patogênese inclui tanto a perda de massa óssea, quanto a alteração da microarquitetura trabecular, determinando, por conseguinte, fragilidade óssea, com o consequente aumento no risco de fraturas, mesmo aos mínimos traumas.

As complicações clínicas da osteoporose incluem não só fraturas, mas também dor crônica, depressão, deformidade, perda da independência e aumento da mortalidade. Estima-se que cerca de 50% das mulheres e 20% dos homens com idade igual ou superior a 50 anos sofrerão uma fratura osteoporótica ao longo da vida. As mais frequentes são as de vértebras, fêmur e antebraço. Estas têm grande importância na sociedade brasileira considerando o seu envelhecimento progressivo com graves consequências físicas, financeiras e psicossociais, afetando o indivíduo, a família e a comunidade. Atinge homens e mulheres com predominância no sexo feminino com deficiência estrogênica e indivíduos idosos.

Fatores de risco:

Os fatores de risco incluem:

Opções do estilo de vida

- Aumento da ingestão de cafeína;
- Tabagismo;
- Ingestão excessiva de álcool;
- Falta de exercícios;
- Baixa ingestão de cálcio durante a vida.

Fatores Hormonais/endocrinológicos:

- Deficiência de estrogênio proveniente da menopausa;
- Transtornos alimentares;
- Hiper cortisolismo (endógeno ou exógeno); Insuficiência suprarrenal;
- Hiperparatireoidismo primário ou secundário;
- Hipertireoidismo;
- Acromegalia.

Distúrbios clínicos

- Lúpus Eritematoso Sistêmico;
- Síndromes de má absorção (Doença celíaca, Pós-gastrectomia, Doenças inflamatórias intestinais, Cirrose biliar primária);
- Neoplasias do sistema hematopoiético, como Linfomas;
- Homocistinúria, Hemocromatose;
- Doenças reumáticas inflamatórias

Uso de medicações

- Corticoides;
- Quimioterapias;
- Suplementação excessiva da tireoide.

Idade avançada, formato esguio do corpo, deficiência de vitamina D

- Nos homens, a presença de uma causa secundária de osteoporose é mais frequente (30% a 60%), sendo o uso de glicocorticoide, hipogonadismo e o alcoolismo, as mais prevalentes. Nas mulheres na pós-menopausa a presença de causas secundárias é menos frequente, embora deva ser sempre considerada.

Diagnóstico

É fundamental uma investigação minuciosa dos fatores de risco para osteoporose e para fraturas. Deve-se considerar a avaliação de mulheres na pós-menopausa que apresentem um ou mais fatores clínicos de risco citados anteriormente, após 65 anos independentemente da presença de fatores de risco, e em homens com fatores de risco para fraturas. Uma fratura por trauma mínimo ou a traumática em adultos (40 a 45 anos de idade ou mais) é de extrema importância clínica, pois estabelece uma susceptibilidade ímpar para fraturas e prediz, fortemente, o potencial para futuras fraturas.

O diagnóstico da osteoporose pode ser clínico, nos casos de indivíduos com fatores de risco que apresentam fratura osteoporótica. Também pode ser estabelecido com base na medida de baixa densidade mineral óssea (DMO) por área (areal) pela técnica de absorciometria por raios-X com dupla energia (DXA). A DMO é expressa em termos de grama de mineral por centímetro quadrado analisado (g/cm²). Quando a DMO do indivíduo é comparada à de adultos jovens normais do mesmo sexo, obtém-se o escore T; quando comparada com a esperada para pessoas normais da mesma idade e sexo, obtém-se o escore

Z. A diferença entre a DMO do indivíduo e o padrão normal é expressa por desvios padrão acima ou abaixo do valor comparado.

A densitometria óssea está indicada nos seguintes casos:

- Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e homens com idade igual ou superior a 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco;

- Mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura;
- Mulheres na perimenopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamento (s) de risco bem definido;
- Adultos que sofrerem fratura após os 50 anos;
- Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas;
- Adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses. A OMS desenvolveu o Fracture Risk Assessment Tool (FRAX), uma ferramenta que tem por objetivo calcular a probabilidade de ocorrer, nos próximos 10 anos, uma fratura de quadril ou outra fratura osteoporótica relevante (definida como uma fratura clínica de vértebra, quadril, antebraço ou úmero).

O FRAX calcula o risco maior de fratura osteoporótica com base na validação internacional de fatores individuais de risco, incluindo idade, sexo, peso, altura, ocorrência de fratura prévia, história de fratura de quadril em mãe ou pai, tabagismo atual, uso de glicocorticoides (5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses), artrite reumatoide, outras condições clínicas associadas a osteoporose (por exemplo, hipogonadismo, doença hepática crônica, menopausa precoce), ingestão alcoólica de três ou mais doses/dia e DMO do colo femoral. Esse instrumento ainda não está validado para uso na população brasileira. Entretanto, estudo recente mostrou que a utilização dos dados de idade e o escore T são tão efetivos quanto o complexo modelo FRAX na identificação de pacientes em risco de fraturas.

Exames laboratoriais poderão ser feitos na dependência da gravidade da doença, idade de apresentação e presença ou ausência de fraturas vertebrais. Esses exames têm por objetivo a exclusão de doenças que possam mimetizar a osteoporose, como osteomalácia e mieloma múltiplo, a elucidação das causas da osteoporose, a avaliação da gravidade da doença e a monitorização do tratamento.

Assim, na rotina de investigação, além da história e do exame físico, podem ser incluídos hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), dosagens séricas de cálcio, albumina, creatinina, fósforo, fosfatase alcalina, aminotransferases/transaminases e dosagem de cálcio na urina de 24 horas.

Exames radiológicos, em especial radiografias da coluna vertebral, são indicados para diagnóstico de fraturas sintomáticas ou não, que aumentam em muito o risco de novas fraturas osteoporóticas, além de fazerem diagnóstico diferencial com outras doenças ósseas.

Os marcadores bioquímicos de remodelação óssea incluem basicamente os interligadores de colágeno (no soro e na urina): piridinonas totais, piridinolina e deoxipiridinolina livre, N-telopeptídeo (NTx), C-telopeptídeo (C-CTx). Essas avaliações são solicitadas em protocolos de pesquisas clínicas e não devem ser utilizados rotineiramente na prática médica.

Prevenção

Todos os indivíduos em risco ou que foram diagnosticados com osteoporose devem ser aconselhados a consumir uma ingestão de cálcio adequada (mínimo de 1200mg de cálcio elementar ao dia). Há também a recomendação de vitamina D (800-1000UI/dia).

A atividade física também é importante para prevenção e tratamento da osteoporose, pois contribui para a redução do risco de fratura de duas formas: Uma, porque a força biomecânica que os

músculos exercem sobre os ossos é capaz de aumentar a densidade mineral óssea; assim, exercícios com ação da gravidade parecem desempenhar importante papel no aumento e na preservação da massa óssea. E outra, porque a atividade física regular pode ajudar a prevenir as quedas que ocorrem devido a alterações do equilíbrio e diminuição de força muscular e de resistência.

Tendo em vista a forte relação causal entre queda e fratura osteoporótica, medidas de prevenção de quedas devem ser universalmente adotadas, com ênfase na população idosa. Além dos exercícios físicos já citados, a estratégia de prevenção deve incluir a revisão de medicamentos psicoativos e outros associados ao risco de quedas, avaliação de problemas neurológicos, correção de distúrbios visuais e auditivos e medidas de segurança ambiental conforme protocolos de prevenção de quedas.

O tabagismo deve ser rigorosamente desencorajado, bem como a ingestão excessiva de álcool.

Tratamento medicamentoso

A terapia farmacológica atual para osteopenia/osteoporose inclui:

Bifosfonatos orais: são os medicamentos de primeira escolha no tratamento da osteoporose. Embora não haja evidência de superioridade de um bifosfonato em relação aos outros na prevenção de fraturas ou em termos de perfil de efeitos adversos, a escolha de alendronato de sódio ou risedronato de sódio como representantes da classe baseia-se na maior experiência de seu uso e no menor custo.

Os efeitos adversos gastrointestinais frequentes são similares para todos os bifosfonatos orais e não diferem em incidência do grupo placebo. Sugere-se o tratamento por 5 anos, estendendo-se por mais 5 anos em pacientes com piora da massa óssea à DMO após o início do tratamento ou com escore T inferior a -3,5. Para evitar o risco de ulceração esofágica, é importante que seja observada a orientação de evitar o decúbito por até 30 minutos após

ingestão do medicamento. Os bifosfonatos registrados no Brasil para o tratamento da osteoporose são: o alendronato de sódio, o pamidronato de sódio, o risedronato de sódio, o ibandronato de sódio e o ácido zoledrônico.

Recomendações posológicas:

- Alendronato sódico: 10 mg/dia ou 70 mg/ semanais, via oral (VO);
- Risedronato sódico: 5 mg/dia ou 35mg/ semanal, via oral (VO);
- Ibandronato sódico: 150mg/mês, VO ou 3mg (lamp.) a cada 3meses.

Para pacientes com distúrbio da deglutição, com intolerância ou falha terapêutica dos tratamentos de primeira linha (bifosfonato), a utilização de raloxifeno, estrógenos conjugados ou calcitonina deve ser considerada.

Raloxifeno: é um modulador seletivo do receptor de estrógeno aprovado para tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Apresenta evidência para prevenção de fraturas vertebrais, mas não para as de quadril. Um ensaio clínico randomizado mostrou redução do risco de câncer de mama (RR 0,38; CI 95% 0,24-0,58). Esse medicamento aumenta o risco de eventos tromboembólicos e não deve ser usado concomitantemente com estrógenos sistêmicos.

Recomendação posológica:

- Raloxifeno: 60 mg/dia, via oral.

Estrógenos conjugados: devido aos riscos potenciais (acidente vascular encefálico, câncer de mama, tromboembolia venosa), constituem uma alternativa para as pacientes no climatério que apresentam sintomas vasomotores com osteoporose e comprometimento da qualidade de vida. Quando prescritos, a dose deve ser individualizada e pelo menor tempo possível. Há evidência de que o uso de estrógenos reduz o risco de fraturas de quadril, vertebrais e não vertebrais. Antes do início do tratamento, devem-se avaliar cuidadosamente os antecedentes pessoal e familiar de neoplasias dependentes de estrogênios, além de realizar exames ginecológico e geral completos, considerando-se as contraindicações e advertências de uso. Mulheres não submetidas a histerectomia necessitam fazer uso de associação com progesterona.

Recomendações posológicas:

- Estrogênios conjugados: 0,3 a 0,625 mg/dia, VO;
- Valerato de estradiol: 1 a 2 mg/dia, VO;
- Estradiol micronizado: 1 a 2 mg/dia, VO;
- Estradiol transdérmico: 25 a 50 µg (microgramas), a cada 3 dias;
- Progestogênios: doses adequadas para proteção endometrial.

Calcitonina: existem evidências de redução de risco de fraturas vertebrais em mulheres com osteoporose na pós-menopausa com o uso de calcitonina. Este medicamento também parece ser efetivo no tratamento da dor aguda associada a fraturas vertebrais osteoporóticas. A calcitonina é uma alternativa a ser considerada para pacientes com intolerância ou contraindicação aos bifosfonatos, estrógenos conjugados e raloxifeno, estando, porém, contraindicada em caso de hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

Recomendações posológicas:

- Calcitonina: spray nasal com 200 UI/dose ou ampola injetável de 50 e 100 UI.

SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA

Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) é definida como um complexo de sintomas que compreende urgência urinária, com ou sem incontinência urinária, geralmente acompanhada de aumento da frequência urinária e noctúria, na ausência de infecção do trato urinário comprovada ou outra patologia óbvia.

Estudos epidemiológicos da América do Norte têm relatado prevalência em mulheres de 16,9%. A prevalência aumenta com a idade, subindo para 30,9% naquelas com idade superior a 65 anos.

A SBH tem efeito negativo na qualidade de vida das pacientes, determinando profundo impacto psicológico e social. Mulheres com SBH adotam uma série de medidas comportamentais visando reduzir o impacto dos sintomas em seu cotidiano, tais como: uso constante de protetores, restrição da ingestão hídrica, limitação de atividades físicas e sociais.

Etiologia

A origem da Bexiga Hiperativa é desconhecida. A predisposição genética parece ter papel importante e mulheres com história familiar de incontinência urinária em mãe e irmã apresentam maior risco de desenvolver bexiga hiperativa. Outros fatores associados com bexiga hiperativa incluem obesidade, tabagismo, consumo de bebidas carbonatadas e cafeína.

A SBH pode ser caracterizada como neurogênica e não-neurogênica. Entre as causas neurogênicas mais comuns, podemos citar acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, esclerose múltipla, tumores cerebrais e lesões da medula espinhal. Etiologias não neurogênicas podem estar relacionadas com obstrução do fluxo urinário, deficiência de estrógeno, mas a maioria dos casos é idiopática.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da bexiga hiperativa não é totalmente conhecida. Provavelmente, existem vários mecanismos envolvidos. Quatro principais hipóteses tentam explicar a base fisiopatológica para a SBH: hipótese neurogênica, hipótese miogênica, hipótese aferente e teoria integral.

A hipótese neurogênica afirma que a alteração do controle neural induz hiperatividade vesical através do aumento da unidade eferente, redução da inibição central e alteração da atividade sensorial, desencadeando inadequadamente o reflexo da micção. Por exemplo, as lesões do lóbulo frontal podem reduzir a inibição supra-pontina que normalmente suprime o centro pontino da micção.

A hipótese miogênica é baseada na observação de que os miócitos de pacientes com SBH se comportam de forma diferente dos de pacientes normais. Atividade espontânea anormalmente aumentada combinada com o aumento da comunicação intercelular permite que a excitação se propague amplamente através da parede da bexiga.

A hipótese aferente centra-se sobre a base sensorial da SBH, sugerindo que as alterações na transdução ou transferência central sensorial levam ao aumento da transmissão aferente, conseqüentemente, aumento da consciência de enchimento vesical.

A teoria integral afirma que as terminações nervosas localizadas na base da bexiga são extremamente sensíveis e sua estabilização requer a integridade anatômica da vagina e de seus tecidos de sustentação. A estimulação desses receptores causa o relaxamento reflexo do músculo pubococcígeo, com o conseqüente relaxamento da musculatura estriada periuretral. Simultaneamente, a uretra proximal é tracionada pósterio-inferiormente pela contração dos músculos levantadores do ânus e longitudinal do ânus, com a abertura do colo vesical. Cria-se um círculo vicioso de estimulação dos receptores e contração vesical.

Apresentação clínica

As pacientes com SBH podem apresentar vários sintomas. A presença de urgência miccional é considerada característica. Outros sintomas que podem estar presentes são aumento da frequência urinária, noctúria, incontinência de urgência, enurese noturna e incontinência coital.

Não há sinais clínicos específicos, mas é sempre importante procurar escoriação vulvar, atrofia urogenital, incontinência urinária de esforço e sinais de doença neurológica subjacente.

Diagnóstico

O diagnóstico da SBH é eminentemente clínico. Anamnese cuidadosa, exame físico e exame de urina são mandatórios.

A história deve incluir sintomas como urgência, incontinência de urgência, noctúria, aumento da frequência, disúria, hematúria e dor do trato urinário inferior. Todos os medicamentos e comorbidades devem ser revistos. Um exame físico focado também é necessário, com especial atenção ao exame abdominal, geniturinário e neurológico. Os exames de sumário de urina e urocultura são indispensáveis para afastar infecções.

O diário miccional é útil na obtenção de uma medida objetiva da ingestão diária de fluidos e dos hábitos miccionais. É auxiliar importante no diagnóstico, além de ser útil para avaliar os efeitos do tratamento. Pacientes com bexiga hiperativa costumam apresentar várias micções com pequeno volume, bem como diminuição do volume máximo urinado.

Urodinâmica, cistoscopia, e ultrassonografia do trato urinário geralmente não são utilizados na avaliação inicial. Eles podem ter papel nas pacientes em que os sintomas persistem apesar da aderência à terapia inicial adequada ou para descartar outras patologias.

O estudo urodinâmico permite o diagnóstico da hiperatividade do detrusor, que se caracteriza pela presença de contrações detrusoras involuntárias durante a cistometria. Estima-se que 64% dos pacientes com SBH tem hiperatividade do detrusor urodinamicamente comprovada e que 83% dos pacientes com hiperatividade do detrusor tem sintomas sugestivo de SBH. Assim, os termos não são sinônimos.

A cistoscopia também deve ser realizada nos pacientes com sintomas de bexiga hiperativa caso haja suspeita de corpo estranho intravesical (fios de sutura), cálculos, tumores vesicais ou divertículos.

Tratamento

O objetivo do tratamento é reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida da paciente, visto que, na maioria das vezes, não há cura.

A terapia comportamental consiste no tratamento de primeira linha e inclui modificações do estilo de vida, treinamento vesical e treinamento muscular do assoalho pélvico.

As modificações do estilo de vida englobam uma variedade de mudanças de comportamento que podem reduzir e até mesmo eliminar os sintomas da SBH, incluindo:

- Diminuir a ingestão de líquidos para 6 a 8 copos de água por dia;
- Evitar a ingestão de líquidos 2-3 horas antes de deitar-se, para reduzir a produção de urina durante a noite;
- Reduzir a ingestão de substâncias irritantes da bexiga tais como a cafeína, bebidas carbonatadas, alimentos condimentados, adoçantes artificiais e álcool;
- Evitar a constipação;
- Parar de fumar;
- Otimizar saúde geral, melhorando controle da hipertensão, diabetes, apnéia do sono.

O treinamento vesical e o treinamento da musculatura do assoalho pélvico são componentes valiosos e podem reestabelecer algum controle inibitório sobre o armazenamento da bexiga.

O tratamento medicamentoso é considerado terapia de segunda linha. A classe principal de agentes farmacêuticos utilizados é de anticolinérgicos, que agem bloqueando os receptores muscarínicos no músculo detrusor, sendo estes estimulados pela acetilcolina liberada a partir da ativação parassimpática dos nervos colinérgicos. Dessa forma, atuam diminuindo a urgência e aumentando a capacidade vesical. Entretanto, como os receptores muscarínicos são amplamente encontrados em todo o corpo, os efeitos colaterais são comuns, incluindo boca seca, constipação, visão turva e prejuízo cognitivo.

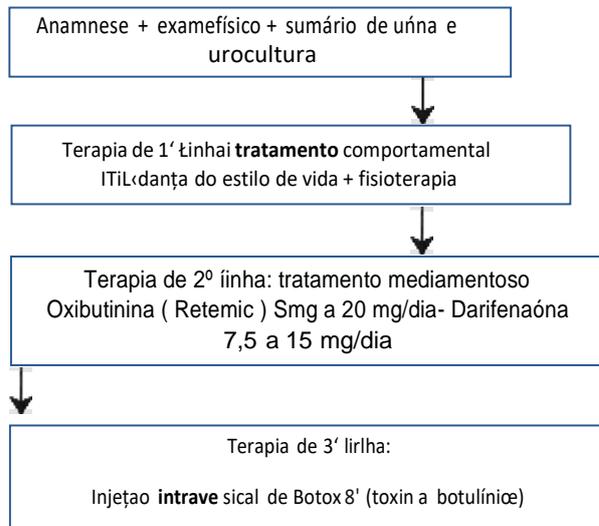
Existem diversos agentes antimuscarínicos disponíveis para o tratamento da SBH, incluindo oxibutinina, tolterodina, darifenacina, solifenacina. Diferem entre si em relação a sua especificidade pelo receptor M3, porém nenhum agente tem sido claramente demonstrado que é mais eficaz do que outro.

Avanços na compreensão da fisiopatologia da SBH tem identificado receptores beta adrenérgicos na bexiga. Os receptores β_3 adrenérgicos predominam na bexiga e pensa-se que seja responsável pelo relaxamento muscular do detrusor durante o armazenamento da urina. Mirabegron é o único agonista β_3 adrenérgico disponível. Este medicamento pode ser usado como uma terapia de segunda linha ou em pacientes que não toleraram os agentes antimuscarínicos.

Quando os pacientes não melhoram com a terapia de primeira e segunda linha, são considerados refratários, sendo elegíveis para o tratamento de terceira linha, que inclui neuromodulação sacral e toxina botulínica.

- Neuromodulação sacral: envolve a estimulação neural aferente que controla a função da bexiga através do plexo sacral, a fim de restaurar o armazenamento normal e a função de esvaziamento. Esta forma de neuromodulação sacral é realizada com um implante cirúrgico permanente. O primeiro passo neste tratamento é uma fase de teste, em que um eletrodo é implantado no 3º forame sacral sob anestesia local, conectado a um estimulador externo e deixado no local por 3-4 semanas. Se os sintomas da paciente melhorarem pelo menos 50%, a paciente é candidata a se submeter à 2ª fase, na qual o gerador de impulsos permanente é implantado no tecido subcutâneo. Contraindicações a neuromodulação sacral incluem resposta inadequada à fase de teste, a necessidade de frequentes imagiologia por ressonância magnética, gestação ou planos de engravidar;
- Injeção intravesical de toxina botulínica: a toxina botulínica é derivada do *Clostridium botulinum* e atua na inibição da liberação de acetilcolina na junção neuromuscular pré- sináptica. Esta ação leva à paralisia das fibras musculares até que fibras novas cresçam, criando assim um efeito temporário nos miócitos na parede da bexiga. A aplicação é realizada através da cistoscopia e a toxina injetada em uma série de 20 a 30 locais ao longo da parede posterior da bexiga, acima do trígono. O efeito terapêutico ocorre dentro de 7-10 dias após a injeção e pode durar até 12 meses. Eventos adversos incluem retenção urinária, ITU, disúria, hematúria.

Algoritmo – Manejo da Síndrome Bexiga Hiperativa



PROCOLOS MÉDICOS PARA AMBULATÓRIO, HOSPITAL DIA E PLANTÕES SOBREAVISO

Objetivos:

Este serviço possui os seguintes objetivos:

- Estabelecer critérios para uma adequada gestão do processo de ambulatório de especialidades e Hospital Dia;
- Gerenciar a oferta do atendimento multiprofissional desenvolvido em consultas e procedimentos eletivos nas diversas especialidades;

Abrangência:

Aplica-se à todos os pacientes que requerem marcação para uma atenção especializada ambulatorial em Consultas e SADT/procedimentos ou Hospital Dia.

Responsabilidades:

Planejar, coordenar, executar, supervisionar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Agendamento de Consultas e Serviço das Recepções Ambulatoriais e Hospital dia, possibilitando a integração da equipe com os demais setores envolvidos na prestação do serviço ao usuário;

Estabelecer normas técnicas de funcionamento com a finalidade de uniformizar os procedimentos para melhor prestação de serviços aos usuários;

- Elaborar, implantar e avaliar manuais técnicos, regimento interno, as normas e rotinas de serviço de regulação ambulatorial, revisando-as quando necessário, visando à melhoria do apoio prestado a área assistencial e administrativa;
- Efetuar, diariamente, registros ou ocorrências dos fatos julgados merecedores de documentação;
- Cumprir, fazer cumprir e conhecer as exigências legais referentes ao regimento interno, as normas e rotinas do serviço;
- Zelar pela clareza, exatidão e correto preenchimento dos dados cadastrais dos usuários nos prontuários, bem como pela guarda, conservação, ordenação, manutenção e controle dos mesmos;
- Manter-se integrado com todos os serviços do hospital, com a finalidade de prestar um serviço humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde;
- Zelar pela observância do sigilo das informações contidas no prontuário do paciente e pela manutenção dos padrões éticos do hospital;

- Exercer outras atividades correlatas, especialmente as que lhe forem atribuídas pela Governança.
- Responder de forma ágil as demandas oriundas da ouvidoria, apurando todos os fatos envolvidos de forma a aprimorar os serviços prestados aos usuários.

Equipe de governança do hospital

No âmbito da unidade pela adequada gestão da atividade ambulatorial e Hospital Dia:

- Aprovar o planejamento de agendas, garantindo o cumprimento das atividades.
- Pelo estabelecimento e cumprimento de metas contratualizadas.
- Pela manutenção do canal de comunicação com o Gestor e com as Secretarias Municipais de Saúde.
- Por estabelecer e avaliar, conjuntamente com o Gestor e com as Secretarias Municipais de Saúde a normatização dos fluxos de informação sobre consultas e outras atividades ambulatoriais, garantindo a confiabilidade dos dados.

Serviço de Regulação assistencial/NIR

- Pela habilitação da estrutura da agenda.
- Pelo registro centralizado dos pacientes em Consultas e por isso, entre outras atividades, da gestão operativa dos movimentos no registro.
- Pela informação sobre a evolução da demanda, gestão dos agendamentos, planejamento e tomada de decisões.
- Por fornecer disponibilidade de primeiras consultas, bem como de consultas de retorno.
- É, em caráter geral, a referência dos pacientes para todos os aspectos administrativos de acesso a consultas.
- Pelo encaminhamento dos pacientes aos Serviços de Referência.
- Pela elaboração dos relatórios clínicos de acompanhamento e alta dos pacientes atendidos no ambulatório e Hospital Dia.
- Atender o paciente e seu familiar com agilidade e cortesia.
- Fornecer ao paciente ou familiar toda a informação necessária para o adequado atendimento.
- Encaminhar os pacientes aos locais de atendimento, sempre que necessário.
- Dar o adequado suporte aos profissionais durante o período do atendimento, nos ambulatórios.

Definições e nomenclaturas

Consulta externa: Atuação assistencial especializada realizada de forma ambulatorial e programada para o diagnóstico, tratamento e/ou seguimento do problema de saúde de um paciente.

Atividades ambulatoriais: todas aquelas atividades que se realizam na área ambulatorial e que consistem em uma consulta e/ou prova diagnóstica que não precisam de internação.

Agenda /grade: horário definido para um profissional e especialidade.

Agendamento: data e hora prevista da consulta e/ou prova diagnóstica.

Tipos de consultas:

Primeira consulta: Refere-se ao primeiro atendimento/contato do paciente em determinada especialidade. Este tipo de consulta é agendado exclusivamente pelo gestor, solicitada desde a rede pelo sistema.

Retorno: Atendimento posterior a uma primeira ou retorno subsequente com a mesma especialidade. Os retornos podem ser:

- Retorno Excedente: Retorno com a mesma especialidade quando exista a indicação médica de que a consulta seja realizada num período determinado, numa data diferente à primeira data possível. A consulta será agendada de acordo com a indicação do médico solicitante responsável e será registrada no sistema de informação como “Agendamento excedente”.

- Retorno Preferencial: Retorno com a mesma especialidade até 30 dias após a data da última consulta.

Retorno Ordinário: Retorno com a mesma especialidade acima de 30 dias após a data da última consulta.

- Retorno Pós Alta: É a consulta em sequência de uma alta hospitalar ou intervenção cirúrgica da mesma especialidade.

Interconsulta: Consiste em uma primeira consulta em um ambulatório, originada do atendimento feito em ambulatório de outra especialidade médica, em casos urgentes, com potencial gravidade, que definitivamente não podem aguardar consulta marcada pelo gestor (agendamento via Secretaria de Saúde). Esta situação aplica-se em especial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias malignas. Esta é regulada internamente.

Não presencial: Consulta realizada pelo médico, por via telefônica, com o paciente ou pessoa responsável. Habitualmente são consultas para resultado de exames não alterados, em que não é necessária a presença física do paciente.

Bloqueio de agenda: é a inabilitação transitória de uma agenda ou de parte da mesma. Indicado em casos de férias, afastamentos, períodos de licenças autorizadas.

Sobrecarga de agendas: é o atendimento a pacientes acima da atividade previamente definida, autorizada pelo profissional assistente.

Anulação ou desprogramação de uma consulta agendada: É o cancelamento da mesma. Adequação da oferta / demanda: Nas agendas de primeiras consultas/exames, de acordo com a contratualização com o Gestor, pode haver a adequação dos encaminhamentos ao atendimento especializado. Em caso de haver necessidade pode haver um ajuste na oferta de consultas/exames.

Reprogramação: é a mudança da data da consulta, que compreende desprogramação, atribuição da nova data agendada e comunicação desta ao paciente.

Unidade funcional (ala/sala): É onde se localiza um determinado número de salas de atendimento ambulatorial.

Equipe: É composta pelos profissionais de cada especialidade e pessoal de apoio de diversas áreas.

Gestão de consultas

A Unidade de Regulação Assistencial é responsável pela programação, configuração e gestão das grades de consultas ambulatoriais e Hospital Dia.

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTO DE PRIMEIRAS CONSULTAS

Inclui mensalmente no sistema as vagas ofertadas de primeiras consultas ambulatoriais e Hospital Dia. O agendamento das primeiras consultas é efetuado pelas Secretarias de Saúde.

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTO DE RETORNOS

A programação e o agendamento destas consultas são realizados no próprio hospital. No momento em que o profissional especialista indique esta necessidade, a central de marcação fornecerá o agendamento obedecendo aos critérios de prioridade e de tempo pré-estabelecidos (excedentes preferenciais ou ordinários). O critério de tempo deverá respeitar períodos máximos, permitindo o agendamento e, em algumas situações específicas, o apontamento de uma data definida.

OBS: Retorno excedente: Quando existir a indicação médica de que a consulta seja realizada num período determinado, numa data diferente à primeira data possível. A consulta será agendada de acordo com a indicação do médico solicitante responsável e será registrada no sistema de informação como “Agendamento excedente”.

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTO DA INTERCONSULTA

A interconsulta consiste em uma primeira consulta originada do atendimento feito em ambulatório de outra especialidade médica, em casos urgentes, com potencial gravidade, que definitivamente não podem aguardar consulta marcada pelo gestor. Esta situação aplica-se em especial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias malignas. A solicitação de interconsulta deverá ser realizada pelo médico assistente no ato da consulta em formulário específico para solicitação de interconsulta, e deverá conter a justificativa da urgência do caso. A solicitação de interconsulta deverá ser entregue na Central de Marcação de Consultas e será avaliado pelo médico regulador ou pelo profissional da especialidade para posterior agendamento e comunicado ao paciente. Quando não for caracterizada situação de urgência, a solicitação será referenciada para a Secretaria de Saúde do município de origem do paciente, e este aguardará o agendamento desta via sistema.

Sistema/ Hora das consultas

A todos os pacientes serão fornecidas agendamento com data e hora personalizados, segundo os critérios pré-estabelecidos e de acordo com o perfil de cada grade ambulatorial, com intuito de evitar esperas desnecessárias e também maximizar a eficiência das consultas.

Tempo das consultas

O tempo sugerido para primeiras consultas é de trinta minutos e para os retornos vinte minutos em média, de acordo com pactuação prévia das chefias junto à Gerência de Atenção à Saúde e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. Ambulatórios com perfil docente serão pactuados junto à Gerência de Ensino e Pesquisa e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, conforme necessidades da disciplina à qual se vinculam, definindo número, tempo de consultas e período de funcionamento.

Situações Especiais

Com o objetivo de reduzir o número de vagas ociosas, para atender as necessidades do serviço e a contratualização, as vagas que estão disponíveis no SISREG, não preenchidas pelas Secretarias de Saúde serão remanejadas e utilizadas como Interconsultas. As demais condições de atendimento com a situação “livre” no AGHU a Unidade de Regulação poderá realizar a gestão, alterando e remanejando para 14 as demais condições de atendimento, respeitando o número total de consultas do perfil de cada grade ambulatorial.

Reprogramação do paciente que não compareceu

Retornos:

- Uma falta: a reprogramação será feita via secretaria da saúde;
- Duas faltas consecutivas: perde o vínculo com a especialidade e retorna agendamento via sistema;

- Em até seis (6) meses da consulta programada: se o paciente não justificar e solicitar retorno em até seis meses da última consulta programada perde o vínculo com a especialidade e retorna agendamento via Sistema.

Interconsulta:

O não comparecimento do paciente nesta condição de atendimento será referenciado ao município de origem.

REPROGRAMAÇÃO NA FALTA DO PROFISSIONAL

Na falta do profissional, por afastamento legal programado, as consultas agendadas serão remarçadas pela Unidade de Regulação Assistencial para outras datas disponíveis, desde que cumpra as mesmas condições que teria asseguradas na data anterior: especialidade, tipo de consulta e profissional. Na falta do profissional, por afastamento legal não programado ou não comunicado, as primeiras consultas agendadas via sistema não poderão ser reagendadas, estas deverão ser atendidas por outro profissional da equipe. As demais consultas serão remarçadas pela Unidade de Regulação Assistencial para outras datas disponíveis, desde que cumpra as mesmas condições que teria asseguradas na data anterior: especialidade, tipo de consulta e profissional. Na falta do profissional, por desligamento legal, as consultas agendadas serão redistribuídas entre os profissionais da equipe da referida especialidade, Férias, licenças, atestados Exoneração, demissão podendo em alguns casos ter sobrecarga de agenda até a adequação completa dos pacientes que estavam na agenda do profissional desligado.

PROGRAMAÇÃO DAS VISITAS NÃO PRESENCIAIS

Uma visita não presencial consiste em uma consulta feita pelo médico assistencial, por via telefônica ou telemedicina, com o paciente ou com a pessoa responsável por ele. Habitualmente é consulta para resultado de exames não alterados, em que não se faz necessária a presença física do paciente. Todos os serviços que podem realizar esse tipo de consultas solicitarão a criação da agenda com este objetivo. Todas estas atividades devem ser agendadas e registradas no sistema como forma de atendimento “não presencial”.

SOLICITAÇÃO DOS EXAMES

A solicitação de exames deverá ser realizada pelo médico assistente via sistema. A solicitação será entregue ao paciente que se dirigirá o balcão correspondente para o agendamento.

EXAMES EXTERNOS

Para os exames que não estão disponíveis, o médico faz a solicitação no Sistema e os pedidos são encaminhados para a Divisão Médica que avalia e autoriza ou não sua realização. O paciente com solicitação ambulatorial autorizada realiza o agendamento no hospital ou centro indicado para o exame.

Gestão de agendas

O planejamento das agendas é necessário para evitar o mínimo de reprogramações. Por isso, nossa proposta de planejamento das agendas devem se ajustar aos seguintes critérios e prazos conforme quadro abaixo, ou seguindo o fluxo de encaminhamento da Secretária do Estado de Goiás.

A finalidade da estabilidade da agenda é promover uma assistência acessível, ágil e de qualidade. Em consequência, as alterações na programação da atividade de consultas não notificadas nos prazos estabelecidos deverão ser assumidas pela chefia do Serviço na adoção das medidas necessárias para manter a programação ou reorganizá-la aumentando a atividade nos dias prévios ou posteriores de acordo ao expressado no item seguinte. É de responsabilidade das chefias de cada serviço dos ambulatórios informar em tempo hábil, respeitando os prazos legais, quaisquer alterações, bloqueios e/ou reprogramações das grades/agendas ambulatoriais. As solicitações devem ser encaminhadas a Unidade de Regulação Assistencial para o e-mail.

Obs.: As solicitações encaminhadas fora dos prazos legais e que acarretem prejuízo ao andamento dos serviços, não serão efetivadas no sistema e serão devolvidas ao solicitante para adequação.

Criar grade

Para realizar a gestão das grades de agenda é necessário que algumas informações sejam cadastradas no sistema. As informações de especialidade, unidade funcional (ala/sala), profissionais vinculados à equipe e formas de agendamento (autorizador, condição de atendimento). Criação e alterações em grades/ agendas devem ser comunicadas pela equipe assistencial à Unidade de Regulação Assistencial - Ambulatorial. Essa comunicação deve ser realizada com 45 dias de antecedência, bem como das alterações a serem realizadas no período. Entende-se por alteração a criação de novas grades/agendas, a alteração da programação de agendas existentes e a alteração na disponibilidade das consultas. Além disso, periodicamente o processo é atualizado para revisão da programação das agendas ou para comunicação com o Gestor Estadual.

Modificações de agenda

Equipes/especialidades assistenciais solicitam a abertura de novas agendas na Unidade de Regulação Assistencial. A solicitação de criação de novas agendas deve ser aprovada pela Gerente de Atenção à Saúde e Chefe de Gestão do Cuidado. A abertura de novas agendas está condicionada as necessidades institucionais e ocupação das salas utilizadas pelo serviço solicitante. Só após a aprovação, a equipe administrativa da Unidade de Regulação Assistencial realiza a gestão da nova grade e a inclui no sistema.

Gerar a grade

As grades das agendas devem estar ativas por um período mínimo de 12 meses.

Aviso ao paciente

Todos os pacientes deverão ser comunicados das marcações e alterações de datas e/ou horários de consultas, consideramos adequado definir os diferentes mecanismos de marcação e aviso ao paciente.

Referência aos deveres do paciente: compromisso de atualização dos dados administrativos de seu registro e outros que possam afetar à correta gestão de sua consulta (especialmente mudanças de endereço ou telefone, variações em sua decisão de se apresentar à consulta, etc.).

Programação: Primeiras consultas / Interconsulta: os responsáveis para avisar o paciente serão as Secretarias de Saúde dos municípios.

Retornos: Mediante critérios médicos, é responsabilidade de o paciente efetuar o agendamento na Central de Marcação de Consultas

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO E HOSPITAL DIA

Fluxo de encaminhamento pelo médico assistente/solicitante:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

Urgência

São os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário;

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o Protocolo de Acesso para Atenção Especializada, e posteriormente à solicitação será classificada por cor conforme o Protocolo de Regulação utilizado pelo médico regulador na Regulação Estadual.

Prioridade Estadual

São aqueles encaminhamentos:

Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida

Cuja demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.

Todas as gestantes, se patologias relacionadas à gestação.

Rotina

Estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatório

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato**
- Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível**
- Prioridade 2 - Prioridade não urgente**
- Prioridade 3 - atendimento eletivo.**

PROCOLOS

DRENAGEM DE ABCESSO

Abscesso, por definição, constitui-se de coleção de pus na derme e tecidos profundos adjacentes. O furúnculo consiste na infecção de um folículo piloso, com material purulento se estendendo até as camadas mais profundas de derme e do tecido subcutâneo. O carbúnculo nada mais é do que a coalescência dos folículos severamente inflamados, resultando numa massa inflamatória com drenagem de secreção purulenta pelos vários orifícios.

Abscessos de pele, furúnculos e carbúnculos podem se desenvolver em pessoas hígidas, sem outras condições predisponentes, a não ser portar na pele ou na cavidade nasal o *Staphylococcus aureus*. Fatores de riscos incluem a presença de Diabetes mellitus e alterações imunológicas. Qualquer processo que resulta na quebra de solução de continuidade da pele ou alterações dermatológicas como traumas abrasivos, escarificações ou picaduras de insetos pode resultar na formação de um abscesso.

Manifestações clínicas

Geralmente há sinais flogísticos locais como calor, rubor, edema e dor, além de nódulos eritematosos com sinais de flutuação. Pode ocorrer drenagem espontânea de secreção purulenta e adenopatia regional. Febre, calafrios, sinais de toxicidade sistêmica são incomuns.

Diagnósticos diferenciais: Folliculite, hidradenite supurativa, miíase, leishmaniose, blastomicose.

Indicações

O tratamento de escolha para o abscesso, independentemente da localização, consiste na drenagem cirúrgica, para eliminar a dor e resolver o processo infeccioso. Atentar para locais especiais como face, principalmente para o triângulo formado pelo nariz e pela extremidade do lábio, pela facilidade de desenvolver flebite séptica e promover extensão para a região intracraniana, por meio do seio cavernoso. Faz-se necessário o uso de antibiótico associado e, às vezes, de avaliação de um cirurgião.

Outro local que merece atenção especial é a região perianal. A drenagem nesse local se faz com urgência, não se espera apresentar sinal de flutuação, pois o risco de promover fascíte necrotizante (síndrome de Fournier) é elevado. Na dúvida quanto ao diagnóstico, encaminhe com urgência para a avaliação de um cirurgião.

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento
- Pinça hemostática curva.
- Lâmina de bisturi nº 11
- Gaze
- Dreno de Penrose
- Fio de sutura nylon 3.0
- Luva esteril.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica (de insulina)
- Swab de cultura, se necessário.
- Máscara e óculos para proteção

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Verifique se o abscesso possui flutuação.
3. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril;
4. Usando a agulha 40 x12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica.
5. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro de maior sinal de flutuação, com o cuidado de injetar no subcutâneo. Afinal, a anestesia é para a pele, para a confecção da abertura, nada a mais.
6. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.
7. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a drenagem espontânea da secreção purulenta. Não adianta fazer pequenas incisões, pois isso pode levar à recidiva dos abscessos.

8. Depois da drenagem espontânea, evite espremer a pele circunjacente, pois pode promover a proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente. Coloca-se a pinça hemostática na cavidade, a fim de quebrar as loculações e liberar quaisquer bolsas de material purulento residuais.
9. Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
10. Introduza uma gaze ou um dreno de Penrose no local, com 1 a 2 cm para fora da incisão, para permitir drenagem adequada e impedir que a incisão fique selada. Se necessário, pode ser fixado com um ponto simples frouxo de nylon 3.0.
11. Curativo com gaze.

Complicações:

Recidiva do abscesso: se o tamanho da incisão não for grande o suficiente para drenagem adequada; ' local não explorado completamente, deixadas áreas loculadas;

Sangramento:

Disseminação sistêmica da infecção: endocardites, osteomielites, formação de abscessos pleurais, articulações etc.

Seguimento:

Pedir para o paciente retornar em um ou dois dias para remoção das gazes e do dreno, e para verificação da ferida.

Orientações para o paciente:

- Associar compressas mornas no local, durante 15 minutos, 4x ao dia, até melhora.
- Trocar os curativos diariamente.
- Ficar alerta para sinais de infecção sistêmica.
- A antibioticoterapia está indicada se houver celulite coexistente, se o paciente for imunocomprometido ou tiver um corpo estranho (enxerto vascular, telas, cateteres e válvulas).
- Se necessário, os antibióticos utilizados são: penicilinas, cefalosporinas de 1ª geração e quinolonas (nível ambulatorial).

Podem-se associar analgésicos e anti-inflamatórios para a dor pós-drenagem.

Observações importantes

A incisão deve cicatrizar entre 7 e 10 dias.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO – HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Incisão com drenagem apenas é a terapia adequada para um abscesso subcutâneo simples.

ÉXERE DE CISTOS, LIPOMAS E NEVOS

Cisto sebáceo

Decorre da oclusão do conduto de uma glândula sebácea, resultando em acúmulo de secreção (sebo). As áreas mais afetadas são: couro cabeludo, pescoço e face.

Geralmente é assintomático, tem crescimento lento e atinge tamanhos variados. Apresenta-se como uma elevação local, pouco consistente, arredondada, ligada à pele por ducto excretor que se abre num orifício por onde se extrai, por meio de pressão, material amorfo, caseoso e fétido. Pode infectar, apresentando sinais logísticos.

Tratamento

O tratamento do cisto não infectado é a exérese cirúrgica (com retirada da cápsula). Já o cisto infectado tem indicação de drenagem de abscesso simples, uma vez que a tentativa de retirar a cápsula pode propiciar propagação de infecção.

Materiais necessários para a realização do procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor
- Campos estéil
- Dreno de Penrose
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica
- Tesoura reta
- Tesoura curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi n° 11.
- Soro fisiológico 0,9% 250 ml
- Gaze.
- Luva estéil

- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tóxico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o meio da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar a cápsula do cisto.
6. Ressecção do cisto, sem romper a cápsula. Se a cápsula for rompida durante o procedimento, retira-se todo o material interno e segue-se a sua total remoção.
7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento. Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo com gaze.

Lipoma

Tumor benigno de células adiposas, podendo estar presente em qualquer área do corpo em que há tecido adiposo: nas regiões do pescoço, dorso, nádegas e região proximal de extremidades. É o mais frequente dos tumores benignos tecidos moles.

Geralmente é assintomático, mas pode apresentar dor discreta local e, devido a seu tamanho, pode apresentar compressão de estruturas adjacentes. De acordo com o tamanho, a pele que recobre essa tumoração pode ter aspecto de “casca de laranja”.

Materiais necessários para a realização do procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstritor
- Campos estéril
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi n° 11.
- Soro fisiológico 0,9 % 250 ml
- Gaze.
- Luva estéril
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização;
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo

regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o centro da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.

4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, de acordo com as linhas de força da pele, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar o lipoma.
6. Ressecção do lipoma.
7. Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura). Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo.
11. Colocar a peça cirúrgica num frasco com formol. Identificá-la e encaminhá-la para análise anatomopatológica. Sempre descrever a lesão e os sintomas para auxiliar o patologista.

REMOÇÃO DE MOLUSCO CONTAGIOSO

O molusco contagioso é uma doença dermatológica causada pelo vírus do gênero Molluscipoxvirus, da família Poxviridae. Afeta crianças, principalmente as atópicas, pacientes imunossuprimidos e adultos sexualmente ativos. A transmissão ocorre por contato direto com pessoas infectadas, por meio de fômites ou autoinoculação. O período de incubação é variável, geralmente de três semanas a três meses.

Na infância, o pico de incidência situa-se entre 3 e 10 anos e as pápulas localizam-se na face, tronco ou extremidades. Em adultos, a transmissão costuma ser sexual e as lesões, portanto, geralmente limitadas à região anogenital. A presença de lesões múltiplas na face, pescoço ou disseminadas em adultos sugere imunossupressão, devendo se atentar para infecção pelo HIV.

O diagnóstico é clínico com base no aspecto da lesão e do material obtido à expressão das pápulas. As lesões características do molusco contagioso são pápulas semiesféricas com centro umbilicado, peroladas, róseas ou da cor da própria pele, medindo de 3 a 6 mm, isoladas e bem delimitadas. São facilmente removíveis, eliminando material esbranquiçado com partículas virais

Usualmente as lesões são assintomáticas, mas podem apresentar eczema e prurido ao redor delas. A procura à Unidade Básica de Saúde costuma ser em função do incômodo estético.

Tratamento:

Em geral, nos indivíduos imunocompetentes, as lesões envolvem espontaneamente em um a dois anos, não se justificando tratamentos mais agressivos que possam deixar cicatrizes

Quando se opta pelo tratamento, pode ser realizada a remoção mecânica por meio da curetagem com posterior aplicação de tintura de iodo em cada lesão. Deve-se alertar o paciente quanto à possibilidade do aparecimento de novas lesões, dado o curso natural da infecção, que pode durar vários meses e não desenvolver imunidade definitiva.

Técnica

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção.

Aplica-se espessa camada do creme anestésico* com aproximadamente 2,5 g por 10 cm². A aplicação deve ser feita sob bandagem oclusiva, com tempo de contato mínimo de 60 minutos.

Retira-se a bandagem e o creme anestésico e prepara-

- Se a área afetada com um agente tópico disponível.

Procede-se à curetagem das lesões com uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, o que pode impedir o procedimento devido ao risco de infecção ou dor.

Após a curetagem, aplica-se álcool iodado em cada lesão.

* Geralmente são utilizados cremes à base de lidocaína 25 mg isolada ou associada à prilocaína (25/25 mg/g). A mistura eutética de anestésicos locais parece ser especialmente útil em crianças e para procedimentos cirúrgicos superficiais. Em crianças entre 3 e 12 meses de idade, a dose total não deverá exceder a 2 g, nem a área total de aplicação na pele deverá exceder a 16 centímetros quadrados, por um tempo máximo de quatro horas. Não está recomendado para crianças menores de três meses de idade.

REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS

Quase todos os ferimentos causados por corpos estranhos têm o potencial de infecção e, devido ao pequeno orifício de entrada, devem-se considerar o bacilo do tétano e os organismos piogênicos comuns como os possíveis invasores. Assim, a profilaxia do tétano deve ser rotina no tratamento primário dos corpos estranhos nos tecidos moles.

O segundo problema diz respeito à questão sobre remover ou não o corpo estranho. Quando penetrado nos tecidos recentemente, ele é facilmente localizado e acessível. Nesses casos, no geral, tenta-se a remoção. Se, contudo, ele não determina quaisquer sintomas, é melhor deixá-lo permanecer. Esse julgamento é criterioso, e o paciente deve ser informado.

Quando se decide remover o corpo estranho, deve-se localizá-lo no tecido. Isso pode não ser difícil se o objeto é palpável, ou se é relativamente grande e o orifício de entrada estiver nitidamente visível. Se for pequeno e se localizar profundamente na gordura ou no músculo, a retirada é difícil. Particularmente quando não se pode localizá-lo com precisão nos tecidos, com ausência de referência a algum ponto na superfície da pele, que é válido para pequenos objetos pontiagudos, tais como agulhas, que podem migrar pelo tecido, como resultado da pressão local ou dos próprios movimentos. Às vezes é necessário o uso de radiografias para determinar o local exato dos objetos.

Para retirada do corpo estranho, na maioria das vezes faz-se bloqueio anestésico local, tomando o cuidado com o edema formado, para não haver distorções anatômicas. Geralmente amplia-se o orifício de entrada, se for visível. Caso já esteja cicatrizado, faz-se nova incisão no local.

Abaixo serão listados alguns procedimentos para retirada de alguns dos mais comuns corpos estranhos encontrados no dia a dia nos ambulatórios:

Farpas de madeira e metálicas

As farpas de madeira são muito comuns nos tecidos moles. Podem ser encontradas em qualquer parte do corpo, mas se apresentam mais frequentemente nas mãos, pés e nádegas. Geralmente trata-se de um pedaço de árvore, parte de assoalho, palito de dente. Portanto, o potencial de tais feridas tornarem-se infectadas é alto, e o perigo para o tétano é real. Se a ferida estiver em bom aspecto, sem sinais flogísticos, não necessita uso de antibióticos. Como, na maioria das vezes, o objeto é pequeno, não há necessidade de suturar o ferimento, deixando a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

Pedras e roupas

São comumente encontradas nos tecidos de ferimentos acidentais, especialmente em crianças. Com frequência sua presença não é reconhecida no momento que a ferida primária é tratada. Como resultado disso, permanece encravada no tecido por tempo considerável. Por fim, determina uma fístula de secreção crônica, purulenta. O tratamento consiste na incisão e retirada dela.

Vidro

É visto mais frequentemente nas mãos e nos pés, resultado de acidentes com quebra de objetos de vidro. Nos acidentes automobilísticos, pode-se encontrá-lo estilhaçado em qualquer parte do corpo, geralmente na frente e na face. A menos que se possa vê-lo, palpá-lo ou demonstrá-lo na radiografia, em geral é prudente tratar a ferida primariamente como uma laceração. Depois da cicatrização, o vidro torna-se evidente pela dor causada quando é comprimido.

Nesse caso, pode-se fazer uma incisão sobre o ponto doloroso e removê-lo.

Projéteis de arma de fogo

Esses corpos estranhos são radiopacos, portanto, facilmente visualizados por raio X. Só se deve retirar na UBS se houver possibilidade de fazer radiografia para precisar a localização dos projéteis, estiverem superficiais e provocando sintomas. Quando retirá-los, não suturar o ferimento; deixar a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

Materiais necessários para o procedimento

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstritor
- Campos estéril
- Pinça hemostática curva
- Pinça anatômica
- Pinça dente de rato
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha
- Lâmina de bisturi n° 11.
- Fio de sutura nylon 3.0.
- Soro fisiológico 0,9 % 250ml
- Gaze.
- Dreno de Penrose.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).

- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

Determine o local do corpo estranho.

O procedimento deve ser realizado de maneira as- séptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tó- pico disponível e cubra- a com o campo estéril.

Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro do local do objeto. Cuidar com o edema que resulta, pois se podem perder os parâmetros da localização. Utiliza-se o orifício de entrada quando existente ou utiliza-se a cicatriz prévia como referência.

Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.

Uma vez realizada a anestesia, faz-se incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a retirada do objeto, com auxílio das pinças.

Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.

Se o ferimento permitir, e for necessário, pode-se confeccionar uma sutura com pontos simples como nylon 3.0.

- Curativo com gaze.

Corpo estranho subungueal

As farpas que ficam sob as unhas podem ser retira- das com o auxílio de uma agulha rosa, sem anestesia local. Se houver insucesso ou for um objeto mais profundo, orienta-se fazer um bloqueio do dedo para promover ressecção segmentar da unha acima da farpa com um bisturi. Após a retirada, basta um curativo digital até que a ferida cicatrize.

Ferimento por prego

Necessita-se da certeza de que não restou nenhum corpo estranho no ferimento, nem mesmo um pedaço do calçado que o paciente utilizava, nos casos em que o ferimento por prego for no pé.

NORMAS REGULAMENTARES PARA OS PLANTÕES DE SOBREAVISO

“Parecer CFM nº 09, de 16 de janeiro de 2003 – Os plantões de sobreaviso constituem prática usual da organização de serviços médicos, devendo obedecer a normas rígidas de funcionamento para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a segurança do médico. O sobreaviso deve ser remunerado.”

Os plantões de sobreaviso caracterizam-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados. O médico “de sobreaviso” está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Poucos hospitais, em geral localizados nos grandes centros urbanos, conseguem manter em seus plantões de emergência um contingente de 20 a 25 especialistas. Para a esmagadora maioria das unidades, uma decisão deste tipo tornaria inviável a prestação dos serviços, tanto do ponto de vista econômico quanto pela inexistência de profissionais disponíveis em todas as localidades.

Definição

A modalidade de plantão médico de sobreaviso ou em disponibilidade de trabalho é ato médico e, só pode ser exercido por profissional médico devidamente registrado no CRM.

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Normas

O médico em plantão de sobreaviso está disponível a qualquer momento em que for requisitado, mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, ele tem por obrigação estar à disposição para os atendimentos que, se não ocorrerem, o impossibilitam de outras atividades.

Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a comparecer ao local de plantão, deve receber o valor correspondente ao plantão.

Não, poderá um profissional médico exercer de maneira concomitante o plantão de sobreaviso em duas unidades pois há risco de necessidade momentânea de urgência nas duas,

o que certamente colocaria em risco a saúde/vida do paciente. Constitui-se infração ética a simultaneidade dos plantões de sobreaviso em mais de uma Unidade

O plantonista de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, em até sessenta minutos, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

O médico plantonista de sobreaviso só pode ser acionado por determinação do Diretor Técnico, da equipe médica ou do médico plantonista da Unidade Assistencial.

Ao acionar o médico plantonista, o médico que tomou tal decisão permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência

O profissional escalado deve comunicar, com antecedência, ao Diretor Técnico sua impossibilidade de cumprir a escala de sobreaviso, para que seja possível sua substituição no período evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento.

A falta ao plantão reveste-se de características de infração ética.

A montagem das escalas de sobreaviso deve obedecer a parâmetros bem definidos que atendam perfeita- mente as necessidades técnicas de demanda não eletiva, que não acarretem prejuízo ou riscos aos pacientes.

O plantonista de sobreaviso é suporte à emergência, tendo em vista que ele atua somente num segundo momento após a ação do clínico ou do cirurgião, que dariam o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições mínimas hemodinâmicas, inclusive com medidas preparatórias para a realização do procedimento.

Os seguintes serviços que não podem trabalhar com plantões à distância:

- Obstetria,
- Trauma e,
- Medicina Intensiva.

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ANEXO VII

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ANEXO VII

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERLADO LANDÓ - PLANILHA DE DESPESAS MENSAIS

DESPESAS	PERÍODO												TOTAL 12 MESES	
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12		
1. PESSOAL	987.872,00	11.854.464,00												
1.1 Salários	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	576.670,00	6.920.040,00
1.2 Outras Formas de Contratação	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	782.400,00
1.3 Enc. Benef de 1.1 e 1.2	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	346.002,00	4.152.024,00
2. MEDICAMENTOS	260.000,00	3.120.000,00												
3. MATERIAIS	190.000,00	2.280.000,00												
3.1 Materiais Hospitalares	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	1.980.000,00
3.2 Gases Medicinais	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	300.000,00
4. MATERIAIS DIVERSOS	105.100,00	1.261.200,00												
4.1 Material de Higienezação	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	27.500,00	330.000,00
4.2 Genêros Alimentícios	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	23.800,00	285.600,00
4.3 Material Expediente	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	32.300,00	387.600,00
4.4 Combustível	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	15.300,00	183.600,00
4.5 GLP	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	6.200,00	74.400,00
5. SERVIÇOS DE APOIO	85.400,00	1.024.800,00												
5.1 Laboratório	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	85.400,00	1.024.800,00
6. MANUTENÇÃO	119.331,27	1.431.975,24												
9.1 Material/Serviços	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	119.331,27	1.431.975,24
7. SEGUROS/IMPOSTOS/TAXAS	14.800,00	177.600,00												
10.1 Seguros	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	96.000,00
10.2 Impostos/Taxas	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	6.800,00	81.600,00
8. TELEFONIA	2.100,00	25.200,00												
9. ÁGUA	17.000,00	204.000,00												
10. ENERGIA ELÉTRICA	32.500,00	390.000,00												
11. SERVIÇOS TERCEIROS	1.861.998,00	22.343.976,00												
12. INFORMÁTICA	12.200,00	146.400,00												
TOTAL	3.688.301,27	44.259.615,24												

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ÁREA DE ATIVIDADE

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas

A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as instituições de saúde. Adaptar a relação entre capacidade e demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

No Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó os usuários e seus acompanhantes poderão contar com fluxos que buscam permitir sua circulação de forma eficiente e ágil e garantindo-lhes um acolhimento de qualidade e digno.

Deve-se destacar que o fluxo destinado ao paciente e eventuais acompanhantes é restrito às áreas funcionais da unidade, de modo que não ocorra sua movimentação em locais destinados à empregados da unidade.

Segundo o instrumento convocatório nº 02 de 2022 – SES/GO o **Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó funciona em regime de 24 horas/dia e é caracterizado como Hospital Geral de Baixa e Média Complexidade, como porta de Entrada (referenciada), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste de Goiás e demais Macrorregiões.**

A RDC nº 50 – Resolução da Diretoria Colegiada, discrimina que as circulações externas e internas do Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus fluxos (acessos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, tudo isso em conformidade com a NBR-9050 da ABNT.

Deste modo é possível entender as áreas de circulação hospitalares em 03 principais dimensionamentos:

- A) Áreas restritas;
- B) Áreas internas;
- C) Áreas externas.

Ressalta-se o entendimento conceitual do que se trata cada uma:

A) Áreas restritas: Trata-se dos ambientes onde existe aumentado risco de infecção, locais onde se realizam procedimento de risco, havendo ou não pacientes, ou ainda, onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

B) Áreas internas: são os ambientes gerais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó que circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores. Nesse cenário é importante fracionar e classificar os envolvidos nos fluxos do seguinte modo:

Pacientes internos: são contemplados pelos fluxos de pacientes em regime de observação/internação na própria unidade. Estando acompanhados por funcionários ou acompanhantes, buscando diagnóstico e terapia, acessam as diferentes unidades funcionais.

Pacientes externos: O paciente externo é aquela cuja entrada se dá pela recepção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Nesse fluxo o profissional da recepção fará um primeiro atendimento, procedendo com a abertura ou confirmação do cadastro (caso já o possua na unidade) e posteriormente encaminha o paciente para o setor específico à sua demanda, via de regra, primeiramente considera-se a passagem dos pacientes pela triagem, salvo exceções.

Acompanhantes: fluxos contemplados por familiares ou amigos dos pacientes internos ou externos que acompanham o paciente durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças/adolescentes e idosos. A circulação destas pessoas na unidade, deve ser restrita às áreas funcionais.

Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, dietistas etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Sua circulação deve se dar nas áreas em que atuam, salvo os casos de profissionais cuja atuação contemple todo o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Na maioria dos casos circulação de funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

Visitantes: É constituído por toda sorte de visitantes, que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como

compras, serviços – terceirizados etc. Os fluxos que contemplem esse público no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, primarão sempre pela observância de horários e cuidado com a segurança da unidade.

C) Áreas Externas: São as áreas que se destinam aos tipos de serviços a serem prestados, bem como a população usuária que demandam uso do estacionamento do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. São eles:

- a) pacientes externos sendo transportado (paciente emergencial), aquele que chega ou parte de automóvel ou de ambulância;
- b) paciente interno: o paciente a ser internado na unidade.
- c) profissionais: aqueles que atuam na unidade e contarão com vaga exclusiva.
- d) entrega de insumos e materiais no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- e) deslocamento de cadáveres.
- f) remoção de resíduos.

Sobre os elementos “d” à “e” mencionados acima, vale o seu detalhamento da seguinte forma:

Insumos e materiais: São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc. Em algumas áreas do hospital verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve sempre ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e a Central de Material Esterilizado.

Cadáveres: Os cuidados especiais tomados com a chamada “circulação do cadáver” devem-se, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar principalmente em pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação aos usuários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Assim, deve-se sempre proceder com as adequações físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito

até a anatomia patológica, morgue ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite as internações, salas de espera, refeitórios e as circulações com grande presença de pacientes e acompanhantes.

Remoção de resíduos e materiais contaminados: São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na própria fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais. Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se a possibilidade de instalação de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das ante câmaras, quando necessários.

De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos).

OS PRINCIPAIS TIPOS DE FLUXO

Ao analisarmos os fluxos propriamente ditos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos: os fluxos inter-funcionais (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais) e os intra-funcionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

a) Fluxos Inter-funcionais:

O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

b) Fluxos Intra-funcionais

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois principais tipos : fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação. A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas.

Nas Lavanderias, por exemplo, o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulão ou monta cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos interfone ou similar e visores (RDC50).

Após a lavagem a roupa, já descontaminada, e que passou por uma máquina de lavar de porta dupla ou de barreira é recebida em uma sala contígua totalmente separada da sala de recepção, que com ela se comunica apenas por visores e interfones.

A SETORIZAÇÃO

Conceitualmente explanados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais se estabelece a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó

Assim por exemplo o Apoio ao Diagnóstico deve ocupar uma posição estratégica em relação as unidades de atendimento imediato, ambulatorial e de internação, garantindo lhes um fácil acesso aos meios de diagnóstico assim como a maior proximidade possível destes meios ao atendimento imediato (urgência e emergência).

Por sua vez a UTI deve estar o mais próximo possível tanto do setor do atendimento imediato como dos centros cirúrgicos. A decisão da melhor localização de uma unidade funcional pode variar bastante em função de particularidades da unidade, assim a CME geralmente é posicionada junto aos centros cirúrgico, devido a quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes centros.

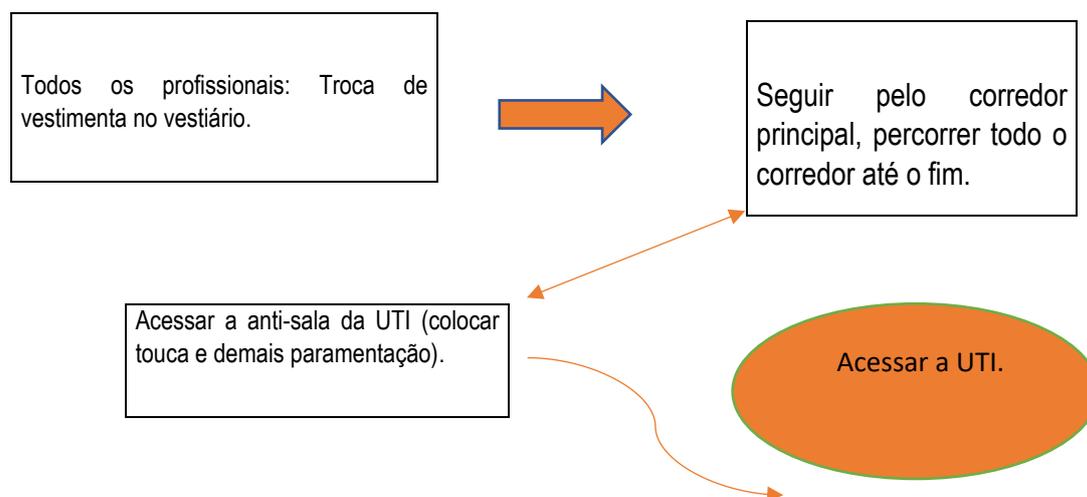
Importante destacar a setorização, haja vista que eventuais mudanças poderão, eventualmente, ser contempladas no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, a partir de proposições junto à Secretaria de Estado de Saúde,

de forma a otimizar o atendimento e prestá-lo ao usuário de forma eficiente e acolhedora, sobretudo tratando-se de uma unidade com grande estrutura, todavia construída há muitos anos de modo à não atender em sua plenitude as normas e regramentos atuais. O IBGC se compromete, com essa proposta, à discutir junto à SES/GO todas as necessidades de adequações para a unidade, permitindo que seus fluxos sejam ideais, ou o mais próximo possível do ideal.

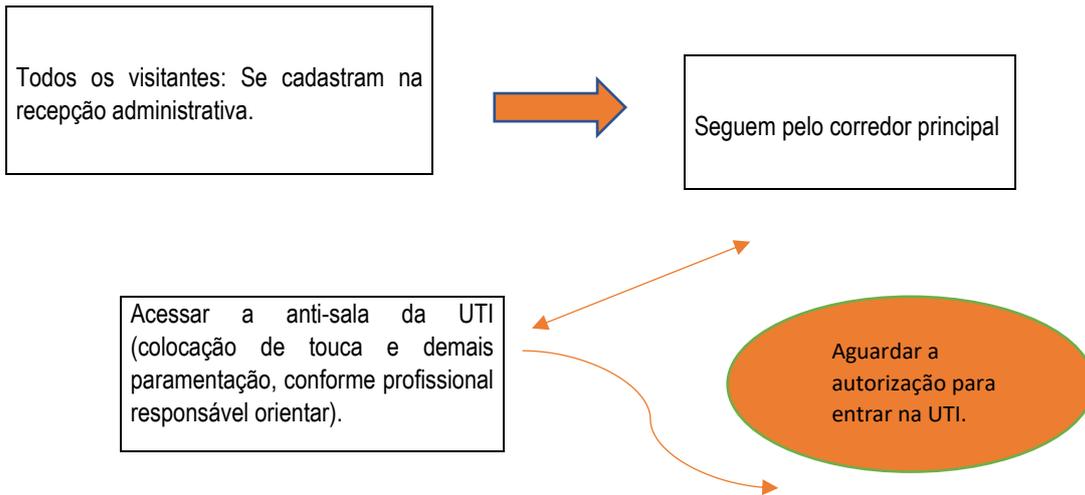
FLUXOS DE ÁREAS RESTRITIVAS:

A) Fluxo de acesso às UTI's (adulta) no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

Por profissionais: Os profissionais envolvidos no atendimento à Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, deverão realizar a troca de sua vestimenta no vestiário da unidade. Seguir pelo corredor principal, percorrer todo o corredor até o fim onde está a UTI.

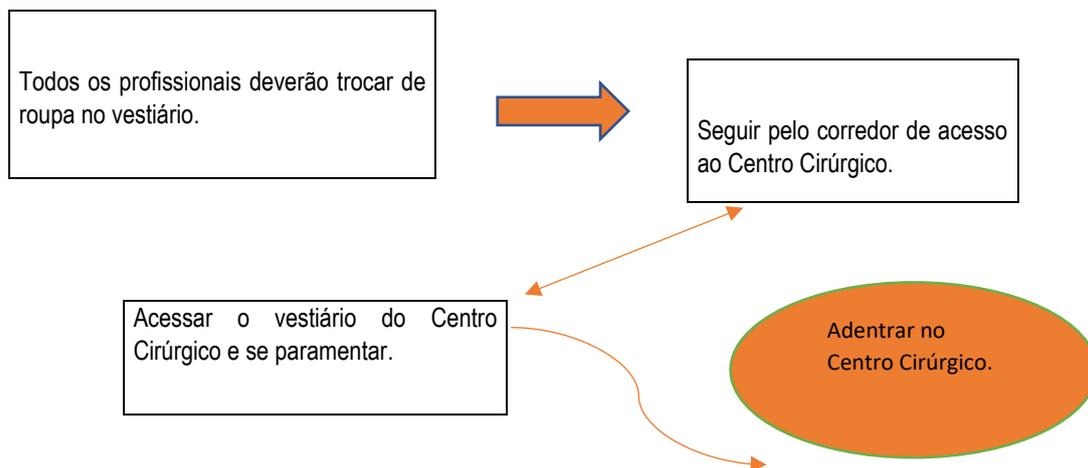


Por visitantes: Os visitantes deverão se cadastrar na recepção administrativa, seguir pelo corredor principal que leva à UTI, acessar a anti-sala da UTI se paramentar conforme orientação e aguardar a autorização de acesso ao setor.

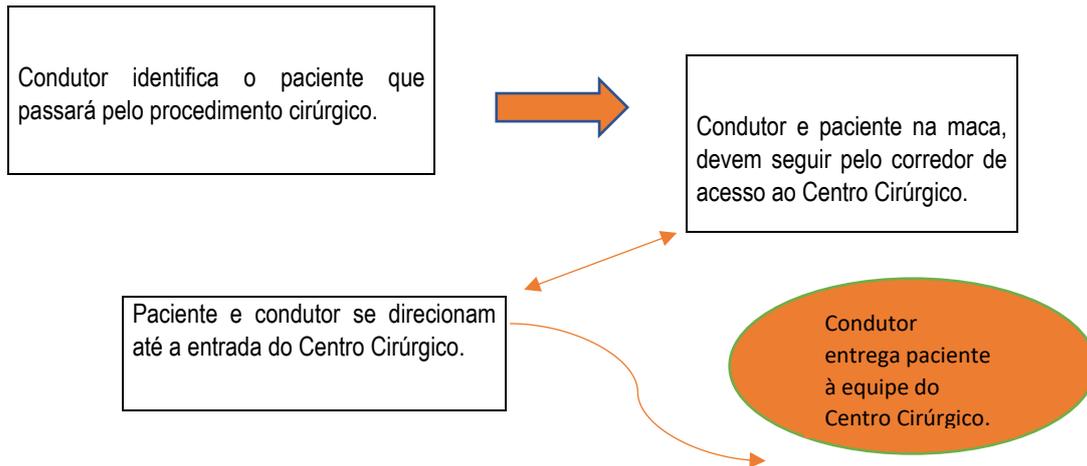


B) Centro Cirúrgico:

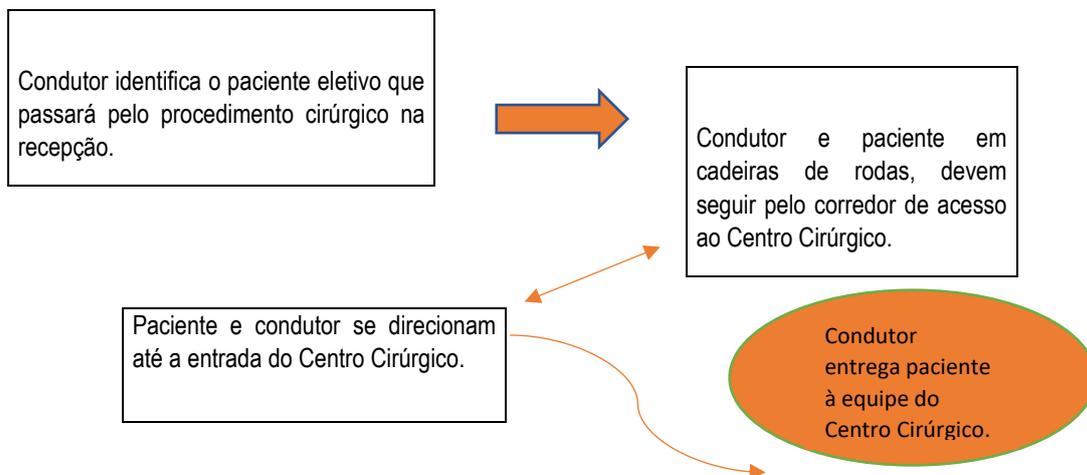
Por profissionais: Os profissionais deverão proceder com a troca de suas roupas no vestiário, seguir o corredor principal até o vestiário do Centro Cirúrgico para paramentação, se paramentarem e só então adentrarem o local.



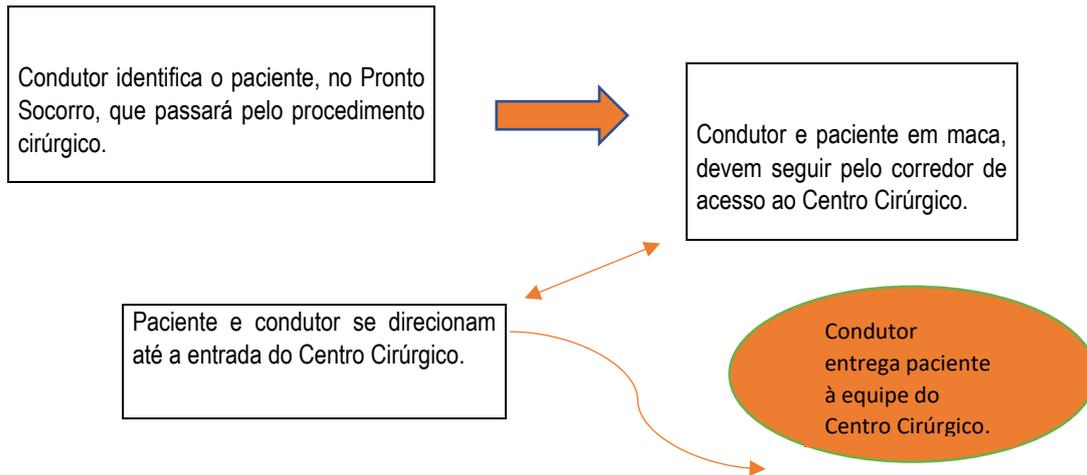
Por pacientes internados: maqueiro/condutor identifica o paciente que passará pelo procedimento cirúrgico. O condutor (em deslocamento) e o paciente (na maca) acessam o corredor que dá acesso ao centro cirúrgico. Paciente é entregue pelo condutor à equipe do centro cirúrgico.



Por paciente eletivo: Condutor deverá identificar o paciente na recepção, condutor e paciente (em cadeiras de rodas) acessam o corredor principal e dirigem-se à entrada do Centro Cirúrgico. O paciente é entregue à equipe do Centro Cirúrgico.

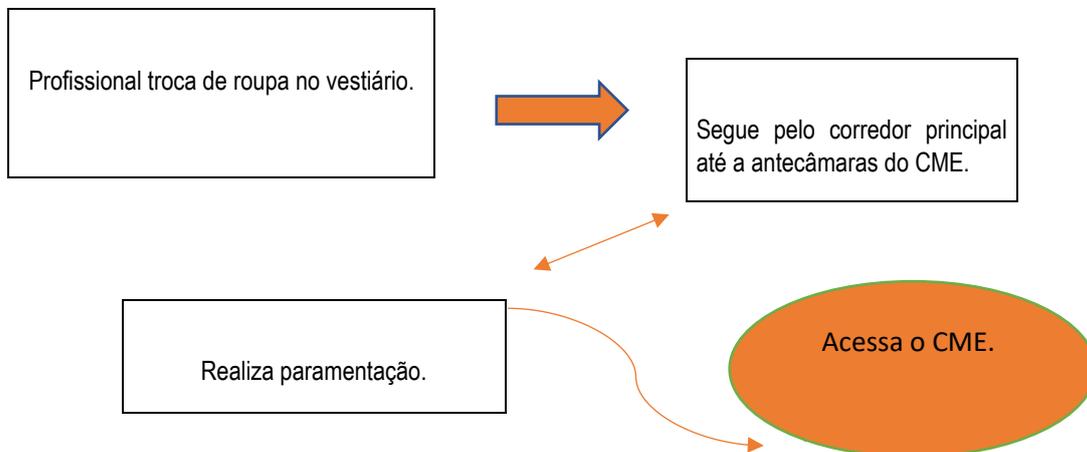


Por paciente de emergência/urgência: condutor/maqueiro procede com identificação do paciente no setor de Pronto Socorro, condutor e paciente em maca acessam o corredor que dá acesso ao Centro Cirúrgico. Condutor entrega o paciente aos cuidados da equipe do Centro Cirúrgico.



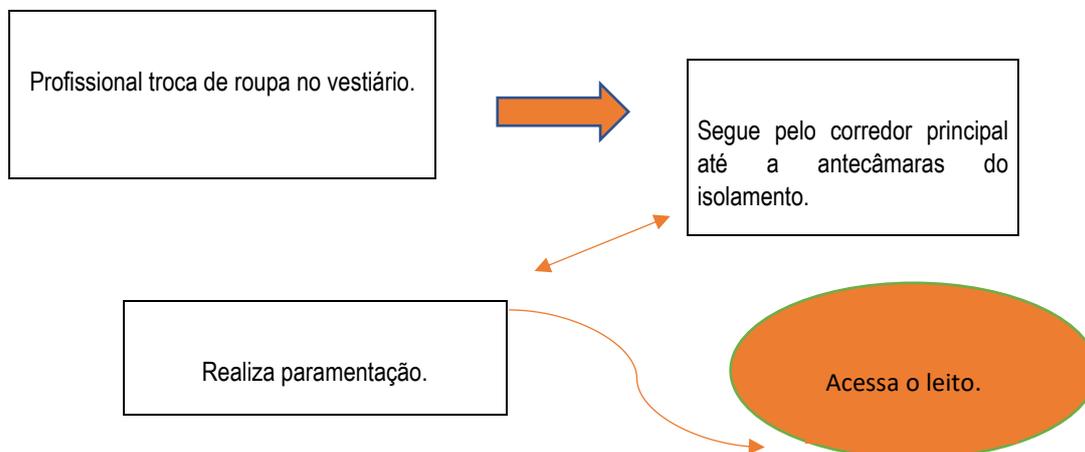
C) Central de Materiais Esterilizados:

Por profissionais: Todos os profissionais deverão proceder com a troca de roupa no vestiário da unidade, seguir pelo corredor principal até às antecâmaras do CME para paramentação. Acessar o CME.

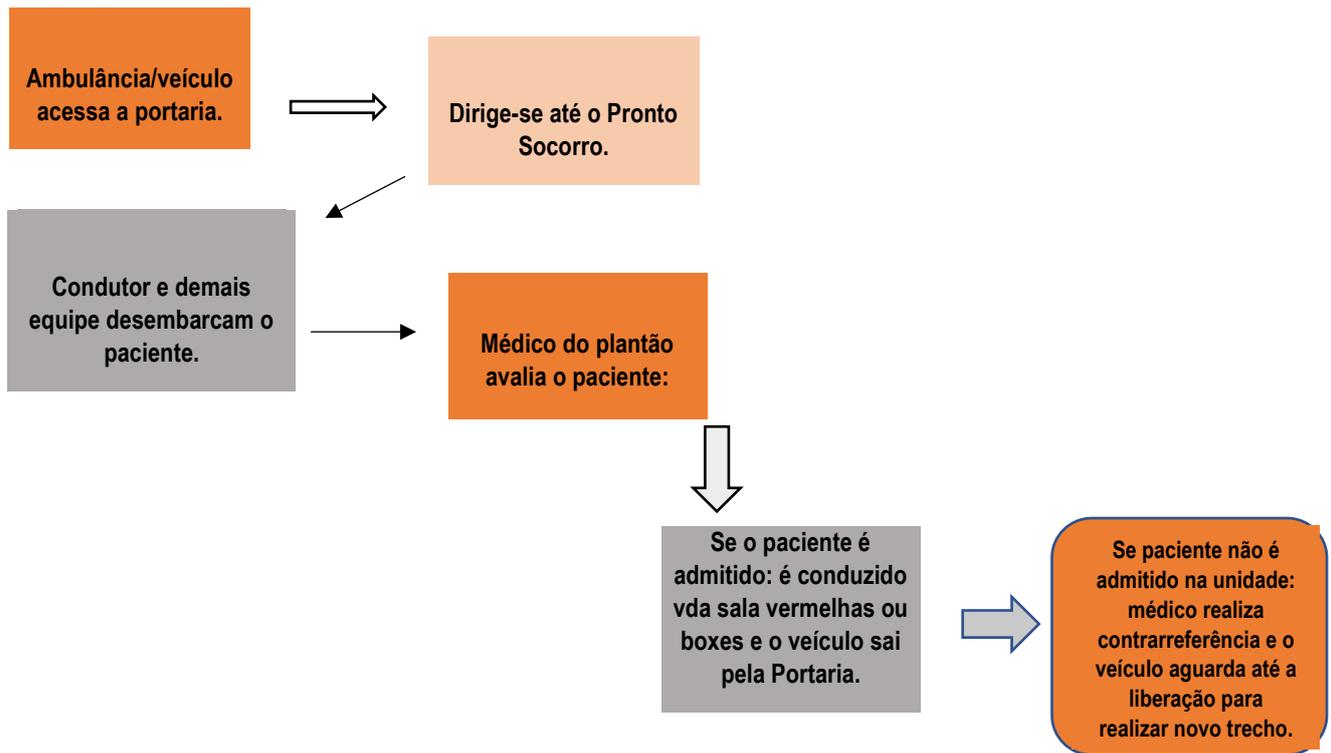


D) Isolamentos:

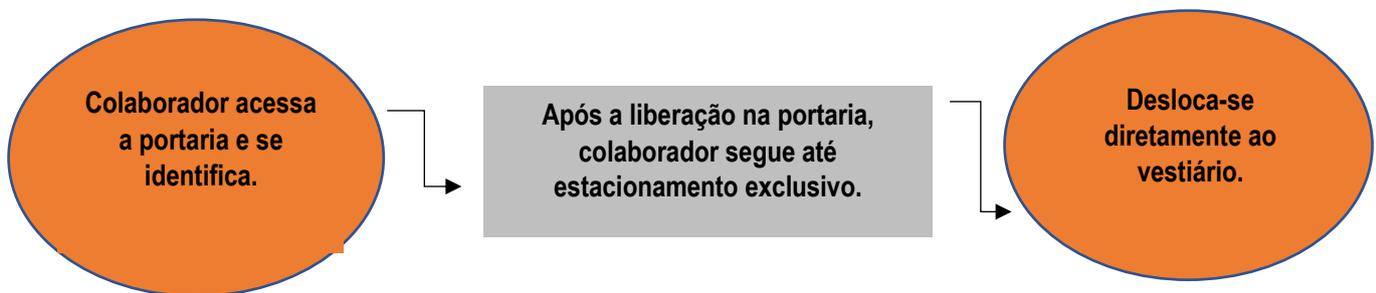
Por profissionais: O profissional realiza a troca de vestimenta no vestiário, segue pelo corredor principal até as antecâmaras dos leitos de isolamento para paramentação. O profissional segue para o respectivo leito.

**FLUXOS DE ÁREAS EXTERNAS**

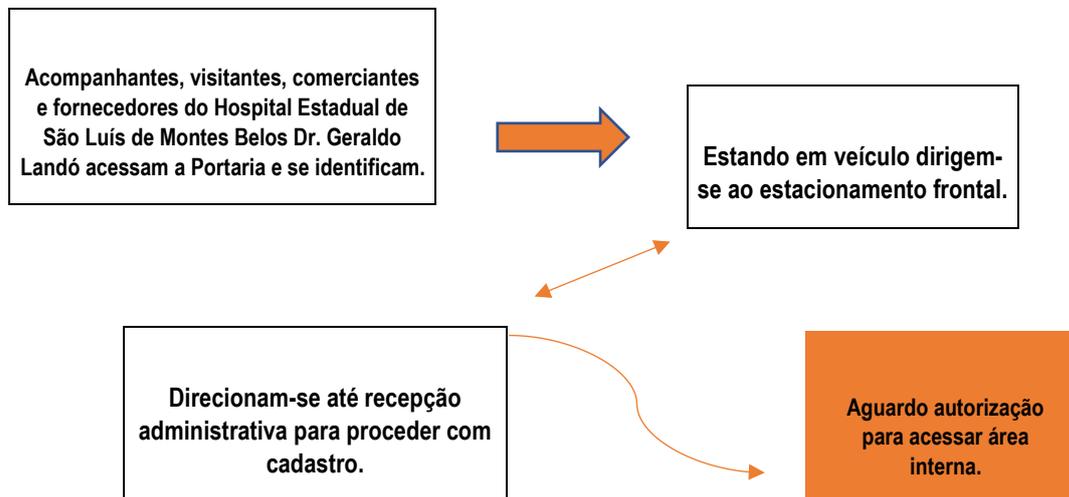
Portaria Pronto Socorro: Os condutores das ambulâncias/automóveis procedem com a sua identificação e em seguida dirigem-se até a entrada do Pronto Socorro (portão lateral à entrada principal) e procede com o desembarque do paciente. O médico do plantão avalia o paciente, e se admitido na unidade, o mesmo é conduzido aos boxes ou sala vermelha e o veículo sai pela portaria. Não sendo admitido o paciente, o médico do plantão faz sua contrarreferência. O veículo/ambulância aguarda nas vagas exclusivas do estacionamento, até que seja liberado para o novo trecho; a ambulância sai pela portaria.



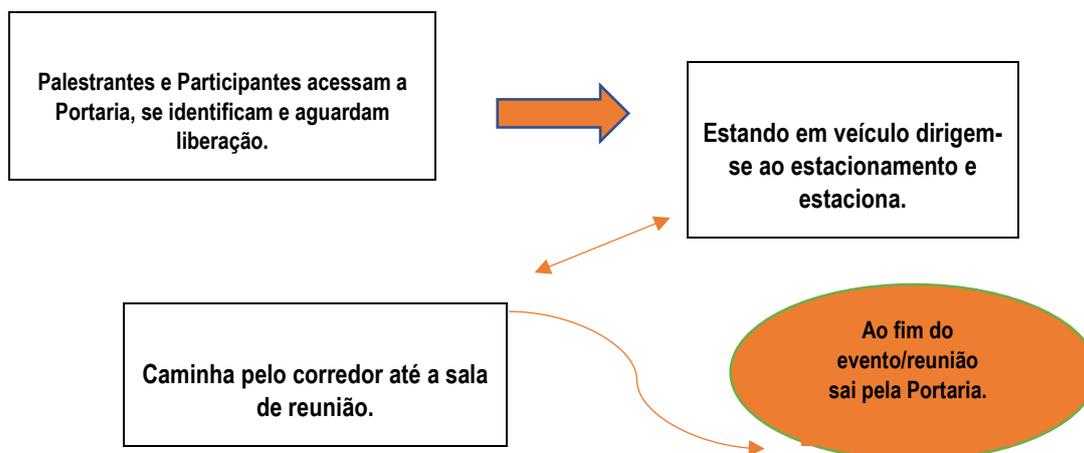
Portaria Administrativa: Local de acesso a todos os colaboradores da unidade. Todos os colaboradores acessam a unidade pela portaria e se identificam. Após serem liberados seguem com o veículo até o estacionamento exclusivo para funcionários. Em caso de o colaborador utilizar outro meio de deslocamento, que não o carro próprio, após passar pela portaria e proceder com sua identificação deverá seguir até o vestiário geral.



Acesso Comercial (fornecedores e comerciantes), acompanhantes e visitantes: Todos os acompanhantes, visitantes, comerciantes e fornecedores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó acessam a Portaria para sua identificação e após serem liberados caminharão até a recepção administrativa para realizar seu cadastro e ficam no aguardo de liberação para acessar às áreas internas.

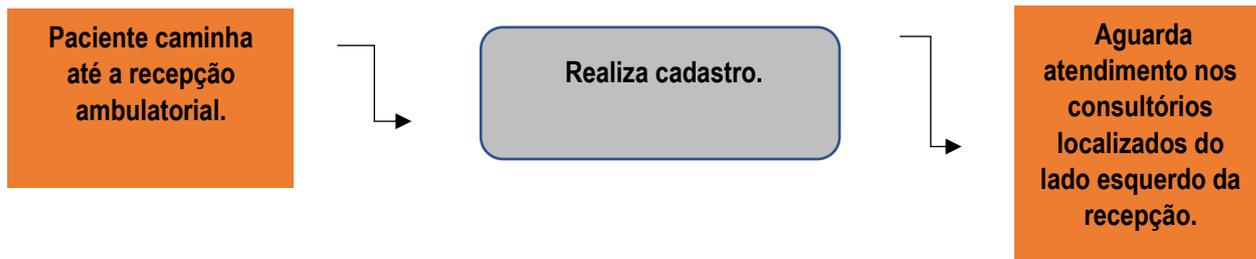


Acesso a Palestrantes e Participantes (sala de reunião): palestrantes e participantes acessam a Portaria identificam-se, aguardam a liberação, após serem liberados dirigem-se ao estacionamento administrativo. Estaciona o veículo e caminha até a entrada para a reunião e segue pelo corredor principal (esquerda da recepção de entrada da unidade), se dirigindo à sala localizada no bloco administrativo. No fim do evento/reunião sai pela portaria.

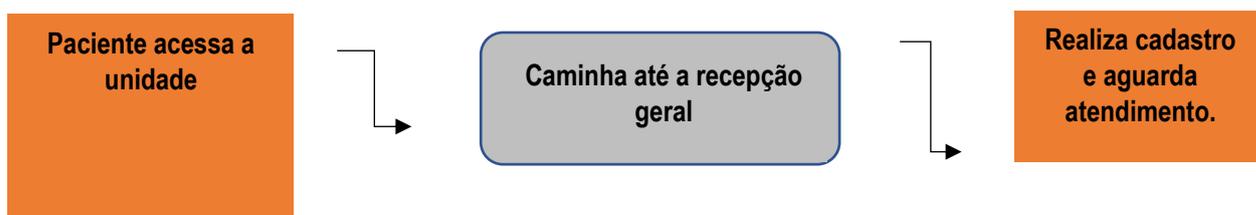


Atendimento Ambulatorial:

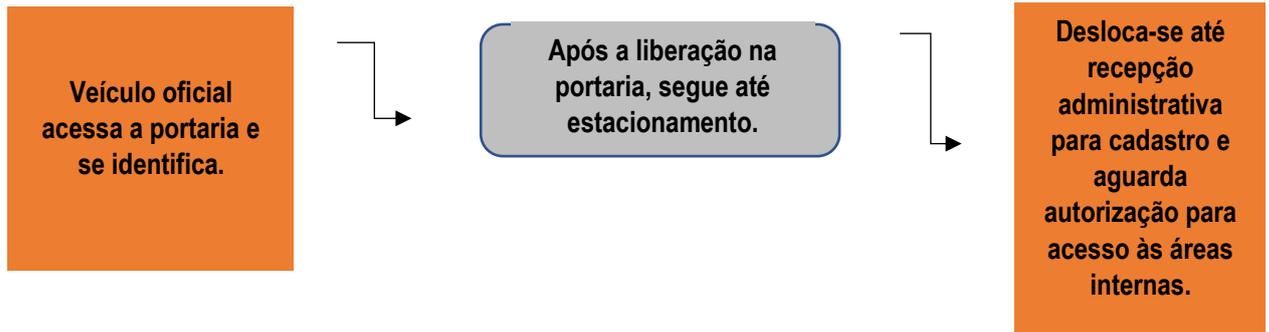
Acesso à ambulatório (consultas e retornos): Paciente caminha até a recepção ambulatorial para cadastro. Retira sua senha e aguarda atendimento.



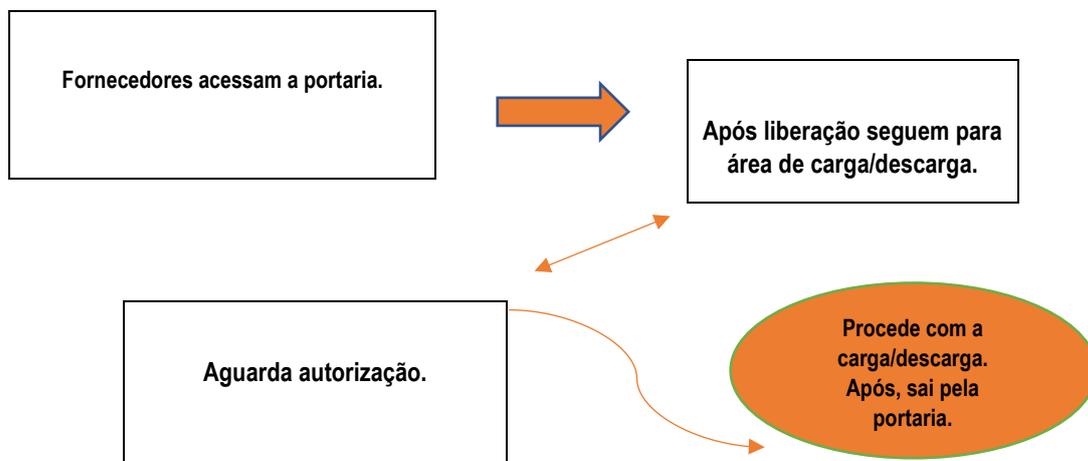
Acesso para Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): Paciente acessa a unidade, caminha até a recepção geral para cadastro, retira sua senha e aguarda atendimento.



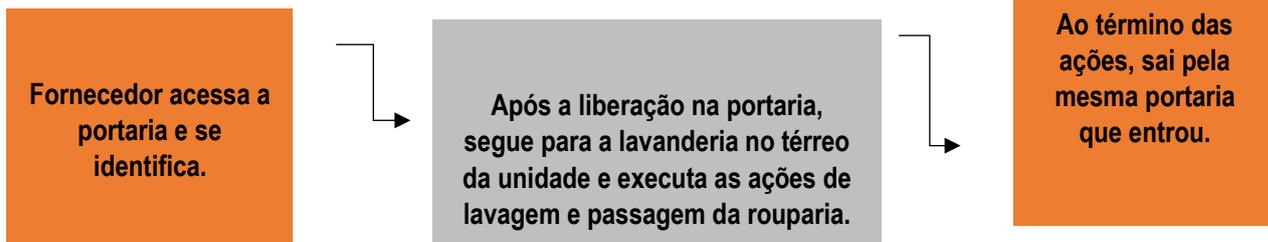
Acesso para procedimentos de doação de órgãos : Veículo oficial acessa a Portaria Administrativa. Se identifica. Estaciona. Se dirige à recepção administrativa. Aguarda liberação para acessar as áreas internas.



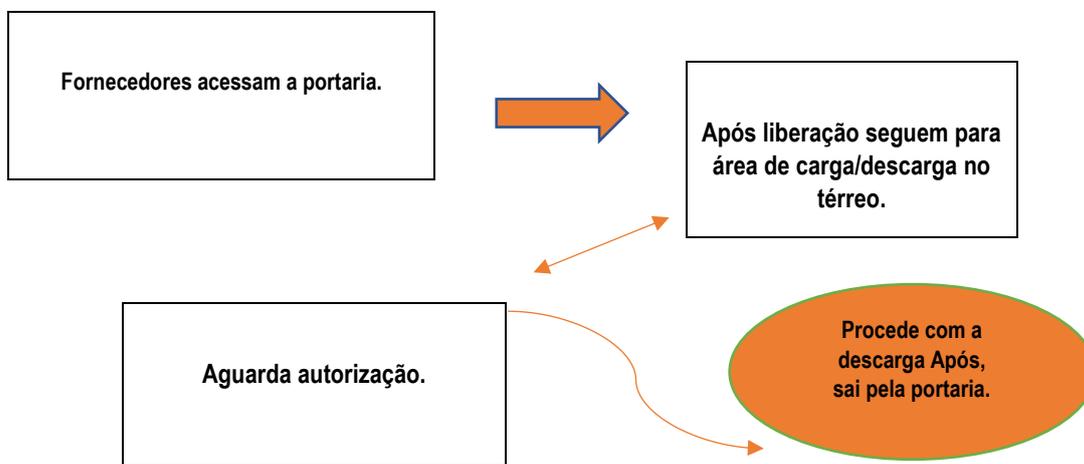
Acesso de fornecedores (com carga e mercadorias) (Almoxarifado/CAF): Fornecedor acessa a portaria de serviços e se identifica. Após liberação, segue pela via até a área de carga/descarga. Aguarda autorização para desembarque, após a entrega, sai pela mesma portaria que entrou.



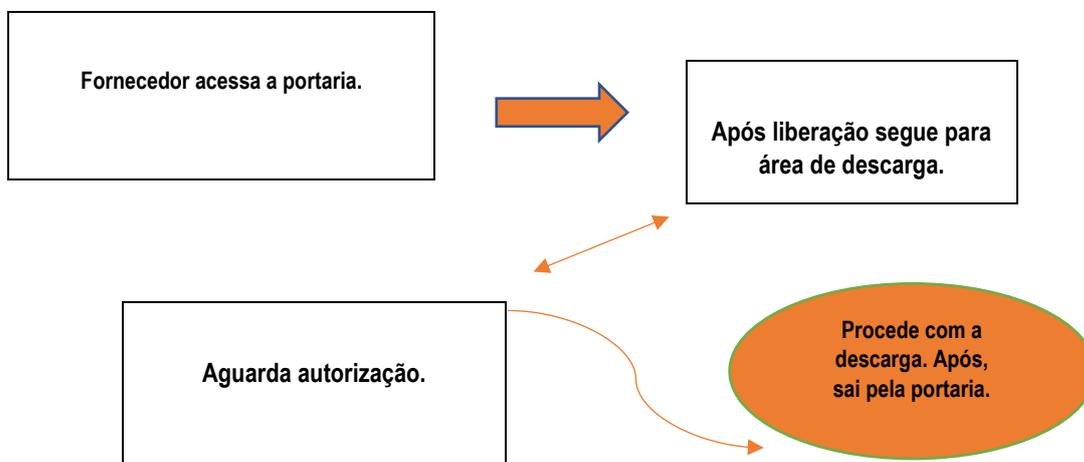
Acesso à lavanderia: Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após liberação se direciona a lavanderia da unidade localizada no térreo da unidade, onde executa todas as ações de lavagem e passagem da rouparia na própria unidade. Ao término, sai da unidade pela mesma portaria, qual seja, de serviços.



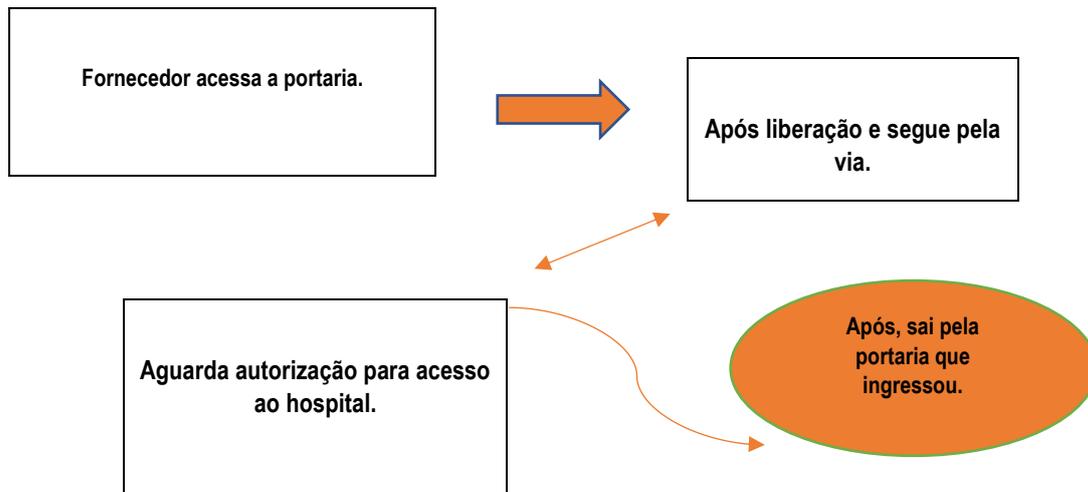
Acesso às docas de nutrição: Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após ser liberado, segue até pela via até a área de carga/descarga e aguarda autorização para entrega no térreo. Após, sai pela mesma portaria que entrou.



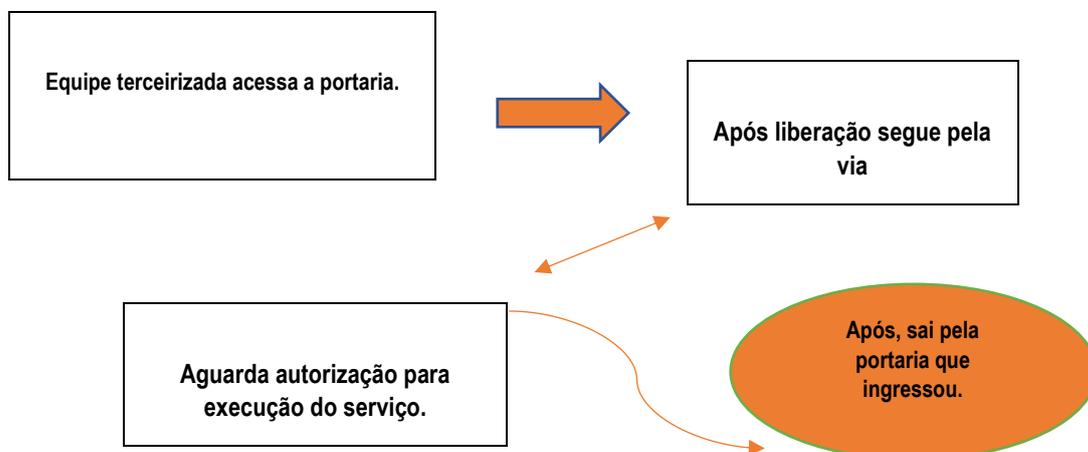
Acesso aos gases medicinais e GLP: Fornecedores acessam a portaria e se identificam. Após liberação, segue pela via até os tanques para abastecimento. Aguarda autorização para entrega. Retorna pela mesma via até saída a portaria.



Acesso para prestação de serviços de manutenção terceirizada: Fornecedores acessam a portaria e se identificam, após liberação seguem pela mesma via e aguardam autorização de acesso ao hospital; retornam pela mesma via até a saída pela mesma portaria.

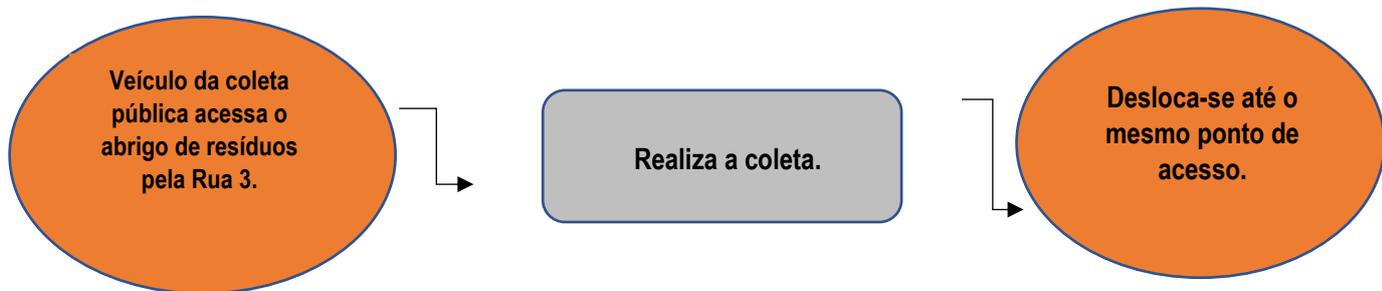


Acesso à caldeira, grupo gerador e subestação de energia: equipes terceirizadas acessam a portaria e se identificam. Após ocorrer a sua liberação, seguem pela via e aguardam autorização para executarem o serviço. Após, retornam pela mesma via até a portaria.

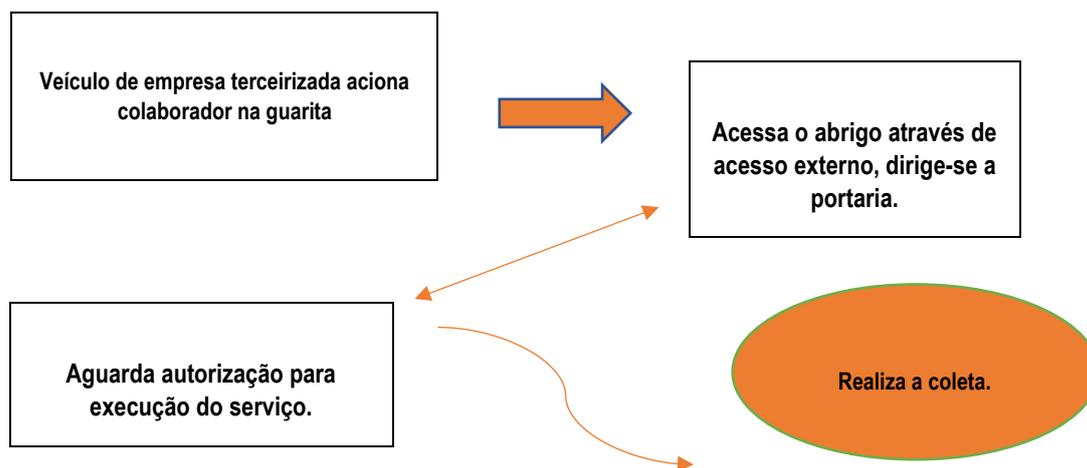


FLUXO DE RESÍDUOS (ACESSO LIVRE):

Coleta Pública de resíduos: Veículo da coleta pública acessa o abrigo pela Rua 3, e realiza a coleta.



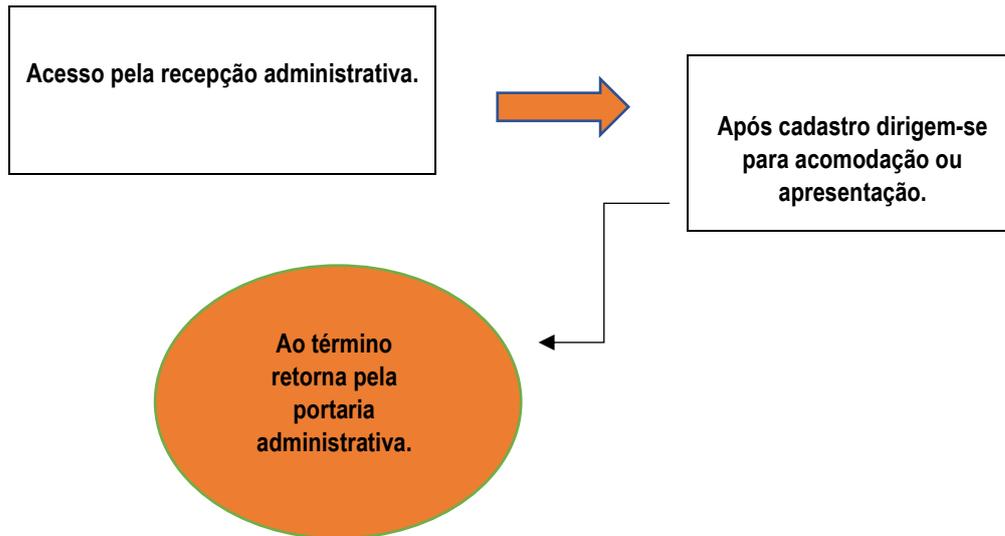
Coleta Seletiva de resíduos: Acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes. Veículo da coleta acessa o abrigo, aguarda na Rua 3, aciona colaborador na guarita, se identifica, aguarda a autorização para realização da coleta e após retorna pela mesma portaria que ingressou.



FLUXOS DE ÁREAS INTERNAS:

Auditório/sala de Reunião:

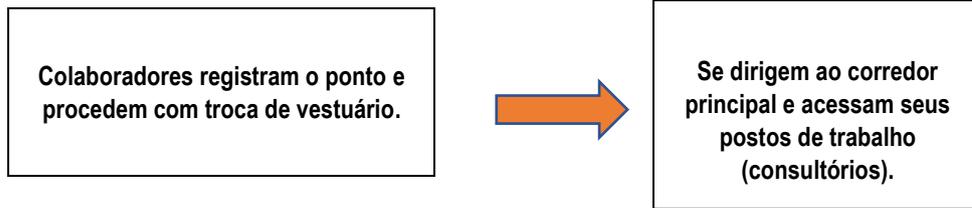
Fluxo do público em geral e de palestrantes/participantes: acesso pela recepção administrativa, após cadastro, dirigem-se ao auditório/sala de reunião para se acomodarem ou proceder com a apresentação (palestrantes). Após o término do evento, retorna pela recepção administrativa.



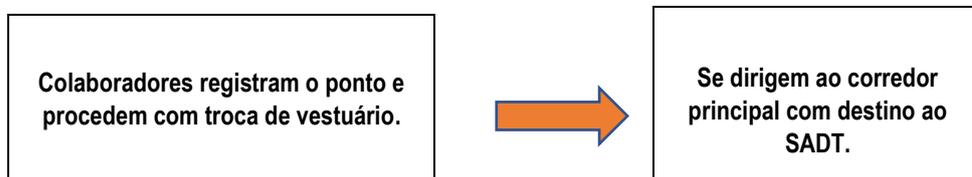
Colaboradores administrativos: Após o registro do ponto e eventual troca de vestuário (quando for o caso) os colaboradores acessam a recepção administrativa.



Acesso dos colaboradores aos consultórios: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao ambulatório.



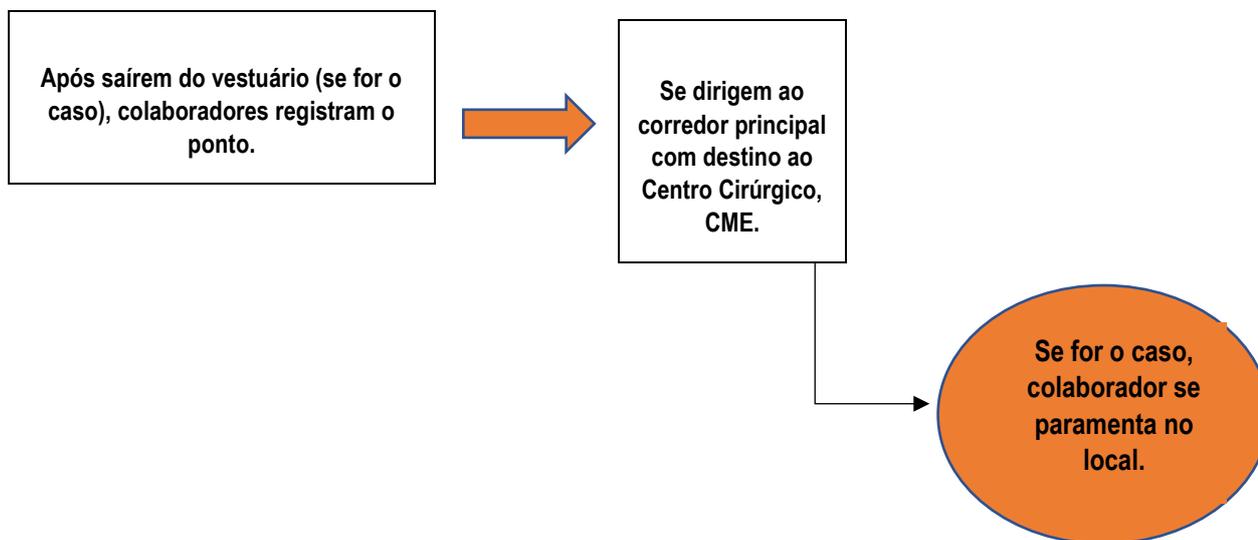
Acesso dos colaboradores ao Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao SADT.



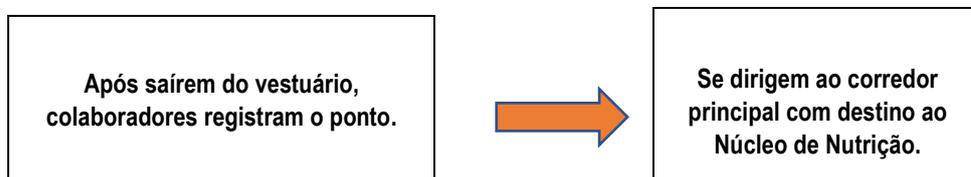
Acesso dos colaboradores ao Pronto Socorro: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Pronto Socorro.



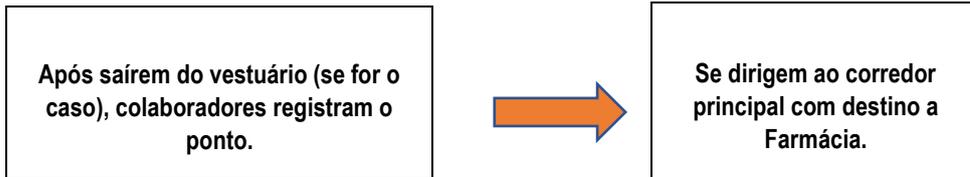
Acesso dos colaboradores ao Centro Cirúrgico, CME e leitos de internação: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal e seguem ao destino final. Se for Centro Cirúrgico e CME (térreo), caso seja leitos de internação nos andares superiores, seguem pelo corredor e acessam o destino.



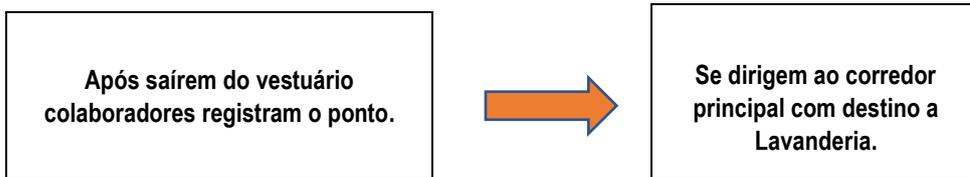
Acesso dos colaboradores ao Núcleo de Nutrição: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até o destino.



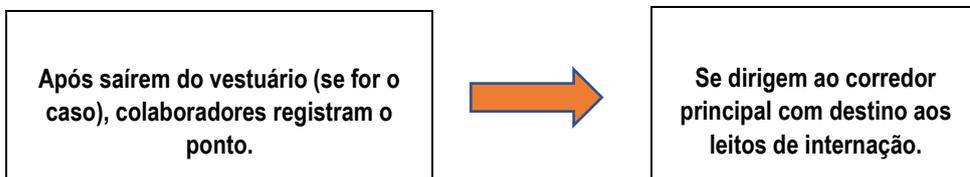
Acesso dos colaboradores à Farmácia: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até o destino.



Acesso dos colaboradores à Lavanderia: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até o destino na lavanderia, localizada próxima à farmácia.

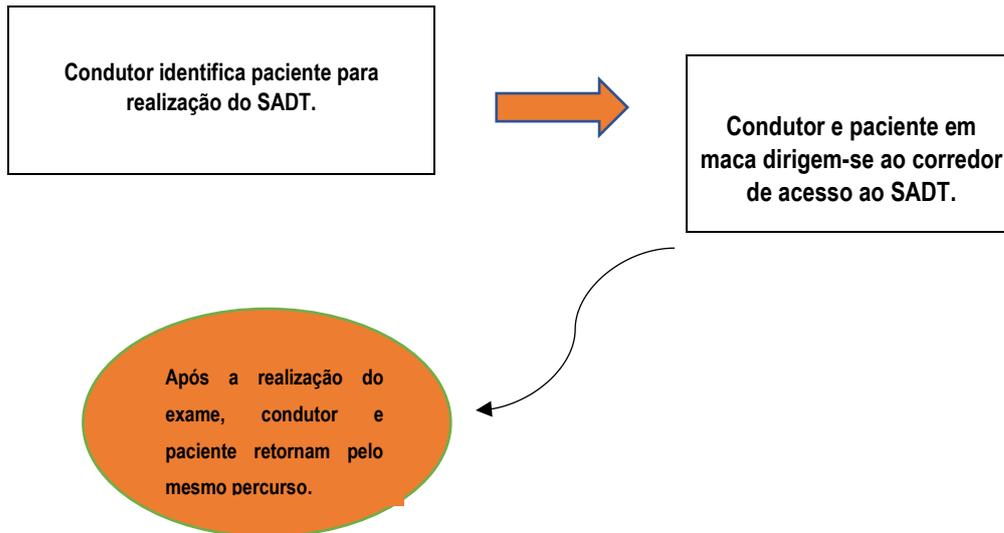


Acesso dos colaboradores aos Leitos de Internação: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até os leitos.



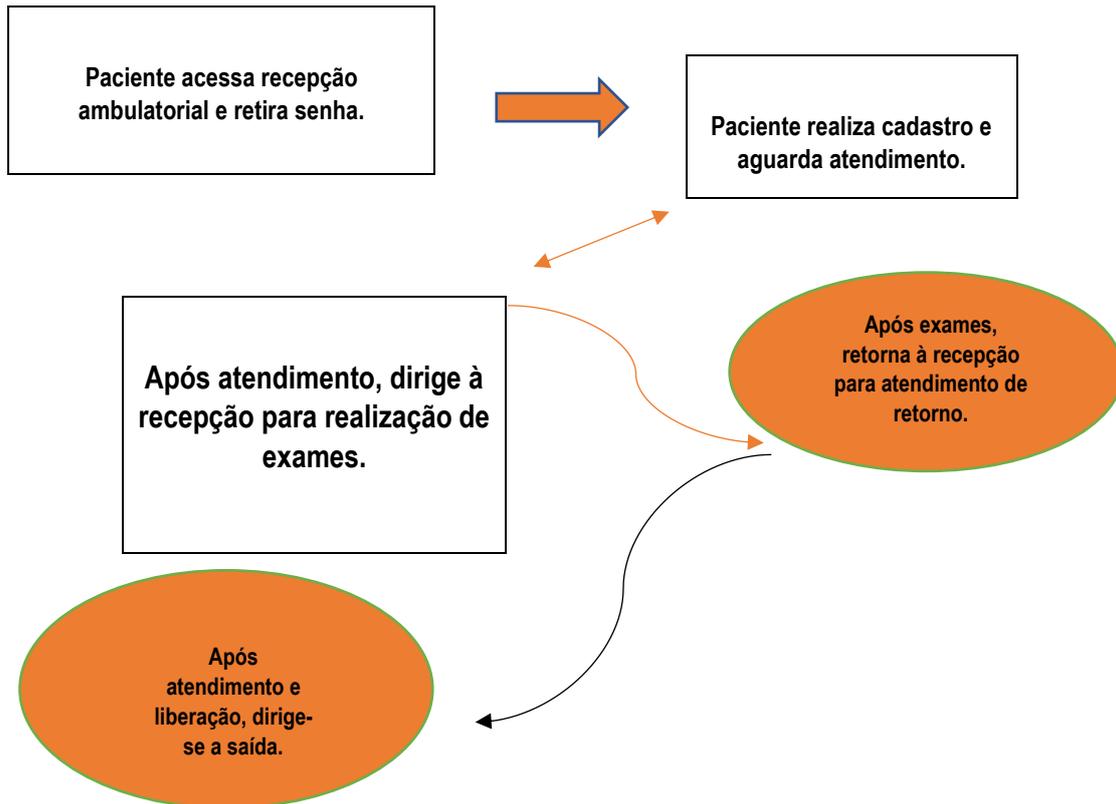
Pacientes Internos e Acompanhantes (quando houver):

Fluxo de acesso ao SADT: Condutor identifica paciente para realização de SADT, condutor e paciente em maca acessam o corredor até o destino. Após a realização do exame condutor e paciente retornam pelo mesmo percurso.

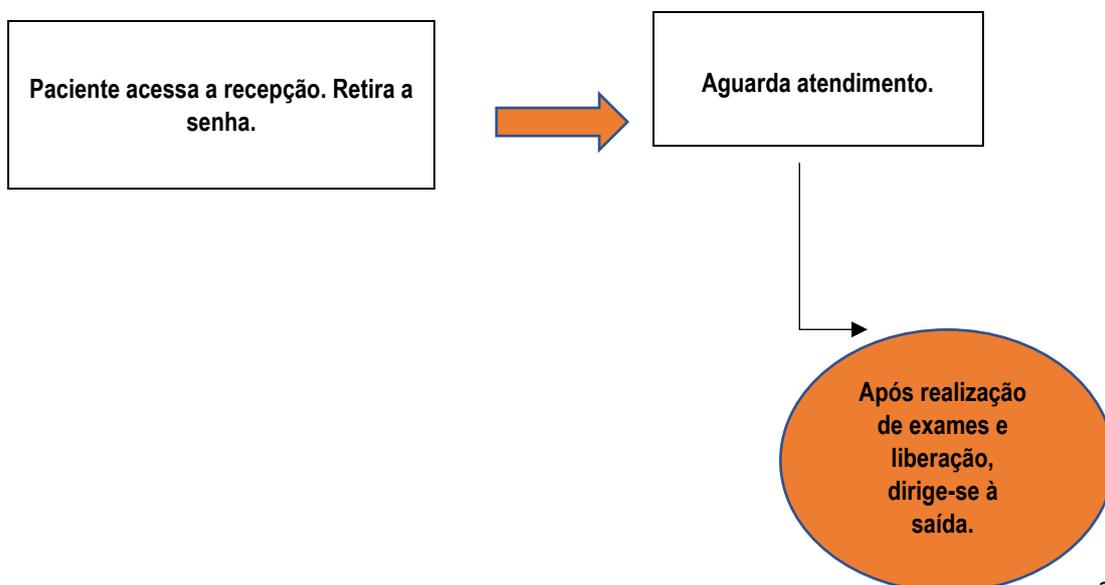


Paciente Externo:

Serviço ambulatorial: paciente acessa a recepção geral, retira a senha e aguarda a chamada. Após a chamada da senha, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório, após atendimento em consultório, dirige à recepção para realização de exames, aguarda chamado para realização, após atendimento retorna à recepção e aguarda para retorno em consultório. Após atendimento e liberação, dirige-se à saída.

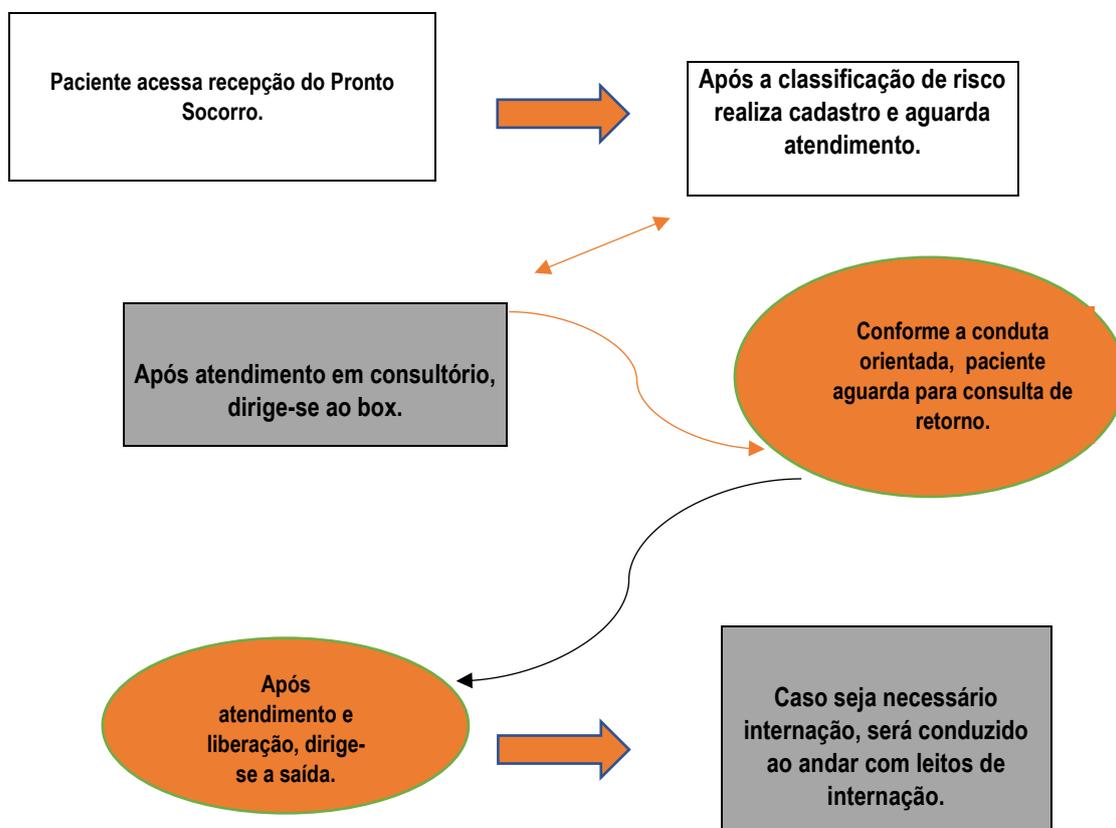


Acesso ao SADT por pacientes externos: paciente acessa a recepção, retira a senha e aguarda chamada; após senha chamada, realiza cadastro e aguarda atendimento. Após atendimento e liberação, dirige-se a saída.

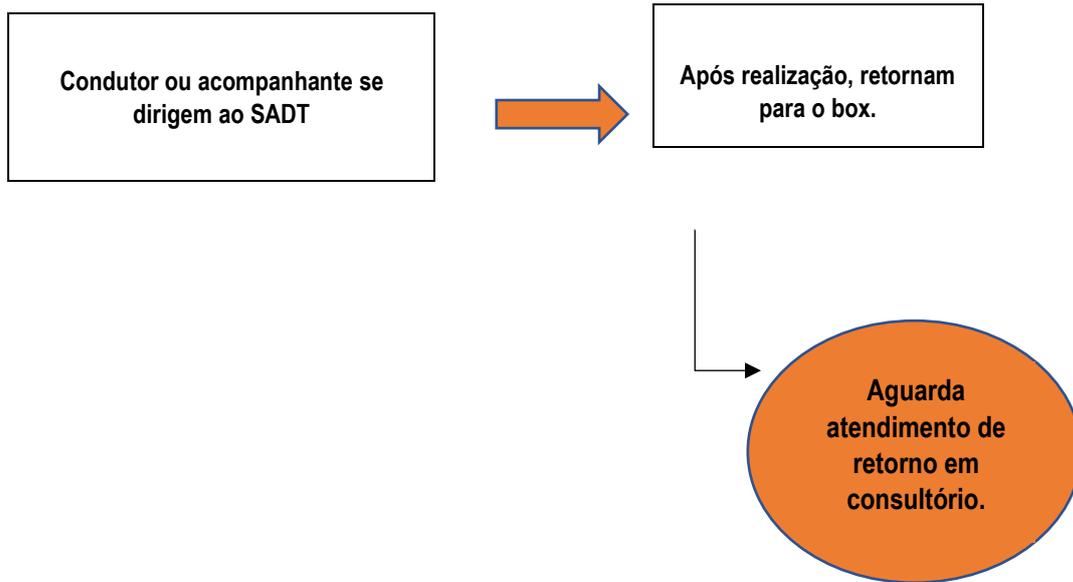


Pronto Socorro:

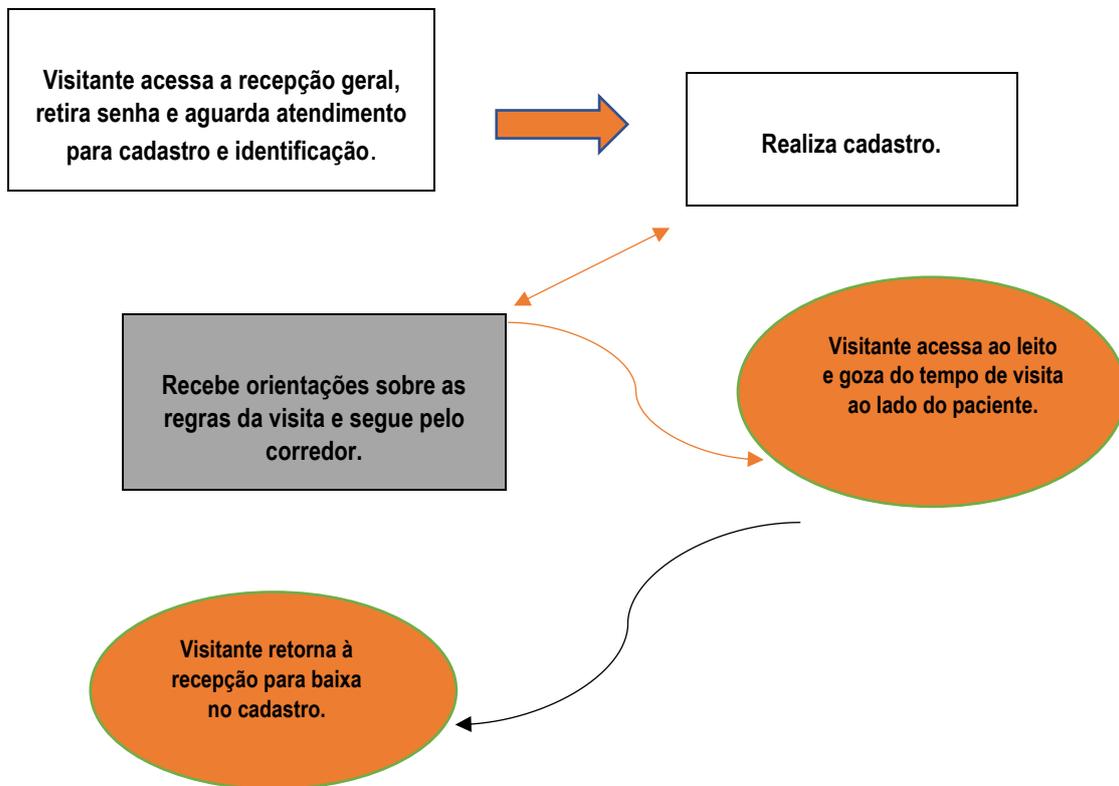
Fluxo de acesso aos consultórios: Paciente acessa a recepção do Pronto Socorro, retira senha e aguarda classificação de risco. Após classificação de risco, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório. Após chamada em consultório (lateral direita da recepção) e atendimento, dirige-se ao box para procedimento, após procedimento aguarda para retornar ao consultório, após atendimento e alta, dirige-se a saída. Caso seja necessário internação, será conduzido aos leitos de internação.



Fluxo de acesso ao SADT: Condutor ou acompanhante dirigem-se ao SADT, após realização, condutor ou acompanhante e paciente retornam para o Box e aguarda atendimento de retorno ao consultório.



Visitantes: Fluxo de acesso aos leitos de internação: visitante acessa a recepção geral retira senha e aguarda atendimento para cadastro e identificação. Após ser atendido e receber orientações das regras das visitas, será conduzido aos leitos de internação através do corredor até o destino. Após o encerramento do horário de visita, visitante retorna à recepção para dar baixa no seu cadastro. Após, dirige-se à saída.



FLUXO PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS

A gestão documental dinamiza as atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos, otimizando tanto o fluxo informacional, quanto toda a rotina administrativa de uma instituição.

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, enquanto entidade ligada diretamente à saúde e ao bem-estar social, precisa atentar ao gerenciamento adequado de seus repertórios informacionais. Num hospital público, como o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, a informação se constitui como componente estrutural e funcional para a prestação de serviços no Sistema Único de Saúde, tanto no que se refere à disponibilização de tratamentos adequados e eficientes, quanto ao atendimento efetivo e humanizado a toda população.

Os dados clínicos gerados em âmbito hospitalar são de suma importância para o efetivo planejamento e organização dos serviços de saúde de modo a dispensar a devida atenção médica à sociedade. Para isso, é necessário que as informações sejam atuais e fidedignas para que possam, através de indicadores seguros, subsidiar investigações que poderão trazer grandes contribuições ao sistema de saúde e a sociedade.

Nesse sentido, **a gestão documental** se apresenta como instrumento propício a dinamização das atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos nas instituições hospitalares, contribuindo não só para o gerenciamento dos dados informacionais, mas também na própria administração do hospital.

O processo de gestão na instituição se inicia pelo prontuário do paciente, já que são seus dados que alimentam toda a malha informacional.

O sistema único de saúde (SUS) compreende um conjunto integrado de ações afirmativas dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos do cidadão relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O artigo 198 da Constituição Federal determina que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com os princípios e diretrizes contidos no capítulo da lei nº. 8.080, de 19 de novembro de 1990, dentre os quais:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade [...].

Nesse sentido, um efetivo sistema de informação nas instituições hospitalares é necessidade premente. Viabilizar a qualidade no atendimento e promover o arrefecimento desses dos problemas que envolvem o gerenciamento e operacionalização da saúde no âmbito do SUS depende, em grande medida, do gerenciamento dos repertórios informacionais e da fiscalização dos serviços.

Para fiscalizar as ações e os serviços desenvolvidos pelo SUS, existe o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Dentre as atividades desenvolvidas pelo órgão constam:

I - à análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

d) **de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar**;

e) de indicadores de morbi-mortalidade;

f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;

g) da conformidade dos procedimentos **dos cadastros** e das centrais de internação;

h) do desempenho da rede de serviços de saúde;

i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;

j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;

I) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação:

- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,
- b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo [...].

[grifos desta proponente].

Evidente assim, que a aplicação da gestão de documentos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, mostra-se imprescindível no processo de atendimento tanto aos órgãos fiscalizadores, quanto a toda sociedade (através de acesso à informação por Portal da Transparência e Lei de Acesso à Informação), vez que regulamentará produção, fluxo e acesso das informações, sejam oriundas de atividades-fim, seja de atividade-meio.

Conceito Documental: Conceitualmente é possível desmembrar documentos em dois tipos: internos e externos.

Documentos Internos: São todos os documentos gerados na própria unidade, tais como ofícios, requerimentos, solicitações e que serão aplicados dentro ou fora do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

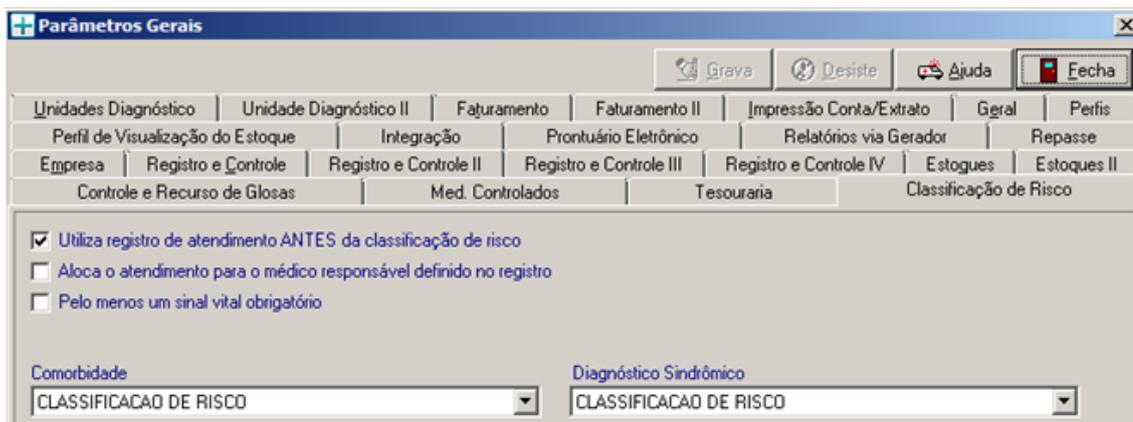
Documentos externos: São todos os documentos emitidos por áreas externas à unidade, entregue e aplicados na mesma, como fonte de informação, orientação, solicitação ou determinação.

Sistema de Protocolo Próprio e Gestão de Documentos Administrativos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

Esse sistema objetivará diretrizes para o recebimento de documentos internos e externos, pelo sistema de registros obedecendo fluxo pré-estabelecidos, do seguinte modo:]

Sistema de Recebimento de Documentos Internos/Externos		
ORDEM	AÇÃO/DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE À SER EXECUTADA	RESPONSÁVEL

01	Recebimento de documentos externos cotidianamente e procedimento de protocolização (carimbo com data e nome) na primeira folha (frente). Devolução da primeira via ao portador.	Agente/auxiliar administrativo
02	Conferência documental e cadastro no sistema de gestão de processos e documentos e encaminhamento aos setores de destino.	Agente/auxiliar administrativo
03	Recebimento e encaminhamento das correspondências aos dirigentes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Redirecionamento dos documentos despachados, via sistema de gestão de processos.	Secretária Executiva
04	Acompanhamento dos prazos estabelecidos nos documentos, reivindicando aos setores responsáveis a minuta para resposta formal	Secretária Executiva
Abertura, Encaminhamento e Arquivamento Processual		
01	Cadastro de processo de compras, contratação de pessoal no sistema de gestão de processos e documentos.	Agente/auxiliar administrativo
02	Conferir a documentação e cadastrar no Sistema de gestão de processos e documentos e encaminhar aos setores de destino.	Agente/auxiliar administrativo
03	Acompanhar os prazos estabelecidos nos documentos, exigindo dos setores responsáveis a minuta para resposta formal.	Agente/auxiliar administrativo



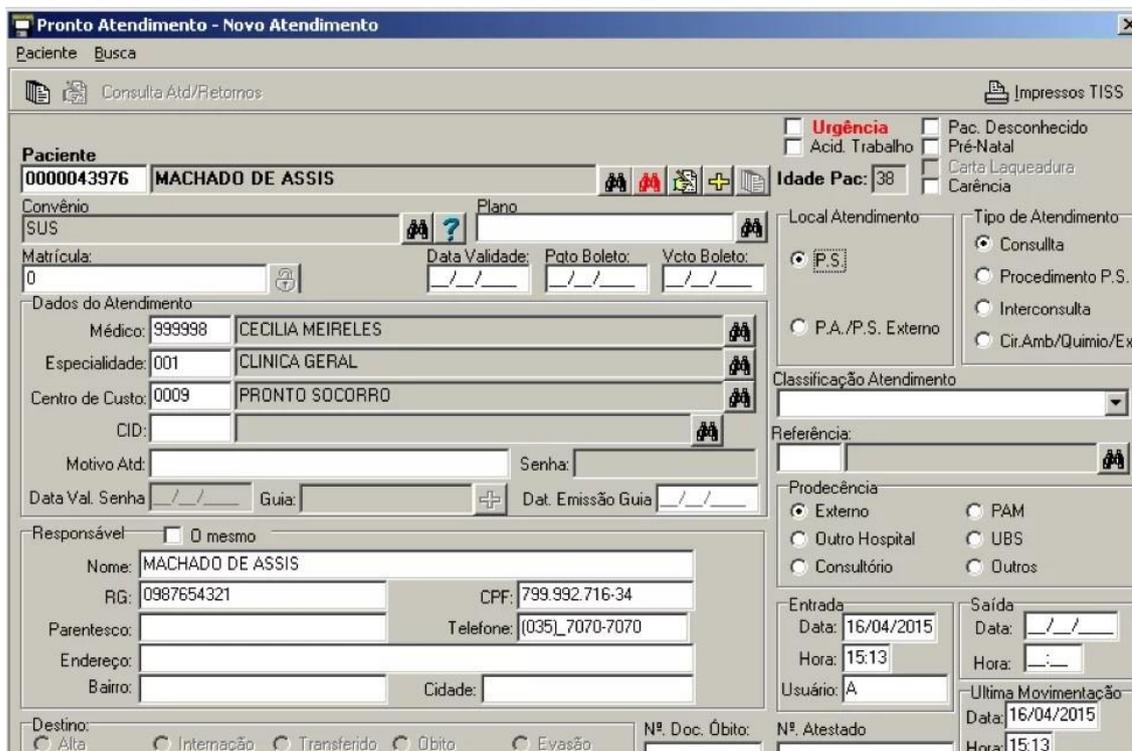
FLUXOS DOCUMENTAIS EM SETORES DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ:

Pronto Socorro: 1) Paciente adentra no Pronto Socorro pela chamada Demanda Espontânea (procura espontânea de atendimento hospitalar).

2) Paciente retira a senha no totem para atendimento de urgência/emergência e fica aguardando na recepção até que seja chamado pela triagem (setor de Classificação de Risco).

3) Enfermeira classifica o paciente e realiza registro de classificação em forma eletrônica ou impressa (sinais vitais, classificação de risco, etc).

4) Consultório: médico recebe o registro do paciente (meio físico ou eletrônico), com informações preenchidas pelo Setor de Classificação de Risco e realiza a anamnese do paciente, registrando a informação/solicitação (eletrônico/impresso).



Pronto Atendimento - Novo Atendimento

Paciente **Busca**

Consulta Atd./Retornos Impressos TISS

Paciente

0000043976 **MACHADO DE ASSIS**

Convênio: SUS Plano: ?

Matrícula: 0 Data Validade: Pqto Boleto: Vcto Boleto:

Dados do Atendimento

Médico: 999998 CECILIA MEIRELES

Especialidade: 001 CLINICA GERAL

Centro de Custo: 0009 PRONTO SOCORRO

CID: Motivo Atd: Senha: Data Val. Senha Guia: Dat. Emissão Guia:

Responsável: O mesmo

Nome: MACHADO DE ASSIS

RG: 0987654321 CPF: 799.992.716-34

Parentesco: Telefone: (035)_7070-7070

Endereço: Bairro: Cidade:

Destino: Alta Internação Transferido Óbito Evasão

Nº. Doc. Óbito: Nº. Atestado

Urgência Pac. Desconhecido Pré-Natal Acid. Trabalho Carte Laqueadura Carência

Idade Pac: 38

Local Atendimento P.S. P.A./P.S. Externo

Tipo de Atendimento Consulta Procedimento P.S. Interconsulta Cir.Amb/Quimio/Ext.

Classificação Atendimento

Referência:

Procedência Externo PAM Outro Hospital UBS Consultório Outros

Entrada Data: 16/04/2015 Hora: 15:13

Saída Data: Hora:

Usuário: A

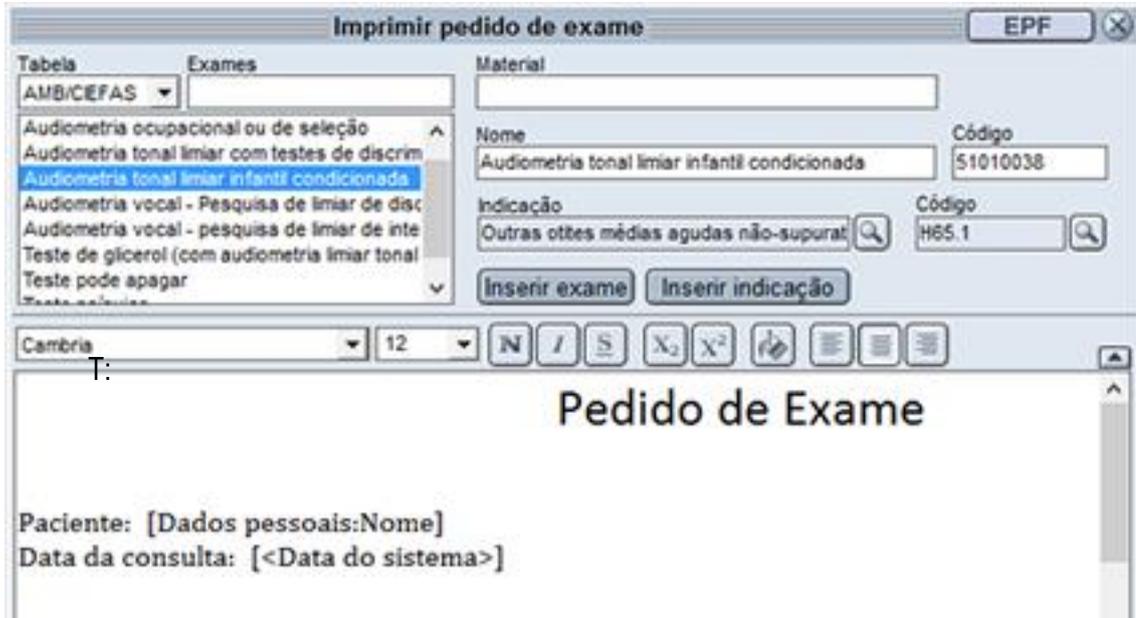
Última Movimentação Data: 16/04/2015 Hora: 15:13

5) Após a avaliação médica a informação é encaminhada para o serviço de atendimento de enfermagem para providências da equipe. O paciente receberá a medicação conforme a prescrição médica ou a equipe procederá com outra conduta conforme determinada pelo médico em “prescrição médica”.

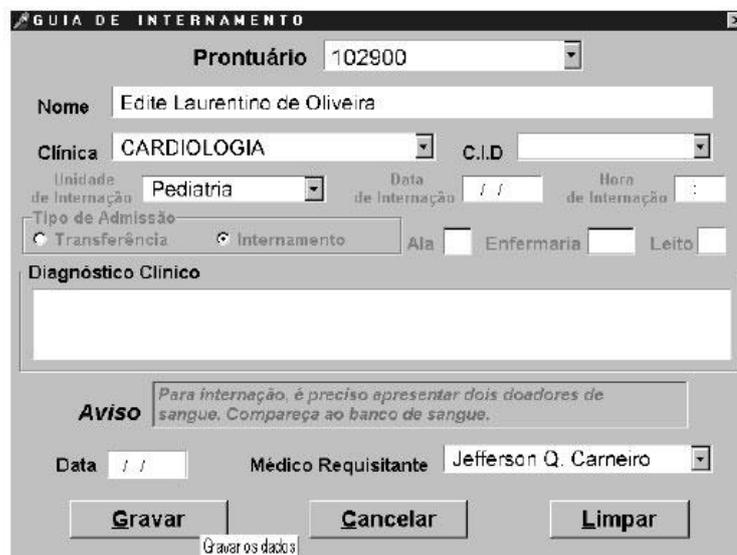
Identificação | Sumário de Atendimentos | Anamnese/Exame Físico | Sinais Vitais | Anamnese/Formulários Especiais | Receituário | Evolução | **Prescrição Médica**

6) Caso na aba prescrição, além de orientações medicamentosas, haja a prescrição de exames (laboratoriais, imagem ou ECG), a informação será direcionada ao SADT para providências. Após a realização dos exames, a equipe do SADT lança a informação, registrando os resultados, no meio eletrônico/impresso e encaminha a informação para o consultório médico e o paciente é orientado/conduzido à retornar ao consultório.

7) No consultório o médico solicitante acessará as informações eletrônicas/impressas e procederá com a conduta médica de: conceder alta, proceder com internação do paciente ou requerer sua transferência da unidade (via regulação).



Tela 2

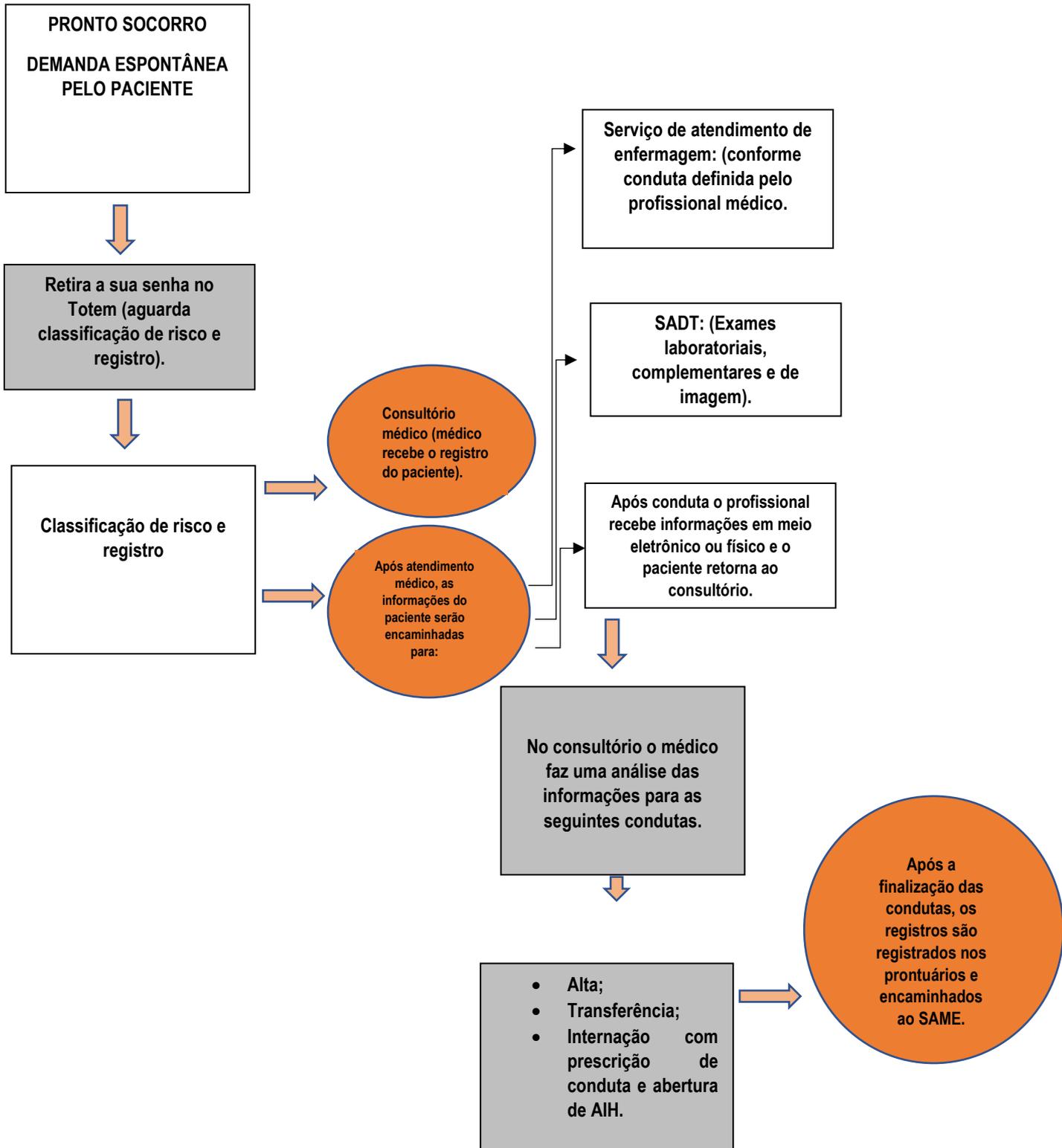


Tela de alta ou transferência:

40001 - EM PRONTO SOCORRO, Horário: 18:00
+ Hemocomponentes
+ Solicitação de Exames
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, programado, realizar 25/04/2017 18:30
+ Solicitação de Parecer
+ Alta/Transferência
Alta Hospitalar, a partir das 20:00

APÓS TODO O TRÂMITE DE INFORMAÇÃO ACIMA EXPOSTO, O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES LANÇADAS EM PRONTUÁRIO É DIRECIONADO AO SAME (SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO MÉDICO E ESTATÍSTICO)

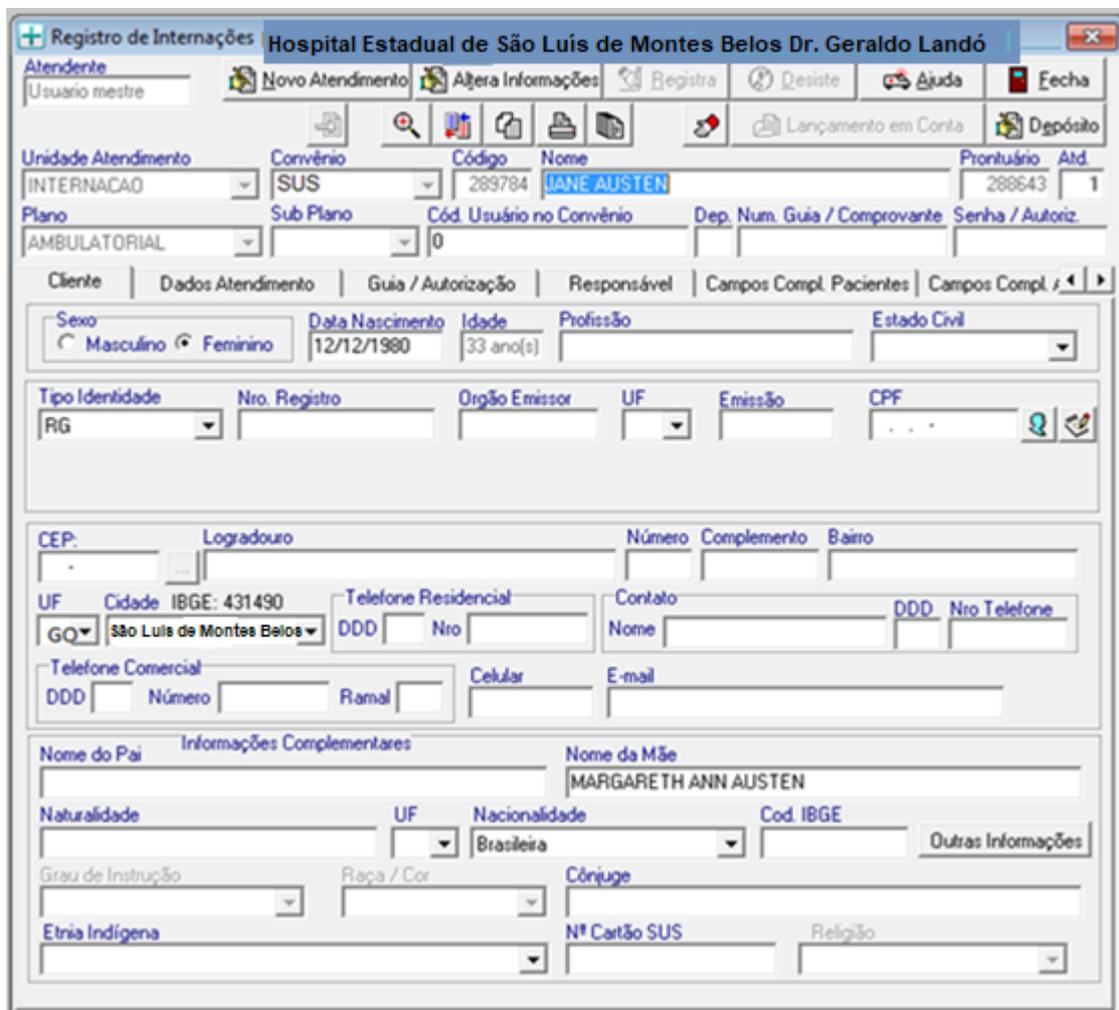
FLUXOGRAMA:



FLUXOS DA ENFERMARIA E INTERNAÇÃO DE PACIENTES:

1) Internação do paciente na enfermaria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó: o profissional médico procederá com o preenchimento da AIH (eletrônica ou impressa), com todas as informações que forem necessárias para a vaga solicitada;

2) O setor NIR (Núcleo Interno de Regulação) acessará as informações registradas pelo médico (eletrônicas ou impressas), fará a verificação de disponibilidade de leito e registrará a internação do paciente;



Registro de Internações - Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó

Atendente: Usuário mestre

Unidade Atendimento: INTERNACAO | Convênio: SUS | Código: 289784 | Nome: IANE AUSTEN | Prontuário: 288643 | Atd: 1

Plano: AMBULATORIAL | Sub Plano: | Cód. Usuário no Convênio: 0 | Dep. Num. Guia / Comprovante: | Senha / Autoriz.: |

Sexo: Masculino Feminino | Data Nascimento: 12/12/1980 | Idade: 33 ano(s) | Profissão: | Estado Civil: |

Tipo Identidade: RG | Nro. Registro: | Orgão Emissor: | UF: | Emissão: | CPF: |

CEP: | Logradouro: | Número: | Complemento: | Bairro: |

UF: GO | Cidade: São Luis de Montes Belos | IBGE: 431490 | Telefone Residencial: DDD: | Nro: | Contato: Nome: | DDD: | Nro Telefone: |

Telefone Comercial: DDD: | Número: | Ramal: | Celular: | E-mail: |

Nome do Pai: | Informações Complementares: | Nome da Mãe: MARGARETH ANN AUSTEN

Naturalidade: | UF: | Nacionalidade: Brasileira | Cod. IBGE: | Outras Informações: |

Grau de Instrução: | Raça / Cor: | Cônjuge: |

Etnia Indígena: | Nº Cartão SUS: | Religião: |

3) Após registro, o prontuário eletrônico/ impresso é encaminhado à Internação (setor do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó), onde serão realizados todos os registros necessários pela equipe interdisciplinar.

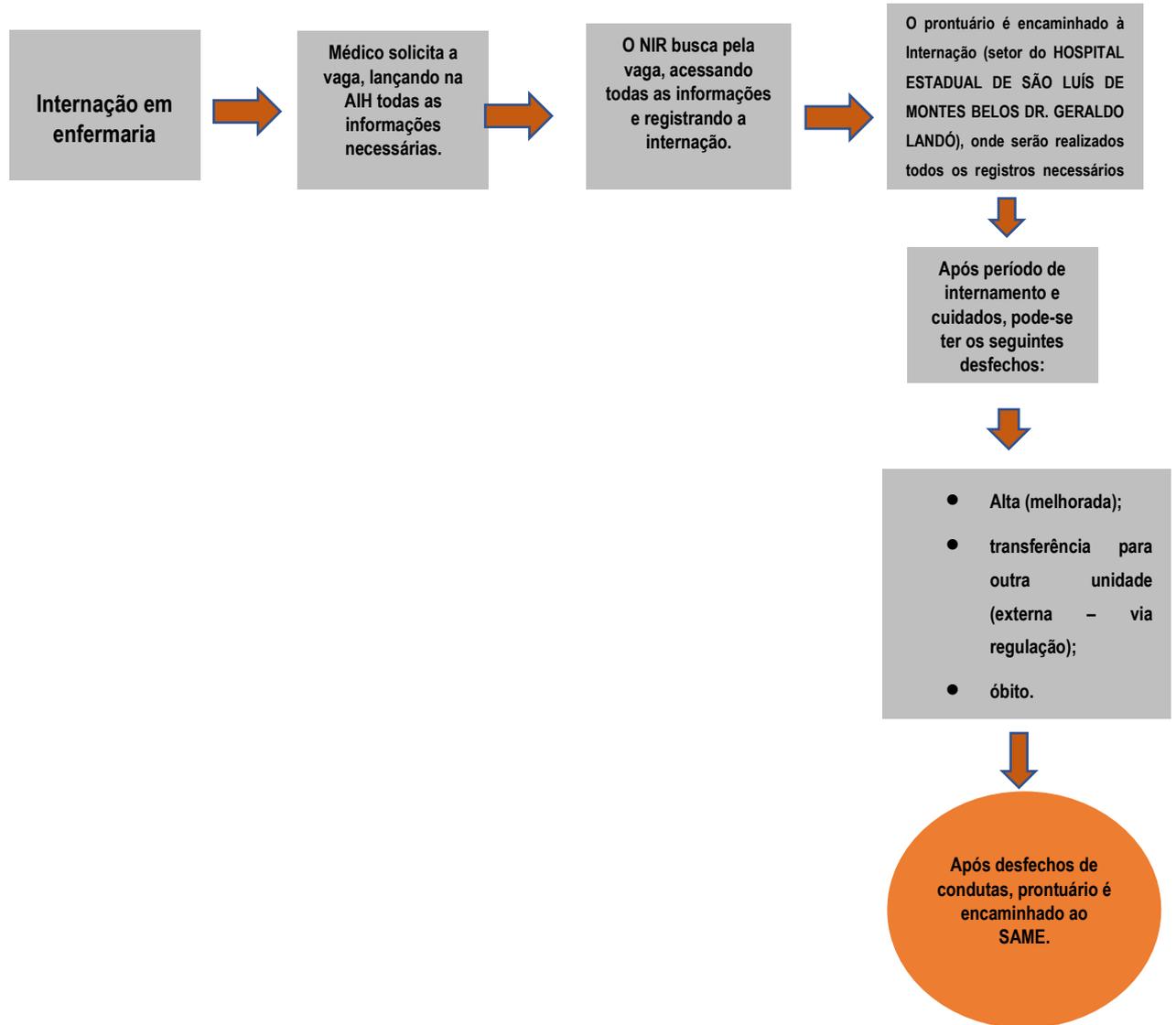


PACIENTE	DATA	ALTA	Visualizar Ficha	Plano de cuidados
zé do peixe	10/08/2007 01:48	<input checked="" type="checkbox"/> Alta Hospitalar <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Mudança Dá alta	Visualizar Ficha	Plano de cuidados [2]
Raphael Freire	10/08/2007 01:48	<input checked="" type="checkbox"/> Alta Hospitalar <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Mudança Dá alta	Visualizar Ficha	Plano de cuidados [1]
zé do peixe	30/07/2007 18:21	09/08/2007 12:04	Visualizar Ficha	Plano de cuidados [5]
Raphael Freire	29/07/2007 23:11	10/08/2007 01:47	Visualizar Ficha	Plano de cuidados [7]
Raphael	27/07/2007	27/07/2007 01:44	Visualizar	Plano de cuidados

4) Após todo o período de internamento e cuidados hospitalares, pode-se chegar ao seguintes desfechos: alta (melhorada); transferência para outra unidade (externa – via regulação) ou óbito.

**APÓS ALGUNS DOS DESFECHOS ACIMA MENCIONADOS O REGISTRO DAS
INFORMAÇÕES (PRONTUÁRIO) É ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO
MÉDICO E ESTATÍSTICO**

FLUXOGRAMA:



FLUXOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATÓRIOS:

1) O registro dos pacientes liberados para consulta ambulatorial é disponibilizado via sistema de regulação próprio do Estado (SISREG III):



2) O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó contará internamente, na gestão do IBGC, com a utilização do Sistema SOUL MV. Deste modo, após a ser verificada a agenda no SISREG III, deverá o profissional responsável proceder com o agendamento no SOUL MV.



3) O paciente então, deverá comparecer no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para a consulta com o especialista à qual foi agendado.

4) Depois de passar pelo profissional médico, o paciente será encaminhado ao NIR (Núcleo de Regulação Interna, para realização dos procedimentos prescritos pelo médico (procedimento cirúrgico, realização de exames, agendamento de retorno com médico).

Preencha as Informações necessárias para a criação do documento clínico.

Data de referência:

Data do documento:

▼ Documentos

Pesquisar:

Descrição
EEG
ENMG
HOLTER
LOOPER
MAPA

soulmv ATENDIMENTO Versão: SMA-PEP-2019.005.00.1.18

Pré Agendamento Cirúrgico

Pré Agendamento Cirúrgico

Código: Dist. Pré-Agend.: Dist. Sugestão: Tempo Priv.: Dist. Priv. Intern.: Resp. LAME: Paciente: Nome do Paciente:

Atendimento: Unidade Internação: DDE: DCO: Telefone de Contato: SHOT: Email Contato: Usuário: Suspensa: Sexo: Tip. Sang.:

Tip. Internação: Tipo Assessoria: Técnica Utilizada: Tipo Cirurgia: Amb.: UTI Banque Congelador Prioridade:

Centro Cirúrgico: Sala Cirúrgica: Substituição de Cirurgia? Motivo de Substituição de Cirurgia: Data de Autorização:

Observação do Anexo de Cirurgia:

Cirurgias e exames Realizadas (Para adicionar novas cirurgias utilize o botão "Adicionar Cirurgia")

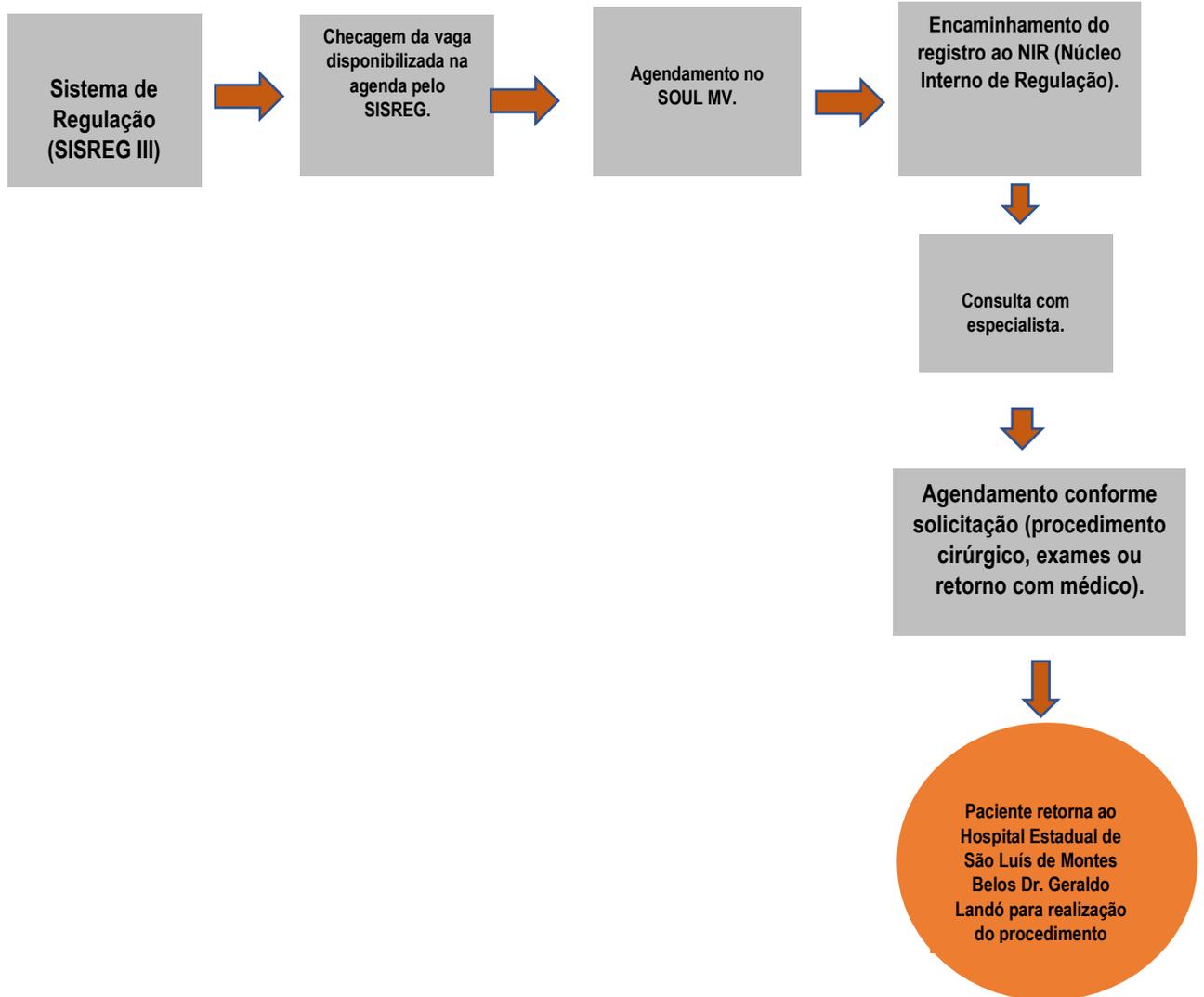
Adicionar Cirurgia Preferências

Código	Cirurgia	Proced.	Via de Acesso	Dist. Via de Acesso	Lateralidade	Potencial de Contaminação	Complexo	Plano	Espec.	Principal	Observação

Descrição não parametrizada da Cirurgia: Descrição do Cirurgião: Descrição do Plano: Descrição da Especialidade:

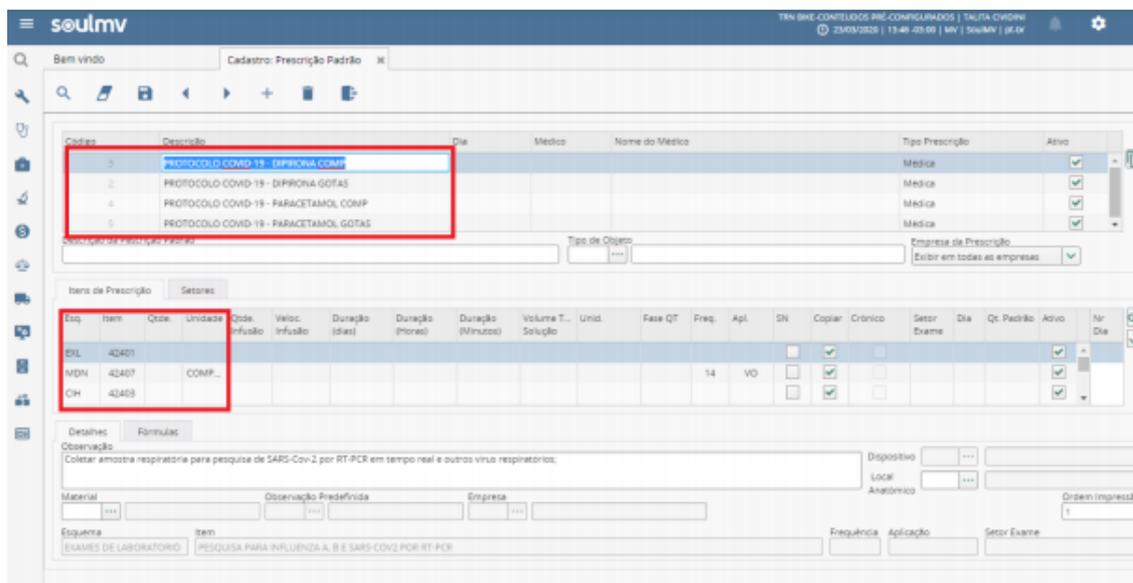
Página: 1/1 FICHA_PRE_AGENDAMENTO_CIRURGICO EDIT

**APÓS O AGENDAMENTO, DO MODO ACIMA EXPOSTO, O PACIENTE DEVERÁ
COMPARECER AO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR.
GERALDO LANDÓ NA DATA MARCADA PARA A REALIZAÇÃO DO PROECIMENTO
PRESCRITO.**

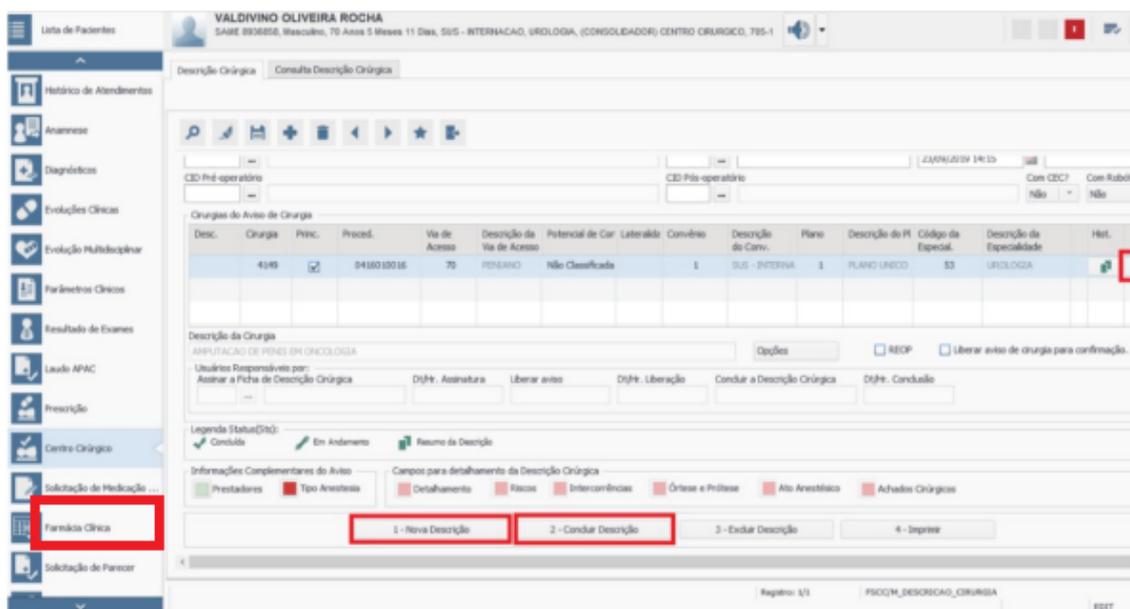
FLUXOGRAMA:

DISPENSAÇÃO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA AO PACIENTE

1) O profissional médico deverá proceder com o registro da prescrição médica no sistema:



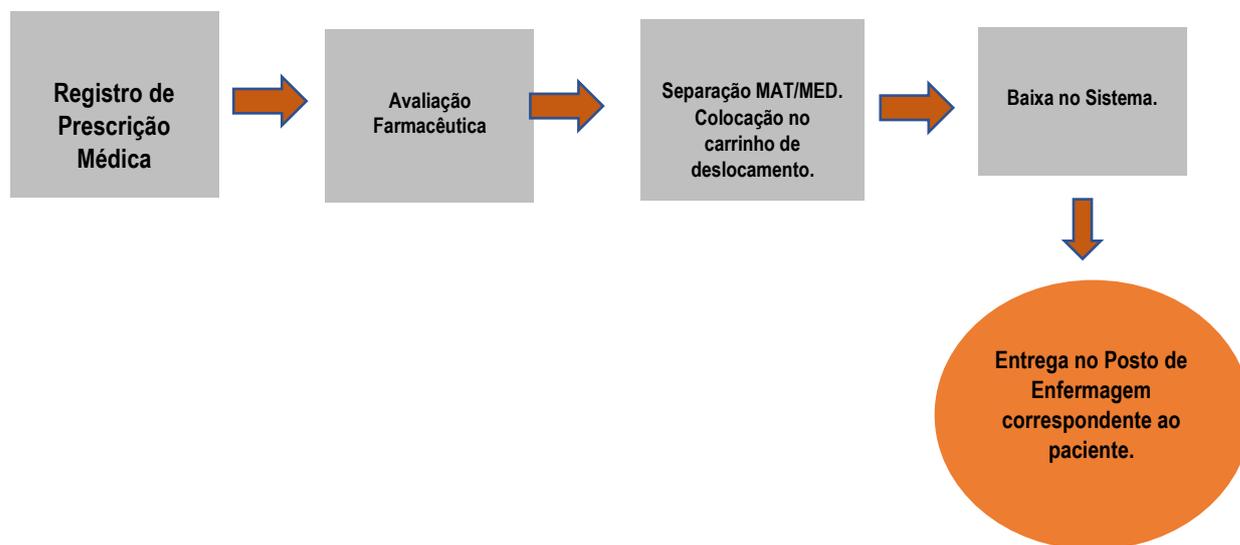
2) O profissional da farmácia acessa o registro para realização da avaliação farmacêutica:



3) Após a avaliação farmacêutica, a prescrição médica é direcionada para separação dos itens requeridos;

4) Após a separação é realizada a baixa de Medicamentos/ Materiais, colocado no carrinho de deslocamento **(método para transporte de MAT/MED que será utilizado pelo IBGC)** e entregue no posto de enfermagem correspondente ao paciente;

FLUXOGRAMA:



TRANSFERÊNCIA DE MATERIAIS E INSUMOS DO CAF PARA A FARMÁCIA

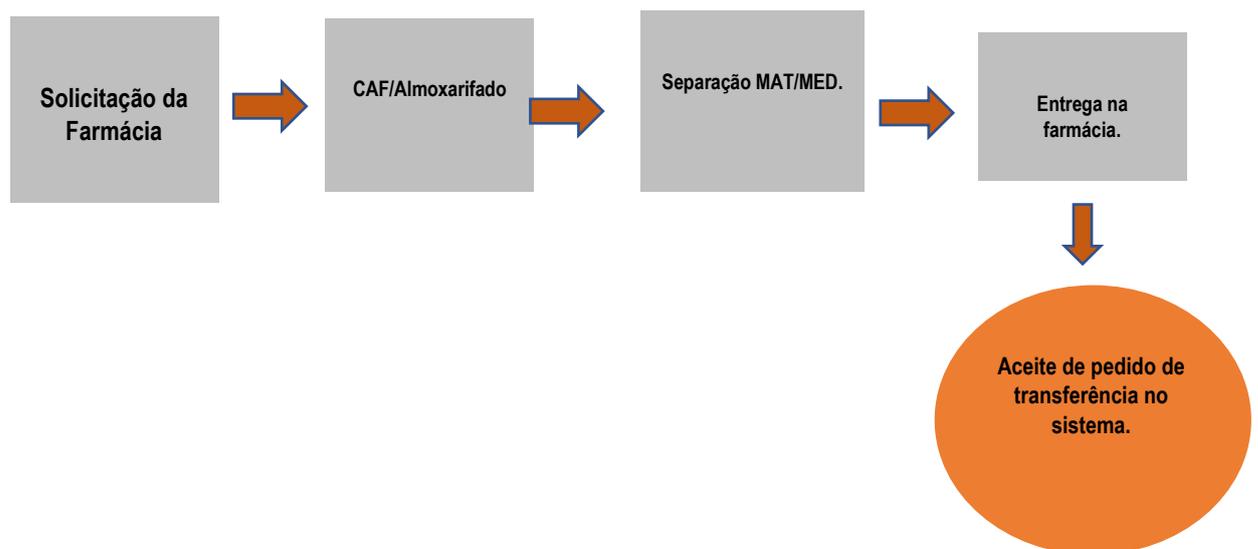
1) O farmacêutico ou técnico lotado na farmácia faz a solicitação dos materiais e medicamentos que necessita;



2) O assistente do CAF ao acessar o registro solicitante, providencia a separação dos itens requeridos, faz a transferência no sistema e entrega na farmácia;

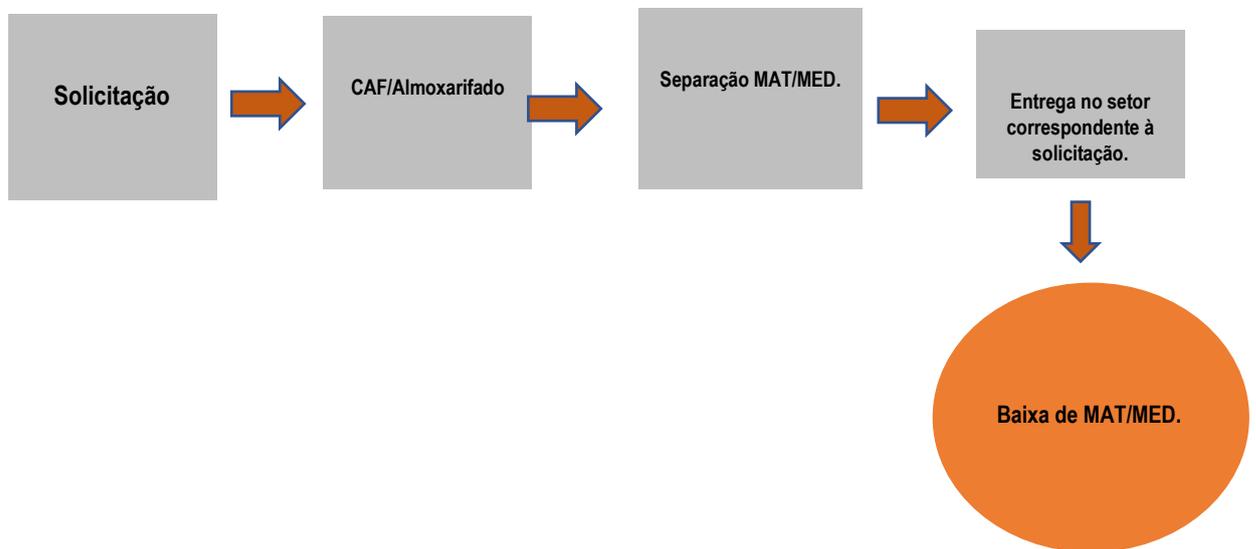
3) O auxiliar farmacêutico acessará o registro, fará a conferência dos medicamentos e materiais requisitados e aceitará o pedido de transferência, caso esteja tudo certo.

FLUXOGRAMA:



DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS SETORIALMENTE

- 1) Será requisitado pelo setor, todos os medicamentos e materiais necessários por meio eletrônico/impresso;
- 2) O destinatário acessa o registro eletrônico/impresso, realiza uma conferência e separa os materiais e medicamentos requisitados;
- 3) Após a separação é realizado a baixa dos MAT/MED solicitados e entregue ao setor solicitante.

FLUXOGRAMA:

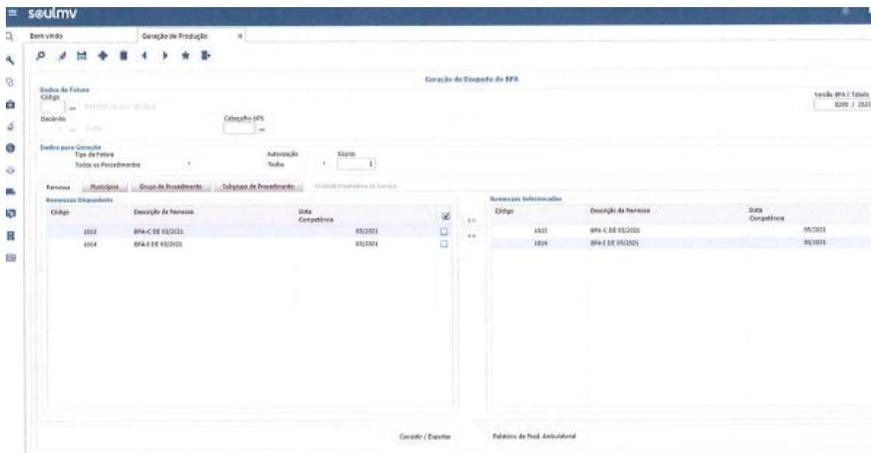
FATURAMENTO DE BOLETIM DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

1) Necessário proceder com a conferência de todos os atendimentos gerados nas 24 horas anteriores a conferência. É gerado à partir daí um relatório, onde é possível visualizar todos os procedimentos que foram gerados no cadastro do paciente;

2) No boletim de procedimento ambulatorial (BPA) é possível verificar todos os profissionais que realizaram os procedimentos listados no cadastro do paciente;

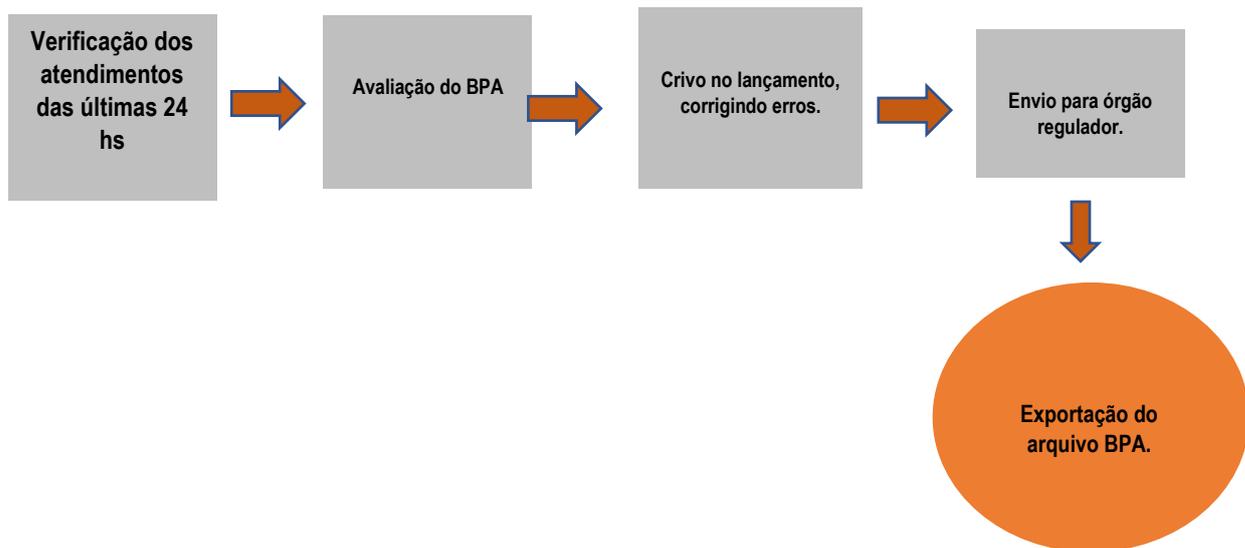
3) Após a verificação e correção dos lançamentos é visto o crivo (pendência por erro

4) Após serem corrigidos os erros existentes na conta, exporta-se os arquivos.



5) Gera-se o arquivo BPA e encaminha o documento para o órgão regulador.

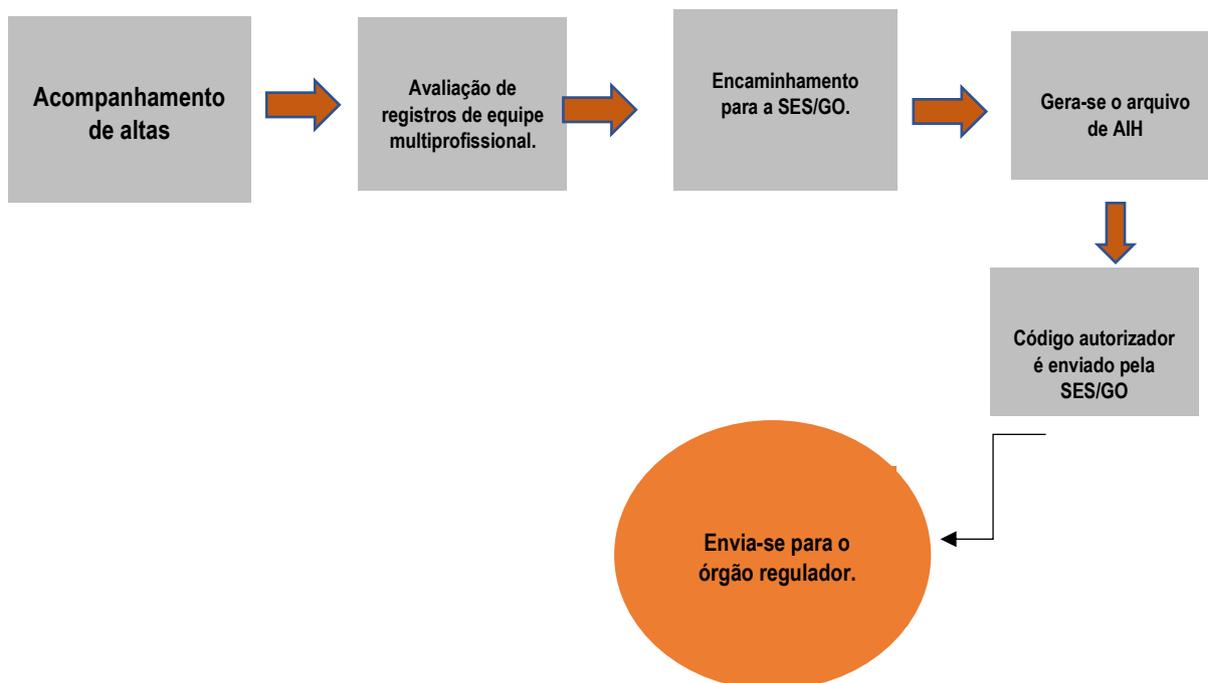
FLUXOGRAMA:



FATURAMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

- 1) Visualiza-se os registros de alta médica no período a ser apurado;
- 2) Faz-se a avaliação dos registros da equipe multiprofissional no prontuário;
- 3) Após a análise do prontuário que deve ser feita de maneira criteriosa, o registro é encaminhado para a SES para liberação do código autorizador para o fechamento da conta.
- 4) Após liberação do código, gera-se a AIH pra envio ao órgão regulador.

FLUXOGRAMA:



FLUXO PARA COMPRA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

A gestão de materiais, de forma geral, refere-se ao planejamento, realização e o controle do fluxo de materiais dentro do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, que vai desde a solicitação do material, passando pela compra e pelo efetivo consumo, até o descarte final, sendo este processo realizado de forma eficiente.

Num ambiente hospitalar, os estoques desempenham um papel de grande importância, eles tornam o atendimento possível de ser realizado, por se tratar de uma necessidade muitas vezes desconhecida e uma demanda variável, viabilizando, assim, a prestação de serviços aos pacientes e, por esse motivo, devem ser geridos de forma eficiente.

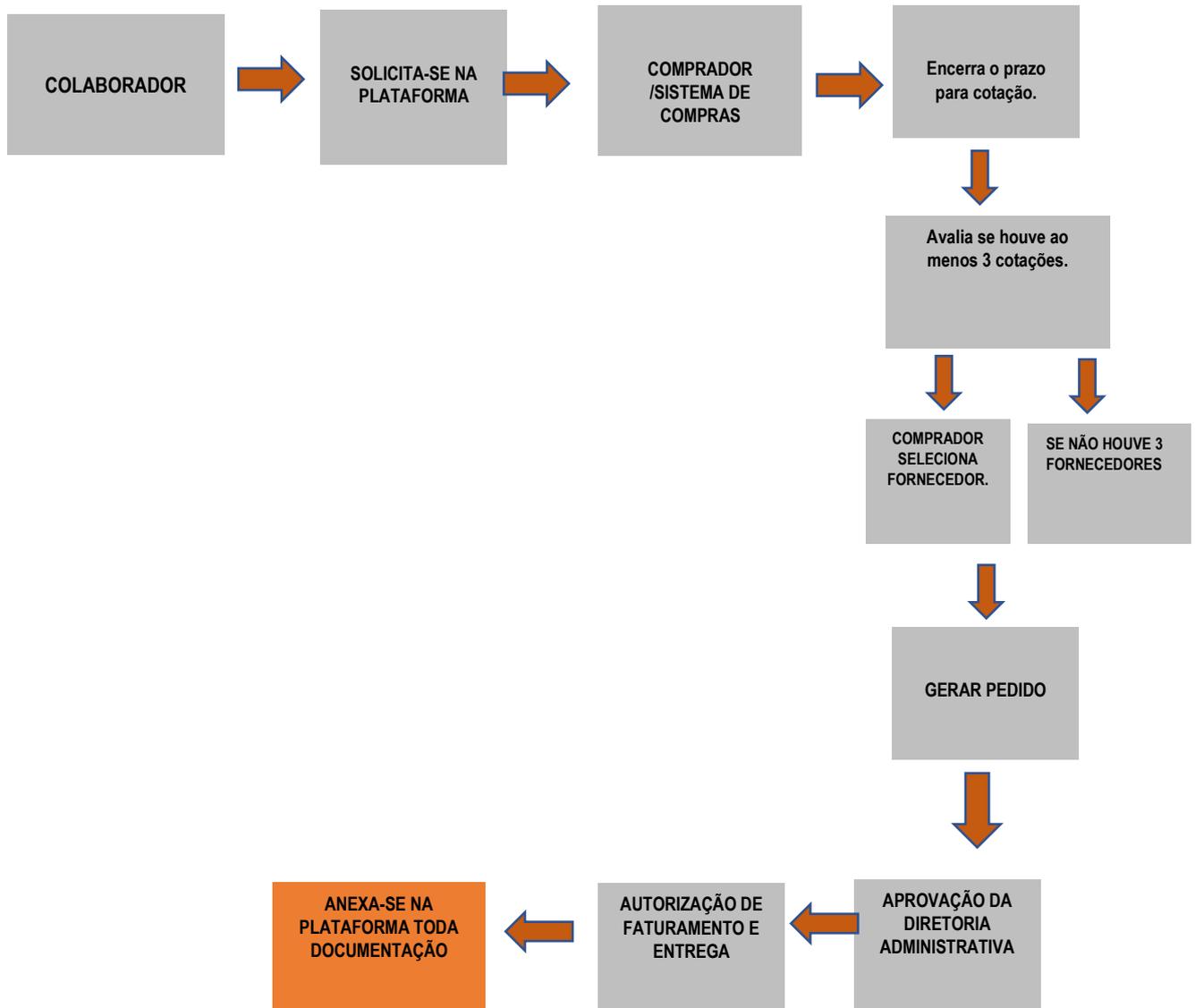
A administração dos recursos materiais tem por objetivo assegurar que o material esteja disponível, no momento e no local adequado, assim deverá os profissionais envolvidos seguir o seguinte fluxo no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó sempre que os itens aparecerem no controle de estoque como baixo.

	A	B	C	D
1	Controle de Estoque - Material de Consumo Hospitalar			
2	Item	Consumo Semanal	Estoque	
3			Quantidade	Nível
4	Agulha Cirúrgica	300	432	Normal
5	Agulha Descartável	1300	829	Baixo
6	Algodão (caixa)	500	127	Crítico
7	Atadura (rolo 30m)	250	453	Normal
8	Bandagem (pcte)	400	317	Baixo
9	Compressas (pcte)	300	193	Baixo
10	Curativos (caixa)	200	25	Crítico
11	Esparadrapo (rolo 10m)	120	238	Normal
12	...			

- 1) O profissional encarregado por compras ou o colaborador da Farmácia e/ou Almoarifado realiza o planejamento e informa a quantidade a ser comprada na plataforma própria;
- 2) O profissional inserirá os itens a serem cotados no sistema de compras;
- 3) Encerrando o prazo de cotação, o comprador avalia se houve, 3 (três) fornecedores no mínimo, cotados;
- 4) Finalizado o prazo de cotação, o comprador seleciona o fornecedor ganhador com menor preço praticado, gera o pedido de compra e envia para aprovação do setor responsável no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (Diretoria Administrativa).
- 5) Após aprovação da Diretoria Administrativa, o fornecedor recebe automaticamente o pedido, autorizando o faturamento e entrega do produto;

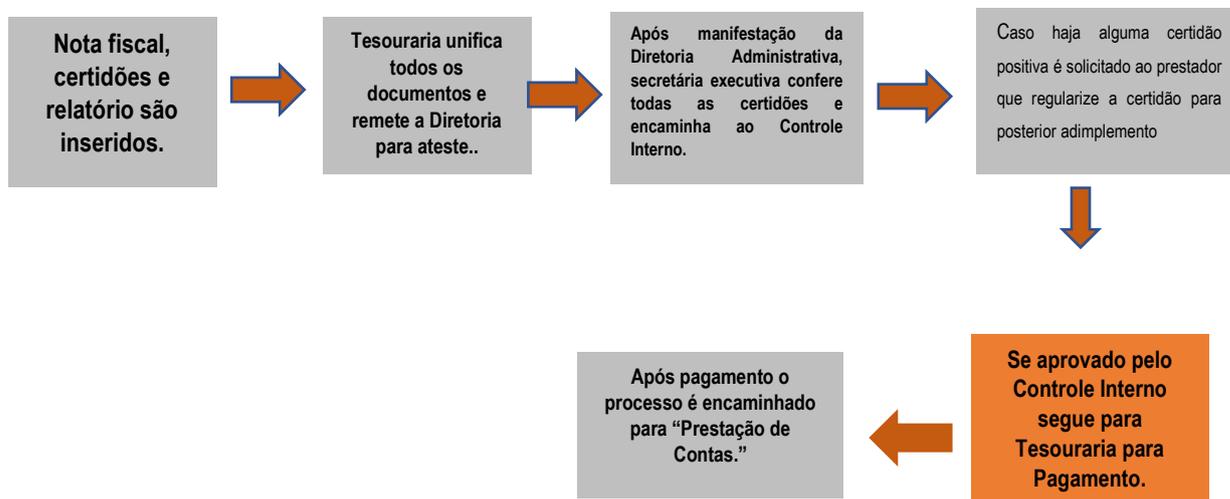
6) O responsável pela compra, procede com o anexo da cotação e pedido, junto a plataforma de gerenciamento de processos, para que possa ser conferido no momento do recebimento.

FLUXOGRAMA:



PAGAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

- 1) Insere-se a nota fiscal, certidões de regularidade fiscal e relatório da entrega na plataforma de gestão de processo de aquisições pelo Setor de Tesouraria;
- 2) O setor de Tesouraria procede com a unificação de todos os documentos e encaminhando para a Diretoria Administrativa solicitando o ateste da nota fiscal.
- 3) Após a manifestação da Diretoria, a secretária executiva confere todas as certidões de regularidade e contrato de prestação de serviço e encaminha para o Núcleo de Controle Interno. Caso haja alguma certidão positiva é solicitado ao prestador que regularize a certidão para posterior adimplemento.
- 4) Se aprovado pelo controle interno, o processo retorna à Tesouraria para pagamento. Se não aprovado, retorna a Secretaria Executiva para providências de regularização. Após regularização é novamente encaminhado ao Controle Interno.
- 5) Após pagamento o processo é encaminhado para “Prestação de contas”.

FLUXOGRAMA:

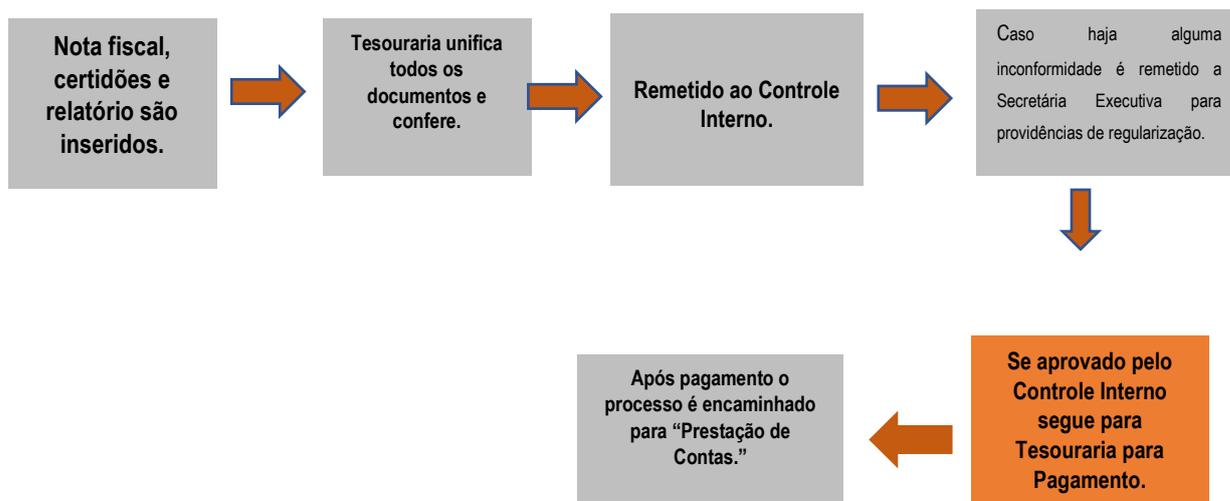
PAGAMENTO DE FORNECEDORES DE MAT/MED

1) Após o recebimento da nota pelo almoxarifado, a mesma é anexada ao processo com demais documentações (certidões, relatório) e encaminhada à Tesouraria;

2) Tesouraria faz a conferência. Se houver alguma inconformidade no processo, o fornecedor é acionado para regularizar e posterior adimplemento. Caso esteja tudo em conformidade, o processo é remetido para o Controle Interno.

3) Se aprovado pelo controle interno, o processo retorna à Tesouraria para pagamento. Se não aprovado, retorna a Secretaria Executiva para providências de regularização. Após regularização é novamente encaminhado ao Controle Interno.

4) Após pagamento o processo é encaminhado para “Prestação de contas”.

FLUXOGRAMA:

**DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA
REGULARIDADE CONTÁBIL NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES
BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

Quando se fala de desenvolvimento de ações contábeis há uma série de documentos que ganham relevância para que se possa manter uma situação de regularidade.

Estão entre os principais:

- notas fiscais de entrada, que se referem à compra de bens e à aquisição de serviços;
- extratos bancários contendo movimentações financeiras da unidade;
- duplicatas pagas;
- comprovantes de pagamentos de gastos (custos e despesas);
- Livro Razão;
- Livro diário;
- Balancete;
- Folha de pagamento;
- DRE;

1) A Contabilidade disponibilizará os documentos para conferência do Departamento Financeiro.

2) Após a conferência, as planilhas são retornadas ao departamento de automatização das matrizes de acordo com o SIPEF (Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro), são elas:

0300 – Balancete

0400 – BP – Balanço Patrimonial

0500 – Folha de Pagamento

0700 – Encargos de Folha de Pagamento

0900 – DRE

1300 – Indicadores Hospitalares Metas de Produção;

1500 – Gastos com Colaboradores

1700 – Razão

1800 – Demanda Judicial

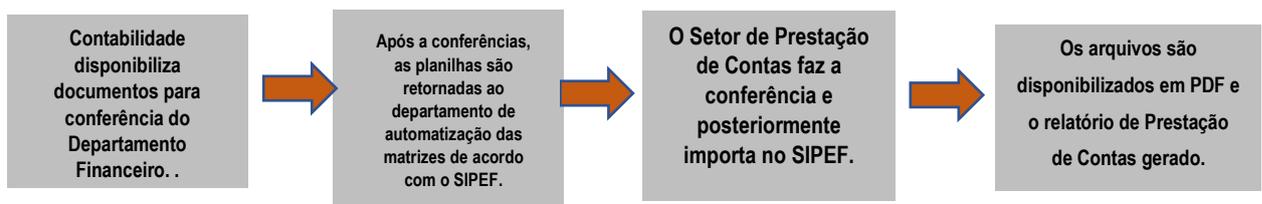
1900 – Benefícios da Folha de Pagamento

3) Após adequação das planilhas, o Setor de Prestação de Contas faz a conferência e posteriormente importa no sistema Sipef.

4) Os arquivos são disponibilizados em PDF e o relatório de transmissão de Prestação de Contas gerado.

(Fluxo mais superficial tendo em vista a necessidade de verificar quais sistemas de controle contábil são os ideais para o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, aprovados pela SES/GO e recomendados pelo TCE/GO).

FLUXOGRAMA:



FLUXO DE OFÍCIOS

Antes de adentrar no fluxo de ofícios do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, é oportuno destacar que o Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, promoverá na unidade capacitação aos colaboradores que tenham entre suas atribuições a de redigirem documentos.

Quando se fala de redação de documentos, sobretudo em repartições públicas como é o caso do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, ainda que se esteja diante de uma gestão por organização social parceira, os documentos continuam tendo o caráter de documentos que resguardam o elemento de “oficiais”.

Nesse sentido, a observância ao Manual de Redação do Estado de Goiás, elaborado pela Secretaria de Estado da Casa Civil e revisado no ano de 2021, é de suma importância.

Tal Manual, traz entre suas prescrições a necessidade de que as documentações tragam em seu bojo o elemento da clareza. Vejamos:

A **clareza** tem que ser assumida como a qualidade mais importante da redação oficial. Um texto claro é de compreensão certa e rápida.

Com ele, o leitor entende facilmente o que precisa entender, por isso pode dar prontamente uma resposta ao que lhe é cobrado no conteúdo lido. Atinge-se a clareza com o uso de expressões simples, diretas, transparentes quanto à significação, com a elaboração de frases mais curtas em cujo interior não haja desordem ou inutilidade de termos.

Isso faz com que o leitor medianamente conhecedor de seu idioma extraia, sem prejuízos, as mensagens necessárias. Assim, deveria ser evitado o preciosismo linguístico, isto é, o exagerado requinte ao escrever ou falar com termos pouco usuais. Quem dele se vale emprega verbos como: obtemperar, abroquelar, acostar, anuir, colacionar; substantivos como: menoscabo, diapasão, linde, utente; locuções como: à guisa de, à míngua de, com fulcro em, desde logo, em tal recôncavo, em tela.

(...)

Sabe o que é **concisão** quem consegue dizer muito empregando menos palavras. Trata-se de uma economia de termos ou vocábulos, não de conteúdo, isto é, não podem ser subtraídas informações indispensáveis à compreensão do documento em leitura.

(...)

A **coesão** prende-se ao uso eficiente de certas palavras ou grupos delas para garantir as ligações lógicas. Espera-se, por exemplo, que o redator perceba que, entre ideias ou fatos que se opõem, precisa ser usada uma expressão que marque o contraste como: mas, porém, entretanto. Mas se uma ideia indica um resultado daquilo que foi declarado antes, há necessidade de criar um elo de sentido marcado por uma expressão como: portanto, conseqüentemente, desse modo, assim.

(...)

Quanto à **coerência**, pode-se dizer que ela é, em grande parte, conseguida por um eficiente trabalho coesivo. Se há uma harmonia na frase, no parágrafo ou na totalidade do texto porque foram usadas expressões que criaram nexos compreensíveis, estruturadores de sentidos, podemos dizer que aquilo que foi escrito ou lido é coerente, sobretudo porque há unidade das partes. Afinal, ali está uma sequência de opiniões, imagens, fatos ou ordens – ou ainda uma combinação deles – que nós conseguimos mentalmente seguir, inclusive pela correspondência aceitável com aquilo que nós sabemos sobre o mundo. Essa harmonia das partes entre si e delas com a realidade constrói e faz transparecer a coerência, que deve ser, respectivamente, interna e externa.

(...)

Além de procurar escrever sempre num padrão linguístico adequado, isto é, acessível a todos, seguindo para isso as regras gramaticais próprias da norma culta, deve haver preocupação com a assimilação de **padrões** de tratamento, técnicas de confecção de cada gênero textual, de formatação etc. Se os traços que disciplinam as modalidades oficiais de redação forem incorporados à rotina dos servidores públicos redatores, haverá uma socialização normativa em termos de escrita, que denominamos padronização. E ela é um item importantíssimo na boa execução do serviço público porque insere os que redigem num sistema maior de produção dos textos oficiais, dando segurança a todos que estão envolvidos nele.

Após esse breve relato introdutório, mas que tem relevância, sobretudo ao se destacar a observância da proponente ao Manual de Redação Oficial do Estado de Goiás, no desenvolvimento de suas atividades, adentremos no assunto fluxo de ofícios, propriamente dito.

A organização documental dos ofícios deve ser dar dentro de um civil, com uma numeração crescente. Assim é possível verificar o que foi enviado, recebido e respondido.

As respostas também devem conter uma numeração ordenada e crescente dentro do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, mas de modo que sempre guarde destaque com a numeração do documento recebido.

OFÍCIOS ENVIADOS PELO IBGC:

Os ofícios encaminhados pelo IBGC são documentos que tem como objetivo solicitar algum tipo de informação (seja ela de órgãos públicos ou privados), requerer algum tipo

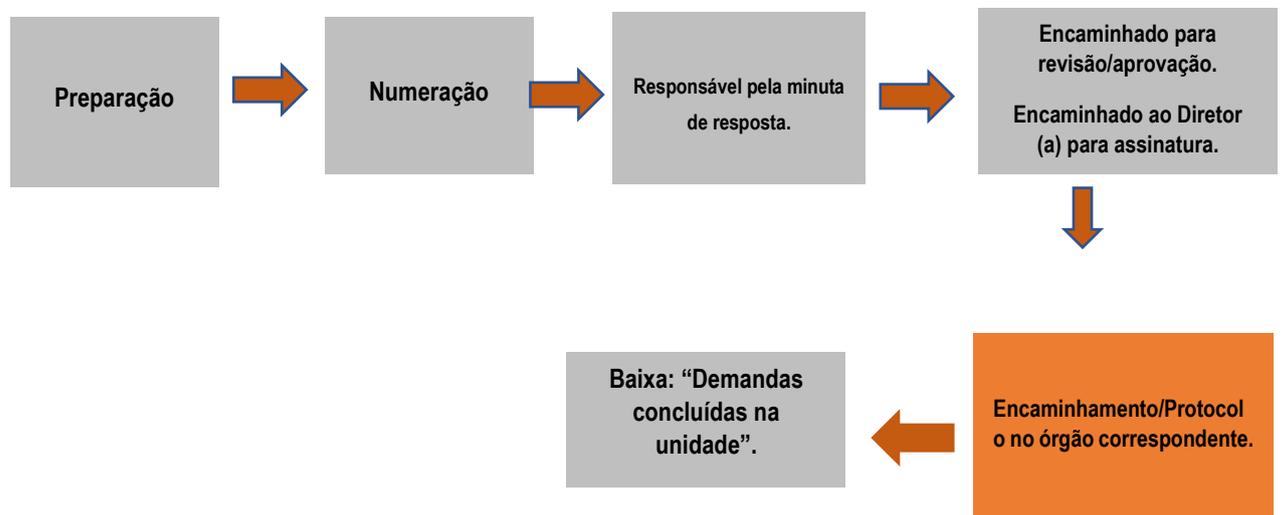
de aporte financeiro (investimentos) ou levar algum tipo de informação do Instituto para entidades e órgãos, sempre tendo como objetivo primordial, a eficiente gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó

Os Executores Administrativos (estatutários) e demais colaboradores (celetistas) lotados nas Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, redigirão as minutas dos ofícios e as inserirão na Plataforma própria de gestão documental, para posterior análise, aprovação e revisão (se for o caso).

Após, procederá com o encaminhamento ao Diretor (a) responsável pelo documento (de acordo com a temática do mesmo) para conhecimento, concordância e assinatura. Posteriormente, o Ofício é encaminhado ao órgão solicitante, por e-mail ou por intermédio de protocolo físico no órgão (a depender da situação concreta).

Após a confirmação do recebimento/protocolo, o mesmo é lançado na plataforma e posteriormente baixado e modificado para lista de “demandas concluídas na unidade”.

FLUXOGRAMA:



OFÍCIOS RECEBIDOS PELO IBGC:

Os remetentes de ofícios que tem como destinatário o IBGC, são órgãos e entidades (públicas e privadas). Por vezes a documentação poderá ser entregue

presencialmente pelos órgãos remetentes, em outras situações serão encaminhadas por sistema de Correios e em alguns casos (dada a urgência e economicidade, por exemplo) serão encaminhados nos e-mails corporativos cadastrados.

Destaca-se que o fluxo documental do IBGC, na gestão do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, recomendará que qualquer documento, enviado eletronicamente, seja recebido somente por e-mail corporativo e não endereço eletrônico pessoal, zelando assim pelos princípios da Administração Pública como impessoalidade e transparência. Em caso de recebimento pessoal, por algum motivo, alheio a vontade do colaborador, o mesmo deverá imediatamente proceder com o envio aos e-mails institucionais.

Os ofícios entregues presencialmente ou via postal (Correios), após recebidos deverão ser digitalizados e salvos em pastas próprias da rede do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e da plataforma de gerenciamento documental. Oportunamente, na plataforma deverão ser marcados todos os colaboradores envolvidos no tema, além do responsável pela resposta.

Feito isso, o colaborador responsável por redigir a minuta, a elaborará, indicando o número do Ofício recebido e encaminhará ao responsável pela aprovação/revisão.

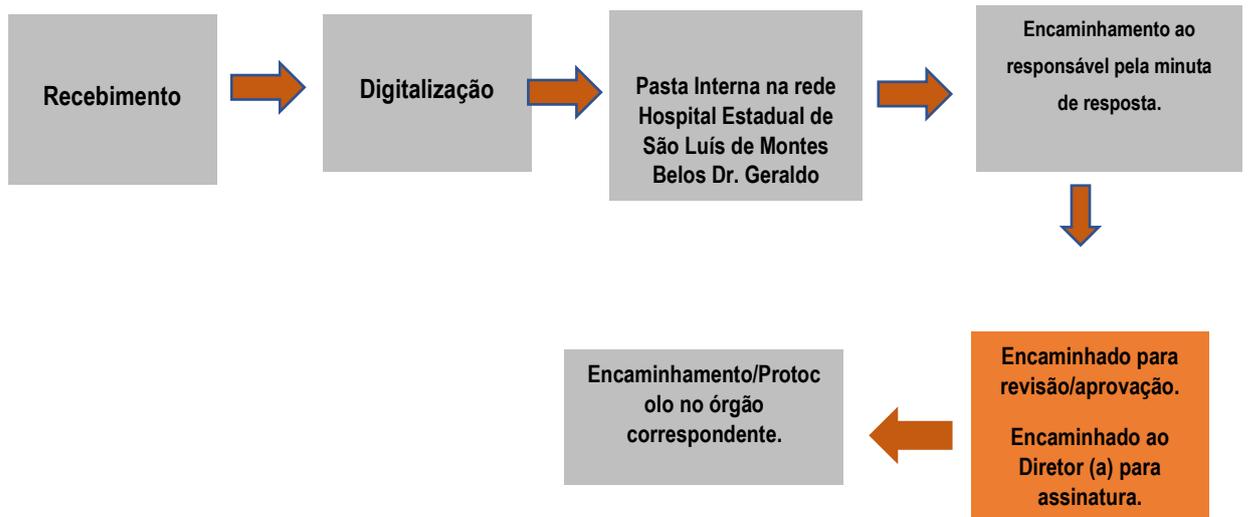
Após, procede com o encaminhamento ao Diretor (a) responsável pelo documento (de acordo com a temática do mesmo) para conhecimento, concordância e assinatura. Posteriormente, o Ofício é encaminhado ao órgão solicitante, por e-mail ou por intermédio de protocolo físico no órgão (a depender da situação concreta).

Após a confirmação do recebimento/protocolo, ele é lançado na plataforma e posteriormente baixado e modificado para lista de “demandas concluídas na unidade”.

Observações:

a) em alguns casos, ainda que fosse o caso de encaminhamento do documento via e-mail, quando o tamanho do Ofício não for compatível com capacidade do provedor do e-mail, o mesmo deverá ser protocolizado de maneira física no órgão;

b) ofícios de natureza meramente informativa, deverão ser inseridos nas Pastas da rede do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e na plataforma de gerenciamento documental, com marcação dos colaboradores que devem ter ciência do teor daquele documento. Após o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias do seu recebimento, deverá ser providenciada sua baixa e modificado para lista de “demandas concluídas na unidade”.

FLUXOGRAMA:

**FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERELIZADOS/ROUPAS NO HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

O Centro de Material e Esterilização (CME) é definido pelo Ministério da Saúde como um conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e a distribuição dos materiais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 307 de 14 de novembro de 2002, considera o CME como sendo uma unidade de apoio técnico responsável pelo fornecimento de artigos médico-hospitalares devidamente processados, resultando em condições adequadas para atendimento direto e assistência à saúde de indivíduos enfermos ou saudáveis. Podendo se localizar dentro ou fora da edificação usuária dos materiais.

Cabe a esse serviço a responsabilidade pelo processamento de todos os artigos médico-hospitalares, desde a limpeza, a seleção quanto à integridade e funcionalidade e o acondicionamento em embalagens adequadas, até a distribuição desses artigos esterilizados a todas as unidades consumidoras, de forma a assegurar-lhes a quantidade e qualidade necessárias à realização de todos os procedimentos assistenciais para o desenvolvimento do plano terapêutico dos clientes. Essa unidade tem um papel fundamental na assistência e no desenvolvimento das atividades de todas as unidades hospitalares e deve-se ressaltar seus aspectos estruturais, administrativos, econômicos e técnicos, à garantia da qualidade dos artigos odonto-médico-hospitalares³.

Segundo a SOBECC⁴, a área física do CME deve permitir o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional do artigo (o qual é exigido pelas leis sanitárias), evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, como também evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice e versa.

Para o estabelecimento de **um fluxo unidirecional**, é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril). O acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

A equipe de enfermagem que trabalha nesta unidade presta uma assistência indireta ao paciente tão importante quanto à assistência direta realizada pela equipe de enfermagem que atende aos pacientes nas unidades assistenciais. O cuidado de enfermagem, realizado por esses profissionais, se materializa em um ambiente distante do paciente, mas intimamente relacionado com o cuidado direto, uma vez que é dotado de complexidades, tecnologias e saberes específicos em prol da segurança do paciente, contribuindo para uma assistência livre de danos e agravos à saúde e, conseqüentemente, para a qualidade da assistência prestada pela instituição.

A ANVISA, através da RDC nº 15, de 15 de março de 20125, estabeleceu os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos, abrangendo serviços de saúde públicos e privados, além das empresas processadoras de produtos. A saber:

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

[...]

Secção III

Definições

Art. 4º Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

[...]

XV – produtos para saúde críticos: são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;

XVI – produtos para saúde semi-críticos: produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas;

XVII – produtos para saúde não-críticos: produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente;

XVIII – produtos para saúde passíveis de processamento: produto para saúde fabricado a partir de matérias primas e conformação estrutural, que permitem repetidos processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade;

XIX – produto para saúde crítico de conformação complexa: produtos para saúde que possuam lúmen inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas;

XX – produto para saúde de conformação não complexa: produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares;

XXI – processamento de produto para saúde: conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

[...]

XXVII – representante legal: pessoa física investida de poderes legais para praticar atos em nome da pessoa jurídica;

XXVIII – responsável técnico – RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde ou pela empresa processadora, conforme legislação vigente;

[...]

CAPITULO II

DAS BOAS PRÁTICAS PARA O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Seção I

Condições Organizacionais

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

[...]

Art. 21 A limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde devem ser realizados pelo CME do serviço de saúde e suas unidades satélites ou por empresa processadora.

Parágrafo único. O processamento de produtos para saúde não críticos pode ser realizado em outras unidades do serviço de saúde desde que de acordo com Procedimento Operacional Padronizado – POP definido pelo CME.

[...]

Secção II

Recursos Humanos

Art. 27 Todas as etapas do processamento de produtos para saúde devem ser realizadas por profissionais para os quais estas atividades estejam regulamentadas pelos seus conselhos de classe.

Art. 28 O CME e a empresa processadora devem possuir um Profissional Responsável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação específica.

Parágrafo único. O responsável pelo CME Classe II deve atuar exclusivamente nesta unidade durante sua jornada de trabalho.

Subseção I

Da Segurança e Saúde no Trabalho

Art. 30 O trabalhador do CME e da empresa processadora deve utilizar vestimenta privativa, touca e calçado fechado em todas as áreas técnicas e restritas.

[...]

Art. 32 Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades.

[...]

Subseção II

Atribuições

Art. 33 Compete ao Responsável Técnico do serviço de saúde e ao Responsável Legal da empresa processadora:

I – Garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde;

II – Prever e prover os recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e ao cumprimento das disposições desta resolução;

III – Garantir que todas as atribuições e responsabilidades profissionais estejam formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas pelos envolvidos nas atividades de processamento de produtos para saúde;

[...]

VII – Participar do dimensionamento de pessoal e da definição da qualificação dos profissionais para atuação no CME;

VIII – Orientar as unidades usuárias dos produtos para saúde processados pelo CME quanto, ao transporte e armazenamento destes produtos;

[...]

Seção IV

Da Infra-Estrutura

Art. 44 O CME Classe I deve possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

I – Área de recepção e limpeza (setor sujo);

II – Área de preparo e esterilização (setor limpo);

III – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);

IV – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e

V – Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Art. 45 O dimensionamento das áreas do CME Classe I deve ser efetuado em função da demanda e dos métodos de processamento utilizados.

Art. 46 O CME Classe I deve possuir, no mínimo, barreira técnica entre o setor sujo e os setores limpos.

Art. 47 O CME Classe II e a empresa processadora devem possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

I – Sala de recepção e limpeza (setor sujo);

II – Sala de preparo e esterilização (setor limpo);

III – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);

IV – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e

V – Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

[...]

Art. 48 Para o CME Classe II e na empresa processadora é obrigatória a separação física da área de recepção e limpeza dos produtos para saúde das demais áreas.

[...]

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 424, de 19 de abril de 20126, normatizou as atribuições dos membros da equipe de Enfermagem em CME, ou em empresas processadoras de produtos para a saúde. Dentre essas atribuições, destacam-se:

Art. 1º Cabe aos Enfermeiros Coordenadores, Chefes ou Responsáveis por Centro de Material e Esterilização (CME), ou por empresa processadora de produtos para saúde:

I – Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

II – Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;

[...]

X – Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XI – Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XII – Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;

[...]

Art. 2º Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuam em CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde, realizam as atividades previstas nos POPs, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

Assim, o CME se destaca no contexto da organização dos serviços de saúde por ser uma unidade de apoio técnico as demais unidades assistenciais e de diagnóstico que necessitem de produtos para saúde processados indispensáveis ao desempenho técnico da equipe, proporcionando segurança e eficácia na prestação de cuidados ao paciente.

A dinâmica do processamento de produtos para a saúde no CME é bastante **intensa e específica**, o que requer adoção de fluxos bem definidos quanto à recepção, limpeza, enxague, secagem, preparo e embalagem, desinfecção, esterilização, guarda e distribuição dos produtos utilizados nos diversos setores da unidade. Para isso, se faz necessário que a equipe de trabalho envolvida tenha suas atribuições e responsabilidades profissionais formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas, servindo também como subsídio para identificação da carga de trabalho da unidade e adequação de dimensionamento de pessoal.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERIZADOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Se tratando o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó de uma unidade de grande porte, que realiza procedimentos de alta complexidade, voltada principalmente para cirurgia geral, ortopédica e oncológica e de urgência e emergência, invasivos de altíssima especificidade, os itens relacionados aos serviços, serão os itens esterilizáveis cotidianamente no âmbito de um serviço de urgência/emergência, além de paciente regulados **da Macrorregião Centro Oeste ou outras regiões**, conforme designação pelo Complexo Regulador do Estado de Goiás.

Em um aspecto de tanto relevo como o CME do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó cabe alguns registros teóricos que se refletirão na gestão do mesmo por essa proponente.

Desinfecção:

É o método usado para destruição de micro-organismos patogênicos ou não, na forma vegetativa (não esporulada). Reprocessa os artigos não críticos ou semicríticos visando garantir o reuso seguro.

Fatores que interferem na desinfecção: limpeza prévia, presença de carga orgânica e/ou inorgânica, o tipo e nível de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida, a configuração do produto para saúde, o pH, a dureza da água.

A desinfecção subdivide-se em três níveis:

- Desinfecção de Alto Nível – Destrói todas as bactérias vegetativas, micobactérias, fungos, vírus e parte dos esporos. O enxague deve ser feito preferencialmente com água estéril e manipulação asséptica.
- Desinfecção de Nível Intermediário – Viruscida, bactericida para formas vegetativas, inclusive contra o bacilo da tuberculose. Não destrói esporos.
- Desinfecção de Baixo Nível – É capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, não tem ação contra os esporos, vírus não lipídicos nem contra o bacilo da tuberculose. Tem ação relativa contra os fungos.

NÍVEL	AGENTE QUÍMICO	APLICAÇÕES
Alto	<ul style="list-style-type: none">• Ácido Peracético• ortophitalaldeído	lâminas de laringoscópio, equipamentos de terapia respiratória, material de anestesia e endoscópios.
Intermediário	<ul style="list-style-type: none">• Hipoclorito de sódio• Álcool	materiais inalatórios, macronebulização, nebulização, umidificadores e outros.
Baixo	<ul style="list-style-type: none">• Álcool 70%	termômetros, bandejas, cubas, comadres, piriquitos e outros.

Nota: No Brasil em face do surto de micobactéria, a ANVISA restringiu o uso de glutaraldeído, pois uma das hipóteses considera a resistência deste microrganismo ao produto. Associam-se também ao produto, riscos ocupacionais a que os profissionais de saúde estão expostos ao empregar solução de glutaraldeído.

Esterilização

É um processo que visa destruir todas as formas de vida com capacidade de desenvolvimento durante os estágios de conservação e de utilização do produto. Conservar é manter as características do produto durante a vida útil de armazenamento (vida de prateleira) à temperatura ambiente.

A esterilização é o processo pelo qual micro-organismos são mortos a tal ponto que não se possa mais detectá-los no meio-padrão de cultura em que previamente os agentes haviam proliferado.

É considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000.

A esterilização pode ser realizada por meio de processos físicos, químicos ou físico-químicos.

- **Métodos Físicos** - Calor (autoclave ou estufa) ou Radiação Ionizante;
- **Método Químico** – Agentes químicos;
- **Método Físico-Químico** - Meio físico (calor) em associação com agentes químicos.

Área de Recebimento e Expurgo:

É a área que se recebe todo o material proveniente dos vários setores do hospital, e ainda que sejam contaminados biologicamente, devem ser conferidos na sua chegada.

A execução da limpeza ou descontaminação ocorre nesse local.

• Limpeza é o processo que visa à remoção de sujidade visível (orgânicos e inorgânicos) e, por conseguinte, a retirada da carga microbiana. Portanto, trata-se de uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos odontomédico-hospitalares.

No expurgo é ideal a manutenção de duas pias. Numa realiza-se a limpeza em outra o enxágue dos materiais

Há duas maneiras de se realizar a limpeza dos artigos, manual ou automatizada:

- A limpeza manual é o procedimento de remoção da sujidade e dos detritos para manter em estado de asseio os artigos. É executada por meio de fricção com escovas macias e do uso de soluções de limpeza. Não se deve usar lâ de aço, pois causa ranhuras

na superfície dos instrumentais, além de desprender resíduos que podem gerar pontos de ferrugem.

- A limpeza automatizada é desenvolvida por meio de equipamentos (lavadora ultrassônica, lavadora esterilizadora, lavadora termo desinfetadora, lavadora de descarga, lavadora pasteurizada e lavadora de túnel que operam em diferentes condições de temperatura e tempo.

Área de Preparo e Acondicionamento no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó

Nessa área, os artigos médico-hospitalares limpos são inspecionados, selecionados, empacotados e identificados para posterior esterilização.

Essa atividade têm como objetivo oferecer aos profissionais que utilizarão o artigo esterilizado, a segurança e o conforto de ter na mão o material completo, na sequência necessária e em perfeitas condições de uso. Este local deve ser amplo o suficiente para abrigar a quantidade e a diversidade dos artigos da instituição, sendo subdividida de acordo com o tipo de artigo a ser preparado.

Todo material ao chegar à área de preparo e acondicionamento, deve ser inspecionado quanto à sua funcionalidade, limpeza e integridade. Em seguida, os artigos são acondicionados em diferentes tipos de caixas e embalagens, de acordo com a padronização e métodos de esterilização existentes na instituição.

Os invólucros garantem a esterilidade do artigo, devendo ser compatíveis com o método adotado e livre de resíduos tóxicos. Podem ser de algodão cru ou papel grau cirúrgico, crepado, filme transparente, tyvec, caixas de metal etc. Como exemplo, a equipe de enfermagem da sala de preparo, avalia a qualidade (integridade) do material, confere a quantidade de instrumentais na caixa de acordo com a identificação e o protocolo de caixas cirúrgicas e esta segue para o empacotamento duplo em manta de polipropileno.

A organização do trabalho na sala de preparo é essencial para o desempenho das atividades, portanto é necessário dividir em subáreas:

- **Subárea para Preparo de Materiais Especiais:** confecção e acondicionamento de cotonetes, dissectores cirúrgicos, gaze para vídeo, cotonóides, gaze para amigdalectomia, tampão vaginal, tampão nasal, malha tubular, etc.

- **Subárea para Preparo de Material em Aço Inoxidável:** Preparo e acondicionamento de bacias, bandejas, cuba-rim, cúpula e manipulador de foco, etc.

- **Subárea de Preparo de Instrumental Cirúrgico:** conferência e acondicionamento de instrumentais cirúrgicos de aço inoxidável, alumínio em caixas, bandejas ou unitário em grau cirúrgico.

- **Subárea de Preparo do Artigo de Assistência Ventilatória e Respiratória:** Preparo e acondicionamento de circuitos de ventilação mecânico e de anestesia.

- **Subárea de Preparo de Roupa Cirúrgica e Campo Operatório:** Preparo e acondicionamento de campos cirúrgicos, aventais e campos operatórios (compressas).

Área de Armazenamento e distribuição

Essa área tem por finalidade centralizar o armazenamento de todos os artigos reprocessados ou reesterilizados para serem distribuídos às unidades consumidoras.

A preservação da esterilidade dos artigos é o objetivo principal nessa área.

- Os pacotes devem ser manuseados quando estiverem completamente frios antes de serem estocados ou removidos do carro esterilizador.

- A área deve ser projetada de tal forma que não permita, no momento da distribuição, o cruzamento de artigo estéril com artigo não-estéril.

- Deve ser fechada e possuir sistema de renovação de ar.

- A temperatura ambiente deve ser mantida entre 18 e 22°C e a umidade relativa entre 30 a 60%. A importância de se manter um local com uma temperatura relativamente mais baixa e o controle da umidade, justifica-se microbiologicamente que, aliado ao aumento da temperatura no meio ambiente e a umidade, favorece o crescimento de microrganismos.

A distribuição de materiais como última etapa do reprocessamento, é feita de acordo com a necessidade das unidades consumidoras, atentando para a liberação dos materiais com embalagens íntegras e dentro do prazo de validade da esterilização e desinfecção

de cada material. Um dos grandes questionamentos feitos pelos profissionais da saúde diz respeito ao prazo de validade dos materiais estéreis.

Na realidade o prazo de esterilidade dos materiais está intimamente ligado ao tipo de embalagem utilizado e não ao processo de esterilização escolhido. É a embalagem que determina o prazo de validade. Portanto, as embalagens utilizadas devem possuir barreira contra a contaminação.

Tipos de embalagens

As embalagens devem oferecer segurança e proteção ao material esterilizado. Os requisitos básicos para uma boa embalagem de esterilização são as seguintes:

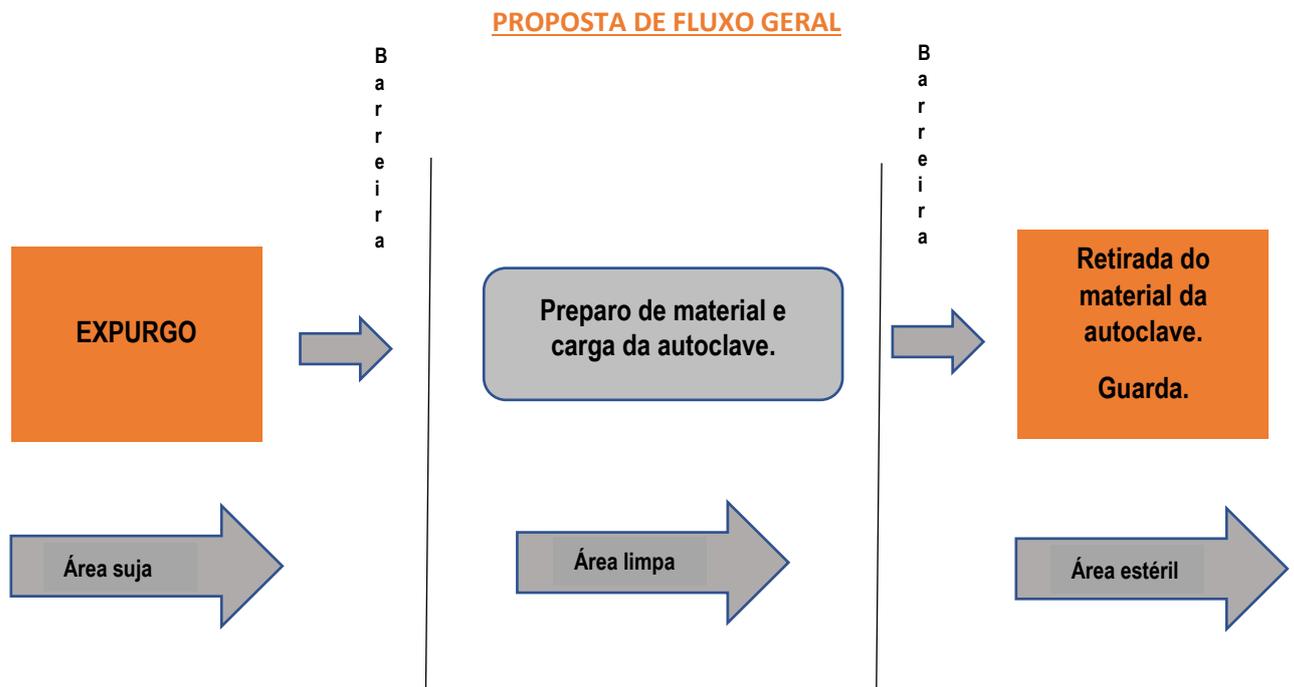
- ser apropriada para os materiais e métodos de esterilização;
- Proporcionar selagem adequada e ser resistente;
- Proporcionar barreira adequada;
- Ser compatível e resistir as condições físicas do processo de esterilização;
- Permitir adequada remoção do ar;
- Permitir penetração e remoção do agente esterilizante;
- Proteger o conteúdo do pacote de danos físicos;
- Resistir a punções e rasgos;
- Ser livre de furos;
- Ser livre de ingredientes tóxicos;
- Não gerar partículas;
- Apresentar custo-benefício positivo;
- Ser usada de acordo com as instruções descritas pelo fabricante.

O prazo de validade da esterilização está relacionado com o tipo de invólucro, porém a condição de estocagem e o manuseio excessivo podem influenciar na validade.

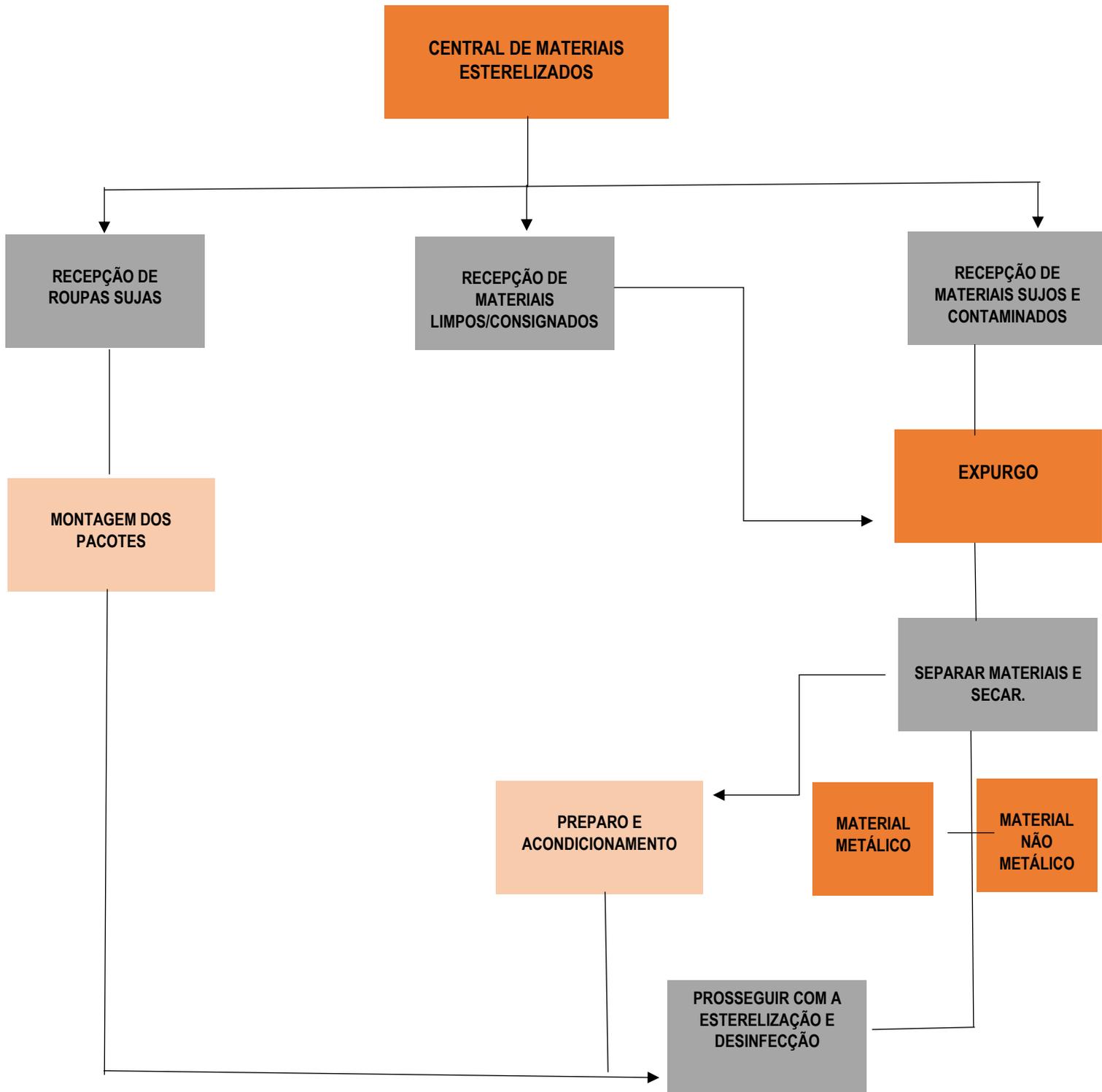
No entanto, a boa prática recomenda que cada hospital valide seu processo de esterilização, bem como as embalagens utilizadas e o local de armazenamento.

Esta validação deve ser realizada através de amostras com culturas em laboratório. A referência dos prazos de validade por métodos de esterilização e tipos de embalagens do Ministério da Saúde (2001) encontra-se no quadro abaixo:

EMBALAGEM	MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO	PRAZO DE VALIDADE
Campo de tecido cru duplo	- Vapor	7 a 14 dias
Papel grau cirúrgico	- Vapor - Óxido de etileno	- 6 meses - 2 anos
Papel crepado	- Vapor - Óxido de etileno	- 6 meses - 2 anos
Tyvek	- Peróxido de hidrogênio - Óxido de etileno - Radiação gama	- 1 ano - 1 ano - 1 ano
Container com filtro microbiológico	- Vapor	- 6 meses
Container com filtro tyvek	- Peróxido de hidrogênio	- 6 meses



FLUXO DE CHEGADA DE MATERIAIS PARA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO NA CME



RECEBIMENTO DE MATERIAL SUJO CME

Descrição rotina no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó: A CME receberá o material sujo/contaminado no expurgo das áreas assistenciais e iniciará o procedimento de separação dos materiais por tipo, método de esterelização, técnicas de esterelização específica, secagem, item metálico ou não, etc.

Após os itens estarem prontos, deverá dar início à ESTERELIZAÇÃO/DESINFECÇÃO.

Recebimento de roupa suja: Capotes, compressas, campos e roupa em geral deverão ser recebidos pela CME e separadas conforme sua utilidade e tamanho, devendo ser observado se há presença de furos, rasgos ou manchas. Ao montar o pacote colaborador deverá anexar a fita indicadora do processo de autoclave obedecendo sempre a técnica da dobradura.

As autoclaves, utilizam vapor saturado sob pressão, pois a destruição dos microorganismos é resultado da combinação de temperatura, pressão e umidade, que causam a desnaturação e termocoagulação das proteínas presentes na estrutura dos microrganismos, provocando a morte das bactérias.

Materias consignados recebidos: O material consignado deverá sempre ser reprocessado no balcão da área limpa do expurgo, onde o colaborador fará a conferência e separação e em seguida o material passará pela limpeza e preparo conforme especifica técnica e indicação do processo de esterelização.

PROCEDIMENTO DE DESINFECÇÃO NA ÁREA SUJA CME

1) A CME receberá o material sujo dos setores assistenciais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó –e adotará as seguintes ações:

- Separação dos materiais por tipo, técnicas de esterelização específica método de esterelização, secagem, item metálico ou não, etc.

a) **itens metálico:** realizar a limpeza do material da maneira descrita no Procedimento Operacional Padrão;

- Montagem das caixas da maneira descrita no Procedimento Operacional;

- Proceder com o embalagem/empacotamento para que em seguida vá para o procedimento de esterelização;

b) Materias não metálicos: Realizar imersão do material em solução da maneira descrita no Procedimento Operacional;

- Sobrenadar o material, enxaguar e secar da maneira descrita no Procedimento Operacional;

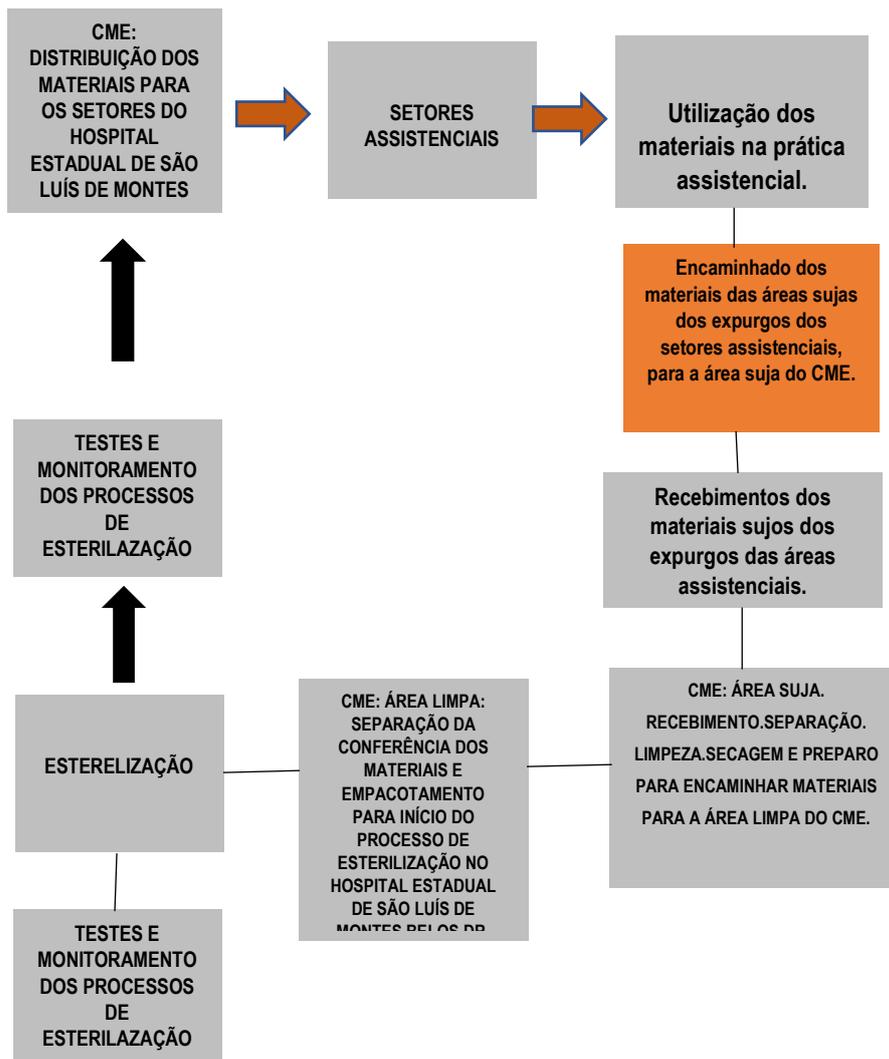
- Material pronto para serem carregados na autoclave para esterelização.

ESTERELIZAÇÃO

Os materias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, serão esterelizados nas autoclaves da CME.

1) FLUXOGRAMA GERAL DOS MATERIAIS – CME – UNIDADES ASSISTENCIAIS:

FLUXOGRAMA:



Descrição do fluxo de materiais – CME- Unidades Assistenciais:

No arsenal encontra-se armazenados os “materiais esterelizados” (kits de oxigenoterapia, kits de sutura...) para uso cotidiano e de apoio às áreas assistenciais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Unidades Assistenciais:

Ou também chamados nos fluxos desta proponente, de Setores Assistenciais, é onde os materiais são utilizados conforme a demanda do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Após a utilização dos materiais, eles deverão ser apanhados no expurgo destes setores, para posterior encaminhamento para a área suja do CME, em rotina que deverá ser definida juntamente com a equipe da CCIH e coordenações sobre essa temática.

ÁREA SUJA: CME RECEPCIONA O MATERIAL SUJO/CONTAMINADO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS E TOMA AS SEGUINTE AÇÕES:

- Desmembramento/ desmontagem dos materiais por tipo de método, método de esterelização, etc;
- Realização de limpeza e secagem do material;
- Pré – preparo do material para a área limpa – CME;
- Encaminhamento do material para a área limpa para dar início a esterelização.

ÁREA LIMPA: CME RECEPCIONA O MATERIAL DA ÁREA SUJA E TOMA AS SEGUINTE AÇÕES:

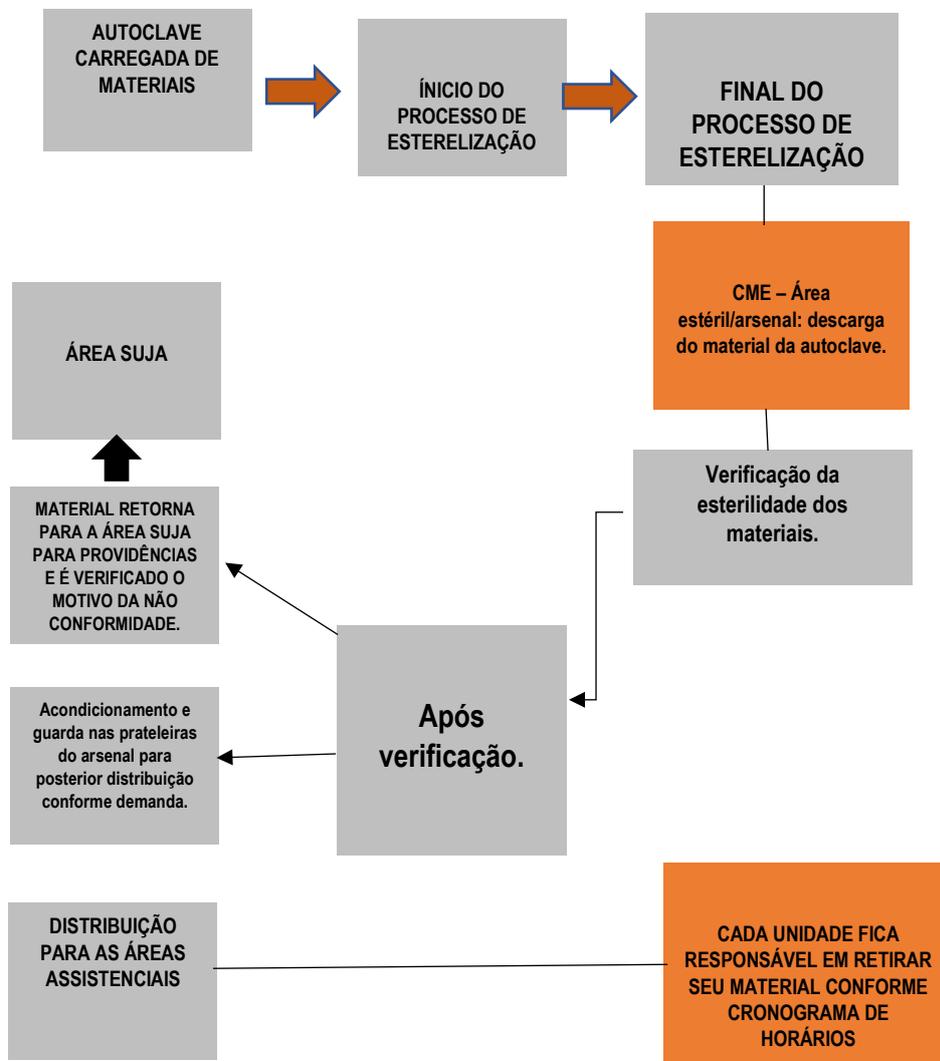
- Conferência do material limpo pela área suja. Caso seja verificado qualquer anomalia ou inconformidade em relação ao processo de limpeza prévia, o material deve ser devolvido para a área suja para ações cabíveis;
- Separação do material de acordo com o processo de desinfecção (autoclave ou termodessinfectora);

- Empacotamento e/ ou selagem dos materiais;
- Carregamento da autoclave ou da termodessinfectora;
- Início do processo de esterelização.

ÁREA ESTÉRIL/ARSENAL: ETAPA EM QUE A AUTOCLAVE SERÁ DESCARREGADA E OS MATERIAIS SERÃO ARMAZENADOS NO ARSENAL DO CME E PRONTOS NOVAMENTE PARA DISTRIBUIÇÃO E PRONTO USO OUTRA VEZ:

Fluxo do processo de descarga da autoclave e armazenamento dos materiais no arsenal – área limpa

FLUXOGRAMA:



1) As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão), os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização e indicador biológico der resultado positivo.

2) Se a carga for liberada antes dos resultados do indicador biológico, e depois desse indicador, indicar falha no processo, a totalidade dos materiais deverão ser apanhados e considerados não estéreis.

3) Se não for observado qualquer inconformidade em relação às fases do procedimento de esterilização, os materiais serão armazenados no ARSENAL e estarão prontos para serem distribuídos para os demais setores assistenciais de acordo com a demanda e solicitação.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPARIA/LAVANDERIA

Segundo o Ministério da Saúde as precauções padrões a serem adotadas nas lavanderias dos serviços de saúde são: utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI); lavagem das mãos; programas de vacinação, imunização contra Hepatite B e tétano; controle de acidentes com material perfurocortantes.

Prevenção quanto aos riscos biológicos: são aqueles que expõem os indivíduos a doenças transmissíveis agudas e crônicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas.

Equipamentos: Em uma lavanderia hospitalar existem alguns equipamentos fundamentais para todo o processo de lavagem da roupa, desde a sua coleta, passando pela lavagem em si, até o preparo e a entrega do material.

Utilizam-se equipamentos como: lavadora extratora hospitalar, extrator pendular (centrífuga), calandra e secadora.

Como funciona: O processamento das roupas hospitalares abrange todas as etapas pelas quais as roupas percorrem, isso desde a sua utilização até seu retorno em condições plena de reuso.

Denominamos essas etapas como: coleta (no expurgo) e transporte da roupa suja utilizada nos diferentes setores do hospital; recebimento, classificação, pesagem e lavagem da roupa suja na lavanderia; centrifugação, secagem e ou calandragem da roupa limpa; separação, dobragem e transporte da roupa limpa da lavanderia para a rouparia do hospital.

A padronização da roupa hospitalar é necessária para facilitar e reduzir os custos de sua operacionalização e ou processamento.

Essa padronagem abrange o modelo da peça, tipo de tecido e cor:

Toda a roupa hospitalar, independente do grau de sujidade, é considerada contaminada, em razão do próprio ambiente e da presença de pacientes portadores ou não de doenças infecto-contagiosas e do seu eventual acompanhante.

Sendo assim, todo o processo de lavagem da roupa hospitalar deve conter uma etapa de desinfecção, seja térmica ou química.

A lavanderia hospitalar tem como objetivo transformar toda a roupa suja ou contaminada, utilizada no hospital, em roupa limpa.

O processamento de roupas dentro do hospital deve ser dirigido de forma que a roupa não represente um veículo de infecção ou contaminação.

Umectação: facilita o molhamento e a remoção (teor de sujeira) solúveis em água, presentes nas roupas, através do poder umectante de um tensoativo. Neste processo utiliza-se o nível de água alto.

Pré-lavagem: facilita a retirada de sujidade dos tecidos (sujidade pesada) através de produtos específicos de lavagem, buscando remover 70% do teor de sujeira, onde uma única operação de lavagem não seria suficiente para removê-la. Nesta etapa utiliza-se produtos específicos e um nível de água baixo.

Lavagem: nesta etapa ocorre a completa remoção da sujeira, no caso de realização da pré-lavagem (sujidade pesada), ou como única fase, no ciclo de lavagem de sujidade leve. Utilizam-se produtos para lavagem principal e nível de água baixo. Nesta fase, utiliza-se a temperatura elevada (acima de 85°C), após ser garantida a remoção de proteínas das roupas.

Alveamento: este é um procedimento realizado para a retirada das sujeiras que possam tingir as roupas (retirada de manchas), através da utilização de substâncias químicas (cloro orgânico – pó, cloro inorgânico – líquido ou o peróxido de hidrogênio). O alveamento promove a desinfecção da roupa e remoção de manchas sensíveis à oxidação. Utiliza-se nível de água baixo.

Acidulação: o objetivo é diminuir o pH, neutralizar os resíduos alcalinos da roupa, diminuindo assim o número de enxágues, eliminando o cloro residual dos alvejantes, onde se evita o amarelamento da roupa durante a secagem e calandragem. Isso favorece o amaciamento das fibras do tecido, reduzindo os danos químicos por alvejantes, favorecendo o poder de desinfecção, economizando água, tempo e energia elétrica.

Amaciamento: reduz o atrito da fibra do tecido na máquina, facilitando a passadoria, isso evita que o tecido fique enrugado na calandra, ele ainda reaviva as cores do tecido, melhora o acabamento e evita o desgaste mecânico precoce da roupa.

Enxágue: na etapa inicial – geralmente usado para roupas com sujeira pesada, principalmente, manchadas com fluidos como sangue e fezes. Já na etapa intermediária, eliminam a sujeira e produtos em suspensão na solução da lavagem.

A **temperatura** é um fator muito importante durante a lavagem, pois a escolha da temperatura adequada para cada tipo de lavagem ocasiona na proteção das roupas, além de obter resultados finais mais satisfatórios na remoção de sujeiras e desinfecção.

Como funcionam os processos de uma lavanderia:

- coleta;
- acondicionamento;
- separação;

- classificação;
- pesagem;
- lavagem;
- centrifugação;
- secagem e calandragem, dobragem e guarda.

Coleta e acondicionamento:

A coleta é realizada em horários pré-determinados, uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Durante esta operação, o funcionário responsável pela tarefa deve usar os EPI's (Equipamentos de Proteção individual) descritos: luvas de borracha, máscara e touca.

Depois de retirados os objetos estranhos, a roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon; para as roupas contaminadas devem ser usados sacos plásticos (de cor diferente da usada para lixo hospitalar), os quais deverão ser fechados e identificados (nome da unidade e data da coleta).

Após fechado, o saco de roupas sujas é retirado do *hamper* e levado até a lavanderia do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Separação e classificação: As roupas coletadas nos setores assistenciais e transportadas até as lavanderias são recepcionadas na área suja onde serão, separadas, classificadas e pesadas.

A boa lavagem começa na separação da roupa suja, quando será classificada segundo o grau de sujidade, coloração, tipo de fibra têxtil, tecido, formato, tamanho e ou tipo da peça.

Essa classificação tem a finalidade de agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto e as que terão o mesmo acabamento.

Na separação, é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas para a retirada de objetos estranhos como: instrumentos cirúrgicos, bacias, relógios celulares entre outros, já que, nesta fase, há grande risco de lesão com

perfurocortantes, visando evitar que estes elementos acarretem acidentes ou entrem nas lavadoras, causando danos às máquinas e ao processo.

Os fardos ou sacos, já triados ou classificados, recebem uma marca ou identificação segundo cor, tipo de tecido e grau de sujidade, que irá determinar a fórmula para lavagem.

O funcionário responsável por esta tarefa deve fazer uso de EPI's como: macacão de mangas compridas, avental impermeável, touca, máscara, luvas de borracha, botas de borracha e óculos de proteção; e sempre tomar banho de chuveiro com troca de roupa antes de sair da área suja.

Pesagem: Após a separação, já em lotes ou sacos identificados quanto ao tipo de lavagem, a roupa é pesada novamente, para averiguação da capacidade das lavadoras.

A pesagem das roupas é indispensável para definir a carga correta que cada máquina comporta (uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de lavagem), e facilitar a determinação das fórmulas mais adequadas de lavagem e a contabilidade de custos.

Após a pesagem, os fardos ou sacos de roupa devem ser levados até a(s) lavadora(s), onde todo o material necessário para a lavagem deve ser colocado à mão, para evitar desperdício de tempo e energia.

Lavagem: Realizada na área suja, a lavagem é a atividade que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa e o nível bacteriológico é reduzido ao mínimo e aceitável para o uso, deixando-as com aspecto e cheiro agradáveis.

Não existe um único tipo de lavagem para a roupa hospitalar, daí a necessidade de classificação da mesma, para se determinar o ciclo a ser utilizado.

O ciclo a ser empregado é conforme o grau de sujidade, do tipo de tecido da roupa, assim como do tipo de equipamento da lavanderia e dos produtos utilizados.

Centrifugação: A carga de roupa lavada é distribuída uniformemente dentro do tambor, na sua capacidade.

A colocação é feita em pequenos montes de roupa, ajustados, em peso equilibrado, para evitar que o tambor, ao girar, se afaste do eixo, no ponto mais pesado, levando ao desbalanceamento do equipamento pela roupa, por torção ou repuxo.

Em geral, o peso da roupa lavada reduz 60% depois de centrifugada, devido à eliminação da água.

Terminada a centrifugação, a roupa é retirada, selecionada, colocada em carrinho e encaminhada à secagem.

Na seleção, consideram-se os seguintes aspectos: tipo de tecido (liso, felpudo, algodão, acrílico, etc); tipo de roupa (lençol, toalha, roupa de vestir, etc); qualidade da limpeza (se requer nova lavagem ou não devido a permanência de manchas).

A roupa destinada à secadora é colocada em carrinho próprio. O mesmo é feito com os lençóis.

Calandragem: É a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves, campos, etc.). Após aquecimento, a calandra é operada continuamente, para evitar desperdício de energia.

Geralmente são necessários dois operadores para colocar a roupa molhada, e dois para retirar e dobrar a roupa seca.

Secagem: Roupas como toalha, roupas de vestir, fraldas, cobertores, peças pequenas como máscaras, propés, gorros, compressas e outras, são secadas na secadora.

Depois de secar, as roupas são retiradas da secadora e encaminhadas para as mesas de dobragem e posteriormente para a rouparia para repouso.

A passagem a ferro é usada apenas eventualmente, ou para melhorar o acabamento de alguma roupa.

Estocagem: A estocagem da roupa limpa é feita em um setor chamado rouparia, onde é feito todo um controle da roupa limpa, do estoque e de sua distribuição de forma adequada, em quantidade e qualidade, aos diversos setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

É nesse local que é feita a estocagem (repouso) da roupa, distribuição, baixa e reaproveitamento.

Costura: As peças de roupa danificadas, aproveitáveis, são reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa.

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras.

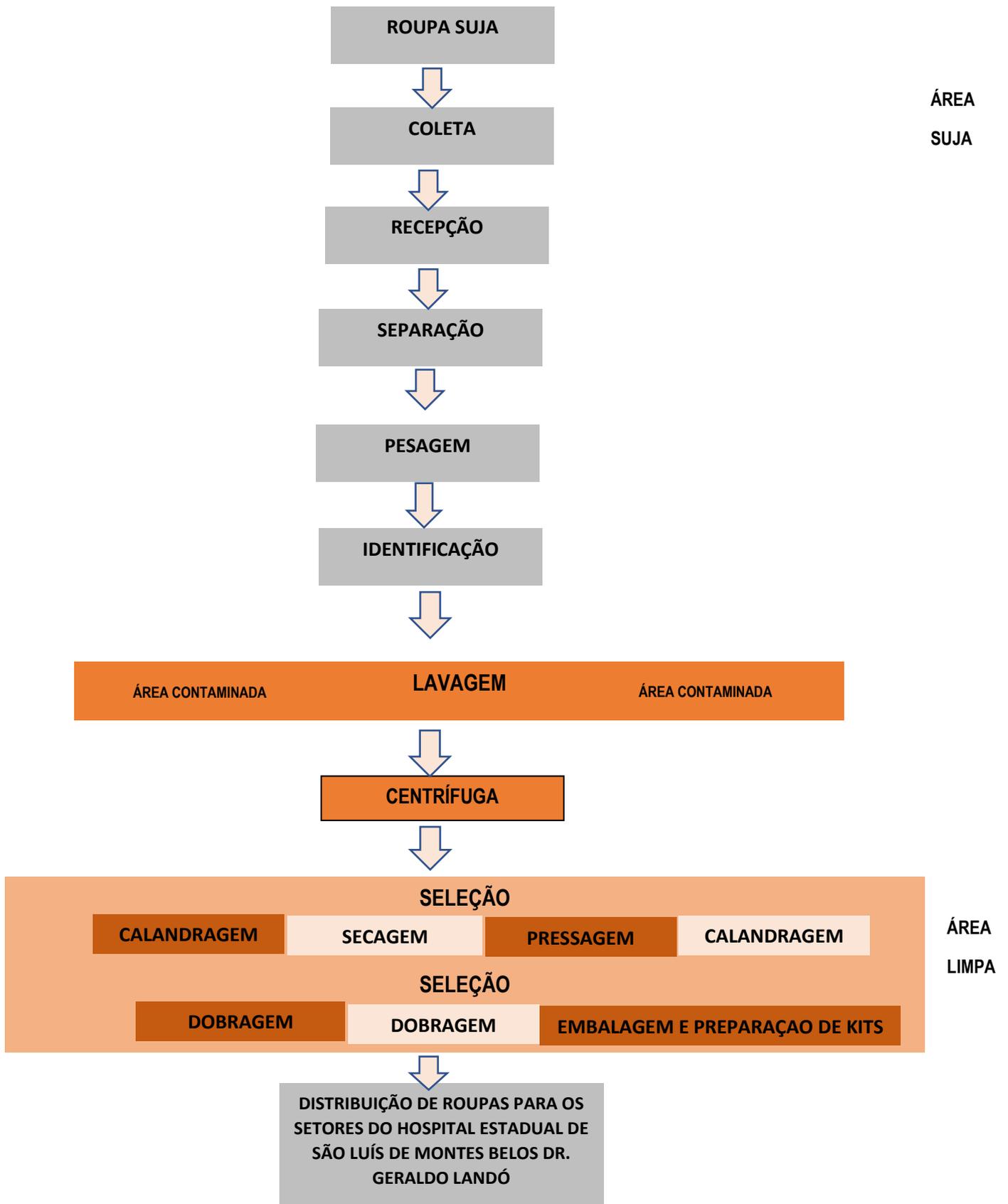
Após o conserto, a roupa volta a ser processada.

No Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, todos os setores são dependentes do bom funcionamento de sua lavanderia, uma vez tratar-se de unidade que auxilia no enfrentamento e controle das infecções hospitalares, na segurança e no conforto do paciente e acompanhantes.

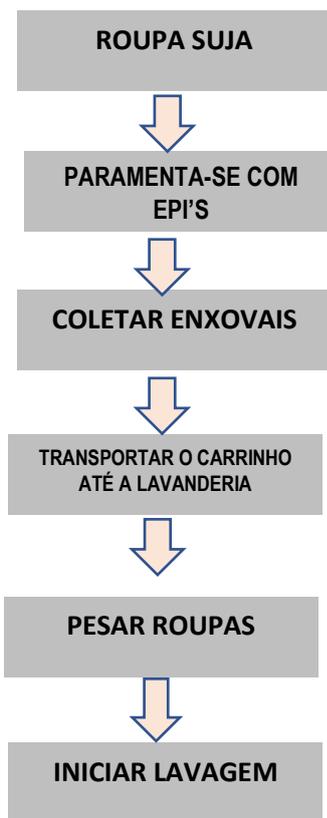
A unidade de processamento de roupas do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó está localizada junto à área de serviços de apoio próxima a farmácia, de modo à lhe garantir o melhor desempenho de sua atividade, contribuindo efetivamente para as demais áreas da unidade, evitando ruídos, calor, risco de contaminação etc.

O formato da lavanderia do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, possibilita um fluxo racional de trabalho de processamento de roupa seguindo um fluxo progressivo, como em uma linha de montagem industrial, e um papel relevante dessa proponente deverá ser o de buscar meios eficazes de se evitar o cruzamento de circulações das atividades.

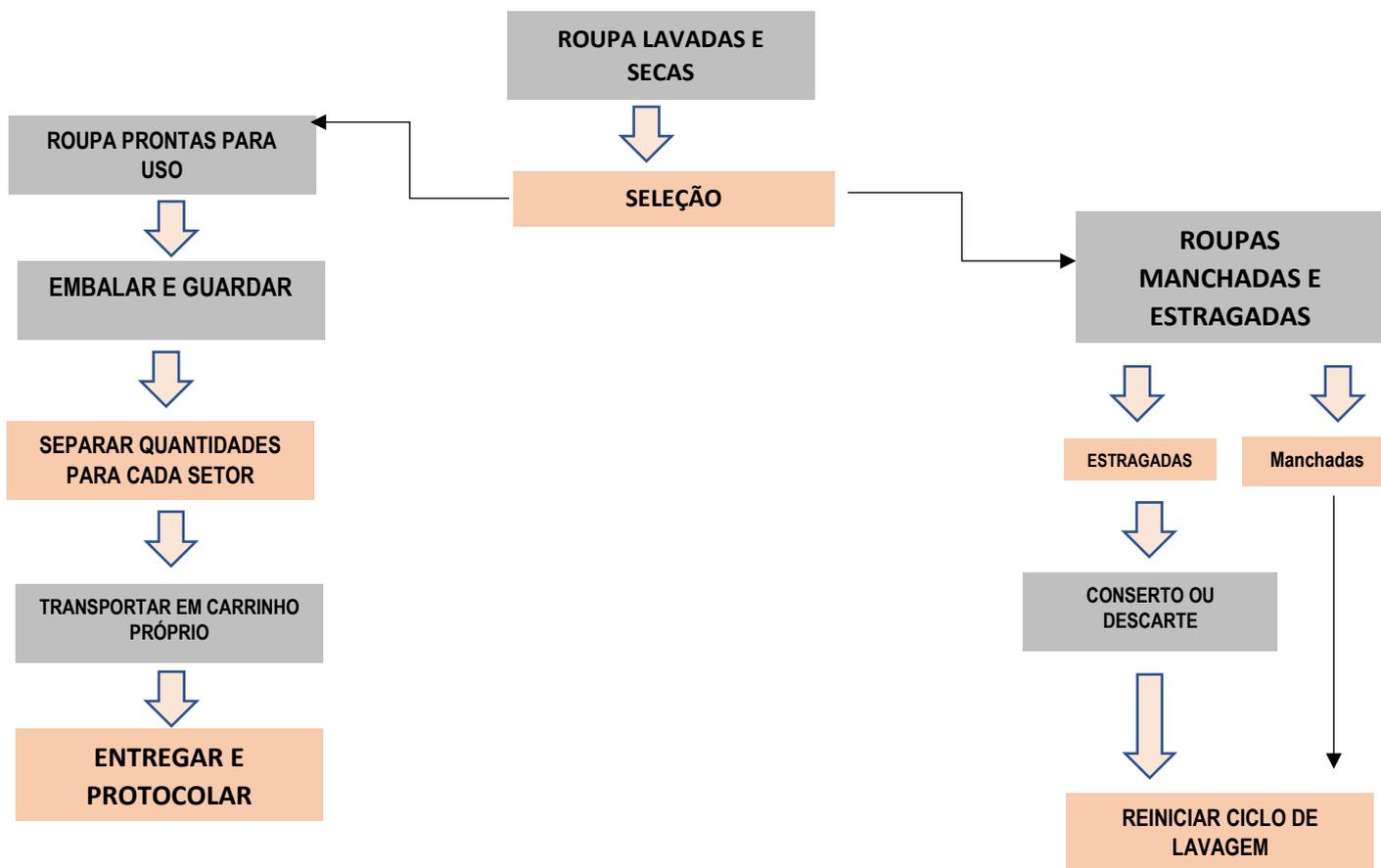
FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE ROUPAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ



FLUXO UNIDIRECIONAL PARA COLETA DE ROUPAS SUJAS



FLUXO UNIDIRECIONAL PARA DISTRIBUIÇÃO DAS ROUPAS LIMPAS



FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os resíduos de serviços de saúde requerem atenção especial dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destio inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema “fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde” assume lugar de destaque entre as polítias públicas e na legislação brasileira, tendo como foco prinipal a segurança, a manutenção da saúde e vida e a sustentabilidade ambiental.

No Brasil, cabe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA a função de orientar, definir retgras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos de serviços de saúde.

Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Considerando os princípios do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, que adota ações responsáveis na área da saúde como a melhor maneira de melhorar a realidade de onde atua, essa proposta assume o compromisso social e ambiental de contribuir com a administração pública nesta empreitada, através da adoção de um modelo de gestão responsável no que diz respeito ao controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos.

Assim, o gerenciamento dos Resíduos de serviços de saúde do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, constará de instruções e rotinas escritas que

obedecerão a critérios técnicos e sanitários, contemplando, assim, os aspectos de minimização na geração, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, e será um documento integrante do processo de licenciamento ambiental da Organização.

O PGRSS será elaborado em conjunto pelos responsáveis pelo serviço de higienização, profissionais responsáveis pelas unidades assistenciais, CCISS - Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, Segurança do Trabalho, e Representantes dos serviços de apoio geradores de resíduos, contemplando todos os grupos de resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C e D), e atenderá integralmente ao roteiro da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, RDC 306 ANVISA 2004 e CONAMA 358/2005.

Objetivo Geral:

- Descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente;
- Atender as disposições contidas na legislação vigente, de acordo com a especificidade de cada serviço do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Atender as orientações e regulamentações estaduais, municipais no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- Adotar as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores;
- Estabelecer as rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço;
- Descrever em protocolos operacionais as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes;
- Estabelecer ações referentes aos processos de prevenção da saúde do trabalhador;

- Registrar as informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos, além de inseridos nos sistemas de informação do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e quando for o caso, da própria Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

- Desenvolver e implantar programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de resíduos, os setores de higienização e limpeza, a CCISS e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Atribuição e Responsabilidade:

- Será da responsabilidade do IBGC no gerenciamento e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, o gerenciamento dos resíduos obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana, através de um planejamento e implementação do processo, sob a responsabilidade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido - CGRS, que será criado sob a orientação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

- A Responsabilidade Técnica do PGRSS deverá ser assumida pelo enfermeiro responsável pelo Serviço de Higienização, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Certificado de Responsabilidade Técnica;

- Atendendo a legislação vigente, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido - CGRS será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral que norteará a periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas.

O PGRSS deverá atender aos seguintes tópicos:

1. Nome do estabelecimento
2. Responsável pelo estabelecimento
3. Caracterização do estabelecimento
4. Planta do estabelecimento
5. Comissão Responsável pelo PGRSS
6. Fluxograma

7. Manejo
8. Segregação e identificação
9. Acondicionamento
10. Coleta
11. Armazenamento temporário
12. Tratamento
13. Armazenamento externo
14. Coleta e transporte externos
15. Disposição final
16. Cronograma de implantação
17. Estudo: Hospital x resíduos gerados x quantidade
18. Avaliação e controle: construção de indicadores
19. Mapa de resíduos, incluindo o fluxo percorrido pelo resíduo
20. Rotinas de emergência
21. Cronograma de treinamento dos funcionários

Definições e Conceitos:

- **Resíduos:** Os resíduos serão recolhidos conforme legislação vigente e o estabelecido no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e demais exigências legais nos termos da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC - nº 1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde e da Lei Federal nº 12.305 de 2010. O recolhimento dos resíduos de serviços de saúde observará as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da legislação regente.

- **Manejo:** O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final.
- **Segregação:** Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.
- **Identificação:** Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos. A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, ou outros, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS



Segundo a RDC 222/2018 que revogou a RDC 306/04 da ANVISA os Resíduos de Serviços de Saúde são classificados em:

O grupo A é identificado, no mínimo, pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da expressão RESÍDUO INFECTANTE.

O grupo B é identificado por meio de símbolo e frase de risco associado à periculosidade do resíduo químico. Observação – outros símbolos e frases do GHS também podem ser utilizados. devem ser utilizados, de acordo com o risco do resíduo.

O grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta ou púrpura) em rótulo de fundo amarelo, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO, REJEITO RADIOATIVO ou RADIOATIVO.

O grupo D deve ser identificado conforme definido pelo órgão de limpeza urbana.

O grupo E é identificado pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contorno preto, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE.

- **Manuseio e Acondicionamento:** Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.
- **- Coleta Interna I:** Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos. Cada unidade deverá

especificar o horário para remoção do RSS. Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

- **Abrigo Interno:** Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro da unidade e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.
- **Coleta Interna:** Consiste na remoção dos containers da sala de utilidade para o abrigo externo é realizado conforme a necessidade do serviço. Ao término da coleta os recipientes são lavados com água e detergente e desinfetado com hipoclorito de sódio a 1% na área externa próximo ao abrigo externo.
- **Abrigo Externo:** Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.
- **Coleta Externa e Tratamento:** Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.
- **Embalagem:** Embalar o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo 11 da NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 - Devem constar em saco individualmente, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei

6360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto; trocar o saco plástico (embalagem) por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade. Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pela Contratante; e proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Classificação dos RSS e condutas:

Os resíduos serão tratados atendendo os conceitos a seguir, cuja simbologia e identificação dos locais de geração e fluxos são de responsabilidade da Unidade Assistencial.

Grupo A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

Grupo A1: Resíduos que necessitam de tratamento específico como:

- Culturas e estoques de microrganismos; - Descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados;
- Meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos;
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Conduta:

- Acondicionar para tratamento em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos.

Tratamento:

- Processo que garanta Nível III de Inativação Microbiana e desestruturação das características físicas;

- Acondicionamento para descarte: sacos brancos leitosos.

Grupo A2: - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

Grupo A3: - Resíduos que necessitam de tratamento específico;

- Peças anatômicas (membros) do ser humano;

- Produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiar.

Conduta: - Acondicionar em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos identificados com o símbolo de risco biológico e a inscrição "Peça Anatômica I Produto de Fecundação" e encaminhar ao necrotério.

- Comunicar o SCIH para preenchimento do formulário de autorização para encaminhamento adequado.

Grupo A4: Resíduos que não necessitam de tratamento:

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados;

- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada;

- Membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares;

- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções;

- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;

- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica;

- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

Conduta:

- Acondicionamento para descarte sem necessidade de tratamento: lixeiras brancas identificadas com o símbolo de risco biológico revestidas com sacos brancos leitosos.

Grupo B: - Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente como os antimicrobianos, hormônios sintéticos, quimioterápicos e materiais descartáveis por eles contaminados.

- Medicamentos vencidos, contaminados, interditados, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo.

- Objetos perfuro cortantes contaminados com quimioterápico ou outro produto químico perigoso;

- Mercúrio e outros resíduos de metais pesados. Saneantes e domissanitários;

- Líquidos reveladores e fixadores de filmes (centro de imagem);

- Efluentes de equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;

- Quaisquer resíduos do grupo D, com risco de estarem contaminados por agente químico.

Conduta: - Os resíduos do grupo B devem ser acondicionados em embalagens rígidas, com tampa rosqueada ou na própria embalagem de origem, devidamente identificadas com o símbolo de substância química e a identificação substância nelas contidas.

Grupo C: - Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radio nuclídeos e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista;

- São enquadrados neste grupo, todos os resíduos dos grupos A, B e D contaminados com radio nuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia.

Conduta: - Estes resíduos quando gerados, devem ser identificados com o símbolo internacional de substância radioativa e separados de acordo com a natureza física do material, do elemento radioativo presente e o tempo de decaimento necessário para atingir o limite de eliminação, de acordo com a NE 605 da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

Devido as suas características de periculosidade, é aconselhável que os resíduos sejam manejados por pessoal capacitado.

Conduta: - Os resíduos do grupo D não recicláveis e/ou orgânicos devem ser acondicionados nas lixeiras cinza devidamente identificadas, revestidas com sacos de lixo preto ou cinza.

- Os resíduos recicláveis devem ser acondicionados nas lixeiras coloridas, identificadas.

Grupo E:

São os materiais perfuro cortantes ou escarificantes:

- Objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar;

- Lâminas de barbear, agulhas, escalpes brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, tubos capilares, lancetas, ampolas de vidro, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas;

- Todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos, de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Conduta:

- Devem ser descartados separadamente em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento;

- Os perfuro cortantes, uma vez colocados em seus recipientes, não devem ser removidos por razão alguma;

- É importante observar o limite máximo permitido para o preenchimento de cada recipiente, para evitar acidentes;

- As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó conta atualmente com a seguinte capacidade instalada, segundo o Anexo I – Das Especificações

**Técnicas do Termo de Referência divulgado no Instrumento Convocatório no site da
SES/GO:**Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos
Dr. Geraldo Landó

Internação	Quantidade
UTI Adulto	10 leitos
Clínico Adulto	12 leitos
Clínico Pediátrico	04 leitos
Cirúrgico	20 Leitos
Obstetrícia	4 leitos
Leito dia*	02 leitos/poltronas
Box de estabilização	02 leitos
Box de observação	04 leitos
Salas de cirúrgicas	03
RPA	02

A gestão de resíduos de serviços de saúde, compreende diferentes ações, referentes à tomada de decisões que envolvem os aspectos administrativo, financeiro, social, ambiental e operacional e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de tais resíduos em todas suas etapas: geração, segregação, acondicionamento, transporte até a disposição final, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias compatíveis com a realidade local do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Além de um Plano para adequado procedimento quanto aos resíduos de serviços de saúde no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó,

conforme já descrito acima, é de extrema importância a definição de um FLUXO UNIDIRECIONAL, que é uma das partes integrantes dos demais processos relacionados à coleta e descarte de resíduos produzidos em uma unidade de saúde. Este e demais outros fluxos relacionados à coleta e descarte dos RSS estarão inseridos e serão parte integrante do Plano de Gerenciamento de RSS.

Merece destaque por essa proponente o Manejo de rejeitos líquidos hospitalares, sucintamente abordado acima. Na RDC 222//2018 há a seguinte previsão de destinação de tais rejeitos:

REJEITOS LÍQUIDOS	DESTINO
Sangue e secreções provenientes de cirurgias e aspirações	Rede de esgoto
Sobras de medicamentos	Devolvidos à farmácia
Desinfetantes e detergentes utilizados em desinfecção do ambiente	Rede de esgoto
Efluentes resultantes da lavagem e degermação das mãos com antissépticos	Rede de esgoto
Efluentes resultantes da lavagem de roupas com adição de produtos químicos	Rede de esgoto
Ácido Peracético	Rede de esgoto, produto biodegradável
Revelador e fixador de raios X	Recolhimento por empresa especializada
Óleo provenientes de preparo de alimentos	Recolhimento por empresa especializada
Óleo diesel – resíduos do gerador	Recolhimento por empresa especializada

O esgoto sanitário é tratado pela estação de tratamento local. Os resíduos líquidos gerados diariamente pelas unidades de saúde serão constituídas basicamente de água e de resíduos transportados (fezes, urina, desinfetante, detergente, gorduras, partículas de alimentos entre outros componentes utilizados nas atividades cotidianas), e apresenta as mesmas características dos efluentes sanitários urbanos.

O revelador e fixador de raios – X não serão produzidos já que o equipamento da unidade se trata de um equipamento que produz imagens digitais.

O óleo utilizado na cozinha deverá ser acondicionado em embalagem plástica rígida, resistente à ruptura, lacrado com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre palestes, na baía de químicos no abrigo de resíduos das unidades.

Um dos desafios da Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é de encontrar uma empresa (na observância de todos os princípios e regras da Administração Pública) que colete esse tipo de resíduo para reciclagem.

No caso do gerador, o óleo diesel descartado que foi utilizado no gerador, deverá ser acondicionado em embalagens plásticas rígidas, que seja resistentes à ruptura, lacradas com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre palets, na baía de químicos nos abrigos de resíduos das unidades e sendo entregue a empresa especializada que realizará a destinação final do resíduo.

É necessário o uso do E.P.I (equipamentos de Proteção Individual) durante todo o manejo e manuseio de qualquer produto químico (óculos com proteção lateral, máscara facial e luvas).

**RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE CLASSIFICADOS CONFORME SETORES DO
HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

Tendo em vista, tratar-se de uma unidade térrea, a separação dos tipos de resíduos pelo IBGC se deu com relação ao setores.

SETOR	TIPO DE RESÍDUO
Ambulatório	A, D e E
SADT e Laboratório	A, B, D e E
Pronto Socorro	A, D e E
Enfermarias	A, D e E
Centro Cirúrgico	A, D e E
UTI	A, B, D e E
Obstetrícia/Ginecologia	A,B,D e E
Auditório/sala de reunião	D
Administrativo	D
Vestiário	D
Almoxarifado	B e D
Farmácia	B, D e E
Nutrição	B e D
Lavanderia	A, B e D
Abrigo de Resíduos	A, B, C, D e E
Caldeira	A, B e D
Subestação/geradores	B e D
Lavagem de ambulâncias	B e D
Gases Medicinais	B e D
Central de Gás GLP	D

ROTA DE COLETAS DE HORÁRIOS PRÉ – ESTABELECIDOS:

As coletas dos resíduos das salas de condicionamento interno temporários para o abrigo externo deverão ser de acordo com os horários pré-estabelecidos e conforme a necessidade das unidades, porém deverão sempre respeitar o fluxo de entrega dos seguintes setores Serviço de Nutrição Dietética (SND) e Central de Materiais Esterelizados (CME). Caso

ocorra alguma eventual situação de encontro nos corredores, a equipe de retirada dos resíduos e CME deverá sempre priorizar aos demais serviços.

Durante a gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, o IBGC buscará certificações que tem como referência o manejo de resíduos de serviços de saúde, tais como: Global Reporting Initiative – GPR; Inventário de emissões atmosféricas nacional (GHG protocol); Sou Resíduo Zero; Evento Neutro Carbono, entre outras.

O Fluxo Unidirecional de coleta interna de resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, é descrito abaixo:

AMBULATÓRIO:

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no Ambulatório.

É necessário primeiramente que a coleta se inicie na lixeiras do ambulatório e transporta-los até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, de três a quatro vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO AMBULATÓRIO



SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO E LABORATÓRIO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no SADT e Laboratório.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

**FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO
LABORATÓRIO E SADT**



PRONTO SOCORRO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no Pronto Socorro.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras do Pronto Socorro e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO PRONTO SOCORRO



INTERNAÇÃO E ENFERMARIA

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta na enfermaria e internações.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se

dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DA INTERNAÇÃO E ENFERMARIA



CENTRO CIRÚRGICO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta do centro cirúrgico.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

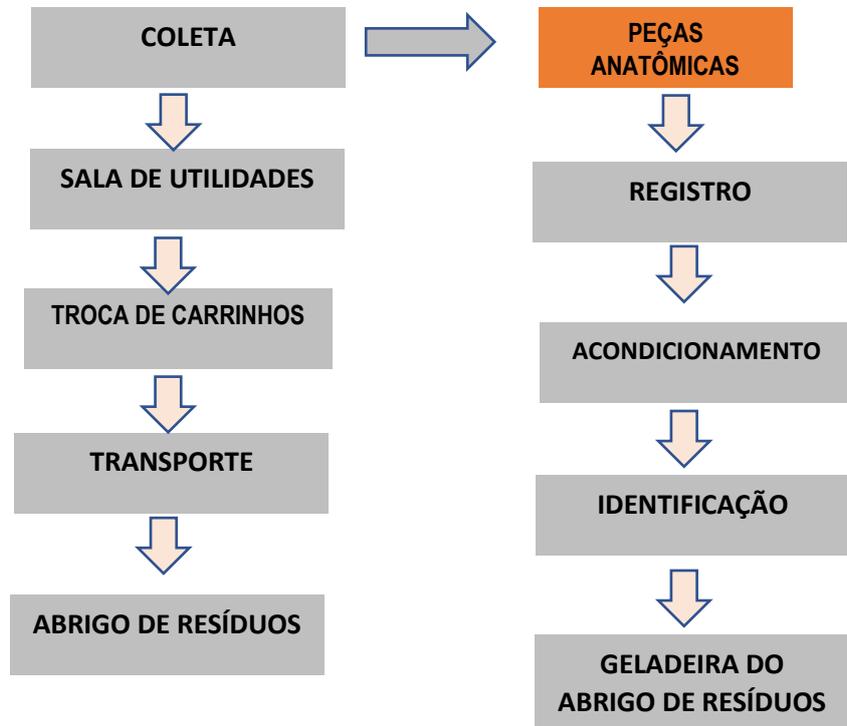
Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Quando for o caso de cirurgias que acarrete na geração de peças anatômicas, deve-se observar o fluxo do Subgrupo FA3.

- **Subgrupo FA3:** Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares.

As peças anatômicas deverão ser registradas em formulário próprio, com embalagem de saco vermelho para resíduos infectantes, acrescido da identificação “peças anatômicas” e encaminha para armazenamento na geladeira que estará localizada no abrigo externo de resíduos.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO CENTRO**CIRÚRGICO****UTI ADULTO**

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta na UTI adulto.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DA UTI ADULTO**SETOR DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

Esse setor sem dúvidas é o maior gerador de resíduos sólidos da unidade, para tal, os resíduos comuns (GRUPO D) gerados no setor de Alimentação e Nutrição seguirão o mesmo fluxo descrito da coleta interna até a sala de utilidades, no entanto, ao invés de seguir para o abrigo de resíduos, os resíduos comuns (GRUPO D) serão dispensados em um compactador de resíduos orgânicos, que será disposto na parte externa do setor de Alimentação e Nutrição, passando por um processo de compactação, reduzindo seu volume até a coleta externa e destinação final.

**FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO SETOR DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO****LAVANDERIA**

Segundo Nilson (1998) deve sempre haver preocupação com a questão ambiental na execução, planejamento, no controle e alocação de recursos visando alcançar metas ambientais. Por exemplo: os gerenciamentos de resíduos e gestão de qualidade exigem decisões em diferentes níveis no setor administrativo, “realizadas com o objetivo de obter efeitos positivos sobre os problemas causados pelas ações humanas, quer evitando que eles surjam” (BARBIERI, 2004, p.20).

A fiscalização e a inspeção interna remetem a estratégias de gerenciamento que ajudam na prevenção e no controle dos tratamentos prévios dos resíduos hospitalares. A implantação de medidas de responsabilidades ambientais, sobretudo na lavanderia é acionada por razões internas e externas de instituições, entre elas estão: os custos, inovação tecnológica, otimização no processo, mudança de cultura voltada à preocupação ecológica e a prevenção de acidentes ecológicos.

Lavanderias hospitalares tem sido alvo de políticas fiscalizadoras mais frequentes dos órgãos governamentais. Assim, a propositura e implantação de uma gestão ambiental, em curto prazo, é uma ação estratégica dentro do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, para cumprir as legislações pertinentes.

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta na lavanderia.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na área de trabalho da lavanderia e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

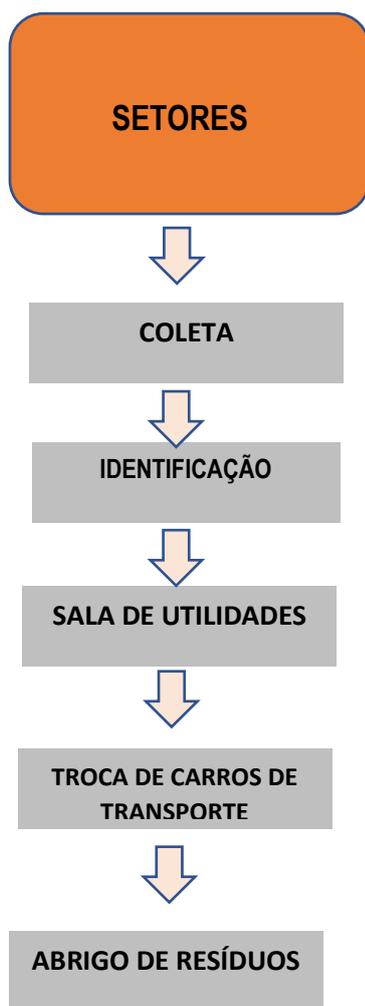
Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO SETOR DE LAVANDERIA



**FLUXO GERAL DE COLETA DE RESÍDUOS INTERNAMENTE NO HOSPITAL ESTADUAL
DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

- Internamente, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, os resíduos serão coletados na sala de utilidades de cada setor, pelos colaboradores responsáveis pela higienização e serão encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carrinho para transporte interno, carrinho esse exclusivo para transporte de resíduos de serviços de saúde, e que deverá conter identificação com o símbolo específico equivalente ao risco do material nele colocado.
- Deixa-se o setor gerador, nos horários e frequências, previamente estabelecidas, e evita-se o cruzamento com horários de outras atividades tais como: distribuição de refeições e de roupas limpas e recolhimento de roupas sujas.
- os carros de transporte seguem até o depósito externo.



**FLUXO GERAL DE COLETA DE RESÍDUOS EXTERNAMENTE NO HOSPITAL ESTADUAL
DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

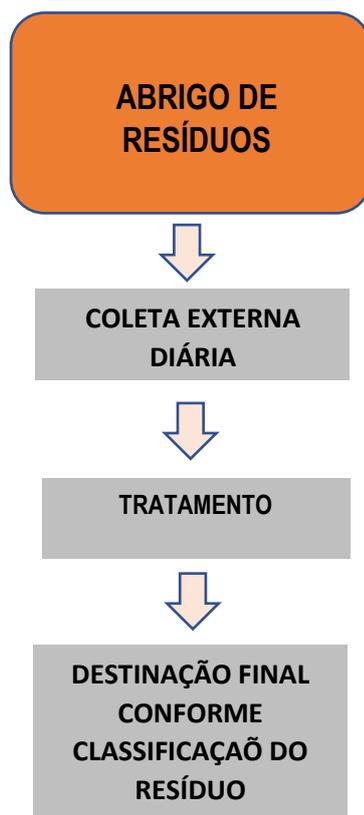
Coleta externa de resíduos de serviços de saúde é aquela realizada de maneira à retirar do abrigo externo de resíduos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e removê-los até a sua destinação final.

Imprescindível que seja utilizado de técnicas que busquem preservar os colaboradores, a população e o meio ambiente em seus aspectos físicos, observando-se sempre as normas, regulamentações e orientações gerais dos órgãos de limpeza.

No que se refere aos resíduos dos grupos A, B, D e E do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, uma empresa terceirizada (contratada em observância aos aspectos legais e principilógicos da Administração Pública), deverá realizar diariamente a sua coleta.

A Resolução nº 237/1997 do CONAMA regulamenta o licenciamento ambiental, a fiscalização e controle pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente dos sistemas de tratamento externo dos resíduos de serviços de saúde.

A incineração térmica é um processo de tratamento térmico a uma temperatura que varia de 800 a 1200°C, reduzindo o peso e volume através da combustão controlada. As cinzas geradas nesse processo são encaminhadas para Aterros Licenciado Classe I e poderá ocorrer quando for o caso.



Horários de Execução dos Serviços:

Para a execução dos serviços de limpeza, serão observadas a localização, classificação, frequência e horários de limpeza;

- Nas áreas assistenciais, o horário de execução dos serviços será estabelecido de forma a atender as necessidades e especificidades da unidade;

- Oportunamente, antes do início das atividades Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, as escalas de serviço serão apresentadas e discutidas com o pessoal da assistência e em especial a CCIH.

2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.1 Implantação de Logística de Suprimentos

A literatura sobre o tema, evidencia que a prestação de serviços hospitalares possui diferenças fundamentais com relação a outros tipos de atividades, principalmente no que tange à sua complexidade.

Por se tratar de serviços em que o fim principal é a preservação da vida humana, deseja-se uma garantia de qualidade que expresse eficiência nos mais variados tipos de demandas, considerando-se sempre os recursos disponíveis e a valiosa função social que o hospital representa.

A estrutura organizacional complexa, a natureza dos serviços prestados e a crescente necessidade contenção de custos, contribuem para a dificuldade no gerenciamento dos hospitais (HAMES, 1996 apud DE BORBA & RODRIGUES, 1998).

Os serviços hospitalares podem ser definidos como um conjunto de processos voltados para o restabelecimento e manutenção da saúde de pessoas enfermas. Analogamente a outras processos produtivos, as atividades de apoio representam parte considerável do custo global de um hospital.

Devido a isto, a racionalização de recursos e otimização da eficiência da logística de suprimentos de um hospital é altamente relevante, principalmente no contexto brasileiro, onde o Sistema Único de Saúde se mostra cada dia tendo que desempenhar mais prestações de serviços, para um número maior de pessoas e com recursos finitos, escassos e que devem sempre ser utilizados de forma a observar os princípios e legislações da Administração Pública, sobretudo economicidade, eficiência, razoabilidade, legalidade e proporcionalidade,

Graças ao dever de observância a estes princípios, aliados a um monitoramento e fiscalização cada vez mais eficientes, tem-se gerado uma demanda crescente por serviços de qualidade, aliados a custos mais baixos.

Este fato tem forçado o setor de saúde a procurar por novas técnicas e metodologias, que possam minimizar as complexidades inerentes à gestão hospitalar (JACOBI, 1996).

DE VRIES et al.(1999), enfatiza que o uso das técnicas tradicionais de planejamento, programação e controle de produção, com vistas à eficiência logística de um hospital, não se adaptam completamente ao contexto hospitalar, caso não sejam levadas em consideração algumas perspectivas e características fundamentais, particulares aos hospitais, que os diferenciam das manufaturas em geral.

A abordagem do controle de produção nas manufaturas é focada em bons controles de fluxos. **Nos hospitais o foco principal de suas atividades é o fluxo de pacientes, nem sempre bem definido e previsível, enquanto que a preocupação com o fluxo de materiais é secundária.**

Nos sistemas hospitalares não há uma estrutura de comando simplificada, mas sim uma estrutura delicada de balanço de poder entre diferentes grupos(diretores, gerentes médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, técnicos, etc).

Por conta disso, não há um consenso geral dos alvos a serem alcançados para melhorar a performance da produção. Basicamente quem puxa a produção hospitalar (os profissionais de saúde através das requisições de serviços), também é responsável pela sua entrega.

Os cuidados hospitalares não são commodities que podem ser armazenadas. Os hospitais são organizações orientadas a recursos.

Logística de Suprimentos

A logística se preocupa com: o suporte à produção, através da disponibilização de matérias-primas no lugar e momento necessários; à distribuição dos produtos acabados aos pontos de venda, que geralmente estão mais próximos aos clientes; e à integração de todas estas atividades, com vistas à redução de custos e melhoria da eficiência, através de uma aproximação com os fornecedores e clientes.

Em particular a atividade de suporte à produção, também conhecida por administração de materiais, que consiste da aquisição, estocagem, armazenagem e distribuição interna de materiais, é o alvo da logística de suprimentos.

Compras

Também conhecido como aquisição, é o processo da logística de suprimentos que é responsável pela compra dos suprimentos necessários à produção, ou à prestação de serviço.

O processo de compras leva em consideração aspectos diversos como relacionamento com fornecedores, negociação de preços, prazos de entregas e planejamento de compras programadas com vistas à redução de custos (DIAS, 1995, p237-238).

A eficiência financeira do processo de compras possui uma dependência direta com as atividades do estoque. Isto porque as compras programadas e a determinação de lotes são influenciadas pelas informações de demanda e estoques de segurança, que são originadas no setor de estoque (BALLOU, 1993, p251).

Estoque

O estoque tem duas principais características: funciona como um amortecedor que garante as oscilações entre produção e demanda, no que tange à sua função de armazenagem de produtos acabados – para os casos das manufaturas e pontos de vendas –, e garantir o suprimento dos materiais necessários à produção ou prestação de serviços (DIAS, 1995, p19).

Para o suprimento dos materiais necessários à produção, ou à prestação de serviços, o estoque deve planejar e controlar a quantidade necessária de materiais armazenados a fim de garantir suas disponibilidades nos momentos em que a produção, ou serviço, necessitar (BALLOU, 1993, p.237).

Para auxiliar o planejamento e controle de estoque, várias técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos (BALLOU, 1993).

Estas técnicas originaram-se inicialmente na engenharia da produção e se estenderam a outros tipos de atividades, inclusive na área de serviços. Trata-se basicamente de técnicas matemáticas e estatísticas, auxiliadas por métodos de pesquisa operacional, e que garantem a disponibilidade dos materiais levando em consideração o custo de armazenagem, os tempos de ressuprimento e o impacto causado pela falta de materiais no momento em que são necessários (BALLOU, 1993).

O just-in-case preocupa-se principalmente em determinar um estoque mínimo de segurança, que é responsável em garantir a disponibilidade de materiais no tempo necessário para que o processo de compra e entrega dos fornecedores ocorra.

O just-in-time é fundamentado na premissa em que material em estoque é sinônimo de recurso financeiro ocioso. A sua preocupação principal é prover o ressuprimento automático dos materiais exatamente no momento em que eles forem necessários. Isto requer, por conseguinte, uma aproximação maior com os fornecedores e um processo de compra mais agilizado.

Para o caso da gestão hospitalar, o estoque deve garantir a disponibilidade de medicamentos e materiais no momento e lugar necessários

. Particularmente neste aspecto o controle efetivo e eficiente de estoque possui importâncias fundamentais que, de certo modo, nas manufaturas ou lojas de varejo têm importâncias diferenciadas.

Em determinados casos a falta de medicamentos e/ou materiais pode significar o insucesso de uma intervenção médica, com consequências diretas à saúde e/ou sobrevivência dos pacientes, comprometendo assim diretamente a atividade fim de um hospital.

Segundo DANIEL (1997) é possível, em determinados casos, mesclar as duas filosofias de gestão, o just-in-case e o just-in-time, de forma a racionalizar os controles da gestão de estoques em um hospital.

Distribuição Interna

O processo de distribuição interna se refere à movimentação de materiais entre os estoques e os pontos de produção, ou prestação de serviço. Existem várias técnicas para determinar as melhores formas de distribuição, considerando roteamento da movimentação e racionalização de recursos (BALLOU, 1993).

Em hospitais a logística de distribuição deve garantir a entrega dos materiais no momento e local necessários. Porém geralmente o fluxo da distribuição não é bem definido e nem sempre é possível prever com segurança todos os materiais necessários a algum procedimento médico. Esta falta de determinação da distribuição acarreta em algumas dificuldades de planejamento e controle que não são tão sensíveis em manufaturas normais (DANIEL, 1997).

Custos logísticos

O gerenciamento logístico é voltado ao fluxo de produtos, materiais e serviços, com o objetivo de integrar e racionalizar recursos ao longo do trajeto que se estende desde os fornecedores até os clientes finais.

Por conta disso, a avaliação dos custos e do desempenho deste fluxo é altamente desejável. Logo, uma abordagem integrada da logística e um eficiente gerenciamento da distribuição têm como um dos principais elementos a serem considerados os custos logísticos (CHRISTOPHER, 1997).

Os métodos tradicionais de cálculos de custos não se aplicam adequadamente às complexas atividades dos fluxos logísticos (NOVAES, 2001; CHRISTOPHER, 1997).

Por conta disso, algumas metodologias de cálculos de custos foram desenvolvidas e aprimoradas para dar suporte a cálculos de custos logísticos, entre elas o método de custeio ABC (activity based costing).

Segundo CHRISTOPHER (1997): “A chave do custeio baseado na atividade é a procura dos ‘geradores de custos’ através do fluxo logístico, porque eles consomem recursos”. Um dos objetivos do método ABC é destacar de forma mais aprofundada as composições dos custos da empresa e da cadeia de suprimento (NOVAES, 2001).

Diferentemente da visão tradicional da contabilidade de custos, que adota a abordagem conta/centro de custos, a visão do método ABC é voltada a processos/atividades.

Assim o método ABC busca principalmente as relações entre os recursos utilizados nas diversas atividades da empresa. Para isto o método identifica três elementos básicos envolvidos na composição do custo: a atividade, o evento e a transação. Segundo NOVAES (2001): “Toda atividade é originada de um evento que, por sua vez, gera uma transação, levando finalmente à realização da primeira.”

Sistemas de Informações Logísticas

Define-se Sistemas de Informações Logísticas como sendo subsistemas dos sistemas de informações gerenciais, ou dos sistemas integrados de gestão, que providenciam

todas as informações necessárias para a atividade logística de uma organização (BALLOU, 1993, P279; FLEURY et al., 2000, p287-288).

A logística por si mesma possui vários elementos informacionais em sua estrutura, configurando desta forma um fluxo de informações extenso (FLEURY et al., 2000, p.286). Neste fluxo a análise do histórico das transações e elementos da logística, aliados a técnicas estruturadas, permite a determinação de características importantes de controles, como a definição de estoques, por exemplo.

É fato atualmente que uma cadeia produtiva integrada é uma das chaves para a diferenciação competitiva, neste âmbito os sistemas de informações logísticas provêm alguns dos suportes necessários para o controle tático e operacional da cadeia.

Basicamente um sistema de informações logísticas, aliado ao sistema de informações gerenciais, é fundamental para a definição e operacionalização dos modernos conceitos de SCM – Supply Chain Management (FLEURY et al., 2000, p295).

Sistema de Gestão Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

A operacionalização da logística de suprimentos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será realizada em sua totalidade de maneira informatizada através de um Sistema de Gestão Hospitalar, onde será possível, em tempo real, acompanhar e controlar, o consumo por unidade e quais os pontos de ressuprimento de estoque necessários.

Esse setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques existentes no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó de modo a garantir a disponibilização de todos os materiais, insumos e medicamentos necessários para a execução das respectivas atividades.

- Padronização e categorização de produtos, garantindo a racionalização dos recursos e redução das compras;
- Redução de perdas;
- Otimização dos recursos humanos;
- Redução de saldo imobilizado em inventário;

- Maior segurança do paciente;
- Maior agilidade no abastecimento e conseqüentemente redução de sub estoques.

Todos os itens acima, são necessários para garantir uma cadeia de abastecimento eficiente do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

DEFINIÇÕES E MÉTODOS DE CONTROLE:

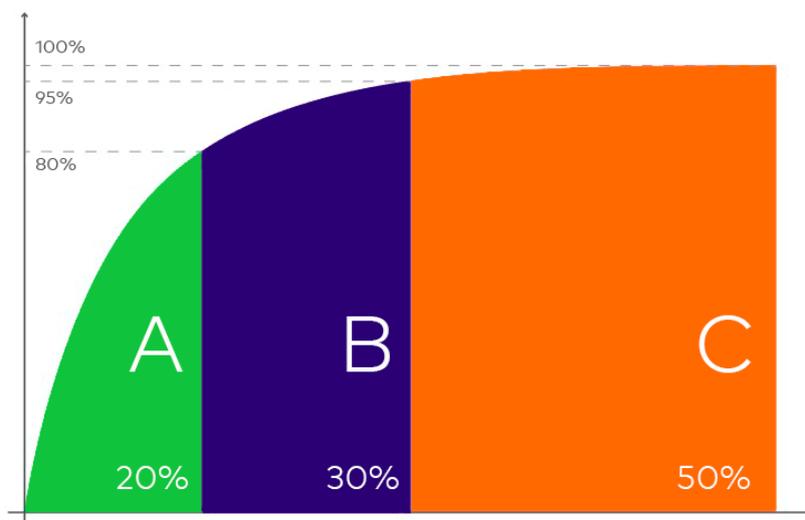
a) Curva ABC:

Na logística é empregada no controle de estoque para classificar e identificar a quantidade dos produtos e quais deles mais contribuem no faturamento ou que têm maior fluxo de movimentação.

Alguns produtos são mais importantes que outros e, por isso, precisam de maior atenção. Pode ser feita a separação dos itens no estoque seguindo algum critério, como: giro do produto, proporção sobre o faturamento, margem de lucro, custo do estoque ou outro parâmetro escolhido.

O termo ABC consiste em classificar os itens em 3 faixas:

- **Classe A:** 20% dos itens representam 80% do valor do estoque;
- **Classe B:** 30% dos itens representam 15% do valor do estoque;
- **Classe C:** 50% dos itens representam 5% do valor do estoque.



Agora basta identificar que: a **CLASSE A** é o grupo de itens mais importantes a serem trabalhados e administrados. Afinal, são as mercadorias de maior atenção pela alta porcentagem que representam no total do valor do estoque.

A **CLASSE B** é o grupo intermediário que possui boa margem de contribuição e precisa de uma gestão moderada.

A **CLASSE C** é o grupo de itens menos importantes em termos de movimentação, no entanto, requer atenção pelo fato de gerar custo para manter no estoque.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são

- 1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;
- 2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;
- 3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;

Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;

R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência;

d) Curva de análise XYZ

A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009)

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

- **X:** grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;
- **Y:** grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;
- **Z:** trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

- Auxilia no processo de tomada de decisão;
- Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;
- Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:

- Sofre influência de quem irá realizá-la;
- Necessita de avaliação criteriosa;
- Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
- Dificil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;
- Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização

e) PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in, First out.

Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo.

É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída.

As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros à serem comercializados, assim como o valor em que será vendido se baseará no seu preço de compra.

No lote seguinte se segue o mesmo padrão, colocando como padrão para precificação o preço de custo ou de aquisição do mesmo.

Esse método de contabilidade de custos, além de auxiliar com o giro de estoque, faz com que, ao se basear no preço de compra mais antigo, se mantenha o lucro real do produto.

Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

f) Custo médio ponderado

Também conhecido como preço médio ponderado, é o valor de cada item do estoque quando o total financeiro é dividido pelo número de mercadorias armazenadas.

Este método de avaliação de estoque é utilizado como uma ferramenta para administrar corretamente o estoque da empresa.

A fórmula do custo médio ponderado é:

$$\text{CMP} = \text{Valor total do estoque} / \text{Número de itens comprados e armazenados.}$$

g) Lead time em logística

É o tempo de espera, ou seja, o período para conduzir todo o ciclo de produção, desde o pedido até a entrega efetiva. Em outras palavras, é o tempo de provisionamento, o período entre o início de uma atividade e o seu término. A definição mais convencional para **lead time em logística**, no tocante ao Supply Chain Management, diz que é o tempo entre o momento do pedido do cliente até a entrega do produto.

Trata-se de um indicador importante para o crescimento e é óbvio que, quanto menor o **lead time em logística**, melhor.

Entre o que será mensurado, destacam-se o processamento dos pedidos, a resposta do fornecedor, o caminho dos insumos, os inventários, as linhas de montagem e produção, o trânsito.

No centro de distribuição o pedido passa por processamento e montagem; depois, para o transporte até a entrega ao cliente final. De qualquer forma, cada etapa entre o pedido recebido e a entrega leva tempo. O **lead time em logística** ajuda a estudar esse período e colabora nos ajustes para reduzir a espera.

Vale ressaltar os conceitos:

- **Lead time de compra:** tempo de espera decorrido entre o pedido de compra a um determinado fornecedor e a entrega do produto à fábrica;
- **Lead time de produção:** tempo de espera entre o primeiro pedido de compra e a finalização da fabricação do produto;
- **Lead time de preparação e entrega:** tempo desde o picking até a entrega ao cliente final.

Para que tudo dê certo, é necessário identificar as tarefas que consomem mais tempo e que poderiam ser melhoradas. Além disso, é preciso buscar formas de intervir na execução dos processos e implementar alternativas, como os sistemas de gestão integrada, para automatizar o trabalho da área de logística, por exemplo. Softwares de logística geram relatórios, compilam informações em tempo real e, dessa maneira, auxiliam executivos na comparação de dados e na tomada de decisão estratégica.

h) Inventário de estoque

É uma listagem completa de todos os produtos armazenados no estoque de uma unidade. Esse inventário identifica, classifica e determina o valor de cada produto.

O inventário de estoque serve para certificar que o seu controle de estoque está de fato correto. Ou seja, se aquela entidade realmente possui o estoque que acredita possuir.

Dessa forma, caso a unidade tenha comprado produtos e materiais em excesso ou caso tenham ocorrido extravios e perdas do estoque, o inventário verifica as informações e permite que sua equipe aja de forma eficaz para solucionar o problema.

i) Combinando critérios para uma análise mais sofisticada

A curva ABC é bastante utilizada, especialmente em combinação com a curva XYZ. Isso porque limitar-se a apenas um desses critérios gera previsões limitadas que, ao invés de auxiliar na gestão, acabam por dificultar na obtenção de resultados assertivos.

A combinação entre duas ou mais curvas de análise facilita a gestão de estoque e torna seu controle muito mais preciso, pois forma uma quantidade maior de segmentação de materiais.

Dessa forma, o plano de aquisição passa a considerar as diversas circunstâncias às quais um negócio está sujeito, **especialmente as instituições do setor da saúde**, que lidam diretamente com o bem-estar de seus clientes.

A falta de diversidade nos critérios trata com simplicidade **rotinas complexas e de demandas variadas** como se fossem de fácil compreensão e controle, o que não é verdade.

Entretanto, é preciso tomar cuidado para que não se faça uso de uma quantidade excessiva de classificações. Categorias em excesso dificultam a realização de uma análise eficiente, ou seja, o controle pretendido inicialmente é prejudicado e se torna ineficaz.

Por isso, é preferível que, ao escolher entre as curvas XYZ, ABC, PQR e 123, se reflita sobre quais dessas classificações apresentam maior relevância dentro de uma organização.

Além disso, é importante considerar também a automação desse processo, uma vez que, ainda que as tornem mais sofisticadas, a combinação de curvas faz dos cálculos e sua decorrente análise mais trabalhosas e facilmente desatualizadas.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras deve ocorrer após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de novos insumos decorrentes do aumento ou de novas de demanda, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com a aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques;

Compra de emergência: insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

Compra de itens não padrão: insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. São produtos que não se mantem em estoque.

Cadastramento da relação de medicamentos e materiais padronizados

O cadastramento dos medicamentos e materiais no sistema de gestão hospitalar obedecerá a relação previamente entregue (apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares).

Levantamento inicial do quantitativo de medicamento e materiais necessários o funcionamento da Unidade será realizada com apoio das áreas técnicas de cada setor, obtendo como apoio o histórico de consumo médio do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Além disso a Comissão de Padronização de Medicamentos é responsável por selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

Já os materiais e equipamentos ficarão à cargo da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos que procederá por avaliar materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões, segundo critérios de eficácia, eficiência, clínica e custo.

Aquisição de insumos:

A aquisição de insumos e materiais será conduzida pelo setor de compras, que atenderá ao previsto no regulamento próprio de compras e contratações e será iniciado através da elaboração de Instruções e Elemento Técnico, onde contemplará: o objeto da contratação/aquisição, as justificativas para aquisição, a descrição técnica, o quantitativo, prazo de entrega, entre outras vertentes.

O processo de aquisição, ao final, será formalizado em um contrato, junto ao fornecedor que sagrar-se vencedor no processo.

Solicitação do Fornecedor:

A solicitação dos materiais e insumos será realizada através da Autorização de Fornecimento, informando a descrição do item, quantitativo, prazo de entrega, entre outras informações.

Recebimento externo:

O recebimento será realizado pelo setor de Almoxarifado, por profissional qualificado, onde deverá realizar o recebimento dos produtos, em posse da Autorização de Fornecimento original, preenchendo um Checklist de Recebimento e atestando o recebimento ao final.

Entrada do produto no estoque

A entrada do produto no estoque será após o recebimento e conferência dos produtos recebidos. Caso seja necessário a devolução de parte dos produtos, é na entrada do produto que será também executada a operação de devolução.

Nessa etapa é lançada as informações do produto para rastreabilidade, como lote, validade, valor, etc.

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específico conforme orientação do fabricante e das legislações específica, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão, produtos, etc.

Atendimento aos setores

Os pedidos de materiais e insumos deverão ser realizados através da requisição pelo Sistema de Gestão Hospitalar por cada setor, onde serão distribuídos conforme os lotes com validade mais próxima do vencimento.

Ressuprimento do estoque

Com a informação do consumo dos materiais e insumos no sistema de gerenciamento de estoque em tempo real, juntamente com os alertas da duração do estoque de cada item, será possível recalculer o consumo real do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó no período, adequando os novos pedidos conforme o prazo de entrega máximo estipulado no Elemento Técnico.

APROVAÇÃO

As aprovações se dão de acordo com o valor da aquisição:

MAT/MED	CUSTO (R\$)	SOLICITAÇÃO			
		Coordenador ou responsável pelo setor solicitante	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras
Padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
Não padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES/PARCEIROS/ABASTECEDORES

O IBGC providenciará na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é um sistema de cadastro de fornecedores que se baseará nos padrões de qualidade, visando sempre garantir aquisição de insumos e serviços de padrão elevado.

O método adotado para o procedimento de cadastro de fornecedores será uma avaliação de todos aqueles que desejem participar de processos de cotação na unidade.

Cabe o destaque, quando da realização do cadastro, que o mero cadastramento do fornecedor, não será capaz de lhe assegurar a efetivação de nenhuma compra, uma vez que as mesmas só ocorrerão a partir dos processos de cotação e de avaliação.

É condicionante para participação dos processos de compra na unidade, o cadastramento prévio que visará verificar a capacidade de fornecimento dos produtos.

É direito do IBGC na sua gestão, selecionar e classificar de maneira livre seus fornecedores, dentro dos critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo departamento de compras e comissões envolvidas.

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa, procederá com a solicitação da documentação ao fornecedor. São documentos a serem requisitados;

- Ficha Cadastral fornecida pelo Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

- Contrato Social da empresa e suas últimas alterações (apresentação de certidão narrativa, comprovando ser o último);

- Cópia do cartão do CNPJ.

Tratam-se estes de documentos obrigatórios e simples para uma eventual contratação. A depender da atividade (medicamentos, nutrição enteral, materiais de OPME (órgãos, próteses, materiais especiais), materiais médicos hospitalares, saneantes, químicos e laboratório), gêneros alimentícios poderão ser requisitados mais documentações, tais como:

- Autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis ao tipo de produto.
- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

A depender do fornecedor/produto, poderá ser requerida documentações complementares como:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação;

- Cópia da inscrição estadual;
- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – Certidão Negativa de Débitos;
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- PMCSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Deverá ser preenchido o check list pelo setor de compras, para cadastro de fornecedor, para que se possa garantir a entrega e a conferência de toda documentação necessária para o cadastro acima mencionado.

Em nenhuma hipótese será admitida a negociação com fornecedores antes da apresentação de toda a documentação necessária para o cadastro completo.

Nenhum produto poderá ser adquirido no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó sem que haja o competente registro pelos órgãos equivalentes ao produto/material/medicamento.

Sabido que alguns documentos não carecem de registro junto ao Ministério da Saúde, deverá ser fornecida a cópia do documento que isenta tal produto do registro.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS COMPRAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, procederá com a aquisição, que terá seu marco inicial à partir de uma solicitação pelo responsável pelo setor demandante.

Quando da solicitação, deverá se ter em conta o consumo do item, giro de estoque, análise do método escolhido para controle (curva ABC, curva 123, curva PQR...).

Com o fito de se garantir a segurança da operacionalização na unidade, deve sempre nortear o processo de compra, a necessidade de manutenção de estoque de segurança.

Por diferentes modalidades, poderá se dar o pedido de compra junto ao fornecedor (skype, fax, e-mail, whatsapp, telefone), sendo sempre observada a necessidade da entrega e o meio mais célere ao atendimento do pedido.

Poderão ocorrer situações em que o produto requisitado não se encontre disponível. Nesse caso o fornecedor comunicará o setor de compras e esse comunicará o setor demandante, para que se possa verificar a possibilidade uma nova programação de entrega ou substituição por item equivalente ao solicitado.

A eficiência da comunicação interna do setor encarregado de aquisições com os demais setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é fundamental. Cabe a ele informar qualquer tipo de episódio, referente às compras inerentes àquele setor. O abastecimento do estoque, é, também, tarefa do setor de compras.

Há uma lista meramente exemplificativa de atribuições/responsabilidades mínimas à serem observadas pelo fornecedor:

- a) fornecer os insumos conforme os padrões exidos pelas NT's;
- b) responder as cotações dentro dos prazos estabelecidos pelo setor de compras;
- c) ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e prazos de entrega;
- d) cumprir a legislação pertinente ao processo de compra e venda;
- e) avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;
- f) responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos bens produzidos ou comercializados na sua empresa, até mesmo, por desvio de qualidade, qualquer que seja, que eventualmente seja identificado no ato do recebimento;

De outra lado, é responsabilidade do IBGC enquanto ocupa o papel de comprador da unidade de saúde Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

- a) Se guiar pelo princípio da transparência máxima nos seus processos de compra;
- b) guardar observância aos horários definidos para atendimento à representantes e/ou fornecedores;

- c) proceder com o detalhamento devido aos itens à serem adquiridos;
- d) Realizar sempre a melhor compra (vantajosidade na aquisição e qualidade);
- e) Em nenhuma hipótese, utilizar-se do cargo em que está lotado, para obter qualquer tipo de vantagem, seja para o colaborador ou outrem, no processo de compra e contratação;
- f) Não receber qualquer tipo de presente, brinde, favores ou oferta que tenha a capacidade de influenciar as decisões de negócio.

PROCESSO DE COMPRA- REGULARIDADE- NOTA FISCAL

Para o adimplemento da obrigação assumida pelo IBGC na gestão do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó junto aos seus parceiros, e regularidade do processo de compra é de extrema importância que a emissão da nota fiscal dos insumos adquiridos pelo fornecedor ocorra obedecendo a alguns critérios. Tais como:

- Prazo de pagamento previamente combinado;
- Número da ordem de compra;
- Descrição dos insumos (informações de quantitativo, embalagens, preços unitários e preço na totalidade do que foi entregue);
- Lote e validade (quando se tratar de medicamentos);
- Endereço, CNPJ e inscrição estadual da instituição.

Se for detectada qualquer não conformidade na nota fiscal pelo Setor de Compras, o procedimento adotado deverá ser o de contato com o fornecedor para que o mesmo proceda com a regularização da mesma.

Importante também a observação de que não poderão ser aceitas notas fiscais emitidas com data anterior à ordem de compra.

**HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE
SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almoxarifado	Segunda a Sexta-feira	07 às 17 hs.

Apesar dos horários pré-estabelecidos no quadro acima, todas as entregas, deverão ser realizadas e previamente combinadas com o Setor de Compras, evitando por exemplo choque de horários entre fornecedores.

ATESTES E ANÁLISE DE RECEBIMENTO

Antes da entrega dos insumos, o responsável pelo recebimento deverá proceder com a avaliação de alguns itens, tais como: se a entrega ocorreu no prazo previamente acordado; se o entregador do insumo estava adequadamente vestido para o trabalho; se o veículo em que a mercadoria foi transportada estava em perfeito estado de conservação e com documentação regular; se foi observada consonância entre o disposto na ordem de compra e o efetivamente entregue; se as embalagens estão em perfeito estado ou contém algum tipo de violação, sujidade ou rasura; o prazo de validade do produto está adequado; à depender do produto entregue, a temperatura de armazenamento do mesmo estava adequada no momento da entrega; a nota fiscal está sem rasuras, sujidade e legível.

Atestada qualquer não conformidade, o colaborador responsável comunicará o Setor de Compras para providências para a devolução total o parcial dos itens.

VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

Com a finalidade de garantir qualidade dos produtos oferecidos ocorrerão em São Luís de Montes Belos e região visitas técnicas a fornecedores.

Tais visitas ocorrerão por equipe técnica especificamente designada para o tipo de produto e fornecedor que se almeja analisar.

Ao longo da visita técnica, algumas informações comprobatórias de cumprimento dos requisitos para ser fornecedor, deverão ser realizadas através de documentação exigida e observação em campo das práticas de atuação do fornecedor.

Os itens serão classificados em críticos e não críticos e a partir daí será determinado a frequência e tipo de análise a ser realizada pela equipe técnica.

Criticidade	Frequência de visitação	Identificação do fornecedor
Críticos	Visitas deverão ocorrer anualmente.	Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Não críticos	Visitas ocorrerão conforme deliberação do gestor de cada área.	Fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente
Semicríticos	Visitas ocorrerão a cada 18 meses	Fornecedor de produtos e/ou serviços que impactam de maneira indireta na assistência.

Recomenda-se que além da equipe técnica previamente designada para a visita, haja acompanhamento, quando o caso recomendar, de componente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, além de um componente do SESMT (Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho).

Quando, no curso da visita, forem identificadas não conformidades, deverá ser traçado plano de ação a ser apresentado a Diretoria Administrativa e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras.

É direito do fornecedor ser informado do resultado da análise in loco, além de orientações, se for o caso, conforme plano de ação, para adequações, sendo os prazos estipulados de comum acordo entre fornecedor e instituição.

PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias corridos, por meio de depósito bancário em conta corrente, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor responsável;

Sendo o pagamento realizado mediante depósito em conta corrente, o fornecedor não deverá fazer a emissão de boleto bancário, sob pena de haver cobrança indevida.

Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de nota fiscal devendo o contratado emitir uma nota fiscal específica para cada pedido/instrumento contratual e respectiva entrega efetuada.

Caso a nota fiscal ou fatura tenha sido emitida com inconsistências ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo para pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que esta for cumprida e não será devida atualização financeira.

Deverá conter o número de referência do instrumento contratual e da seleção de fornecedores.

Caso algum item constante na nota fiscal esteja não conforme, a instituição liberará a parte não sujeita à contestação, restando o restante do pagamento até que seja sanada a inconformidade.

ARMAZENAMENTO DE INSUMOS

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- verificação das condições de recebimento do material;
- identificação do material;
- guarda na localização adotada;
- informação da localização física de guarda ao controle;
- verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

No almoxarifado do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá ser observado o detalhamento a seguir:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com as superfícies (solo, teto, parede).
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pó), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados e OPME);
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS – o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Centralizar todo o controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e conseqüentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

Utiliza-se a contagem periódica de itens como uma forma de realizar os ajustes necessários no estoque físico e organização no sistema ao longo do tempo e minimizar eventuais inconformidades no decorrer dos meses

Tendo em vista a adoção da Curva ABC no que se refere ao inventário, deverá ser realizado mensalmente para os itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Em caso de se localizar inconsistências entre os dados registrados e as informações da contagem física dos materiais, é preciso avaliar e definir um plano de ação com a finalidade de redução destes erros.

CONTROLE

A finalidade de se controlar o estoque é manter uma vigilância constante de todos os processos, com o objetivo de detecção precoce de eventuais desvios padrões de ações esperadas, e proceder com sua correção de forma imediata, agindo pedagogicamente e não com adoção de penalidades. Indicadores:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de conferência quantitativa e qualitativa.

CHECK LIST PARA CADASTRAMENTO DE FORNECEDOR

Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó	CHECK LIST PARA CADASTRO DE FORNECEDORES	Data:
		Código:
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:	Entregue:	Não aplicável ao item:
Ficha cadastral da empresa	()	Obrigatória
Contrato Social com certidão narrativa	()	Obrigatória
Cartão do CNPJ	()	Obrigatória
Nutrição Enteral, Materiais de OPME, Medicamentos, Materiais médicos hospitalares, saneantes, laboratório e químicos		
Autorização de funcionamento pela ANVISA	()	()
Alvará sanitário de funcionamento (municipal)	()	()
Certificado de Responsabilidade Técnica do CRF ou outros	()	()
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manutenção	()	()
Gêneros alimentícios		
Licença de funcionamento exarado pela Prefeitura Municipal	()	()
Autorização do Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	()	()
Alvará sanitário municipal	()	()
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	()	()
Prestadores de Serviços		
Certidão Negativa de Falência e Concordata	()	()
Cópia da Inscrição Estadual	()	()
Certificado de Regularidade com FGTS	()	()
Certidão Negativa de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, e INSS.	()	()
Certificado de Regularidade com a Previdência Social/ INSS- CND	()	()
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	()	()
PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	()	()

() **Aprovado**

() **Reprovado**

Responsável: _____

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Razão Social:	
CNPJ:	Nº do Contrato

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
Nome completo:	
Cargo:	Setor:

Autorizo e informo que, a partir da presente data, começam a contar os prazos e condições de fornecimento acordadas.

Responsável pelo Setor de Compras/Diretoria Administrativa

Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó	CHECK LIST PARA RECEBIMENTO DE INSUMOS	Data:
		Código:
Item de Análise	Em conformidade:	Não aplicável ao item:
A entrega foi realizada no prazo determinado?	()	()
O entregador estava vestido de maneira adequada?	()	()
O veículo que transportou o item estava adequado? (conservação, limpeza e documentação)	()	()
A NF está com os dados corretos?	()	()
Existem não conformidades nas embalagens?	()	()
Existe lote e validade do produto em acordo com a NF e dentro do prazo para consumo?	()	()
As temperaturas estão adequados a necessidade do item?	()	()
Notas fiscais estão apresentadas em bom estado?	()	()

DATA: ___ / ___ / ___

Responsável pelo Setor

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Este Regimento Interno situa-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência médico-hospitalar e área administrativa.

O Regimento Interno do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional. O Regimento consta de capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

Os Capítulos abordam sobre o tema, detalhando as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações, Supervisões e Equipes de Trabalho que compõem o hospital.

Almeja-se que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento do hospital, com base neste Regimento Interno, possa produzir avanços significativos em direção à superação de dificuldades na Administração do hospital.

É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação de cada área de atuação, ao tempo em que se instrumentalize todos os responsáveis para o cumprimento deste Regimento, visando o reordenamento da gestão da atenção hospitalar

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Art. 1º O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é uma unidade assistencial hospitalar, que tem por objetivo a prestação de assistência a urgência/emergência geral, assistência médica em média e alta complexidade, de forma referenciada nos limites de sua capacidade instalada, em observância ao Termo de Referência, peça integrante do Contrato de Gestão pactuado, de forma humanizada, com qualidade, segurança e respeito ao paciente e colaboradores, conforme definições constantes dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com atuação nas seguintes áreas:

**Especialidades para porta de entrada no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos
Dr. Geraldo Landó:**

Cirurgia Geral

Clínica Médica

Ginecologia/Obstetrícia

Ortopedia e traumatologia

Pediatria

**Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual
de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:**

Cardiologia;

Cirurgia Geral;

Ginecologia;

Infectologia;

Pediatria;

Obstetrícia;

Ortopedia e Traumatologia;

Angiologia e Cirurgia Vascular.

CAPÍTULO II- DAS FINALIDADES:

Art. 2º O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó tem por finalidade
:

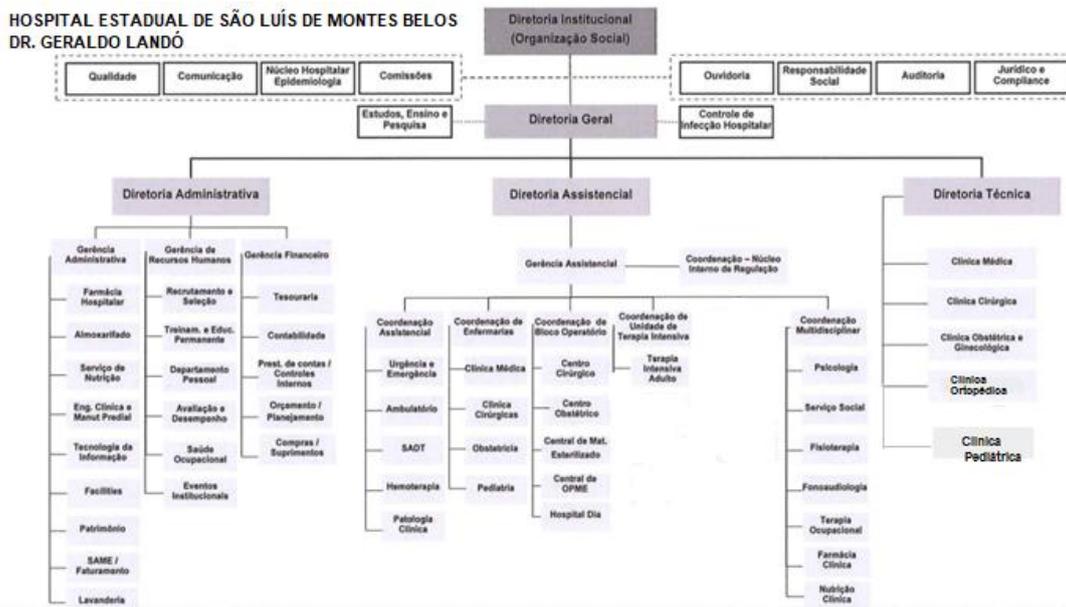
Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de
proteção e recuperação da saúde no âmbito das especialidades que lhe compete;

Prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência no âmbito das
especialidades que lhe compete;

Promover, prevenir e recuperar a saúde da população dentro da área de abrangência geográfica que lhe compete;

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3º – O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó tem a seguinte estrutura:



Parágrafo único: A Diretoria Geral é o órgão máximo na estrutura hierárquica e será assessorado pelos seguintes setores:

- Diretoria Administrativa;
- Diretoria Assistencial;
- Secretaria;
- Diretoria Técnica;
- Gerência de Recursos Humanos;
- Gerência Administrativa;
- Gerência Financeira;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;

- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Comitê de investigação do óbito materno e infantil;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);

DIRETORIA TÉCNICA

Art 4º: A Diretoria Técnica é subordinada a Diretoria Geral e será órgão representativo dos profissionais médicos na unidade. Será assessorada pelas seguintes coordenações:

- Coordenação de Clínica Médica;
- Coordenação de Clínica Cirúrgica;
- Coordenação de Urgência e Emergência;
- Coordenação do Centro Cirúrgico;
- Coordenação do SADT;
- Assessoria Jurídica;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos CIHDOTT;
- Comitê de Compliance;
- Comissões Temporárias.

DIRETORIA ASSISTENCIAL

Art. 5º A Diretoria Assistencial que será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a classe de enfermagem no hospital. Será assessorada pelas seguintes coordenações:

- Coordenação Assistencial;
- Coordenação de enfermagem das enfermarias;
- Coordenação de Bloco Cirúrgico Operatório;
- Coordenação de Unidade de Terapia Intensiva;
- Coordenação da Equipe Multidisciplinar.

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Art. 6º A Diretoria administrativa será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará os profissionais de apoio assistencial e logístico no hospital. Será assessorada pelas seguintes coordenações:

- Coordenação de Farmácia Hospitalar;
- Coordenação de Nutrição e Dietética;
- Coordenação de Tecnologia de Informação;
- Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Coordenação de Faturamento;
- Coordenação dos Serviços Gerais;
- Supervisão de Engenharia Clínica e Manutenção predial;
- Supervisão de Facilites;
- Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria;
- Supervisão do Patrimônio;
- Almojarifado.

Parágrafo único: Gerência Administrativa será subordinada à Diretoria Administrativa será o órgão que fará o elo de ligação entre as unidades de apoio e os profissionais de apoio assistencial e logístico no hospital. Será assessorado pelas coordenações já mencionadas.

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º A Diretoria Geral compete:

I. coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para o hospital;

II. coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria do Serviço de Pronto Socorro, Diretoria do Ambulatório Integrado e Gerência de Enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;

III. coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes, como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar,

Comissão Interna de Revisão Prontuários, Comissão de Serviço e Documentação Médica e Estatística, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Análise de Óbitos, Comissão de Suporte Nutricional Enteral e Parenteral, Comissão Serviço de Apropriação de Custos, Comissão Intra-hospitalar de Transplantes, Comissão de Residência Médica, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Comissão de Ética em Pesquisa; e Comissões Temporárias, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;

IV. coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através das Assessorias de Planejamento, Jurídica e Unidade de Controle Interno, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;

V. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Art. 8º A Secretaria compete:

I. prestar assistência à Diretoria Geral, participando de reuniões para elaboração de Atas e/ou Relatórios;

II. recepcionar as pessoas que procuram a Diretoria, esclarecendo-se sobre o assunto a tratar e encaminhá-las, se for o caso;

III. recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral;

IV. redigir, digitar, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral;

V. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado

Art. 8º Ao Compliance e Assessoria Jurídica compete:

I. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades voltadas para o Direito Público, em especial ao Direito Administrativo inerente a área hospitalar;

- II. prestar assessoria à Comissão Permanente de Compras e Licitações, através da emissão de pareceres a respeito da legislação aplicável;
- III. manifestar-se sobre procedimentos sindicantes, requerimentos administrativos, recursos e demais documentos que tenham teor jurídico;
- IV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 9º À Assessoria de Planejamento compete:

- I. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;
- II. após um estudo da realidade e exame de perspectiva, sugerir definição de metas e prioridades para o planejamento da política de ação do Hospital;
- III. analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais do Hospital e sugerir medidas para um adequado funcionamento;
- IV. elaborar planos, programas e projetos de trabalho do Hospital;
- V. avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;
- VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. articular-se com o órgão de planejamento da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES/GO), visando à integralidade das ações e serviços no âmbito do Estado;
- IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 10. A Unidade de Controle Interno compete:

- I. prestar assessoria ao Diretor Geral em assuntos relacionados com as atividades de controle interno;

II. elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;

III. antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes;

IV. realizar revisão de todos os processos administrativos de despesas com pessoal, de compras e serviços, seja na isenção ou por procedimento licitatório;

V. emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais do hospital;

VI. realizar auditorias periódicas, observando o estoque, a fim de garantir a obediência das normas e a lisura na contagem e no registro dos mesmos;

VII. avaliar periodicamente o sistema de controle interno do hospital, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 11. A Gerência Financeira compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades através da Tesouraria, Supervisão de Contabilidade e Setor de Faturamento;

- Executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

- Fazer registro diário dos serviços prestados pelo setor;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;
- Analisar, rotineiramente, os aspectos financeiros do Hospital com vistas a sugerir medidas para uma adequada gestão financeira;
- Avaliar e emitir relatório qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;
- Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência dos processos administrativos/financeiros das atividades hospitalares;
- Elaborar e manter atualizado, manual de rotinas e normas próprio.

Parágrafo único: As atividades da Assessoria Financeira serão disciplinadas de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 12 A Contabilidade compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Contabilidade;
- Fazer registro diário dos procedimentos e serviços contábeis prestados;
- Elaborar a proposta orçamentária do hospital;
- Emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação, mantendo atualizado seu controle;
- Elaborar os registros contábeis;
- Manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIC;
- Enviar a prestação de contas a Secretaria de Estado de Saúde;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Parágrafo único: As atividades da supervisão de contabilidade serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 13 A Tesouraria compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela supervisão da tesouraria;
- Proceder diariamente o registro dos pagamentos e recebimentos efetuados e a verificação de saldos existentes em caixa, emitindo boletim financeiro;
- Manter o controle das contas bancárias;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 14 Ao Faturamento compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Faturamento;
- Fazer registro diário dos serviços prestados nos sistemas próprios (SIS, AIH, BPA, APAC e sistema MV);
- Classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com os registros no prontuário do paciente, Boletim de atendimento ambulatorial e APAC;
- Classificar as contas;
- Emitir relatórios mensais do quantitativo de faturamento por tipo de cobrança de acordo com o tipo de custo que executou o atendimento;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do prontuário do paciente, equipamento e material utilizado;
- Colaborar com a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 15 Ao setor de compras compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela supervisão de compras;
- Planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a supervisão de almoxarifado e coordenação de assistência farmacêutica, de conformidade com a política de estoque e as necessidades do hospital, identificando no mercado as melhores condições;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos através de uma política de compras dinâmica e eficaz;
- Manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;
- Certificar-se de que os materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos;
- Manter atualizadas as informações cadastrais dos fornecedores;
- Catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único: As atividades da supervisão de compras serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 16 A Gerência de Recursos Humano compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Recursos Humanos;
- Realizar em conjunto com a direção da unidade levantamento das necessidades de pessoal em cada setor do Hospital;
- Manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos profissionais do hospital;

- Manter atualizado no Sistema do CNES as informações cadastrais e registros de contratação e desligamento dos profissionais assistências do hospital;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Controlar a concessão de férias e licenças dos profissionais, mediante cronogramas elaborados pelas coordenações e supervisões;
- controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;
- receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes a pessoal lotado no hospital;
- Elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor e controlar sua concessão;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Manter contato com a supervisão administrativa, Diretoria Administrativa e financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- Elaborar o Plano de capacitação de recursos humanos;
- Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro do hospital visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Art. 17 À Comissão de Controle de Infecção Hospitalar compete:

- I. estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção hospitalar;
- II. sugerir medidas para controle e diminuição de infecção hospitalar;
- III. auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção hospitalar.
- IV. verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho no Hospital;
- V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria; VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata

Art. 18 À Comissão Interna de Revisão de Prontuários compete:

- I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;
- II. zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;
- III. promover a avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;
- IV. sugerir à Diretoria Técnico-Assistencial ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas de desvios do padrão do prontuário médico;
- V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 19 À Comissão de Serviço de Documentação Médica e Estatística compete:

- I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos médico-assistenciais;
- II. supervisionar e avaliar a produção de dados estatísticos e dos indicadores de desempenho hospitalares, desde o levantamento do censo diário;

- III. avaliar sistematicamente o desempenho da assistência médico-hospitalar, através dos indicadores hospitalares, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;
- IV. estabelecer e fazer cumprir o fluxo da documentação médica no hospital;
- V. supervisionar a manutenção, guarda, conservação e circulação dos prontuários no hospital;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata;

Art. 20 À Comissão de Farmácia compete:

- I. estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;
- II. elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital;
- III. estabelecer condutas terapêuticas;
- IV. fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;
- V. desenvolver programas de farmacovigilância;
- VI. estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;
- VII. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- IX. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- X. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 21 À Comissão de Revisão de Óbitos compete:

- I. auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, avaliação dos indicadores de mortalidade do hospital;

II. sugerir / adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade hospitalar dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar;

III. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

IV. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

V. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 22 – À Comissão de Suporte Nutricional, Enteral e Parenteral compete:

I. estabelecer as diretrizes técnicas administrativas que devem nortear as atividades da Comissão e suas relações com o hospital;

II. criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional, a serem encaminhados aos cuidados da Comissão;

III. assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e enteral, visando obter os benefícios máximos dos procedimentos, evitando riscos;

IV. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

V. estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional parenteral e enteral;

VI. analisar o custo-benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da terapia parenteral e/ou enteral;

VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VIII. elaborar regimento interno da Comissão;

IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 23. À Comissão de Ética Médica compete:

- I. colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- II. supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;
- III. fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- IV. após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;
- V. atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- VI. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- VII. colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- VIII. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética Médica;
- IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- XI. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 24 A Comissão de Ética de Enfermagem compete:

- I. colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;
- II. divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;
- III. assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;

- IV. trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
- V. analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem no hospital, sempre que necessário;
- VI. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;
- VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VIII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 25 À Comissão Interna de Prevenção de Acidentes compete:

- I. identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;
- II. elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;
- III. controlar a qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;
- IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- V. participar das discussões promovidas pelo Hospital para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VII. requerer ao Hospital a paralisação de máquina ou serviço onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII. colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- IX. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

X. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 26 Às Comissões Temporárias compete:

I. estudar e analisar problemas e situações não previstas na competência das Comissões Permanentes;

II. sugerir soluções ou correção dos problemas ou situações que lhe forem indicadas.

Art. 27. Ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) compete:

- Fortalecer o processo de regulação e gerenciamento de leitos na unidade;
- Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR) e o hospital;
- Interagir com as equipes da unidade e das CR para a resolução de situação não previstas na pactuação;
- Informar regularmente às CR as atualizações do cadastro da instituição (CNES);
- Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para as CR, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- Centralizar o trabalho da regulação no nível institucional;
- Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar;
- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- Fornecer subsídios para a Direção Geral e Técnica para o adequado gerenciamento dos leitos;
- Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer a regulação;
- Acompanhar indicadores gerenciais;
- Monitorar o censo diário;
- Monitorar motivos de retardo na ocupação e desocupação de leitos;
- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.
- Avaliação dos resultados e busca por melhorias.

Art. 28 Ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) compete:

- Cumprir e fazer cumprir a PORTARIA GM – 204 de 17 de fevereiro de 2016, que normatiza e estabelece competências para o NHE;
- Atuar como interface entre as vigilâncias epidemiológica Municipal, Estadual e o hospital;
- Investigar e Notificar doenças de notificação compulsória (imediata, semanal e negativa) conforme cada situação;
- realizar vigilância sentinela, conforme norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde, (SVS/MS);
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõe a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;
- Interagir com as equipes da unidade para a realização de busca ativa rotineiras de doenças ou agravos de notificação compulsória, com as respectivas classificação de CID's;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o atendimento a população, por meio de programas de educação continuada, para a devida notificação de doenças e agravos que devem ser notificados;
- Emitir mensalmente relatório detalhado com indicadores epidemiológicos, perfil epidemiológico das doenças, agravos e óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor geral para conhecimento, avaliação e medidas pertinentes caso necessário;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar regimento interno da comissão com aprovação da diretoria;

Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 29 A Diretoria Técnica compete:

I - cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva, Coordenação da Clínica Ortopédica, Coordenação da Clínica Médica, Coordenação da Clínica Cirúrgica, Coordenação de Urgência e Emergência; Coordenação do Ambulatório e Coordenação do SADT.

- III. coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- IV. coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- V. estabelecer, junto aos Coordenadores e Supervisores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços do hospital que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
- VI. estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- VII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- IX. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- X. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XI. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- XII. manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XIII. fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina.

Art. 30 A Coordenação da Clínica Médica compete:

- Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento os cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos nomes no Hospital;
- Emitir pareceres e relatórios, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré - estabelecida;
- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando a melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica;
- Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletas dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Primar pelo respeito, ética e responsabilidade com as informações sigilosas passadas pelos pacientes durante as consultas e atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único – As atividades da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 31 À Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VII. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

VIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

IX. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XIII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XIV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 32 À Coordenação da Clínica Ortopédica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias ortopédicas e traumatológicas, sejam hospitalizados ou de ambulatório,

e até mesmo os de urgência, desde que transferidos para a clínica, visando o melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;

VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;

IX. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Ortopédica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas

Art. 33 À Coordenação da Clínica Cirúrgica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;

VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;

IX. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cirúrgica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 34 À coordenação do SADT compete:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;

II. observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;

III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

IV. estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;

V. fazer registro diário dos serviços prestados;

VI. manter contato com a Diretoria Técnico do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VIII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar; XI. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação do SADT serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 35 À coordenação de Urgência e Emergência compete:

I. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as atividades assistenciais desenvolvidas na unidade de urgência e emergência, visando um melhor atendimento e à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes no Pronto Socorro;

III- Orientar os profissionais de saúde para que seja dada assistência urgente aos pacientes, encaminhando-os para o destino que for determinado pelas normas hospitalares;

IV- Estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares na Urgência e Emergência, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínica e adotar as providências que julgar necessárias;

V. Fazer registro diário dos serviços prestados;

- VI- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VIII- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- IX. Manter contato com a Diretoria Técnica, objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- X. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Urgência e Emergência serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 36 À coordenação de Ambulatório compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;
- II. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório;
- III. Monitorar diariamente o tempo de espera de consultas, propor medidas e intervenções para que a jornada do paciente no ambulatório não ultrapasse de 60 (sessenta) minutos, entre seu registro, atendimento e liberação, exceto nos casos que tecnicamente haja justificativa para o prolongamento do tempo;
- IV. Monitorar diariamente o nível de satisfação do usuário com os serviços prestados;
- V. Estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;
- VI. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório para os pacientes egressos e de demanda agendada;
- VII. Proporcionar ao SAME através do registro das atividades, condições de coletar dados, para fins de estatística, jurídicos e outros;
- VIII. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;
- IX. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

- X. Fazer reuniões periódicas com todas a sua equipe, registrando em livro as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XIII. Manter contato com a Direção Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- XIV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Ambulatório serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 37 À Gerência Administrativa compete:

- I. Gerenciar, planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos Serviços Gerais (portaria e vigilância, limpeza, lavanderia), supervisão de manutenção de equipamentos e transportes, supervisão de tecnologia da informação, supervisão de lavanderia, rouparia e costuraria, supervisão do almoxarifado e patrimônio, coordenação de nutrição e dietética, Coordenação do serviço de arquivo médico e estatística;
- II. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- III. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- IV. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médicos - hospitalares nos setores, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- V- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa entre os profissionais assistenciais;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

IX. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas;

X. Manter contato com a Direção Geral, Técnica e Gerência de enfermagem do hospital objetivando a eficiência assistencial administrativa e logística dos serviços hospitalares;

XI. Fazer cumprir as normas de cada grupo de profissionais subordinados à gerência administrativa.

Parágrafo único – As atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 38 À Coordenação de Serviços Gerais compete:

I. Coordenar, planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de portaria, vigilância e limpeza;

II. Fazer registro diário dos serviços prestados;

III. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

V. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

Art. 39. Ao serviço de Portaria e Vigilância compete:

I. Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral no hospital;

II. Controlar a entrada e saída de veículos, e objetos em geral no hospital;

III. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

V. Prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e profissionais;

VI. Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas do hospital.

VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Art. 40. Ao Serviço de Limpeza compete:

- I. Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências do hospital, nos móveis e equipamentos em uso, de acordo com as normas e padrões definidos pela CCIH;
- II. Limpar as áreas externas e de circulação do hospital;
- III. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Promover o combate a insetos e roedores nas dependências do Hospital, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
- VI. Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
- VII. Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- IX. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Parágrafo único – As atividades da Supervisão de Serviços Gerais serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 41 À Coordenação de Manutenção Predial compete:

- I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário do serviço prestado;
- III. Operar manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgotos do hospital, colocando-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica;
- IV. Proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis do hospital, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;
- V. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela coordenação;

VI. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VII. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. Colaborar pela humanização do atendimento hospitalar;

X. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único: As atividades da coordenação de manutenção predial serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 42 À Supervisão de Tecnologia da Informação compete:

I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo serviço;

II. Fazer registro diário dos serviços prestados;

III. Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet do hospital;

IV. Emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados do hospital;

V. Manter os equipamentos de informática todos inventariados em seus respectivos setores em perfeitas condições de uso;

VI. Proporcionar aos demais setores do hospital os meios os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção do hospital;

VII. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços do hospital;

VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar;

IX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único: As atividades da Supervisão de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 42. A Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;
- II. Receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Geral e Gerência Administrativa;
- III. Efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Gerência do hospital permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- IV. Fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria do hospital;
- V. Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria do hospital;
- VI. Manter o estoque de materiais padronizados no hospital em níveis ideais de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- VII. Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de materiais;
- VIII. Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;
- IX. Efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais do Hospital, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes;
- X. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIII. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XIV. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único: As atividades da Supervisão de Almoarifado e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 43 À Coordenação do Serviço Social compete:

- I. realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde;
- II. planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no hospital;
- V. democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no hospital e na rede;
- VI. atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
- VII. promover pesquisa científica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no hospital;
- VIII. trabalhar a situação sócio-econômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;
- IX. colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;
- X. participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
- XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIII. promover a participação do paciente na assistência hospitalar;
- XIV. promover educação em saúde no hospital;
- XV. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XVI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

- XVII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XVIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIX. elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 44 À Coordenação da Equipe Multiprofissional compete:

- I. Coordenar, planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades administrativas da área de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica na UTI, Unidades de Internação e unidade de urgência e emergência, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- II. Garantir assistência dos serviços de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica aos pacientes internados, através de atendimento humanizado e de qualidade aos usuários, contribuindo de maneira interdisciplinar para com todas as outras equipes.
- III. Prestar assistência conforme legislação vigente no âmbito do exercício profissional e código de ética;
- IV. Realizar o monitoramento dos indicadores da Assistência Multiprofissional;
- V. Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência;
- VI. Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;
- VII. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse na unidade;
- VIII. Cooperar com as Diretorias da unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- IX. Estabelecer comunicação com a equipe médica e administrativa para alinhamento de situações que se revelem necessárias;
- X. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas nas unidades;

- XI. Acompanhar as atividades junto à Educação permanente;
- XII. Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;
- XIII. Acompanhar junto ao gestor imediato e gerência de Recursos Humanos a situação de cada profissional da equipe aos seus respectivos conselhos de classe;
- XIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XV. Preencher adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- XVI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XVII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
- XVIII. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema de hierarquia em todas as atividades desenvolvidas;
- XIX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.
- XX. elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da equipe multiprofissional serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada serviço.

Art. 45 À Coordenação de Nutrição e Dietética compete:

- I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da Supervisão de Produção e Supervisão de Dietética;
- II. realizar o planejamento administrativo do S.N.D., coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- IV. colaborar e participar de programas de ensino e pesquisa no campo da Nutrição;
- V. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

- VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Nutrição e Dietética serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 46 À Coordenação de Assistência Farmacêutica compete:

- I. Coordenar, planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação de materiais e medicamentos;
- II. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando a melhoria de assistência ao paciente;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta do hospital;
- VI. Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes à prestação de conta do hospital;
- VII. Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do hospital;
- VIII. Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- IX. Controlar de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar a dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- X. Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos.

- XI. Elaborar avaliações fármaco econômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- XII. Desenvolver atividades de farmácia clínica/atenção farmacêutica;
- XIII. Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- XIV. Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como produtos manipulados no hospital;
- XV. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.
- XVI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XVII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XVIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIX. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 47 À Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística compete:

I. planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Internação e Alta, Serviço de Arquivo, Serviço de Estatística e Serviço de Registro Geral;

II. supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários, sejam eles das Unidades de Internação ou do Serviço de Emergência, fornecendo dados médicos e administrativos;

III. fazer registro diário dos serviços prestados; IV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 48 O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, será norteado pelas resoluções, regras e normas elaboradas pela equipe gestora do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, por este Regimento Interno, pelo regramento jurídico brasileiro e em estrita observância aos princípios éticos e morais.

Este Regimento representa a estrutura de funcionamento dos setores e serviços que compõe o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e traz em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

Parágrafo único: O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó tem suas atividades organizadas e distribuídas em unidades produtivas de serviços especializados, cada unidade é gerenciada por seu gestor, conforme atribuições e definições constantes deste Regimento Interno, em consonância das regras da Carta Magna, Lei federal 8080 de 1990, as diretrizes do Conselho Federal de Medicina, e todas regras pertinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial o contrato de gestão pactuado entre a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e o IBGC.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 49 São atribuições do Diretor Geral:

I. dirigir o Hospital, orientando e controlando suas atividades, expedindo normas, instruções e ordens para execução das atividades;

- II. participar do planejamento e programação dos acordos, convênios e projetos a serem implantados e desenvolvidos pelo Hospital;
- III. submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária do Hospital;
- IV. fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;
- V. designar os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Interna de Revisão de Prontuários, de Serviço de Documentação Médica e Estatística, de Farmácia e Terapêutica, de Análise de Óbitos e Biópsias, de Suporte Nutricional Enteral e Parenteral, de Serviço de Apropriação de Custos, Intra-hospitalar de Transplantes e de Residência Médica, Interna de Prevenção de Acidentes e de Ética em Pesquisa, salvo aqueles que, por disposição regimental, são natos;
- VI. garantir um bom assessoramento técnico-profissional e administrativo;
- VII. autorizar a divulgação dos trabalhos técnicos do Hospital;
- VIII. baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de processos administrativos;
- IX. indicar os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores;
- X. Gerenciar o fluxo de recursos do fundo para pequenas despesas e aquisições emergenciais;
- XI. programar e presidir reuniões com as Diretorias e Gerência;
- XII. homologar, revogar ou anular, conforme o caso, as licitações realizadas pelo Hospital;
- XIII. elogiar e/ou aplicar penas disciplinares, inclusive pena de suspensão aos servidores do Hospital;
- XIV. submeter anualmente ao Secretário Estadual de Saúde o relatório das atividades realizadas.

Art. 50 São atribuições do Diretor Técnico:

- I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

- II. despachar com o Diretor Geral;
- III. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- IV. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- V. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- VI. Consultar e propor ao Diretor Geral penalidades aplicáveis aos colaboradores;
- VII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
- VIII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
- IX. comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;
- X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário

Art. 51. Caberá ao gerente administrativo:

- I. Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos serviços administrativos, logísticos e de apoio assistenciais, cumprido e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- II. Despachar com o Diretor Geral e Diretor Técnico;
- IV. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- V. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência; VI. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço; VII. elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;
- VIII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
- IX. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

- X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação bem como providenciando reposição, quando necessário;

Art. 52 São atribuições do gerente assistencial:

- I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Urgência e Emergência, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- II. despachar com o Diretor Geral;
- III. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- IV. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- V. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- VI. elogiar e propor ao Diretor Geral elogios e penalidades disciplinares aos profissionais;
- VII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
- VIII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
- IX. Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando portanto, o enfermeiro responsável pelas suas omissões, bem como demais conselhos;
- X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 53 São atribuições dos Coordenadores e Supervisores:

I. coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

III. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

IV. zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

V. organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos servidores;

VI. propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;

VII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

VIII. propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos servidores subordinados;

IX. participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

X. promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

XI. coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

XII. requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 54 São atribuições dos profissionais de qualquer área:

I. cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;

II. manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço ou quando autorizado;

III. executar as tarefas que lhe forem determinadas;

IV. tratar com humanidade pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem o Hospital, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;

V. zelar pelo patrimônio do Hospital;

VI. comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;

VII. obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional;

VIII. participar de comissões;

IX. aguardar em serviço a chegada do substituto;

X. evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;

XI. participar de reuniões, quando convocado;

XII. executar as atribuições delegadas.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 55 Os casos que não forem contemplados neste Regimento Interno deverão ficar à cargo de resolução pelo Diretor Geral. Caso seja necessário, deverá ser ouvido ainda o Diretor Técnico e/ou a Comissão de Ética Médica ou a Comissão de Ética de Enfermagem. Se for o caso poderá ser designada Comissão temporária para enfrentamento do tema omissos.

Art. 56 Sempre que necessário, deverá ocorrer a revisão e reforma deste Regimento Interno.

PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

Art. 1º- O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

1. Prestar atendimento de enfermagem em regime de internação utilizando-se de método assistencial.
2. Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.
3. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.
4. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
5. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
6. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Técnica, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

Art.4º - O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

1. Setor de Internação;
2. Setor de Materiais e esterilização (CME)
3. Ambulatório Geral
4. lavanderia e Higienização

Art. 5º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

1. Coordenador Geral de Enfermagem
2. Coordenador de Setor
3. Enfermeiros Assistenciais
4. Técnicos de Enfermagem
5. Auxiliares de Enfermagem
6. Maqueiro

Art. 6º - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 7º - O Coordenador Geral de Enfermagem será o representante do Serviço Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 8º- A Gerência de Enfermagem será ocupada por enfermeiro com experiência mínimo de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

Art. 9º - O Coordenador Geral de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado .

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; Licenças regulamentadas em Lei, não superiores a seis meses; Participação em eventos; Viagens a serviço.

Art. 10º - Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo Único - As comissões de caráter temporário serão designadas pela Diretoria de Atenção à Saúde, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

Art. 11º - A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 12º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º - A Gerência de Enfermagem compete:

1. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem necessário para atender às necessidades organizacionais da unidade, do próprio serviço, satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados;
2. Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, com o objetivo de preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço;
3. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.
4. Implantar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
5. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

Art. 14º - Compete ao Setor de Internação leito/dia:

1. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, levantando as necessidades básicas dos pacientes, planejando as atividades de enfermagem de forma integral, personalizada e humanizada;

2. Recuperar, manter e promover a saúde através do ensino do autocuidado, tornando o paciente o mais independente possível dessa assistência;
3. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente;
4. Documentar todos os eventos observados e cuidados ministrados de forma a oferecer subsídios para a atuação dos demais profissionais da área de saúde e uma assistência baseada no cumprimento de princípios éticos e legais;
5. Colaborar com a CCIH para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no hospital;
6. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEEn).

Art. 15º - Compete à Central de Materiais e Esterilização (CME):

1. Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado e instrumentais usados nas Unidades;
2. Fazer o controle quantitativo e qualitativo de todos os materiais encaminhados aos setores;
3. Realizar testes de segurança de esterilização.
4. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na unidade.
5. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEEn).

Art. 16º Compete ao Setor de Higienização:

1. Preparar o ambiente para suas atividades.
2. Manter a ordem do ambiente.
3. Conservar equipamentos e instalações.
4. Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente.
5. Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente.

6. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade.
7. Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.
8. Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento.
9. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

Art. 17º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn):

1. Constituir-se obrigatoriamente de acordo com a Resolução COFEN - 172 (1994), que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde;
2. Representar o COREN-GO na instituição, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do Exercício Profissional e Ético dos profissionais de enfermagem;
3. Garantir a conduta ética dos profissionais na unidade;
4. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na unidade, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
5. Notificar ao COREN-GO as reivindicações, irregularidades, sugestões e as Infrações éticas.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 18º - Classificação das categorias profissionais:

1. Enfermeiro RT /Coordenador Geral de Enfermagem
2. Enfermeiros Coordenadores de Setor
3. Enfermeiros Assistenciais
4. Técnico de Enfermagem
5. Auxiliar de Enfermagem

6. Auxiliar Administrativo

7. Maqueiro

Art. 19º - Requisitos necessários e atribuições aos cargos discriminados acima:

1. Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar quite com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.

2. Enfermeiro Coordenador de Setor: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar quite com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor. Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade. Participar das reuniões da CCISS e do CTGRSS. Zelar pelo patrimônio e imagem da unidade. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais. Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade. Manter a Diretoria de Atenção à Saúde informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade. Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe. Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras; manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

3. Enfermeiro Coordenador de Setor: Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação leito/dia, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar: Evolução clínica dos pacientes, Medicamentos pendentos (observar as justificativas), Materiais em falta, Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros); supervisionar a passagem do CME; observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades. Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Auxiliares (Assinar registrar o número do COREN). Observar as solicitações de exames e encaminhá-las. Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias. Realizar uma ronda

na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho. Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes internados em leito/dia, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias. Nesse momento, verificar o tempo de permanência dos pacientes e pendências relacionadas à internação leito/dia. Evoluir os pacientes, com o (a) enfermeiro (a) assistencial. Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos. Verificar a validade do material do CME. Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas. laborar distribuição dos auxiliares para o período da tarde. Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo. Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames. Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde). Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade. Controlar entorpecentes e carro de emergência. Observar os encaminhamentos de: exames, consultas, retornos. Realizar reposição dos impressos. Conferir materiais solicitados ao almoxarifado e supervisionar a conferência do auxiliar de enfermagem ou auxiliar administrativo das medicações enviadas pela farmácia para os pacientes internados, conforme a prescrição médica do dia. Dirigir-se a sala do (a) Coordenador Geral de Enfermagem: Passar o plantão; Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim. Realizar treinamento em serviço. Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem Lançar no Sistema os indicadores citados no item. Participar diretamente no processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção. Realizar avaliação de desempenho semestral. Participar das reuniões da CCISS quando o assunto pertinente for higienização. Participar das reuniões do CGRSS. 23. Participar do processo de padronização dos saneantes. Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

4. Enfermeiro Assistencial: Fazer o histórico de enfermagem na admissão do paciente. Fazer o diagnóstico de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade. Fazer as evoluções dos pacientes sob a sua responsabilidade. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade. 5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade. Participar da passagem de plantão no início do turno. Visitar os pacientes, conferindo os mesmos, com o censo eletrônico impresso e o relatório de enfermagem. Passar para o Enfermeiro Principal as necessidades relacionadas aos pacientes internados. No início do

período, iniciar o relatório de enfermagem. Aprazar as medicações ou conferir o aprazamento eletrônico, observando a prescrição da véspera e realizando as modificações necessárias. Realizar as admissões. No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências. No final do período, participar da passagem de plantão; emitir novo censo da unidade. Repor o carro de emergência, quando necessário, e diariamente realizar a conferência do lacre no impresso apropriado.

5. Técnico de Enfermagem: Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão. Admitir e orientar os pacientes na unidade. Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira. Prestar assistência de enfermagem a pacientes graves sob a supervisão enfermeira. Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas

6. Auxiliar de Enfermagem: Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão. Admitir e orientar os pacientes na unidade. Executar os cuidados de enfermagem planejados. Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene. Preparar os pacientes para cirurgia e/ou exames complementares. Prestar assistência no período pós-operatório. Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes. Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

7. Maqueiro: Realizar o transporte do paciente com segurança entre as unidades de atendimento.

CAPÍTULO VI - DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 20 ° - O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes.

Art. 21° - O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó obedecerá aos seguintes turnos de trabalho:

I. Unidade de internação: 7 h às 19 h, 19 h às 7h

II. Unidade de ambulatório: 7 hs às 19 hs.

Parágrafo único: O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 22º Todo trabalhador do Serviço de Enfermagem deverá ser apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala: jaleco; roupas brancas, não transparentes, não apertadas; sapato fechado; cabelo preso; unhas curtas e sem adornos.

Art. 23º O empregado poderá prorrogar o seu plantão, em casos de situação extraordinária, sendo autorizado somente pela Gerência Assistencial ou Coordenador de Enfermagem.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.25º - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art.26º - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art.27º O profissional não poderá deixar o ambiente do trabalho uniformizado;

Art. 28º Este Regimento poderá ser revisado e alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem.

PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Os sistemas informatizados de gestão hospitalar são fundamentais na operacionalização de uma unidade de saúde do porte do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Sua essencialidade se mostra na composição de toda a área assistencial e sua interligação com os serviços de apoio ao diagnóstico, complementares e administrativos financeiros.

Desta forma, a infraestrutura prevista pelo sistema informatizado de gestão hospitalar prevê suporte para todas as atividades, quer sejam médicas, administrativas, financeiras e assistenciais, propiciando o acesso por serviços internet, através de extranets e intranets, com seus Indicadores sendo publicados regularmente, o que facilitará a rotina cotidiana na unidade, a prestação do serviço ao usuário da unidade, a prestação de contas e informações de metas realizadas para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

Devido à complexidade assistencial e administrativa de um hospital, cada vez mais se exige um atendimento de alto nível aos pacientes, com controle de custos, e a otimização de todas as tarefas pertinentes ao atendimento hospitalar.

Os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições – um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado. (CELESTINO, 2002, p. 01)

Neste cenário de alta competitividade e complexidade, as organizações estão cada vez mais dependentes de informações precisas e objetivas, conferindo à informação um status de patrimônio e capital, fundamental para a tomada de decisão e ao sucesso das operações das empresas, que torna indispensável à utilização de um software de Enterprise Resource Planning (ERP), ou em português, Sistemas Integrados de Gestão Empresarial (SIGE), que tornará possível o controle informatizado de todos os processos do ambiente hospitalar.

Com a redução do custo de computação e aumento da capacidade do computador, tornou-se viável o uso da tecnologia da informação para tarefas mais analíticas do que o processamento manual de transações.

Os sistemas de informação funcional entram em cena para assegurar que as atividades da organização (funções) sejam executadas de modo eficiente. Ele prepara relatórios, extraindo informações do banco de dados da corporação e processando-as de acordo com as necessidades dos usuários. (TURBAN. RAINER JR. POTTER, 2003, p. 36)

Para o sucesso da implantação de um software ERP, devem-se gerenciar de forma eficiente os processos administrativos e assistenciais, onde deve ser implantada uma revisão nos processos e a necessidade da implantação de um modelo adequado de governança de T.I. para suportar as novas tecnologias em implantação.

A gestão da T.I. é fundamental nas organizações hospitalares e para o sucesso da implantação e utilização dos sistemas informatizados. É fundamental que a gestão da T.I. conte com profissionais com diversas características como: competências técnicas, conhecimento, visão e principalmente capacidade, conhecimento e experiência na área da saúde, possibilitando um gerenciamento da informação, determinando estratégias de utilização da informatização para atingir o melhor desempenho de cada setor do hospital. A gestão da T.I. ainda é responsável por diagnosticar as disfunções do sistema, desenvolver e aplicar soluções de rede e hardware, e desenvolver e executar os projetos de informática que serão adotados pela organização.

Antes de tudo, é necessário reconhecer que a Gerência/Supervisão dos Sistemas de Informação (GSI) é indispensável para que um hospital possa desenvolver e administrar seus recursos de informação, que constituem requisito essencial para a produção eficiente de serviços de saúde de alta qualidade. (LAVERDE, 2010, p. 332)

Os sistemas de informações hospitalares visam gerenciar todos os processos envolvidos no ambiente hospitalar, automatizando os atendimentos, o gerenciamento e o controle das ações assistenciais e administrativas do hospital.

Outro ponto de grande importância é a segurança das informações, onde em um ambiente informatizado ocorre uma grande disseminação das informações, agregando um maior risco ao seu gerenciamento. Devem ser estabelecidas políticas de segurança, relacionando os riscos e realizando um plano de contingência aos mesmos.

Os ERPs devem atender a todas as necessidades quanto ao paciente, atender as necessidades em todos os níveis organizacionais, que vão desde a entrada do paciente, toda a parte assistencial, prontuário eletrônico, até o administrativo, devendo as soluções ser plenamente integradas, com todas as informações unificadas, cujo maior benefício será a integridade e a uniformidade dos dados e da informação, se traduzindo em segurança e qualidade na Tecnologia da Informação. Devendo esse sistema ser estável, com máxima integração de processos, pessoas e informações, comprometendo todas as informações geradas nos ambientes hospitalares.

Características técnicas:

Sistema modular: O Sistema será implementado em módulos funcionais, cada um abrangendo diversos aplicativos que têm maior coesão e que atuarão de forma perfeitamente integrada, como relacionado a seguir:

RELAÇÃO DE MÓDULOS

- Totem – emissão de senha;
- Painel de atendimento e chamada ao paciente;
- Controle de sala;
- Administrador do fluxo de atendimento;
- Classificação de risco;
- Pronto Atendimento;
- Central de agendamento de consultas, exames, sessões e tratamento;
- Ambulatório;
- Internação;
- Centro cirúrgico;
- Posto de enfermagem;
- Prescrição eletrônica ao paciente;
- PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;
- CCIH – Controle de Infecção Hospitalar;
- Laboratórios de Análises Clínicas;
- Diagnóstico por imagem;
- Faturamento Internação SUS (BPA E APAC);

- Faturamento Internação SUS (AIH);
- Patrimônio;
- Agência Transfusional;
- Almoxarifado e farmácia
- Nutrição e dietética;
- Central de Material Esterilizado – CME;
- Engenharia e Manutenção;
- Portaria;
- SAME;
- Higienização e Limpeza;
- Lavanderia e Rouparia;
- Gestão de usuários;
- Acompanhamento e Controle gerencial;
- Diretorias;
- Editor de Documentos Eletrônicos;
- Gerador de Relatórios.

1) Totem – emissão de senha:

a) O Totem contará com sistema deverá disponibilizar solução para a emissão de senha de atendimentos normais, pacientes prioritários e pacientes com mais de 80 (oitenta) anos para a gestão das filas de espera e atendimentos;

b) Deverá haver no Totem, sistema capaz de gerar impressão para a emissão de senhas;

c) Quando da emissão da senha, deverá ser impresso além do número da senha, a etapa inicial do atendimento em que o usuário deverá esperar;

d) Os painéis de visualização das senhas (painéis de atendimento) deverão ser integrados ao totem (sistema integrado) para o funcionamento da chamada dos pacientes;

2) Painel de Atendimento e Chamada:

a) O sistema deverá permitir fazer a configuração da fila que o painel irá fazer a gestão do atendimento e as respectivas chamadas no processo de atendimento;

- b) O sistema deverá permitir fazer a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes;
- c) O sistema deverá permitir fazer a configuração de quais processos de atendimento (triagem, atendimento administrativo, atendimento médico, atendimento social, exame de imagem, exame de laboratório, procedimentos, medicamentos) serão utilizados pelo painel de atendimento e chamada, assim como os campos que serão visualizados na tela em cada uma das etapas;
- d) O sistema deverá permitir configurar chamada com sonorização;
- e) O sistema deverá permitir configurar/habilitar o painel de chamada e atendimento com a leitura da senha ou do nome do paciente por voz;
- f) O sistema deverá permitir a configuração na tela do painel de atendimento, de uma orientação ao paciente de qual direção deverá seguir para o atendimento;
- g) O sistema deverá apresentar o local que o paciente deverá se dirigir (guichê, consultório, box, etc);
- h) O sistema deverá permitir configurar quais especialidades de atendimento que serão chamadas através do painel;
- i) O sistema deverá permitir configurar/ habilitar função multimídia nos painéis de atendimento do paciente como programação de televisão, vídeos, apresentações, stream, URL ou outros tipos;
- j) O sistema deverá permitir configurar/habilitar a apresentação dos pacientes em espera para atendimento por listagem;
- l) O sistema deverá configurar/habilitar informação com a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento (TEE) na fila que o painel está configurado para fazer a gestão;
- m) O sistema deve permitir configurar/ habilitar informação com o resumo da quantidade de pacientes em espera de atendimento por cor de classificação (prioridade) por especialidade no Pronto Socorro.

3) Controle de Sala:

- a) O sistema deverá disponibilizar solução para a chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da instituição (sala de medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de exames de imagens).
- b) O sistema deverá permitir o usuário selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;
- c) O sistema deverá estar integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;
- d) O sistema deverá permitir registrar que o paciente se encontra em atendimento;
- e) O sistema deve emitir mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontrar em atendimento em uma outra sala de ser chamado;
- f) O sistema deve permitir registrar eletronicamente a conclusão do atendimento do paciente na sala;
- g) Ao concluir o atendimento do paciente na sala, ele deve ser removido automaticamente da fila de espera e chamada de atendimento;
- h) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro da checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;
- i) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o aprazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações dos pacientes;
- j) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro do cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com o respectivo motivo;
- l) O sistema deve atualizar automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada a cada registro realizado no sistema.

4) Administrador de Fluxo de atendimento:

- a) O sistema deve disponibilizar de solução que permita fazer análise em tempo real (online) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de

pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;

b) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online de indicador para fazer análise do tempo de espera para cadastro indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

c) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online de indicador para fazer análise do tempo de espera para triagem e classificação, indicando a senha com maior tempo de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

d) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online, indicador para fazer análise em tempo real por prioridade do tempo médio de espera para classificação de risco, para cadastro do paciente e para o atendimento médico, indicando as senhas com maior tempo médio de espera da etapa do atendimento;

e) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;

f) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas;

g) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por especialidade e por prioridade;

h) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por prioridade;

i) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;

j) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos por médico e tempo médio de atendimento por especialidade;

l) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;

m) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por cidade e bairro;

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- a) O sistema deve permitir que seja configurado qual protocolo de classificação de risco é utilizado pela instituição;
- b) O sistema deve possuir carregado em sua base o Protocolo Humaniza SUS e Protocolo de Manchester;
- c) O sistema deve permitir que seja configurado qual processo será utilizado no fluxo de atendimento do paciente no Pronto Socorro;
- d) O sistema deve permitir configurar quais sinais vitais serão registrados no processo de triagem e classificação de risco;
- e) O sistema deve dispor de configuração de qual faixa de horário do dia será realizado a triagem e a classificação de risco do paciente no Pronto Socorro;
- f) O sistema deverá estar integrado aos totens de emissão de senha e aos painéis eletrônicos de atendimento e chamada;
- g) O sistema deve dispor de mecanismo que permita o usuário acionar através do sistema o painel de atendimento e chamada do paciente para o processo de classificação de risco e triagem;
- i) O Sistema deve dispor tela com a relação de todos os pacientes que estão aguardando para serem triados e classificados e o tempo de espera em minutos de cada um dos pacientes;
- j) O sistema deve permitir que seja registrado o acolhimento com o registro da identificação do Nome do Paciente, Idade ou Data de Nascimento, Sexo e Cidade;
- l) O sistema deve permitir fazer o registro da abordagem inicial, informando a queixa principal, observações em relação a queixa principal, alergias do paciente e também as reações em relação as substâncias ao qual o paciente é alérgico;
- m) O sistema deve permitir fazer o registro dos sinais vitais do paciente que está em triagem e classificação de risco;
- n) O sistema deve permitir escolher o sintoma de acordo com o protocolo de triagem e classificação de risco adotado pela instituição;

- o) De acordo com o sintoma o sistema deve sugerir automaticamente quais itens devem ser avaliados durante a triagem do paciente;
- p) O sistema deve permitir fazer o registo da avaliação de Glasgow no processo de triagem e classificação de risco;
- q) O sistema deve disponibilizar tela para registrar a intensidade da dor do paciente através de uma régua de escala de dor;
- r) Após a definição do grau de prioridade do paciente, o sistema deve atribuir automaticamente a cor correspondente ao protocolo utilizado como também o tempo máximo de espera para atendimento médico;
- s) O sistema deve permitir fazer o registro de reavaliação do paciente;
- t) O sistema deve permitir fazer o encaminhamento para atendimento da assistente social dos pacientes triados e que não caracterizaram Urgência e Emergência;
- u) No processo de triagem e classificação de risco o sistema deve sugerir a especialidade que o paciente deverá ser encaminhado;
- v) O sistema deve disponibilizar opção e fazer a impressão da ficha de triagem com todas as informações registradas durante o processo no Pronto Socorro;
- x) O sistema deve disponibilizar a opção de fazer a impressão da ficha de triagem e classificação de risco;
- y) O sistema deve estar integrado com a solução de distribuição de senhas e dos painéis de chamada;

PRONTO ATENDIMENTO

- a) O sistema deverá ser totalmente integrado aos sistemas de emissão de senha, painel de atendimento, acolhimento e classificação de risco, controle de salas e gestão de fluxo do paciente;
- b) O sistema deve possuir dispositivo que permita que a recepcionista selecione uma senha em uma lista de senhas disponíveis para atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o registro do atendimento do mesmo;

c) Ao acionar o dispositivo eletrônico de chamadas, o painel de chamadas deverá apresentar aos pacientes em espera, qual guichê de atendimento administrativo os mesmos deverão se encaminhar;

d) Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista deverá executar uma pesquisa na base de dados de pacientes do hospital para verificar se o mesmo já possui cadastro na instituição. A pesquisa poderá ter no mínimo as seguintes opções:

- Prontuário (matrícula) - Nome;

- Sobrenome;

- Data de Nascimento;

- CPF; - Nome da Mãe;

e) A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;

f) O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;

g) O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;

h) Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário irá iniciar o preenchimento de um novo cadastro;

i) O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.

j) O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:

- Nome;

- Nome Social;

- Nome da Mãe;

- Nome do Pai;

- Data de Nascimento;

- Sexo; - Cor;

- Tipo Sanguíneo;

- Nome do Cônjuge;

- Identidade; - Órgão Emissor; - Data de Emissão;

- CPF; - Cartão Nacional de Saúde;

- Estado Civil;

- Endereço;

- Número e Complemento; - Bairro; - Cidade; - CEP;

- Telefone Residencial - Telefone Comercial;

- Telefone Celular; - E-Mail;

- Local de Trabalho; - Profissão;

- Grau de Instrução; - Religião;

- Etnia; - Naturalidade;

- Nacionalidade;

- Fotografia do Paciente; - Captura da biometria do paciente;

l) O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde; O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

m) O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com as seguintes informações:

- Data; - Hora;

- Médico; -

- Tipo de Atendimento;

- Procedimento

- CBO - Serviço;

- Tipo de Paciente;
- Local de Procedência;
- Destino;
- Especialidade;
- Responsável pelo Paciente;

n) Deverá existir a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;

o) Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:

- Etiqueta de Identificação com Código de Barras;
- Termo de Responsabilidade;
- Ficha de Atendimento Emergência;

o) O sistema deve abrir automaticamente no faturamento a conta do paciente e fazer o lançamento dos procedimentos (consulta médica) no BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e também o setor executante;

p) O sistema deverá permitir executar o registro de encaminhamento dos pacientes aos leitos de observação;

q) O sistema deverá permitir registrar a transferência de leitos do paciente na observação;

r) O sistema deverá permitir registrar ocorrências e fatos relevantes ocorridos durante o atendimento do paciente;

s) O sistema deverá possuir opção para a exclusão do atendimento registrado ao paciente;

t) O sistema deverá possuir opção para registrar a transferência de médico no pronto atendimento e emergência;

u) O sistema deverá possuir opção para a alteração do tipo de atendimento;

v) O sistema deverá possuir opção para a alteração do atendimento do paciente;

- x) O sistema deverá possuir opção para registrar a alta do paciente no atendimento de emergência;
- y) O sistema deverá possuir opção para registrar o diagnóstico do paciente no atendimento de emergência;
- z) O sistema deve possuir tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente; O sistema deve possuir tela para consulta somente dos atendimentos na emergência de uma determinada data;
- a1) O sistema deve possuir tela com gráfico da quantidade de pacientes atendidos por hora em um determinado período;
- a2) O sistema deve possuir tela para que o usuário possa consultar a situação atual dos leitos de observação, como também visualizar a ocupação de cada um deles (paciente, médico, CID, convênio) e ainda visualizar de forma gráfica o status de cada um dos leitos;
- a3) O sistema deverá dispor de relatório estatísticos de atendimentos por: Bairro, Cidade, Médico, Especialidade, Faixa Etária, Motivo de Atendimento, Origem e Usuário;

AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, SESSÕES E TRATAMENTOS

- a) O sistema deverá permitir configurar/cadastrar todos os Itens de agendamento com as seguintes informações: Código, Descrição do Item, Tipo do Item (Ambulatorial, Imagem, Laboratório ou de Composição), Ativo (Sim ou Não): Tempo Padrão de Execução, Prestadores Habilitados para a Execução dos Procedimentos, Relacionamento do Item de Agendamento com o Procedimento correspondente na tabela SIGTAP, deve possuir configuração se em caso de anestesia na execução do procedimento o sistema deve sugerir alteração do tempo de realização, se é obrigatório o cadastro do paciente para o agendamento do respectivo item de agendamento, tempo de preparo em necessário em dias para a realização do procedimento agendado, tempo de repetência para o agendamento do procedimento novamente, recursos e equipamentos necessários para a realização do item de agendamento, tempo de execução do item de agendamento por prestador e proibições de itens de agendamento simultâneo com intervalo entre um agendamento e outro;
- b) O sistema deverá possuir opção de cadastrar/configurar distintas Unidades de Atendimento (Ambulatório, Centro de Imagens ou Centro Clínico), esta opção será utilizada quando a

instituição possuir Ambulatórios, Centro de Imagens ou Centros Clínicos distribuídos em rede e com localização física distinta, com os seguintes campos: Código;

Nome;

Sigla;

Situação;

Endereço;

c) O sistema deverá possuir tela para o cadastro de feriados nacionais e regionais. Nas datas cadastradas como feriados o sistema não deverá disponibilizar e permitir realizar agendamento de procedimentos;

d) O sistema deve permitir fazer o registro dos recursos que serão utilizados na realização dos agendamentos e na realização dos procedimentos como os campos código, descrição, tipo, situação;

e) O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas de atendimento dos profissionais que prestam atendimento ambulatorial por Unidade de Atendimento;

f) O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas dos profissionais, que prestam atendimento ambulatorial na instituição no mínimo com as seguintes informações:

- Dia da Semana;

- Tipo de Escala;

- Hora Inicial;

- Hora Final;

- Tipo de Horário do Atendimento;

- Qtde. Horários disponibilizados;

- Qtde. Encaixes;

- Permissão para realização de encaixes extras;

- Profissional;

- Setor;

- Unidade de Atendimento;

- Consultório; - Recurso;

- Itens de Agendamento do Dia;

Qtde. Máxima de Atendimentos por Tipo de Atendimento x Especialidade/Serviço;

- Usuários Autorizados a realizarem agendamentos na escala;

- Peso Máximo/ - Altura Máxima;

- Faixa Etária;

g) O sistema deverá possuir opção para serem registradas/configuradas as mensagens de alerta aos usuários do setor de agendamento referentes ao prestador. Estas mensagens e alertas serão exibidas posteriormente na tela de agendamento para que os usuários que executam este processo possam visualizar e repassar as mesmas aos pacientes;

h) O sistema deve permitir configurar as mensagens que serão enviadas aos pacientes que fizeram os agendamentos, estas mensagens deverão ser configuradas para envio de e-mail ou por sms;

i) O sistema deve ter a opção de configuração dos horários e a quantidade de horas que serão enviados os e-mails e os sms para os pacientes;

j) O sistema deve ter a opção de configurar e fazer a leitura do sms de retorno, nesta mensagem respondida pelo paciente, de acordo com o código respondido pode confirmar ou cancelar o comparecimento em relação aos procedimentos agendados;

k) O sistema deverá possuir opção para a liberação da agenda médica baseando-se nas escalas configuradas. A liberação da agenda médica irá disponibilizar para o setor responsável pelo agendamento os horários de acordo com as parametrizações realizadas nas escalas de atendimento.

l) O sistema deve possuir os seguintes parâmetros para a liberação da escala de atendimento:

- Código da Escala (opcional);

- Data de Liberação;

- Período de Liberação da Escala;

- Tipo da Escala;

- Prestador;

- Especialidade;

- Se deseja sobrepor as agendas já disponibilizadas que estejam vagas;

m) O sistema deve disponibilizar recurso para fazer a configuração dos perfis de usuário para a central de marcação de consultas e exames;

n) O sistema deverá permitir agendar em tela única consultas, exames, procedimentos, sessões e tratamentos;

o) O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas de consultas, exames e procedimentos na tela de agendamento indicando no mínimo os seguintes parâmetros:

- Paciente;

- Item de Agendamento;

- Prestador;

- Especialidade;

- Tipo de Atendimento;

p) Na tela da Central de Agendamento, de acordo com os parâmetros lançados, o sistema deve executar automaticamente a busca de datas e horários mais próximos que estão disponíveis para o atender à solicitação de agendamento;

q) O sistema deve possuir campo para informar o modo como os procedimentos foram agendados:

- Telefone;

- Pessoalmente;

- Solicitação

- Fax;

- E-mail;

r) O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações de preparo dos procedimentos agendados para que as mesmas sejam repassadas ao paciente;

s) O sistema deve possibilitar inserir o paciente agendado em uma fila de espera, caso o intervalo entre a data do agendamento e a data disponível não estejam atendendo as necessidades do paciente;

- t) O sistema deve permitir fazer a emissão do comprovante de agendamento ou então fazer o envio do mesmo por correio eletrônico ou SMS;
- u) O sistema deve permitir registrar os contatos com os pacientes agendados para a confirmação da presença na data agendada;
- v) O sistema deve permitir registrar a transferência de agenda de consultas e exames de um profissional para outro, ou para o mesmo profissional em nova data ou na mesma data em horário diferente;
- O sistema deve permitir fazer o cancelamento de uma consulta previamente agendada informando o motivo do cancelamento;
 - O sistema deve permitir o usuário bloquear uma agenda de um determinado profissional em um intervalo de horas dentro de um mesmo dia ou intervalo de dias, informando o motivo do bloqueio;
 - O sistema deve permitir o usuário registrar os encaixes na agenda de consultas e exames;
 - O sistema deve permitir o sistema fazer a gestão da fila de espera.
 - O sistema deve alertar o usuário que existem agendamentos com as mesmas características na fila de espera para a vaga que foi disponibilizada ao ser cancelado o agendamento de um procedimento. O sistema deve permitir o usuário registrar/configurar a turma e a escala da turma com as seguintes informações: - Dias da semana; - Horário de início e fim por dia da semana; - Serviço; - Tipo de Atendimento; - Prestador;
 - O sistema deve permitir o registro de agendamentos em grupos de pacientes que fazem uma atividade em um mesmo horário, informando a turma e os pacientes por turma;
 - O sistema deve estar integrado com a prescrição médica eletrônica, pois todos os exames de pacientes internados ou ambulatoriais poderão ser agendados através de uma solicitação de agendamento de exames ou procedimentos que são prescritos pelo médico assistente e serão visualizados na fila de solicitações de agendamentos;
 - O sistema deve permitir ao usuário fazer a remissão dos comprovantes de agendamento como também o reenvio de e-mail para os mesmos;
 - O sistema deve permitir o usuário fazer a exclusão de agendas que foram previamente liberadas informando o motivo da exclusão;

- O sistema deve permitir o usuário fazer a reserva de uma faixa de horários que esteja livre na agenda, o usuário deverá informar a data inicial e final, horário inicial e final e o tipo da reserva;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a pesquisa de agendamentos para um determinado médico, uma determinada data ou para um paciente específico; O sistema deve possuir tela de consultas onde o usuário poderá pesquisar todo o histórico de agendamentos do paciente;
- O sistema deverá disponibilizar relatório de agendamentos cancelados, agendamentos excluídos, Produção por Prestador/Recurso e Posição de Fila de Espera;
- O sistema deve possuir relatório com a agenda diária do médico;

AMBULATÓRIO

- a) O sistema deverá ser totalmente integrado ao sistema de central de agendamento de consultas, pois os pacientes agendados pela central devem estar disponíveis na tela de recepção de pacientes ambulatoriais;
- b) O sistema deve possuir mecanismo para que o paciente faça a retirada da senha de atendimento ambulatorial O sistema deve dispor de painéis de atendimento que informem os seguintes dados: - Senha; - Hora Chegada; - Previsão de Atendimento (cadastro); - Status do Atendimento;
- c) O sistema deve possuir dispositivo que permita a recepcionista selecione a senha em uma lista de atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o atendimento do mesmo;
- d) O sistema deve permitir a recepcionista possa associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a agenda médica; ao associar a senha a agenda do paciente, a recepcionista deverá iniciar o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do ambulatório para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição. A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções: - Prontuário (matrícula) - Nome; - Sobrenome; - Data de Nascimento; - CPF; - Nome da Mãe;
- e) A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- f) O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;

- g) O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- h) Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário irá iniciar o preenchimento do registro do paciente.
- i) O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento. O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos: - Nome; - Nome Social; - Nome da Mãe; - Nome do Pai; - Data de Nascimento; - Sexo; - Cor; - Tipo Sanguíneo; - Nome do Cônjuge; - Identidade; - Órgão Emissor; - Data de Emissão; - CPF; - Cartão Nacional de Saúde; - Estado Civil - Endereço; - Número e Complemento; - Bairro; - Cidade; - CEP; - Telefone Residencial, - Telefone Comercial; - Telefone Celular; - E-Mail; - Local de Trabalho; - Profissão; - Classe Econômica; - Grau de Instrução; - Religião; - Etnia; - Naturalidade; - Nacionalidade; - Fotografia do Paciente; - Captura da biometria do paciente;
- i) O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;
- j) O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- l) O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com no mínimo as seguintes informações: - Data; - Hora; - Médico; - Convênio; - Plano; - Tipo de Atendimento; - Serviço; - Tipo de Paciente; - Local de Procedência; - Destino; - Procedimento - CBO - Especialidade; - Responsável pelo Paciente; -
- m) Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no momento do agendamento;
- n) Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos: - Etiqueta de Identificação com Código de Barras; - Termo de Responsabilidade; - Ficha de Atendimento Ambulatorial
- o) O sistema deve abrir automaticamente no faturamento e fazer o lançamento na fatura BPA o procedimento correspondente ao atendimento do paciente;

- p) O sistema deve permitir o registro de atendimentos ambulatoriais de pacientes que não estão agendados, sem a necessidade de registrar como encaixe;
- q) O sistema deve permitir o registro de atendimento de pacientes em turmas de atendimento, ou seja, mais de um paciente para um mesmo horário como ocorre na fisioterapia ou outros tratamentos em grupos;
- r) O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- s) O sistema deve disponibilizar mecanismo para que o usuário identifique e registre no sistema quais pacientes não compareceram a consulta médica;
- t) O sistema deve dispor de tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente;
- u) O sistema deve dispor de tela de gerenciamento que informe a quantidade de atendimentos ambulatoriais por hora;
- v) O sistema deve disponibilizar os seguintes relatórios: - Atendimentos por Período; - Atendimentos por Empresa; - Atendimentos por Médico; - Atendimentos por Cidade; - Atendimentos por Bairro; - Atendimentos por Especialidade; - Atendimentos por Serviço; - Atendimentos por Usuário; - Consultas Atendidas x Faturadas; O sistema deve emitir relatório de tempo de espera por período, por médico e por faixa de tempo;
- x) O sistema deve atualizar automaticamente o status do atendimento de acordo com a etapa do atendimento executada;

INTERNAÇÃO

- O sistema deve permitir o registro de admissão de internações eletivas e de urgência.
- O sistema deve gerar automaticamente a pré-internação do paciente a partir do agendamento de uma cirurgia como também da solicitação de internação de pacientes da urgência e emergência com no mínimo as seguintes informações:

- Paciente;

- Telefone; - Código do Aviso de Cirurgia;

- Data da Previsão de Internação;

- Cidade;

- Data da Previsão de Alta;

- Origem;

- Médico;

- Especialidade;
- Procedimento;
- CID;
- Tipo de Acomodação;
- Tipo de Internação;
- Leito;
- Serviço;
- Observações;

- O sistema deve permitir registrar o cadastro da pré - internação do paciente clínico eletivo, ou seja, dos pacientes que não possuem nenhum agendamento de cirurgia previsto como também oriundos da emergência, com no mínimo as seguintes informações:

Paciente;

- Telefone;
- Código do Aviso de Cirurgia;
- Previsão de Internação;
- Cidade;
- Previsão de Alta;
- Origem;
- Médico;
- Especialidade;
- Procedimento;
- CID;
- Tipo de Acomodação;
- Tipo de Internação;
- Leito;

- Serviço;

- Observações

- O sistema deve estar totalmente integrado a agenda de cirurgias eletivas do centro cirúrgico e com as pré-internações clínicas.
- O sistema deve disponibilizar tela que apresente lista de todos os pacientes com previsão de internação para a data selecionada, o sistema deve apresentar indicação em tela se o paciente possui pendências que podem impedir seu atendimento ou que sirvam de alerta para o setor de internação;
- A partir da tela de previsões de internações o sistema deve apresentar uma lista com todos os pacientes que estão previstos para internação na data selecionada, usuário poderá selecionar um dos pacientes que está disponível na lista para registrar e efetivar a internação do mesmo;
- O sistema deve dispor também de recurso para registro de internações de pacientes que não estão programados para hospitalização e conseqüentemente não estão disponibilizados na tela de previsão de internação;
- A recepcionista deverá dispor de funcionalidade para realizar busca do cadastro de pacientes, executando uma pesquisa na base de dados para verificar se o paciente já possui registro na instituição.
- A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções:

Prontuário (matrícula)

- Nome;

- Sobrenome;

- Data de Nascimento;

- CPF;

- Nome da Mãe;

- Biometria

- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca; 9 . 8 O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada; O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;

- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa; No processo de internação o usuário poderá acessar a tela de cadastro/registro do paciente para atualização de informações ou então a abertura de um novo prontuário.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos: - Nome - Nome Social; - Nome da Mãe; - Nome do Pai; - Data de Nascimento; - Sexo; - Cor; - Tipo Sanguíneo; - Nome do Cônjuge; - Identidade; - Órgão Emissor; - CPF; - Cartão Nacional de Saúde; - Estado Civil; - Endereço; - Número e Complemento; - Bairro; - Cidade; - CEP; - Telefone Residencial, - Telefone Celular; - E-Mail; - Local de Trabalho; - Profissão; - Classe Econômica; - Grau de Instrução; - Religião; - Naturalidade; - Nacionalidade; - Fotografia do Paciente; - Registro da Biometria do Paciente;
- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde; O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá possuir tela que permita o usuário realizar, após o cadastro ou a atualização do dos dados demográficos do paciente o registro do atendimento de internação com no mínimo as seguintes informações: - Origem; - Data; - Hora; - Médico; - Convênio; - Plano; - Procedimento; - CID; - Serviço; - Tipo de Internação - Caráter de Internação; - Tipo de Paciente; - Enfermaria; - Leito; - Tipo de Acomodação; - Serviço - Especialidade; - Responsável pelo Paciente;
- Caso o atendimento tenha sido eletivo, e o mesmo está relacionado a uma pré-internação os campos da tela de internação devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas pelo processo de pré-internação;
- O sistema deve permitir fazer a emissão dos seguintes documentos: - Etiqueta de Identificação com Código de Barras; - Termo de Responsabilidade; - Anamnese de Internação;
- Ao registrar o atendimento do paciente o sistema deverá abrir automaticamente a conta do atendimento no sistema de faturamento de AIH;

- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro durante a internação das alergias do paciente a determinadas substâncias, informando além da substância a reação alérgica do paciente em contato com a mesma;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do paciente entre leitos de uma mesma enfermaria ou de outra enfermaria, informando motivo da transferência;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do paciente para o Centro Cirúrgico e RPA;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta médica do paciente informando o motivo de alta, data, hora, diagnóstico (CID10), observação e Procedimento CIH. Caso o motivo da alta seja óbito o sistema deve conter campos para informar número da declaração de óbito, setor do óbito;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta hospitalar do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta administrativa do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento da alta hospitalar do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento da alta médica do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar e fazer a gestão da programação de alta dos pacientes;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o acompanhante do paciente internado;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do médico assistente do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a liberação e interdição de leitos; O sistema deve permitir ao usuário registrar a exclusão de atendimentos;
- O sistema deve disponibilizar a opção para que o sistema opere com a gestão centralizada e descentralizada de leitos;
- O sistema deve gerar automaticamente uma solicitação de leitos ao setor competente quando for agendada uma cirurgia, solicitado uma internação na urgência ou quando for cadastrada uma pré-internação;
- O sistema não deve permitir registrar uma transferência de leitos direta quando o sistema estiver configurado para gestão centralizada, neste caso o sistema deve disponibilizar a opção de solicitação de transferência de leitos;
- Quando for registrada uma solicitação de transferência de leitos, a mesma deverá ser visualizada na tela de gestão de leitos, para que o usuário responsável pela gestão de

leitos possa verificar a disponibilidade dos leitos, baseado no mapa de leitos e dessa forma possa reservar um leito com as características solicitadas pelo usuário;

- Ao ser atendido a solicitação pela central de leitos o status da solicitação deve ser alterado automaticamente de “solicitado” para “atendido”;
- O sistema deve permitir que o usuário somente efetive a transferência de leito após o atendimento da solicitação pela área de gestão de leitos e para o leito que foi reservado;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar as pendências do paciente. As pendências registradas uma vez devem emitir alertas aos usuários quando for ser registrado qualquer tipo de atendimento para o paciente dentro da instituição;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar as baixas de pendências do atendimento do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar e acompanhar a evolução de todos os contatos realizados durante o atendimento de um paciente realizados, sejam eles com o próprio paciente, com o médico, com secretária de saúde, com o fornecedor de OPME ou com o acompanhante;
- O sistema deve disponibilizar a opção para a emissão do laudo de AIH do paciente hospitalizado;
- O sistema deve disponibilizar a opção para o registro do diagnóstico do paciente baseado na tabela CID 10;
- O sistema deve disponibilizar a opção para o registro de controle de visitas do paciente;
- O sistema deve disponibilizar painel de leitos operacional que apresente a ocupação em tempo real das unidades de internação e de toda a instituição, taxa de disponibilidade, taxa de indisponibilidade.
- O sistema deve ter uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos, indicando o paciente, o médico assistente, o convênio, o diagnóstico e a quantidade de dias que o paciente se encontra hospitalizado ao passarmos o cursor sobre o leito ocupado;
- O sistema deve disponibilizar painel de leitos gerencial que apresente as taxas de ocupação da instituição em tempo real das unidades de internação e seus respectivos leitos. Nesta tela deve ser apresentado a taxa de disponibilidade, taxa de ocupação e taxa de indisponibilidade.
- O sistema deve ter uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos tais como: - Ocupação por Unidade de Internação; - Ocupação por Tipo de Acomodação;

- Ocupação por Tempo de Permanência; -Ocupação por Especialidade/Serviço; -
Ocupação por Médico; - Ocupação por Faturamento;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de altas do dia; O sistema deve disponibilizar tela de consulta de estatísticas de produção e estatística de atendimentos; O sistema deve disponibilizar tela de consulta pacientes internados;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta previsões de internações;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta da agenda do centro cirúrgico;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta de disponibilidade dos leitos;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta pacientes internados;
 - O sistema deve emitir relatórios de pré-internações por período;
 - O sistema deve emitir relatório de internações por médico, por serviço, por cidade e por Unidade de Internação;
 - O sistema deve emitir relatório de altas por médico, por dia, por especialidade e relatório de previsão de altas;
 - O sistema deve emitir relatório de pacientes com pendência, em duplicidade e aniversariantes;
 - O sistema deve emitir relatório de censo ocupacional;
 - O sistema deve emitir relatório estatístico de quantitativo de pacientes por CID, estatístico de internações por médico, por serviço e por unidade de internação;
 - O sistema deve emitir declaração de paciente internado, declaração de internação e Termo e Alta a pedido;

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

- O acesso ao PEP deve disponibilizado para todos os membros da equipe multidisciplinar que dispensem atenção ao paciente respeitando as regras de acesso, como também a limitação do conteúdo do mesmo por perfil de usuário;
- O sistema deve possuir tela para registrar as formas de aplicação das medicações que serão prescritas;
- O sistema deve possuir tela para registrar as frequências de aplicação das medicações que serão prescritas para os pacientes. A frequência pode ser configurada por setor de assistência ou para toda a instituição;

- O sistema deve possuir tela para configurar quais itens de aferição serão registrados no prontuário do paciente, como também os valores limites para cada um dos itens de aferição;
- O sistema deve possuir tela para fazer o registro dos esquemas de prescrição, baseado na configuração dos esquemas os itens prescritos para o paciente serão apresentados e disponibilizados nas telas de prescrição e no formulário de prescrição médica e de enfermagem na sequencia configurada;
- O sistema deve permitir habilitar e configurar quais campos terão o preenchimento obrigatório por esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir configurar quais itens são de prescrição, e associa-los aos esquemas de prescrição;
- O sistema deve habilitar e exigir o preenchimento dos campos que foram configurados para o esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário desativar um item de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é médico ou de enfermagem ou ambos;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição exige justificativa ao ser prescrito pelo médico assistente;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é padrão ou não;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição exige diluentes na sua prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar o tipo de controle do item de prescrição (normal, balanço hídrico, coleta de sinal vital, alta de unidade, alta médica);
- O sistema deve permitir o usuário configurar para qual estoque o item de prescrição será solicitado no momento do fechamento da prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar a unidade de prescrição e a unidade de solicitação do item no estoque;
- O sistema deve permitir o usuário configurar qual item de estoque o item de prescrição está relacionado e de acordo com essa informação será solicitado este produto no estoque no momento do fechamento da prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é de diluição ou de reconstituição;

- O sistema deve permitir o usuário configurar quais os componentes (materiais descartáveis e diluições) serão solicitados junto com o item de prescrição ao finalizar a prescrição médica e de enfermagem;
- O sistema deve permitir o usuário configurar quais as formas de aplicação são possíveis para o item de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar em quais os setores o item de prescrição não poderá ser prescrito;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as superdosagens e as subdosagens dos itens de prescrição assim como a configuração das mensagens de alerta da super e da subdosagem;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as informações padronizadas para os itens de prescrição faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema deve dispor de ferramenta que permita configurar os perfis de acesso e usabilidade do prontuário eletrônico do paciente por tipo de prestador, por tipo de convênio, por setor, por especialidade, por prestador, por tipo de atendimento, sexo e faixa etária do paciente;
- O sistema deve dispor de dispositivo que permita ao usuário fazer a construção de documentos (formulários) eletrônicos, definindo o nome do formulário, os grupos de campos do formulário, permita associar as perguntas aos grupos de campos do formulário, as perguntas do formulário, o tipo do campo (Check-box, combo box, descritivo, lista de valores e etc..) e o layout do documento. Os documentos construídos nessa opção poderão ser associados ao perfil de acesso do prestador que serão carregados automaticamente de acordo com o perfil do usuário;
- O PEP deve estar integrado com o cadastro único de pacientes do Hospital, seja pelo atendimento ambulatorial, de urgência, internação ou atendimentos externos;
- Nos casos de atendimentos de pacientes em Pronto Atendimento, o PEP deverá ser integrado com o módulo de Acolhimento e Classificação de Riscos, ordenando a lista de pacientes a serem atendidos por Prioridade Clínica atribuída na Classificação, possibilitando ainda o médico consultar/visualizar de forma automática todas as informações coletadas durante o processo de classificação;

- Permitir consulta dos dados do PEP inseridos nos diversos locais de atendimento das unidades de saúde onde está implantado o sistema com as seguintes informações: - Dados Demográficos do Paciente; - Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de todos atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente; - Alergias do Paciente; - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação; - Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores; - Vacinas do paciente; - Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação; - Exames de Laboratório (valores e laudo); - Exames de Imagem (laudos e imagem); - Medicamentos em Uso; - Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Curva de Crescimento (gráfico); - Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- O sistema deve permitir ao médico registrar eletronicamente o formulário de admissão médica do paciente no mínimo com as seguintes informações: Queixa Principal; HDA (História da Doença Atual); HPP; Alergias; Antecedentes Pessoais; Antecedentes Familiares; Medicamentos em Uso; Hábitos e Costumes; Exame Físico; Nível de Consciência; Sinais Vitais (PAS, PAD, Temperatura, FC e FR) Avaliação de Cabeça e Pescoço; Avaliação do Aparelho Cardiovascular; Avaliação do Aparelho Respiratório; Avaliação Abdome; Avaliação Genitália; Avaliação Membros; Exame Neurológico; Hipótese Diagnóstica; Causa da Internação ou Atendimento; Plano Terapêutico com as seguintes informações: Tratamento Proposto; Plano de Cuidados;
- O sistema deve permitir a criação/configuração de protocolos clínicos de atendimentos, e de acordo com o protocolo selecionado o sistema apresenta as perguntas, onde o

médico vai informando as respostas e ao final o sistema irá sugerir a prescrição de acordo com as respostas inseridas no caminho percorrido pelo médico ao preencher o protocolo selecionado;

- O sistema deve, baseado em sinais vitais anotados para o paciente, informar que o mesmo se encontra com características de adesão a um determinado protocolo clínico;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro do diagnóstico médico do paciente baseado na tabela CID-10 possibilitando informar o diagnóstico principal e o (s) diagnóstico (s) secundários, o tipo da doença (crônico, agudo) como também o tempo da doença (dia, mês e ano);
- De acordo com o diagnóstico informado o sistema deve emitir alerta ao profissional informando que o diagnóstico informado é de notificação compulsória/obrigatória ou de agravo;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro dos medicamentos em uso contínuo pelo paciente (reconciliação medicamentosa);
- O sistema deve permitir fazer o registro das avaliações realizadas pelo médico ou pelo enfermeiro no paciente tais como: - Glasgow; - Apache II; -Euroscore; -Time Risc; - Régua de Dor; - Superfície Corpórea; - Braden; - Fugulin;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro da evolução médica em formulário eletrônico carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do médico assistente; Inserir informações sobre alergias do paciente, tais como substância, reações e demais observações; Registrar indicadores de sinais vitais (Temperatura, Capnografia, PV, Glicemia, Pressão Intracraniana, Saturação, FC, FR, PAS, PAD) e dados antropométricos (Peso e Altura) como também deve permitir parametrização de outros indicadores a critério da instituição e a configuração dos sinais vitais a serem coletados pelo setor de atendimento;
- Permitir o Médico registrar eletronicamente a prescrição de Medicamentos, Solicitações de Exames de Laboratório, Exames de Imagem, Cuidados Médicos, Dietas, Procedimentos, Hemoderivados, Fisioterapia, Cuidados e Orientações em tela única;
- O sistema deve carregar de forma automática os materiais descartáveis (componentes) ao fazer a prescrição de um item que tenha necessidade dos mesmos para a sua aplicação/infusão;

- O sistema deve gerar alertas ao médico prescrever medicamentos com substâncias aos quais o paciente tenha alergia registrada, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar por outra medicação;
- O sistema deve gerar alertas de interação medicamentosa nas seguintes condições: Droga x Droga, Droga x CID, Droga Alimento, Droga x Resultado de Exame e Droga x Nutriente; O sistema deve gerar alertas ao médico quando o mesmo prescrever medicamentos com interação medicamentosa nas condições acima mencionadas, assim como deve gerar de forma automática mensagem de alerta da interação, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar a mesma para poder finalizar o processo de prescrição;
- O sistema deve possibilitar a integração do sistema de prescrição médica eletrônica com plataformas de informações e conteúdo farmacêutico para a emissão de alertas de interações medicamentosa e superdosagens;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de antimicrobianos (ficha de antimicrobiano) ao prescrever um medicamento deste grupo de fármacos;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de procedimentos de alto custo (laudo de procedimentos de alto custo/complexidade) ao prescrever um medicamento, exame ou procedimentos de alto custo;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o receituário especial ao prescrever um medicamento de controle especial de acordo com a portaria 344/98;
- O sistema deve permitir o médico prescrever medicamentos do grupo de soroterapia com a velocidade infusão desejada, de acordo com a velocidade, o sistema deve calcular automaticamente a frequência dos medicamentos;
- O sistema deve gerar automaticamente alertas ao médico quando um item for prescrito em duplicidade;
- O sistema deve gerar alerta para a prescrição de medicamentos que estejam com superdosagem, exigindo do mesmo uma justificativa para a manutenção da conduta e a finalização do processo de prescrição;
- O sistema deve permitir ao médico fazer a configuração de seus itens de prescrição favoritos; O sistema deve permitir ao médico fazer a pesquisa de itens de prescrição por

nome comercial, princípio ativo, laboratório, grupo de tratamento, diagnóstico e sintomas;

- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de medicamentos não padronizados ao prescrever um medicamento com esta característica; O sistema deve permitir o médico alterar o horário sugerido pelo sistema de acordo com os horários configurados na frequência padronizada pelo sistema;
- O sistema deve disponibilizar de mecanismo para a prescrição de tratamentos de quimioterapia em ciclos e sessões;
- O sistema deve permitir a criação de protocolos de tratamento de quimioterapia com a configuração de intervalo de dias entre os tratamentos e a quantidade de ciclos;
- O sistema deve carregar automaticamente na tela de prescrição de quimioterapia os medicamentos configurados para o tratamento assim como a geração do tratamento dentro do intervalo de dias configurados para o protocolo selecionado;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação dos medicamentos e materiais descartáveis na farmácia;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de dieta no serviço de nutrição;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de exames de imagem no serviço/setor de imagem;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de coleta de amostras no serviço de análises clínicas (laboratório);
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de fisioterapia no serviço de Fisioterapia;
- O sistema deve permitir ao médico fazer a solicitação eletrônica de parecer médico para um determinado profissional ou uma determinada especialidade (Inter consulta);
- Ao fazer a finalização da prescrição o sistema deve permitir que embora a prescrição seja válida para 24 horas o sistema possa gerar as solicitações de materiais e medicamentos de forma automática por turnos de atendimento pela farmácia até o limite de 24 horas;
- O sistema deve permitir realizar a suspensão de um item prescrito ao paciente;
- O sistema deve permitir realizar cópia de prescrição de uma determinada data ou fazendo a mescla de mais de uma data;

- O sistema deve permitir que o próprio médico crie prescrições padronizadas baseadas nas prescrições realizadas e as disponibilize na área de prescrições padronizadas;
- O sistema deve permitir o médico fazer a emissão de atestados médicos, emissão de receitas, receituário especial e comprovantes de comparecimento;
- O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico específico para o médico fazer o registro da descrição do ato cirúrgico;
- O sistema deve disponibilizar formulário para o médico anestesista fazer o registro da ficha de anestesia, informando os dados graficamente na ficha;
- O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico para registro do partograma;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro da anamnese ou entrevista de enfermagem;
- O sistema deve permitir ao enfermeiro ou qualquer membro da equipe multidisciplinar fazer o registro da evolução em formulário eletrônico, carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do profissional assistente;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro do balanço hídrico, informando os ganhos e perdas do balanço. O recurso deve também permitir fazer o fechamento total ou parcial do balanço e gerando automaticamente o gráfico com os ganhos, perdas e o saldo do balanço;
- O sistema deve permitir o Enfermeiro registre eletronicamente a prescrição de Cuidados de Enfermagem, Procedimentos e Orientações em tela única;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o aprazamento ou reaprazamento dos horários dos itens e das medicações prescritas pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da checagem das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da suspensão das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar que não foram executadas e informando o motivo da suspensão ou cancelamento;
- O sistema deve apontar em painel de maneira clara e gráfica quais medicações estão em atraso;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa pesquisar as informações clínicas do paciente tais como: - Dados Demográficos do Paciente; - Diagnósticos do

atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de todos atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente; - Alergias do Paciente; - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação; - Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores; - Vacinas do paciente; - Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação; - Exames de Laboratório (valores e laudo); - Exames de Imagem (laudos e imagem); - Medicamentos em Uso; - Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Curva de Crescimento (gráfico); - Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- O sistema deverá possuir recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem (Avaliação Inicial);
- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema deve sugerir automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o sistema deverá possuir recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem; o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem Avaliação Inicial);
- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema deve sugerir automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;

- O sistema deve dispor da tabela de diagnósticos de enfermagem NANDA para a definição do diagnóstico de enfermagem;
- De acordo com o diagnóstico selecionado pelo enfermeiro, o sistema deverá sugerir os itens de prescrição de maneira automática;
- O sistema deverá possuir tela para o profissional registrar as vacinas dos pacientes;
- O sistema deverá ter tela para finalizar o atendimento inserindo informações tais como:
 - Diagnóstico:
 - Procedimento:
 - Data:
 - Hora:
 - Motivo de alta:
- O sistema deve permitir fazer a emissão do sumário de alta do paciente e carregar automaticamente as principais informações do atendimento tais como medicamentos, resultados de exames de laboratório, imagem e orientações;
- O sistema deve possibilitar a integração com conteúdo de bases médicas externas que auxiliem e apoiem o médico na tomada de decisão como exemplo podemos citar UpToDate, Clinical Key ou outro do mesmo gênero;
- O sistema deve sinalizar de maneira gráfica todas as pendências do médico em relação ao atendimento tais como fechamento de documentos eletrônicos, assinaturas eletrônicas e demais pendências;
- O sistema deve permitir a integração com equipamentos de monitoração;
- O sistema deve estar homologado para suportar certificação digital e assinatura eletrônica dentro dos padrões CFM/SBIS;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o encaminhamento do paciente para outras especialidades;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o Check-list de cirurgia segura;

DIRETORIA CLÍNICA

- O sistema deve permitir realizar o registro dos tipos de prestadores;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos conselhos e suas siglas;
- O sistema deve permitir realizar o registro das especialidades médicas e de enfermagem;
- O sistema deve permitir realizar o registro das especializações médicas e de enfermagem;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos horários contratados dos prestadores;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos prestadores da instituição no mínimo com as seguintes informações: Nome, sexo, CPF, Identidade, Data Nascimento, Nome de Guerra, nº do Conselho, Nome do pai, Nome da Mãe, Grau de Instrução, Nacionalidade, Naturalidade, Foto, Endereço Comercial, Endereço Pessoal, Tipo de Prestador, Especialidade, Especializações, Tipo do Conselho, Tipo de Vínculo, Tipo de Atividade (Cirurgia, Anestesiata, Clínico, Auditor), Dados Bancários, Contatos;
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as ocorrências médicas
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as especializações médicas;
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as licenças médicas.

CENTRO CIRURGICO

- Permitir o registro do centro cirúrgico, associado ao centro de custo e o horário de funcionamento para todos os dias da semana;
- Permitir configurar as salas de cirurgia por centro cirúrgico, definindo o tempo de preparo e o tempo mínimo de utilização para cada uma das salas de cirurgia;
- Permitir configurar as vias de acesso das cirurgias;
- Permitir configurar os equipamentos disponíveis no centro Cirurgico e as respectivas quantidades;
- Permitir configurar os tipos de anestesia;
- Permitir configurar os motivos de transferências de cirurgias;
- Permitir configurar os motivos de cancelamento de agendamento de cirurgias;
- Permitir configurar os motivos de interdição de sala de cirurgia; Permitir configurar as equipes médicas;
- Permitir configurar as unidades de sangue e derivados;

- Permitir configurar os kits cirúrgicos por procedimento e por prestador com as seguintes informações: materiais descartáveis, medicamentos, OPME, equipamentos, caixas cirúrgicas, hemoderivados e procedimentos;
- O sistema deve possuir funcionalidade para que o médico possa solicitar um agendamento de cirurgia com no mínimo as seguintes funcionalidades: Paciente, sexo, telefone, e-mail, data desejada para o agendamento, tempo de cirurgia, medico, especialidade sangue, uti, kit cirúrgico, convenio, plano, tipo de anestesia, procedimento e equipamentos;
- O sistema deve disponibilizar funcionalidade que permita o usuário que opera o módulo de centro cirúrgico possa visualizar a lista de cirurgias solicitadas pelos médicos cirurgiões, assim como o status da mesma (solicitada, confirmada);
- O sistema deve possibilitar que o usuário possa realizar a confirmação das solicitações de agendamentos registradas pelos médicos cirurgiões;
- O sistema deve carregar automaticamente todas as informações na tela de confirmação do agendamento cirúrgico que foram inseridas na opção da solicitação de agendamento.
- Ao confirmar o agendamento cirúrgico a partir da solicitação, o sistema deverá gerar automaticamente a pré-internação do paciente no módulo de internação;
- Ao confirmar o agendamento cirúrgico a partir da solicitação, o sistema deverá gerar automaticamente a solicitação de leito para a central de gestão de leitos no módulo de internação;
- O sistema deverá ter a opção de registrar o agendamento cirúrgico diretamente, sem a necessidade de o médico fazer uma solicitação eletrônica de agendamento;
- O sistema deve disponibilizar na tela do registro do agendamento cirúrgico no mínimo com as seguintes informações: Cirurgia, Cirurgião, Horário Inicial, Tempo de Cirurgia, Paciente, Sexo, Idade, Peso, Necessidade de UTI, Caixas Cirúrgicas, Kits Cirúrgicos, OPME, Tipo de Anestesia, Observação, Exames de Imagem, Exames de Análises Clínicas, Equipamentos, Lateralidade, se a cirurgia é ambulatorial, previsão de internação e previsão de alta);
- O sistema deve disponibilizar opção para fazer a emissão do comprovante de agendamento cirúrgico ou então o envio de e-mail para todos os setores envolvidos no preparo da cirurgia;
- O sistema deve disponibilizar opção para fazer a revisão do agendamento cirúrgico, nesta tela o usuário faria a função de uma espécie de auditor, pois o mesmo poderia

adicionar mais itens necessários a realização do ato cirúrgico e que não foram apontados durante o processo de agendamento;

- O sistema deve também possibilitar fazer o envio de e-mail para todos os setores após o processo de revisão do aviso de cirurgia;
- O sistema deve possibilitar registrar a transferência de cirurgias agendadas para a mesma data em horário e sala distinta ou então para uma nova data e horário distinto informando o motivo da transferência;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento de uma cirurgia agendada, o sistema também deve obrigar ao usuário informar o motivo do cancelamento;
- O sistema deve enviar mensagem de e-mail a todos os setores envolvidos no processo de preparo da cirurgia, informando o cancelamento ou a transferência da mesma;
- O sistema deve possibilitar ao usuário fazer o registro de interdição de uma ou mais salas de um centro cirúrgico, obrigando o mesmo a informar o período de interdição e o motivo;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer a reserva de uma faixa de horário de uma sala do centro cirúrgico para um determinado profissional, esse processo bloqueia automaticamente esta faixa de horário impedindo novos agendamentos neste horário e sala por outros profissionais;
- O sistema deve possuir recurso para que o usuário possa confirmar o ato cirúrgico agendado previamente;
- O sistema deve carregar automaticamente na tela de confirmação do ato cirúrgico todas as informações que foram registradas no agendamento cirúrgico;
- Se o horário de confirmação do ato cirúrgico, for posterior ao horário previsto no agendamento o sistema deverá solicitar ao usuário o motivo do atraso;
- O sistema deve possibilitar no momento da confirmação do ato cirúrgico adicionar outros procedimentos, e equipamentos cirúrgicos que não estavam previstos no agendamento, mas que foram necessários a sua realização e utilização no momento da cirurgia;
- O sistema deve permitir registrar a descrição do ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir registrar a descrição do ato anestésico em formulário específico com apontamentos dos dados de maneira gráfica;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar cirurgias de emergência que não estavam programadas para a sua realização sem a necessidade de um agendamento prévio;

- No registro da cirurgia de emergência ou urgência o sistema deverá dispor no mínimo das seguintes informações: Código do atendimento, paciente, tempo de cirurgia, horário de entrada na sala, horário de saída da sala, horário de início da anestesia, horário do fim da anestesia, horário de início da cirurgia, horário do fim da cirurgia, cirurgia, especialidade, médico cirurgião, anestesista, 1 auxiliar, 2 auxiliar, circulante, instrumentador, equipamentos, taxas, exames de imagens realizados, exames de análises clínicas, gastos de sala com materiais descartáveis, gasto de sala com medicamentos, tipo da cirurgia (urgência, emergência, eletiva), técnica (convencional ou por vídeo) lateralidade, natureza da cirurgia (contaminada, potencialmente contaminada, limpa, infectada), centro cirúrgico, sala de cirurgia e CID pós operatório;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro dos gastos de sala de medicamentos e materiais descartáveis utilizados no paciente durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a confirmação de consumo (checagem de dos itens de sala) dos materiais e medicamentos que foram dispensados pela farmácia e utilizados efetivamente no paciente durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve disponibilizar a funcionalidade de confirmação de consumo de OPME, nesta tela o sistema deve apresentar somente os produtos que estão caracterizados como OPME para que o usuário auditor possa registrar a confirmação de consumo.
- Após a confirmação de consumo, o sistema deve enviar automaticamente e-mail ao fornecedor solicitando a NF de consumo do material consignado com as informações do paciente, deve enviar e-mail ao setor de compras e também ao faturamento;
- O sistema deve permitir o usuário emitir o mapa cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário emitir a agenda cirúrgica; O sistema deve permitir o usuário emitir a folha de sala com todos os lançamentos ocorridos durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário emitir os seguintes relatórios estatísticos: Cirurgias por cirurgião Anestesias;
- O sistema deve disponibilizar de todas as informações registradas no ato cirúrgico no prontuário eletrônico do paciente de forma automática;
- O sistema deve registrar automaticamente no módulo de CCIH todas as informações registradas no ato cirúrgico do paciente.

CCIH

- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve possibilitar o registro dos antimicrobianos que estão sendo monitorados e controlados pela CCIH;
- O sistema deve possibilitar a configuração do nº. de dia autorizado automaticamente pela CCIH para a prescrição dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração da DDD (dose diária definida) dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração se o antimicrobiano é de uso restrito, se está ativo e se o mesmo é de vigilância;
- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos microrganismos com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos procedimentos invasivos com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro das topografias com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- O sistema deve realizar automaticamente a busca ativa dos pacientes suspeitos de infecção hospitalar com a possibilidade de o usuário selecionar o tipo de busca (uso de antimicrobiano, culturas positivas, procedimentos invasivos, cirurgias, data de previsão de alta ultrapassada, admitidos com mais de 48 e 72 horas, por setor e por unidade de internação);
- O sistema deve apresentar ao fazer a busca ativa, todas as informações relativas ao atendimento do paciente, informações referentes ao uso de antimicrobianos, a cirurgias realizadas pelo paciente, aos resultados das culturas realizadas, aos procedimentos invasivos registrados na assistência ao paciente e as infecções já registradas;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro da infecção do paciente com as seguintes informações: data da infecção, CID, Tipo do Registro, Tipo de Infecção, Tipo de Situação, Sítio Principal, Topografia, Procedimento Invasivo, Localização, Leito, Aviso de Cirurgia quando paciente com infecção no CC e observações;
- O sistema deverá permitir controlar separadamente os pacientes que estão em processo de vigilância e os que já tiveram sua infecção notificada; O sistema deverá permitir acessar o resultado dos exames de antibiograma realizados para os pacientes;

- O sistema deve possibilitar o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a sua assistência com a data da realização, o procedimento realizado e o setor onde ocorreu;
- O sistema deve disponibilizar a realização de auditorias nas prescrições médicas que tiverem antimicrobianos prescritos pelos médicos assistentes;
- No processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologias selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo bloquear uma nova prescrição do antimicrobiano para o paciente;
- No processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologias selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo liberar a prescrição de um antimicrobiano para o paciente para um determinado número de dias;
- O sistema deve apresentar automaticamente as mensagens inseridas pelo médico infectologista no processo de auditoria para o médico assistente no momento da prescrição médica;
- O sistema deverá calcular as taxas de infecção Hospitalar existentes demonstrando graficamente a evolução mensal das mesmas de acordo com parâmetros pré-definidos como unidade de atendimento, especialidades, médicos e topologia;

GERENCIAMENTO DE UNIDADES

- O sistema deve permitir fazer o registro da solicitação de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência do paciente para o centro cirúrgico;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de médico assistente do paciente;
- O sistema deve permitir a interdição e liberação de leitos de uma determinada unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro da programação de alta dos pacientes internados em uma determinada unidade de internação;
- O sistema deve permitir o registro de ocorrências do plantão;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a internação;

- O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de produtos ao estoque;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de devolução de produtos para o estoque;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a confirmação do recebimento de solicitações de produtos do estoque;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de solicitação de dietas avulsas ao serviço de nutrição e dietética do hospital;
- O sistema deve permitir o médico fazer o registro do boletim informativo com as condições clínicas do paciente para efeitos de informação;
- O sistema deve permitir o registro de avisos de alergias do paciente a substâncias;
- O sistema deve permitir o usuário registrar o início e fim da monitoração de aparelhos e gases utilizados pelo paciente durante a hospitalização;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a emissão do relatório de censo ocupacional da unidade de internação;

ESTOQUE E FARMÁCIA

- Cadastros e Configuração Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Cadastro de fornecedores com as seguintes informações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Tipo (física ou jurídica), Tipo de Constituição, Insc. INSS, Ramo de Atividade, Contatos, Contrato, Tipo de Atividade, Formas de Comunicação, dados Bancários e Dados de Internet;
- Cadastro de Estoque com a definição do código, nome, tipo, se utiliza controle por código de barras, se utiliza endereçamento de produtos e setor; Cadastro de Produto com as seguintes informações: Código, Descrição, Descrição Resumida, Tipo de Produto, Unidade, Sexo, Código SIAF, SIAGEM, SIAFEM, Espécie, Classe, sub-classe, Controle de Curva ABC, Controle de Lote, Controle de Validade, Etiqueta de Código de Barras, Procedimento, Bloqueia, Movimenta, Caráter, Padronizado, Lista (portaria 344/98), código DCB, Atividade, Especificação, Substituições, Portaria, Fabricantes, Estoque Mínimo, Ponto de Pedido, Estoque Máximo, Tempo de Reposição e Classificação XYZ; Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;

- Dispor de tela para receber a Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispor de tela para a liberação de Cadastro do Produto Novo após a validação do setor competente;
- Cadastro de Unidade de Estocagem de Movimentação de produtos com fator de conversão para a unidade de referência;
- Cadastro de localização dos estoques endereços das prateleiras;
- Cadastro dos Motivos de Baixa;
- Cadastro de Tipos de Documento;
- Cadastro do Motivos de Devoluções;
- Cadastro das Cotas de Reposição de Produtos ao Estoque;
- Configuração das Etiquetas de Código de Barras;
- Cadastro dos motivos de divergência no atendimento do estoque;
- Cadastro de Motivos de Saídas para Fornecedor;
- Cadastro de Kits de Produtos;
- Cadastro de Formulas para o processamento de novos produtos a partir da composição de dois ou mais produtos;
- Cadastro de Portarias da Vigilância Sanitária e seus produtos;
- Cadastro das Listagens das Portarias da Vigilância Sanitária;
- Cadastro de Ações Terapêuticas, Substância e seus produtos, Laboratório/Fabricante e seus produtos, cadastro de grupos de tratamentos e seus produtos, cadastro de palavras-chaves e cadastro de produtos e DEF; Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
- O sistema deve classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- O sistema deve calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão de compras;
- O sistema deve permitir a configuração de espécie de produto x estoque;

- O sistema deve permitir a configuração de usuários x estoque;
- O sistema deve permitir a configuração de usuários x espécie;
- O sistema deve permitir a configuração de operações que podem ser realizadas por usuário e por estoque;
- O sistema deve disponibilizar a configuração de etiquetas de códigos de barras;

Entradas de Produtos

- Registro da entrada de produtos através da entrada por nota fiscal, onde o usuário, ao informar a ordem de compras, estando a mesma autorizada, o sistema carrega de forma automática na tela de registro de entrada de produtos todas as informações negociadas como fornecedor tais como: Valor da Compra, Fornecedor, Estoque de Entrada, CFOP, Frete, Produto, Valor Unitário, Qtde Entrada, Valor Unitário e Valor total. O usuário terá que somente fazer o registro do número da nota fiscal, a data de emissão e os lotes e as respectivas datas de vencimento dos mesmos;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por doação; Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por vale;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por empréstimo;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por produção (reprocessamento ou manipulação);
- Registro da entrada de serviços através da entrada por nota fiscal de prestação de serviços;
- Registro da entrada de produtos consignados no estoque sem nota fiscal de consumo;
- O sistema deve permitir registrar a baixa de vales, ou seja, após uma entrada por vale, o fornecedor poderá enviar ao final de um período uma nota fiscal, nesse momento o usuário irá selecionar o fornecedor o sistema irá executar uma busca de quais vales estão em aberto. Após a busca o usuário relaciona quais vales em aberto estão relacionados a NF de consumo e fazendo nesse momento a baixa dos vales;

Saída de Produtos

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de produtos ao estoque para as seguintes opções: saída para consumo de setor, saída para

consumo do paciente, transferência entre estoques, gasto de sala e saída entre empresas;

- As solicitações de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a dispensação, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a dispensação;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do setor e o lançamento no custo do setor;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do paciente onde o lançamento no custo será no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do gasto de sala, onde o lançamento do custo será no aviso de cirurgia e no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a transferência de produtos entre estoques, onde não serão lançados nenhum custo neste momento, somente ocorrerá a transferência dos valores e das quantidades dos produtos, atualizando automaticamente o saldo do produto no estoque de destino; O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de empréstimo; O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de produtos para fornecedor; O sistema deve gerar automaticamente a solicitação de produtos para o paciente a partir do fechamento da prescrição eletrônica no prontuário eletrônico do paciente;

Devoluções de Produtos ao Estoque

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de devolução de produtos ao estoque para as seguintes opções: devolução de saída para consumo de setor, devolução de saída de produto para consumo do paciente;
- Devolução de Saída de Consumo de Gasto de Sala;
- As solicitações de devolução de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a confirmação de devolução, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a devolução do produto ao estoque;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do setor com o lançamento do motivo da devolução;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do paciente com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do gasto de sala com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos para fornecedor com o lançamento do motivo da devolução;

Outras Movimentações

- O sistema deve permitir o registro da baixa de produtos informando o motivo da baixa;
- O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre estoques;
- O sistema deve permitir o registro da confirmação da transferência de produtos entre estoques;
- O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre empresas;
- O sistema deve permitir o registro do recebimento da transferência de produtos entre empresas;
- O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos, materiais e medicamentos;
- O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos em massa de materiais e medicamentos;
- O sistema deve permitir a emissão dos livros de controle de medicamentos controlados como também a emissão dos termos de abertura;
- O sistema deve disponibilizar de tela para registrar a confirmação de consumo dos materiais e medicamentos dispensados ao paciente;
- O sistema deve disponibilizar de tela para o registro de recebimento das solicitações de produtos ao estoque;
- O sistema deve possuir de opção de liberação e bloqueio pelo farmacêutico da dispensação de materiais e medicamentos para o paciente.

Inventário

- O sistema deve permitir o usuário registrar a abertura de inventário, onde o mesmo pode escolher o almoxarifado, o item ou então a localização ou todos dos produtos de uma determinada espécie, espécie e classe ou espécie, classe e subclasse;

- O sistema deve permitir o usuário registrar as quantidades das contagens dos produtos em inventário; O sistema deve ter rotina de geração do inventário;
- O sistema deve ter a rotina da geração do balanço de inventário.

Cálculos e Fechamentos

- O sistema deve permitir fazer o fechamento do estoque, não permitindo mais após o fechamento transações e operações dentro do período fechado;
- O sistema deve permitir a realização/execução dos cálculos da curva ABC;
- O sistema de disponibilizar a realização dos cálculos de estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras de acordo com os critérios previamente determinados na configuração;
- O sistema deve ter opção para fazer o bloqueio de movimentação de itens de estoque de um ou de todos os lotes de um determinado produto;

Outras Transações e Consultas

- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos do estoque do produto;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de dados consolidados do produto;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de produtos críticos;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de consumo de produtos por setor;

GESTÃO DE USUÁRIOS E CONTROLE DE ACESSO

- Cadastro dos sistemas;
- Cadastro dos módulos que compõem o sistema;
- Cadastro de perfis/papel de usuários com a definição dos módulos, telas e relatórios que os mesmos terão acesso;
- O sistema deve permitir a configuração das diretivas de segurança para a criação e definição de senhas;
- Permitir a criação de usuários e a definição dos papéis de acesso dos respectivos usuários;
- Permitir a desativação de usuários do sistema;
- O usuário poderá ter um ou mais papéis definidos simultaneamente;
- Permitir a mudança de senha;
- Permitir a alteração de senha; Configurar os usuários por empresa;

- Configurar os usuários por setor ou unidade de internação;
- Configurar os usuários por SAME;
- Configurar os usuários por almoxarifado;
- Configurar os usuários por setores de diagnóstico;
- Configurar tabelas e as colunas que serão auditadas;
- Configurar as operações que serão auditadas junto as tabelas.

Gerador de relatórios

- Deve permitir criar relatórios, definindo nome e descrição do relatório;
- Deve permitir inserir imagens nos relatórios;
- Deve permitir definir perfis/grupos de usuários que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve permitir gerar operações matemáticas básicas nas linhas e colunas do relatório;
- Deve utilizar como fonte de dados todas as movimentações e informações de todos os módulos/ferramentas do sistema;
- Deve definir usuários específicos que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve definir filtros nos relatórios utilizando os padrões “de-a”; “maior que”; “menor que”; “diferente de”; “radio bottons”; “cheque box”; “drop down”

PROPOSTA DE REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - O Corpo Clínico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é representado pelo conjunto de médicos que atuam nesta instituição e, como unidade técnica-administrativa, é responsável pela coordenação das atividades médicas, diagnósticas e terapêuticas, em seus objetivos de assistência à saúde, ensino e pesquisa.

PARÁGRAFO ÚNICO: O Corpo Clínico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó possui autonomia e responsabilidade técnica, profissional, científica, política e cultural, devendo zelar pela conduta técnica, ética, moral e humanitária dos seus profissionais, assim como o bom desempenho e imagem institucional.

Art. 2º - Os médicos do Corpo Clínico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó se representam nas seguintes categorias:

Membros efetivos: são aqueles médicos que trabalham formalmente na unidade em vínculo trabalhista celetista, independente da carga horária contratada, seja ela em regime plantonista e/ou plantonista.

Membros Credenciados: são os médicos que exerçam suas atividades profissionais por meio de vínculo com empresas médicas contratadas ou cooperativas que prestam serviços à unidade, assim como os que estiverem ligados a outras instituições.

Membros à Disposição: são os profissionais médicos cedidos formalmente ao Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó por meio da lotação funcional ou exercício de função, que regimentalmente passam a integrar o Corpo Clínico desta Instituição.

PARÁGRAFO ÚNICO: Outras modalidades poderão ser criadas conforme a demanda da Instituição.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:

a) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica do Estado de Goiás, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o Estatuto do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, seu Regimento Interno e suas Normas Técnicas, assim como este instrumento regimental normativo.

- b)** Contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe com o objetivo de atingir toda a potencialidade resultante em benefício dos usuários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- c)** Contribuir para o bom desempenho do profissional médico e da equipe de saúde, inclusive no que se refere à colaboração na assistência a pacientes sobre responsabilidade de outros profissionais médicos.
- d)** Assegurar a melhor assistência aos usuários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, garantindo o atendimento global ao paciente em regime ambulatorial, de emergência e internação, bem como o suporte emocional e informativo aos familiares e/ou responsáveis.
- e)** Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos em aprendizado e demais discentes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- f)** Produzir e estimular a pesquisa médica no âmbito da Instituição.
- g)** Cooperar com a administração do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, objetivando a melhoria da assistência prestada.
- h)** Revisar anualmente, ou conforme necessidade, as rotinas assistenciais existentes, objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.
- i)** Propor diretrizes de atuação em assuntos que propiciem melhoria na qualidade do produto ofertado nas áreas de atuação.
- j)** Participar de programas de promoção e manutenção da saúde adequada às necessidades de demanda do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- k)** Estimular e promover estudos com o objetivo de identificar melhorias da assistência prestada, inclusive no que se refere à participação efetiva nas diversas comissões hospitalares.
- l)** Primar pela qualidade da relação médico-paciente e equipe de saúde, promovendo estudos que possam ampliar o conhecimento do perfil comportamental do paciente e seus familiares, necessário ao estímulo de suas participações no processo terapêutico.
- m)** Oferecer as condições necessárias à absorção de novos recursos tecnológicos e científicos pela equipe de saúde do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

- n) Zelar pela qualidade do prontuário do paciente, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável.
- o) Colaborar e participar ativamente nos programas e projetos de ensino e pesquisa do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- p) Promover o desenvolvimento das atividades de recuperação e manutenção da saúde dos pacientes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- q) Promover intercâmbio com instituições que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar.
- r) Proporcionar e viabilizar as funções de ensino, pesquisa e extensão objetivando a formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde.
- s) Zelar pelo uso de materiais e equipamentos de trabalho e/ou de suporte às atividades desenvolvidas.
- t) Desenvolver outras atividades correlatas na sua área de atuação.
- u) Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina.
- v) Comunicar aos órgãos diretivos, e ao Conselho Regional de Medicina da Goiás, quando for indicação, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição.
- w) Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial e respeitoso.

CAPÍTULO III- DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO

Art. 4º - A composição do corpo clínico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será a seguinte:

O Corpo Clínico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deve ser composto exclusivamente por profissionais médicos devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e que estejam exercendo ativamente suas funções nesta Instituição, sendo representados por um Coordenador Médico, subordinado

ao Diretor Técnico, responsáveis pela coordenação e condução das atividades, atuando em toda estrutura onde o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó tem suas atividades.

O Corpo Clínico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó encontra-se organizado na seguinte estrutura:

- I- Diretoria Técnica;
- II- Diretoria Clínica;
- III- Comissão de Ética Médica;
- IV- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- V- Comissões Permanentes e Temporárias;
- VI- Médicos das diversas equipes.

CAPÍTULO IV- DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º São atribuições do Diretor Técnico:

- I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;
- II. planejar, orientar, coordenar e controlar as ações desenvolvidas através das seguintes coordenações e supervisões: Coordenação da Clínica Médica, Coordenação da Clínica Cirúrgica; Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva, Coordenação de Urgência e Emergência, Coordenação do Ambulatório, Coordenação do SADT.
- III. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, ético, moral e profissional do corpo clínico;
- IV. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestado aos pacientes;
- V. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou unidade administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa clínica;

- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando um livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- XI. Manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XII. fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina;
- XIII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário, participando de todas as reuniões;
- XIV. Tomar as providências necessárias para solucionar a ausência de plantonistas;

Art. 6º. O Diretor Clínico e seu substituto deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Parágrafo primeiro: O candidato deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimento técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa.

Parágrafo segundo: O Diretor Clínico deve estar presente durante o período de maior atividade do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e, cotidianamente à disposição do mesmo.

Art. 6º. Compete ao Diretor Clínico:

- I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição;
- II. Fiscalizar o exercício ético da Medicina;
- III. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico;
- IV. Apresentar à Diretoria da Instituição sugestões que visem à melhoria do atendimento médico;
- V. Desenvolver o espírito crítico, estimulando o estudo e a pesquisa científica entre os membros do Corpo Clínico;
- VI. Após ouvir o Corpo Clínico, propor o aperfeiçoamento da sistemática de atendimento em todas as dependências do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, submetendo-a à apreciação da Direção Técnica;

VIII. Estimular o desenvolvimento de pesquisas, no âmbito da Instituição, garantindo a observância da ética que preside a pesquisa em seres humanos;

IX. Fiscalizar o cumprimento de normas, protocolos e rotinas da Instituição;

X. Exercer a função de mediador, visando humanizar os membros do Corpo Clínico e outros profissionais;

Art. 7º A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Art. 8º O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar tem por objetivo manter e avaliar um Programa de Controle de infecções Hospitalares adequado as características e necessidades da Unidade de Saúde, atendendo a legislação vigente, especialmente a Portaria Nº MS 2.616/98.

Art. 9º As Comissões Permanentes e Temporárias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, serão formadas por indicação da Diretoria Geral, em comum acordo com a Diretoria Técnica. Os profissionais integrantes das Comissões devem ser qualificadas e ter disponibilidade para atuação.

CAPÍTULO V- INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Art. 10º Para ingressar no Corpo Clínico Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, o Médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

- I. Estar devidamente registrado junto ao CRM/GO, apresentando documentação competente;
- II. Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM;
- III. Apresentar capacidade técnica na área que pretende atuar.

CAPÍTULO VI- DA INTERNAÇÃO

Art. 13º Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito à penalidade, quando:

- I. Desrespeitar o Regimento Interno;

- II. Desrespeitar as Normas Administrativas internas, disciplinadas ou não no Regimento Interno do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- III. Revelar se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.
- IV. Cometer crime nas dependências do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, relacionado ou não ao atendimento ao doente.
- V. Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.
- VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e causar dano ao paciente.
- VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.
- VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções.
- IX. Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Art. 14º A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

§ 1º A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

§ 2º Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM, para ciência e abertura de processo disciplinar de ética médica.

§ 3º Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, que juntamente com o Diretor Geral aplicará as medidas cabíveis.

Art. 15º As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são:

- I. Advertência Verbal;
- II. Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;
- III. Suspensão temporária do Corpo Clínico;

IV. Exclusão do Corpo Clínico.

§ 1º As penalidades aplicadas a nível interno do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CRM/GO nos casos de indício de infração de natureza ética

§ 2º As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão a graduação das penas desse artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

§ 3º A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

§ 4º Compete ao Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta

CAPÍTULO VII- DOS DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Art. 16º São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

- I. Frequentar Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó internando e assistindo pessoalmente aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional, desde que observadas as regras contidas no presente Regimento Interno e nas demais normas da unidade;
- II. Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. A utilização de equipamentos e Instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.
- III. Auxiliar a administração do Hospital e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e do Hospital, respeitando o Código de Ética Médica.
- IV. Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 17º São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

- I. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

- II. Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo.
- IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.
- V Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.
- VI. Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.
- VII. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, médicas, éticas ou jurídicas.
- VIII. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.
- IX. Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- X. Colaborar com as Comissões específicas do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- XI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência.
- XII. Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar.
- XIII. Quando da impossibilidade de manter o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.
- XV. Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde

CAPÍTULO VIII- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente, devem ser submetidos, pelo médico assistente, à aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por esse indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo primeiro: O Diretor Clínico indicará 2 (dois) profissionais médicos para compor a referida junta médica, sendo que, em caso de empate, caberá ao Diretor Clínico o voto de minerva.

Parágrafo segundo: A referida junta médica também deverá solucionar problemas, inclusive mediante a tomada de decisões que envolvam a realização de procedimentos, bem como discutir condutas adotadas em casos graves ou com implicações sociais, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, se que isso signifique qualquer limitação à ação do médico.

Parágrafo terceiro: Em caso de urgência, caso um ou todos os componentes indicados pelo Diretor Clínico não estejam no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, referida junta poderá ser composta ou suplementada pelos médicos presentes no plantão.

Art. 19º A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

Art. 20º Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do hospital de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

Parágrafo primeiro: É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo segundo: Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional(is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário

Art. 21º A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do Hospital, ou mediante autorização destes.

Art. 22º Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico. Caso seja necessário, pela natureza do caso omissos, serão ouvidos o Diretor Clínico e/ou a Comissão de Ética Médica.

Art. 23º Este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

Parágrafo único: Este Regimento Interno para o Corpo Clínico está em concordância com a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 2.147/2016 que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de Diretores Técnicos, Diretores Clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Art. 24º Revogam-se todas as disposições em contrário.

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional.

Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois:

- Agilizam e uniformizam o atendimento;

- Facilitam condutas descentralizadas;
- Diminuem a margem de erro;
- São importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela;
- São valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços;
- Facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.);
- Melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas;
- Melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados;
- Garante maior segurança;
- Otimiza a utilização dos recursos operacionais;
- Reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques;
- Pode gerar um prontuário eletrônico;
- Otimiza a produtividade dos trabalhadores;
- Garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.
- A Proposta de Manual de Protocolo Assistenciais a serem implantados no Hospital, serão construídos em conjunto com a equipe de acordo com as normas estabelecidas em instrumento utilizado para elaboração de documentos no Hospital Norma Zero. Após a elaboração todos os documentos serão revisados pelo Coordenador do Núcleo de Qualidade e/ou responsável pelo Coordenador da Área, e aprovados pela Diretoria.

Forma para Elaboração de documentos

1. Objetivo

Definir critérios e requisitos para a elaboração, manutenção e padronização da apresentação de documentos tais como: políticas, planos, procedimentos, normas e protocolos clínicos. Todos os documentos criados pela instituição serão disponibilizados na intranet.

2. Referência

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos os setores do Hospital	Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	

Não se aplica.

6. DEFINIÇÕES

SCIrAS - Setor de Controle de Infecções relacionada a Assistência à Saúde

6.1. Conceitos:

Esta norma utiliza-se de diversos termos e nomenclaturas de documentos que tem sua definição abaixo, a fim de padronizar os conceitos:

Política - Conjunto de intenções e diretrizes definidas pela empresa, que indica "O QUE" e norteiam todas as atividades, atendendo à Visão e Missão da instituição.

Plano - Documento resultante de um processo de planejamento que precede e determina as estratégias e ações da instituição, relacionadas a um assunto em específico.

Norma - Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção do Hospital que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios, características e regras sobre atividades e produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.

Procedimento Operacional Padrão — É o documento que contém a descrição do conjunto de técnicas das atribuições, atividades e responsabilidades inerentes a um processo. Nele especifica-se a forma de executar uma tarefa, organizando as atividades e responsabilidades do "COMO FAZER", visando estabelecer e fixar rotinas, atividades ou instruções de trabalho através de procedimentos, estabelecendo uma linha de sequência lógica e dinâmica. As etapas operacionais (7. Descrição dos Procedimentos) podem ser de forma descritiva ou gráfica (fluxograma).

Protocolo — Descrição de um plano ou conjunto de etapas específicas da assistência, que contém o que se faz, quem faz e como se faz, visando direcionar os profissionais assistenciais na prevenção, recuperação ou reabilitação à saúde; as diretrizes médicas se encaixam nessa categoria.

Composição de Documentos:

Refere-se ao conteúdo específico de cada documento, o qual conterá itens e subitens de acordo com a necessidade.

Norma e POP deverão conter, os seguintes tópicos:

1-Objetivo — item que detalha, de forma clara, concisa e sem ambiguidades, o assunto de que trata o documento.

2- Referência — item que informa as referências externas (bibliografias, estudos, manuais, etc., de Instituições e Órgãos competentes ao assunto). Assim como referências internas (documentos normativos, podendo ser políticas, planos, normas e protocolos clínicos).

3- Aplicabilidade — item que descreve o local/setor a ser aplicado o documento.

4- Responsabilidade — os cargos e/ou funções responsáveis pela implantação do documento.

5- Materiais Necessários — descrição de materiais necessários para execução do procedimento descrito.

6- Definição — item opcional que contém as definições de termos necessários para uma melhor compreensão do documento.

7- Descrição do Procedimento — item que descreve passo a passo da rotina, processo, protocolo ou atividade a ser realizada.

8- Tarefas Crítica/Especiais — serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento.

9- Indicadores — existe para que seja informado o indicador ligado àquele POP, caso exista.

10- Documentos de Apoio — são todos os documentos utilizados ou referidos na descrição do documento podendo ser utilizados no seu formato original (opcional).

Importante: Os anexos e/ou apêndices devem estar citados no campo "Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

11 - Controle de Revisões Efetuadas — tabela com data e motivo das revisões ocorridas.

Políticas, planos e protocolos deverão seguir o mesmo padrão dos POPs e normas, salvo no item 7 - Descrição de Procedimento. Para Políticas utilizar 7 — Diretrizes, para Planos utilizar 7 - Descrição do Plano, para protocolos utilizar 12 — Descrição do Protocolo.

Ciclo de Aprovação

Elaboração — É a fase inicial do documento, ou seja, o momento em que o documento foi criado. Nesse campo consta a data de elaboração e o nome do responsável pela criação desse documento.

Revisão

Após criação do documento, o supervisor/coordenador/gerente/diretor da área deve revisar e avaliar conteúdo. Nesse campo consta a data em que o documento foi revisado e o nome do responsável que revisou.

Revisão do SCIRAS — Após a revisão do documento, o SCIRAS revisa todo conteúdo e se está de acordo com suas normas. Nesse campo consta a data em que o documento foi enviado/ revisado e o nome do responsável SCIRAS que realizou a revisão.

Aprovação NQ - Após a revisão do SCIRAS elou do superior da área, a Qualidade avalia o conteúdo e estrutura do documento, e se está de acordo com a norma zero. Nesse campo consta a data em que o documento foi validado pela Qualidade e o nome do responsável que analisou.

Aprovação Diretoria e Finalização - Após aprovação do NQ, o documento é encaminhado para Diretoria avaliar e efetuar a assinatura. Todos os documentos deverão ser assinados pela Diretoria Geral, seguido pela Diretoria Técnica tratando-se dos documentos assistenciais e Diretoria Administrativa tratando-se dos documentos gerenciais. Nessa fase não se é permitida a alteração do conteúdo.

Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento utilizando o mesmo número de versão.

Caso algum documento necessite alteração antes do prazo de validade, será criada uma nova versão com o motivo dessa criação, podendo ser: documento digitado fora da norma zero, erros de ortografia, nova rotina implantada, novo anexo ou informações na referência, etc.

No momento da criação de uma nova versão, a antiga fica disponível em uma pasta eletrônica de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá:

A cada 02 anos, ou conforme necessidade.

Observação: O documento poderá ser alterado antes desse período sempre que houver alteração de rotina, legislação, anexo, etc., conforme descrito no item ciclo de aprovação.

Hierarquia dos Documentos Políticas; Protocolos e Planos;

POP e Fluxograma;

Registro da Qualidade.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 Fonte do corpo do documento:

O corpo de texto de todos os documentos deverá ser elaborado na Fonte ARIAL NORMAL, Tamanho 12. Mudanças na formatação e no tamanho desta fonte em lugares específicos serão especificadas a seguir.

7.2 Formatação da impressão dos documentos:

Os documentos devem ter suas páginas configuradas para impressão no seguinte padrão: Papel A4, Fonte Arial 12, margem superior 6 cm, inferior 4 cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm, rodapé 2 cm, espaço entre linhas 1,5 cm e espaço depois do parágrafo.

Os documentos estarão disponíveis via eletrônica, em pasta na intranet com acesso apenas para visualização, sem permissão de impressão.

Os setores que necessitarem de cópias dos documentos deverão solicitar os mesmos à qualidade para providência com cópia controlada.

7.3 Cabeçalho do documento

Todos os documentos tais como: políticas, procedimentos, normas e protocolos do Hospital, tem a logo da instituição no cabeçalho.

Título do documento

Documento: deve ser claro e conciso (o mais curto possível), centralizado e todo em letras MAIÚSCULAS, na fonte ARIAL 14.

Número de identificação do documento obedecendo à seguinte regra: Número da Versão;

Número de Revisão, caso já tenha ocorrido; Data da Criação;

Sigla do tipo de documento;

Sigla do Setor (no caso de a gerência ter mais de um setor);

Número do documento (por ordem de criação por setor elou gerência);

Exemplos: POP.ENF.UTI.OI / POP.ADM.IO

ABAIXO AS SIGLAS PADRONIZADAS UTILIZADAS NAS UNIDADES

NOR — Norma PC — Protocolo Clínico
PLA - Plano POP — Procedimento Operacional Padrão
POL - Política PG — Procedimento Gerencial
Siglas setoriais:
ADM — Administração AMB — AmbulatórioAUD —
Auditoria CC — Centro Cirúrgico
CME — Central de Material e Esterilização
COMP - Compras DP — Departamento Pessoal EMERG - Emergência
EDA — Endoscopia ENF — Enfermagem
FARM - Farmácia FAT — Faturamento FISIO - Fisioterapia
GP — Gestão de Pessoas HIG — Higiene
GTI — Informática UINT — Internação
LAB — Laboratório LAV — Lavanderia
ENGE — Manutenção
SCIRAS - Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde NIR
— Núcleo Interno de Regulação
SGQ — Sistema Gestão da Qualidade RECEP - Recepção
SAME — Serviço de Arquivo Médico SADT - Serviço de
Apoio Diagnóstico eTerapêutica
UTI Unidade de Terapia Intensiva AT Agência Transfusional
EMTN — Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional
DEP — Diretoria de Ensino e Pesquisa
SS - Serviço Social FONO — Fonoaudiologia
ODONT — Setor de Odontologia SND - Serviço de Nutrição e Dietética
PSIC — Psicologia LAVAN - Lavanderia
CIHDOT — Comissão Intra Hospitalar de Doação de órgãos e tecidos DDRH — Recursos
Humanos NSP — Núcleo de Segurança doPaciente EP — Educação Permanente ANEST —
Serviço de anestesiologia INST — Institucional ACUPU - Acupuntura
OUVI - Ouvidoria SESMT — Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
PICS — Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

C) Fases do documento: cada documento criado passa por um processo de aprovação, como:

Elaboração do documento

Revisão do documento

Revisão do documento pelo SCIrAS, caso necessário. Aprovação do documento

Finalização do documento

Após a finalização do documento e criação da lista mestra conforme modelo padrão, a mesma deverá ser encaminhada à diretoria para assinatura, validando assim os documentos relacionados e então encaminhar os documentos assinados à qualidade. Apenas após a lista mestra ser assinada, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos para acesso na intranet.

Os documentos de terceiros poderão seguir a logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação enterro da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor.

Apenas após receber os documentos e a lista estar assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Os Documentos de terceiros poderão seguir logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação interno da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor.

Apenas após receber os documentos e lista mestra assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

9. INDICADORES

Não se aplica

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Os Documentos a serem elaborados envolverão todo Hospital, nas áreas administrativas e assistenciais. Para o IBGC todos os colaboradores do Hospital, bem como pacientes, acompanhantes e familiares serão beneficiados. O alinhamento das documentações voltadas à estruturação da assistência e melhoria dos processos de trabalho são pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, e para tanto se faz

necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS - MEDIDAS DE CONTROLE DE QUALIDADE

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devem ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de planos e metas terapêuticas e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas com vistas ao atendimento do plano estabelecido para o usuário. A adoção de protocolos também proporciona uma maior linearidade e uniformização na prestação da assistência pelos diferentes profissionais de saúde, facilitam condutas descentralizadas e diminuem a margem de erros, possibilitando maior qualidade e eficácia no serviço, além de propiciar uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais do Hospital.



PROTOCOLO INSTITUCIONAL

IDENTIFICAÇÃO: Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó

PROTOCOLO XXX

NOME DO PROTOCOLO

Versão Protocolo:

ESPECIALIDADE

Executante

Resultados esperados

Recursos Necessários

Atividades

1. Introdução e descrição do protocolo
2. Revisão de Literatura
3. Definição e diagnóstico
4. Justificativa e Objetivo
5. Critérios de Elegibilidade
6. Critérios de Exclusão
7. Tratamento proposto
8. Indicador de monitoramento
9. Referências Bibliográficas
10. Anexos

Cuidados

Ações em caso de não conformidade

Elaborado em:	Responsável:
Aprovado em:	Responsável
Revisado em:	Responsável

Todas as ações possuem:

- Recursos Necessários: neste item é listado todo o material necessário para a execução do procedimento.
- Condições necessárias: situação existente que justifica a ação
- Cuidados especiais: itens de verificação necessários para o início do procedimento.
- Executor: profissional responsável pela ação.
- Ações: descrição da ação propriamente dita com as observações que se façam necessária.
- Resultados Esperados: listagem dos resultados esperados.
- Ações corretivas: ações que poderão ser aplicadas em caso de intercorrência.
- Riscos/ Tomada de decisão: listagem de riscos inerentes ao procedimento com definição de ações corretivas
- Anexos: material auxiliar para o procedimento.

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores do Hospital

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM:

Os protocolos de enfermagem se constituem como ferramenta para normatização e ampliação da clínica do Enfermeiro nos diferentes pontos da rede de atenção. Integra múltiplos documentos e recomendações, baseados em evidências em uma ferramenta ampla e concisa.

Objetivos:

- Cumprir a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem protegendo a prática clínica do Enfermeiro;
- Otimizar o processo de trabalho do Enfermeiro;
- Promover atendimento integral ao paciente em que este profissional possui plena capacidade técnica para análise, investigação e tomada de decisão;
- Aproximar os Enfermeiros às diversas diretrizes internacionais da prática de Enfermagem.
- Validar práticas recorrentes nas Unidades de Saúde por necessidade na agilização de processos de trabalho.

Administração de Inalação por Oxigenoterapia

Finalidades:

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, a fim de facilitar sua expectoração;
- Administrar medicamentos absorvidos pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

Material Necessário:

- 01 bandeja;
- 01 Kit de inalação;
- Medicamento prescrito;
- 01 seringa 10ml;
- 01 agulha 40X12;
- 01 ampola de soro fisiológico 0,9%;
- Fluxômetro de O₂.

Pré - Execução:

- Conferir prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, paciente);

- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;
- Orientar paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Instalar o fluxômetro na fonte de O₂ e conectar a extensão do kit de inalação ao fluxômetro;
- Elevar decúbito do paciente entre 30 a 45° ;
- Aspirar o soro fisiológico da ampola com o auxílio da agulha, instilar no inalador através do orifício de conexão da máscara, acrescentar o medicamento prescrito utilizando a mesma técnica;
- Regular o fluxômetro entre 5 a 7 l/min;
- Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e boca;
- Após o término da solução, desligar o fluxômetro e proteger o inalador com saco plástico transparente;
- Deixar o paciente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material em local pré-determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

Avaliação:

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos;
- Expectoração eficiente.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas;
- Efeitos colaterais dos medicamentos: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

Administração de Dieta Enteral**Finalidades:**

- Nutrir e hidratar o paciente, reestabelecer o volume líquido do organismo;
- Elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingestão alimentar por via oral ativamente.

Material Necessário:

- 01 Suporte de soro, dieta prescrita, 01 equipo com filtro de ar, 01 seringa de 20ml, 01 par de luva de procedimento, 01 estetoscópio, 01 bomba de infusão, 02 unidades de gaze não esterilizadas e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Conferir o rótulo da dieta;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco e retirar o ar;
- Fechar a pinça do equipo;
- Levar o material para o leito.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;

- Colocar a dieta e bomba no suporte de soro;
- Elevar o decúbito do paciente de 30° à 45°;
- Calçar a luva de procedimento;
- Retirar o protetor da sonda naso-enteral;
- Checar a localização da sonda;
- Conectar o equipo à sonda;
- Programar a bomba conforme prescrição;
- Abrir a pinça;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação da dieta na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Checar o posicionamento da sonda;
- Conferir a validade da dieta em infusão;
- Controlar volume/horário infundido;
- Lavar a sonda a cada administração de dieta.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Bronco aspiração: manter decúbito elevado, realizar aspiração endotraqueal;
- Distensão abdominal: suspender a infusão da dieta, avisar o médico do paciente;
- Refluxo: suspender a infusão da dieta, avisar o médico do paciente;
- Diarreia: suspender – a infusão e comunicar o médico do paciente;
- Obstrução de sonda: retirar a sonda, lavá-la internamente com uma seringa para desobstruí-la, se houver condições repassar a mesma sonda.

Administração de Medicação Tópica**Finalidades:**

- Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze (se necessário), medicação prescrita e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a aplicação do medicamento prescrito;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material utilizado;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Presença de rubor e calor local.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e colateral: Retirar medicação do local medicado com soro fisiológico 0,9%, avisar o médico.

Administração de Medicação Via Endovenosa

Finalidades:

- Administrar solução de medicação direto na corrente sanguínea.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcool Swab, medicação à ser administrada, 01 seringa, 01 agulha, 01 protetor de conexão 02 vias, 01 bandeja, 01 bureta com soro correspondente a diluição da medicação (se necessário).

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 “C”;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução à ser administrada;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antissepsia do local da infusão (conexão 2 vias);
- Adaptar a seringa a conexão;
- Abrir o Clamp;
- Testar a permeabilidade da via;
- Injetar a medicação prescrita lentamente;
- Fechar o Clamp e desconectar a seringa; após término.
- Proteger a conexão;
- Em caso de uso da bureta, proceder a antissepsia do injetor e introduzir a medicação na bureta;
- Abrir a pinça da bureta e controlar o gotejamento conforme tempo de infusão estipulado para a solução;
- Em caso de cateter intermitente, após o término de medicação permeabilizar a via com SF 0,9% no volume indicado;
- Em caso de infusão contínua com bureta adicionar soro;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar se há infiltração tecidual;
- Avaliar se houve contaminação;
- Avaliar os efeitos colaterais e reações pirogênicas.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração Tecidual: Trocar via de acesso;
- Contaminação: Repetir o procedimento;
- Efeito Colateral: Avaliar a queixa do paciente comunicar ao enfermeiro / médico com urgência.

- Reações pirogênicas: seguir protocolo.

Administração de Medicação Via Intradérmica

Finalidades:

- Manter níveis séricos de medicação para rápida atuação no organismo, introduzindo-o abaixo da epiderme para a identificação de processos alérgicos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 seringa de 1 ml, 01 agulha 13X4,5, medicação a ser administrada, álcool Swab e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar a medicação prescrita;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Identificar a área de aplicação;
- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer antisepsia do local, de cima para baixo;
- Introduzir a agulha 15 graus de angulação, com bisel para cima;
- Injetar a medicação, observando a formação de pápula;
- Retirar a agulha com um movimento único;

- Não esfregar o local;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Administração incorreta de medicamento: utilizar técnica para administração intradérmica;
- Abscesso, ulceração local, necrose do tecido: avaliar condições do local de aplicação, comunicar médico, administrar medicação prescrita.

Administração de medicação via intramuscular**Finalidades:**

- Administrar solução em região muscular objetivando uma absorção rápida;
- Utilizada para administração de substâncias irritantes, inferiores a 05 ml;
- Absorção, via preferencial para a administração de drogas potentes e tóxicas.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 seringa de 5 ml, 01 agulha de acordo com o paciente, 01 agulha 40X12, medicação a ser administrada, 01 álcool swab e 01 carrinho de medicação, 01 algodão seco.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação prescrita;
- Fazer a assepsia da ampola/frasco;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o paciente na posição adequada para aplicação;
- Proceder a antissepsia da área escolhida;
- Fazer a prega muscular aprisionando o músculo entre o polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir a agulha, perpendicularmente ao músculo;
- Soltar a prega muscular e aspirar o êmbolo da seringa;
- Injetar a medicação lentamente;
- Retirar a agulha pressionando a região com algodão;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais à medicação administrada;
- Avaliar local de aplicação.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e efeitos colaterais a medicação prescrita: comunicar a enfermeira;
- Contaminação: desprezar o material e reiniciar o procedimento;
- Hiperdistrofia muscular por falta de rodízio de local de aplicação: comunicar a enfermeira;
- Hiperemia e edema local: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Hematoma: comunicar a enfermeira para avaliação;

Administração de medicação via sonda nasogástrica ou enteral**Finalidades:**

- Administrar medicamentos cuja absorção ocorre na mucosa gástrica, em pacientes impossibilitados de deglutir.

Material Necessário:

- 01 bandeja; Medicamento a ser administrado; 02 seringas compatíveis com o volume a ser administrado; 01 par de luvas de procedimento; 01 estetoscópio; gaze não esterilizada; 01 copo descartável de 50 ml com água filtrada.

Pré - Execução:

- Conferir a prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, paciente);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar em bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Elevar o decúbito do paciente;

- Retirar o protetor da sonda e dobrá-la para fechar, conectar uma seringa com ar, injetar o ar enquanto ausculta o borbulhar do mesmo, com o estetoscópio na região epigástrica;
- Dobrar a sonda para fechá-la, retirando a seringa utilizada para o teste;
- Conectar a seringa com a medicação e administrá-la lentamente;
- Lavar a sonda com a mesma seringa, aspirando água filtrada do copo e administrando quantidade compatível com tipo e tamanho da sonda;
- Fechar a sonda;
- Em caso de paciente com drenagem gástrica, abrir a sonda após 30 minutos;
- Manter o paciente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local pré- determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool a 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

Avaliação:

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Efeitos colaterais: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Obstrução da sonda: realizar limpeza da sonda com água filtrada, caso mantenha a resistência, comunicar ao enfermeiro.

Administração de Soro**Finalidades:**

- Nutrir e hidratar o paciente; restabelecer o volume líquido do organismo; elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingestão hídrica;
- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro; 01 par de luvas de procedimentos; 01 álcool Swab; 01 rótulo; 01 conector, se necessário.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do paciente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto, horário do início e término e assinatura;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco de soro;
- Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;
- Confeccionar e fixar escala de soro;
- Colocar os materiais na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro no suporte;
- Calçar a luva de procedimento;
- Realizar a antisepsia da conexão;
- Conectar o equipo ao cateter venoso ou conexão;
- Abrir o controlador de gotas do equipo;
- Controlar o gotejamento de acordo com a prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;

- Colocar tala para restrição, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado

Avaliação:

- Checar permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar volume/horário;
- Mensurar dados vitais;
- Observar infiltração tecidual

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração tecidual: trocar acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume e eletrólitos comunicar ao médico;
- Alteração vitais: mensurar dados vitais, comunicar ao médico;
- Flebite química: trocar acesso venoso.

Administração de Soro em Bomba de Infusão**Finalidades:**

- Nutrir e hidratar o paciente;
- Restabelecer o volume líquido do organismo;
- Elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingesta hídrica;

- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro p/ BI; 01 par de luvas de procedimento; 01 álcool Swab; 01 rótulo; bomba de infusão; 01 conector se necessário.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do paciente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto, horário de início e término e assinatura;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco de soro;
- Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;
- Colocar o material na bandeja;
- Levar o material e o soro para o leito.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro e bomba de infusão no suporte;
- Dispor equipo na bomba de infusão;
- Calçar luva de procedimento;
- Programar a bomba e infusão conforme prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;
- Realizar a antisepsia da conexão;
- Conectar o equipo do cateter venoso ou conexão;

- Programar a BI conforme prescrição médica;
- Abrir controlador de gotas do equipo;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Checar a permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar o volume horário;
- Mensurar os dados vitais;
- Observar infiltração tecidual.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração tecidual: troca do acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume: comunicar ao médico;
- Alteração nos parâmetros vitais do paciente: mensurar dados vitais, comunicar ao médico alteração;
- Flebite química: trocar acesso venoso, compressa quente no local.

Alimentação Oral com Auxílio**Finalidades:**

- Nutrir e hidratar o paciente, reestabelecer o volume líquido do organismo, elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode alimentar-se sozinho.

Material Necessário:

- 01 Mesa de refeição; 01 toalha de rosto; talheres; dieta prescrita.

Pré - Execução:

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar a identificação correta da dieta (tipo, nº do leito, nome do paciente);
- Orientar o paciente ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do paciente;
- Colocar a bandeja de comida sobre a mesa de cabeceira e posicioná-la próxima ao paciente;
- Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
- Proceder a alimentação do paciente, avaliando efetivamente a deglutição;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar a toalha utilizada no hamper;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Condições do paciente;
- Decúbito do paciente;
- Condições de deglutição.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Bronco aspiração: interromper o procedimento e aspirar as vias aéreas superiores, comunicar o médico e observar padrão respiratório;
- Náuseas/vômitos: interromper o procedimento, comunicar ao médico e medicar, se necessário.

Aspiração de Vias Aéreas Superiores**Finalidades:**

- Retirar fluídos das vias aéreas superiores do paciente, melhorando sua respiração evitando a bronco aspiração.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento esterilizada; 01 sonda de aspiração com válvula; 01 máscara descartável padrão; 01 aspirador; 01 frasco coletor descartável; 01 óculos protetor; 01 aspirador; 01 bandeja; 03 ampolas de (10ml) água destilada

Pré - Execução:

- Preparar o material;
- Avaliar o tamanho da sonda de aspiração;
- Lavar as mãos;

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Posicionar o paciente (decúbito elevado);
- Abrir o material a ser utilizado;
- Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;
- Ligar o aspirador;
- Colocar óculos protetor e máscara;
- Calçar as luvas, máscara e óculos;
- Com a mão não dominante, segurar a face do paciente;

- Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal e posteriormente oral, mantendo a válvula aberta (impedindo aspiração pelo vácuo);
- Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente;
- Dar um intervalo entre uma aspiração e outra;
- Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória do paciente;
- Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
- Retirar a sonda, as luvas, máscara e óculos;
- Desligar o aspirador;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente limpo e em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição de enfermagem;
- Supervisionar e avaliar continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Avaliar padrão respiratório;
- Avaliar lesão de orofaringe.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de vias aéreas superiores: observar lesão, acionar fisioterapia e médico responsável, manter decúbito elevado;
- Estimulação vagal: observar padrão respiratório e cardíaco, acionar médico responsável;
- Diminuição da saturação: observar padrão respiratório, acionar fisioterapia.

Aspiração de Traqueostomia**Finalidades:**

- Manter a permeabilidade das vias aéreas removendo líquidos e secreções;
- Promover vias aéreas permeáveis;
- Prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias;
- Aumentar a eficácia ventilatória.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento esterilizada; 01 pacote de gaze esterilizada; 01 sonda de aspiração com válvula; 01 seringa de 20 ml; 01 agulha 40x12; 02 ampolas de SF 0,9%; 01 frasco de água destilada; 01 coletor de secreção descartável (1000ml); 01 máscara; óculos protetor; 01 ambú; 01 aspirador; 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Solicitar auxílio para realização do procedimento;
- Interromper temporariamente a dieta.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do paciente;
- Preparar o coletor descartável;
- Observar padrão respiratório do paciente e saturação de O₂ se disponível;
- Aumentar oferta de O₂ antes de começar o procedimento;
- Abrir a extremidade da sonda e conectá-la à extensão;

- Abrir a extremidade do invólucro da sonda conectando a mesma na extensão do frasco de aspiração mantendo o restante da sonda dentro do invólucro.
- Colocar óculos e máscara;
- Calçar a luva;
- Com a mão não dominante, ligar o aspirador e ajustar a pressão de sucção;
- Com a mão dominante retirar a sonda do invólucro, sem contaminá-la;
- Desconectar a nebulização ou o aparelho, com a mão não dominante;
- Introduzir a sonda no tubo sem ocluir a válvula, realizando movimentos rotatórios (o procedimento deverá ser realizado o mais rápido possível);
- Reconectar a nebulização ou o aparelho;
- Aspirar as narinas e por último a cavidade oral;
- Desconectar a sonda, fazer a limpeza da extensão do aspirador e retirar as luvas;
- Recolher o material;
- Deixar o paciente confortável e a campainha ao alcance;
- Manter a unidade em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Avaliar as condições clínicas do paciente.

Avaliação:

- Avaliar o posicionamento e a fixação da cânula;
- Avaliar fluidificação da secreção;
- Avaliar permeabilidade da cânula.

Riscos/ Tomada de Decisão:

- Traumatismos traqueobrônquicos: acionar fisioterapeuta e médico responsável, observar padrão respiratório;

- Contaminação: rever técnica, acionar DCIH;
- Bronco aspiração: Elevar decúbito, acionar fisioterapeuta e médico responsável;
- Mobilização da cânula: acionar médico responsável. Não reposicionar a cânula;
- Desconforto respiratório: Observar padrão respiratório, acionar fisioterapia;
- Mobilização “rolhas”: acionar fisioterapia, aspirar o paciente, manter decúbito elevado, observar padrão respiratório.

Atuação em Cardioversão Elétrica

Finalidades:

- Reversão de arritmias cardíacas.

Material Necessário:

- Máscara ou cateter de O₂, cardioversor/desfibrilador, pasta condutora, biombo, monitor cardíaco, medicamentos prescritos, carro de urgência.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material necessário;
- Checar e testar todo material necessário;
- Fechar as portas ou isolar a área com biombo;
- Observar a voltagem do aparelho em relação a rede local;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Puncionar veia calibrosa ou preparar material para dissecação de veia central, se houver indicação médica;

- Monitorar o paciente com o cabo de monitorização do próprio cardioversor;
- Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação;
- Retirar as pás do suporte e colocar pasta condutora na parte metálica de uma das pás e, depois, friccionar uma pá contra a outra para espalhar a pasta de modo uniforme; entregar as pás para o médico;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Promover sedação do paciente, C.P.M.;
- Acionar a tecla liga do painel dianteiro, ligando o aparelho;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Acionar a tecla *SINC* do painel dianteiro, para aquisição do sinal de sincronismo;
- Programar a carga solicitada pelo médico;
- Manter as pás no tórax do paciente e verificar o ritmo cardíaco, se necessário repetir o procedimento sincronizando novamente o aparelho;
- Manter o paciente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que a mesma esteja estável;
- Manter a unidade em ordem.

Pós - Execução:

- Encaminhar e desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o processo realizado.

Avaliação:

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar nível de consciência;
- Avaliar padrão respiratório.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Em caso de queimadura - Proteger a área c/ gaze Rayon, e seguir prescrição médica;

- Em caso de fibrilação Ventricular - Manter cardioversor em padrão assíncrono e promover protocolo de desfibrilação ventricular;
- Em caso de rebaixamento do nível de consciência manter vias aéreas permeáveis, oxigenação adequada,
- Monitorização.

Atuação em Parada Cardiorrespiratória

Finalidades:

- Restabelecer as funções básicas de vida.

Material Necessário:

- Luva de procedimento, material e equipamentos de emergência.

Pré - Execução:

- Constatar PCR (checar responsividade, ausência de pulso carotídeo e ausência de respiração);
- Acionar equipe interdisciplinar;
- Encaminhar material/equipamentos para o leito do paciente (no Departamento de Emergência encaminhar o paciente para a sala de emergência);
- Solicitar a saída de familiares do quarto.

Execução:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal, posicionando a tábua sob o tórax;
- Checar ritmo cardíaco através do desfibrilador, posicionando as pás sobre o tórax (nos setores de pediatria deverá ser instalado monitor cardíaco);
- Conectar o ambu a fonte de oxigênio;
- Hiperextender o pescoço;
- Observar a permeabilidade das vias aéreas superiores;
- Adaptar a máscara do ambu sobre a boca e o nariz do paciente, promovendo compressão suficiente para evitar escape de ar;
- Ventilar duas vezes;
- Observar frequência respiratória e cardíaca;

- Posicionar as mãos dois dedos acima do apêndice xifoide, sobre o esterno, e iniciar a massagem cardíaca. Tratando-se de pré-adolescentes. Massagear com uma mão, na mesma região descrita e com dois dedos os recém nascidos;
- Contar o número de compressões em voz alta, solicitando duas ventilações a cada 30 compressões;
- Após um minuto de manobras, avaliar efetivamente o procedimento;
- Continuar a manobra até reestabelecimento do paciente ou chegada da equipe;
- Providenciar acesso venoso calibroso;
- Administrar medicação, conforme solicitação médica;
- Solicitar a um terceiro colaborador, que prepare material para intubação.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Fazer contato com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva para passar o plantão;
- Transportar o paciente com segurança para com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar prescrição médica;
- Proceder a orientação dos familiares;
- Caso necessário, contatar familiares e médico responsável;
- Acionar o serviço de limpeza;
- Repor materiais e medicamentos.

Avaliação:

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar fratura/escoriações/queimaduras;
- Avaliar se há obstrução de orofaringe.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queimaduras: Proteger a área lesada;
- Em caso de trauma em orofaringe, promover, retirar corpos estranhos promover compressão local, verificar avaliação da equipe de Endoscopia / Broncoscopia; em caso de fraturas de arcos costais, verificar lesão preliminar e proceder conforme orientação médica.

Banho no leito

Finalidades:

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente e manter a sua integridade cutânea.

Material Necessário:

- 01 par de luva de procedimento; 04 compressas não esterilizada; 01 sabonete pequeno; água morna; jarros; 01 bacia; toalhas; lençóis, travessas, fronha, 01 camisola, 01 hamper, 01 carrinho de banho.

Pré - Execução:

- Observar a prescrição de enfermagem;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Fechar janelas e portas;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Retirar as roupas do paciente, preservando a sua intimidade;
- Testar a temperatura da água, umedecer a compressa ensaboando-a;
- Ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo: cabeça, tronco e membros superiores, abdômen, membros inferiores e por último genitais;
- Trocar a água quantas vezes forem necessárias;
- Lavar os cabelos e fazer a barba, se necessário;
- Colocar o paciente em D.L., higienizar a região posterior e iniciar a retirada da roupa suja e colocar a roupa limpa;
- Mudar D.L., retirar a roupa suja e ajustar a roupa limpar;
- Colocar a roupa suja no hamper;

- Vestir a camisola ou roupa no paciente;
- Recolher o material;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós / Execução:

- Supervisionar e avaliar condições clínicas do paciente;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Temperatura da água;
- Integridade cutânea;
- Tracionamento de drenos, cateteres e sondas.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Traumatismos: comunica ao médico do paciente;
- Exposição inadequada: manter a privacidade do paciente expondo-o o mínimo possível.

Coleta de sangue arterial**Finalidades:**

- Colher material necessário para auxiliar no diagnóstico do paciente.

Material Necessário:

- 01 seringa de 01 ou 03ml, escalpe, heparina, 01 par de luva de procedimento, 01 álcool Swab, 01 agulha hipodérmica descartável e 01 oclisor de punção (fornecido pelo laboratório), 01 pacote de gaze.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Heparinizar a seringa e o escalpe;
- Identificar a seringa com a etiqueta do paciente.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Escolher o local da punção (Braquial ou Radial);
- Posicionar o paciente e restringí-lo, se necessário;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antissepsia da pele com movimentos em uma única direção (aguardar a pele secar);
- Introduzir a agulha no plano subcutâneo com o bisel para cima, em uma ângulo de 45°;
- Certificar-se que puncionou a artéria;
- Aspirar a quantidade de sangue necessário;
- Retirar o escalpe, e fazer compressão local com algodão seco;
- Retirar o escalpe da seringa;
- Proteger a seringa com agulha encapada nova;
- Identificar a seringa com etiqueta do paciente;
- Verificar se o sangramento parou, e colocar o oclisor de punção;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Acondicionar a amostra em geladeira;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Acionar o laboratório para retirar a amostra;
- Proceder às anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar técnica de punção.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Hematoma: Observar evolução, solicitar ao médico responsável prescrição de medicamento;
- Lesão na pele: Observar evolução da lesão, fazer curativo s/n;
- Contaminação: Observar evolução , acionar DCIH; - Lesão de nervo radial: Observar evolução da lesão, comunicar médico responsável.

Coleta de sangue venoso

Finalidades:

- Determinar compatibilidade de grupos e fatores sanguíneos;
- Auxiliar o diagnóstico.

Material Necessário:

- 01 Seringa, 01 escalpe, 01 garrote, recipientes próprios para a coleta, 01 par de luvas, 01 álcool Swab, 01 oclisor de punção (cedido pelo laboratório), gaze seca; 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação;
- Identificar o recipiente com etiqueta do paciente;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Garrotear o membro;
- Fazer antisepsia da área a ser puncionada em um único sentido;
- Puncionar a veia de melhor acesso;
- Coletar o sangue;
- Comprimir o local com gaze seca;
- Injetar o sangue coletado no frasco de recipiente próprio;
- Fazer curativo no local da punção;
- Homogeneizar delicadamente o sangue no meio de cultura;
- Deixar o paciente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Checar prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Solicitar ao laboratório que encaminhe a amostra.

Avaliação:

- Coleta de material de maneira correta.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação do material: orientar quanto a técnica de coleta, repetir o procedimento;
- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento;
- Hematomas pós punção: realizar compressa fria no local.

Coleta de Urina em 24 horas**Finalidades:**

- Medir o diferencial da câmara cardíaca venosa e o grau de hidratação.

Material Necessário:

- 01 Equipamento para PVC, 01 frasco de 250 ml de soro fisiológico 0,9%, fita crepe, 01 suporte de soro, 01 par de luvas de procedimento, 01 régua de PVC e protetor de conexão 2 vias, 01 interlink injetor, 01 interlink clip.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipamento, colocando-o no suporte;
- Preencher a equipe;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o “zero” fique na altura do tórax do paciente, considerando decúbito dorsal horizontal;
- Fixar o equipamento de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Conectar a extremidade distal do equipamento no cateter central;
- Manter o paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Abrir a via do cateter onde está conectado o equipamento de PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas;
- Fechar a pinça abaixo do soro e abrir a pinça distal;
- Lavar a extensão do cateter;
- Observar a infusão do soro pelo cateter até que pare;

- Colocar uma extremidade da régua de PVC sobre o tórax do paciente e a outra próxima à régua de papel fixada no suporte, até a centralização do nível de água;
- O número atingido quando a régua está à nível da serra considerado o “zero”;
- Observar o nível de soro no equipo, considerando o zero como referência;
- Utilizar os sinais + e – para parâmetros acima e abaixo de zero, respectivamente;
- Desconectar o equipo de PVC, reinstalando outras infusões;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Sinais e sintomas;
- Técnica;
- Fixação do cateter;
- Fixação da régua.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação: trocar todo o material; mensuração incorreta: refazer o procedimento observando a técnica descrita;
- Mobilização cateter: comunicar ao médico responsável e/ou plantonista, observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do cateter

Controle de Diurese – Adulto**Finalidades:**

- Avaliar a função renal, condições hemodinâmicas do paciente e auxiliar no diagnóstico de doenças específicas.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 cálice graduado, 01 comadre ou papagaio e 01 bandeja pequena, etiqueta do paciente.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e familiares quanto ao procedimento;
- Identificar o cálice graduado com a etiqueta do paciente;
- Calçar as luvas;
- Solicitar que o paciente urine na comadre ou papagaio;
- Armazenar o volume urinário no cálice graduado, até o término do período;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Perdas e características do material coletado.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Perda do material: anotar a perda, e continuar a fazer o controle da diurese.

Controle de glicemia com aparelho

Finalidades:

- Quantificar a glicose sérica do paciente;

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 Lanceta, 01 álcool Swab, 01 unidade de gaze não esterilizada, 01 lanceteador, 01 fita reagente para sangue, aparelho dosador de glicose e 01 bandeja pequena.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar a lanceta ao lanceteador e armá-lo;
- Observar o rodízio no local da punção;
- Proceder a antissepsia do local a ser puncionado (em criança utilizar o calcâneo);

- Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente (certificar-se que o lote da fita correspondente a amostra do aparelho);
- Lancetear o local selecionado;
- Colocar uma gota de sangue no local determinado da fita reagente;
- Oferecer gaze ao paciente para a compressão da região perfurada (em criança fazer compressão da região perfurada);
- Proceder a leitura do aparelho;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias e comunicar o resultado;
- Guardar o aparelho dosador em local apropriado.

Avaliação:

- Coleta de material insuficiente: reiniciar o procedimento;
- Descalibragem ou defeito do aparelho: calibrar o aparelho e reiniciar o procedimento;
- Hematomas: comunicar a enfermeira que fará avaliação;
- Contaminação: comunicar a enfermeira.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Comparar o resultado com sinais e sintomas;
- Avaliar a calibragem e efetividade do aparelho;
- Integridade cutânea.

Controle de temperatura**Finalidades:**

- Detectar alterações na temperatura corpórea.

Material Necessário:

- Termômetro, 02 Álcool Swab e 01 Bandeja.

Pré - Execução:

- Observar rotina da unidade;
- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Proceder a limpeza da ponta de mercúrio do termômetro até a parte distal com álcool swab;
- Zerar o termômetro;
- Escolher o local para verificação de temperatura, dando preferência para região axilar;
- Colocar o termômetro na axila do paciente, solicitar para que deixe o braço imóvel, esperar 3 minutos;
- Proceder a leitura do termômetro;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Limpar o termômetro com álcool swab, da parte distal para a ponta de mercúrio;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados.

Avaliação:

- Avaliar resultados;
- Avaliar posicionamento adequado;
- Avaliar integridade cutânea;

- Avaliar tempo de mensuração.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de pele por quebra do termômetro: interromper o procedimento e realizar curativo; comunicar a enfermeira.
- Mensuração incorreta: reiniciar o procedimento;
- Quebra do equipamento: reiniciar o procedimento com novo equipamento.

Curativo de Ferida Limpa**Finalidades:**

- Auxiliar na cicatrização, proteger contra o meio externo e prevenir infecções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, pacote de curativo, gazes, soro fisiológico 0,9%, 01 saco de lixo, 01 tesoura e 01 bandeja, (a quantidade dependerá da extensão da ferida).

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o saco de lixo em local próximo ao leito;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar com o material esterilizado;
- Calçar luvas;
- Utilizar técnica asséptica;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Retirar o curativo anterior;
- Solicitar avaliação do enfermeiro;

- Desprezar o curativo sujo no saco de lixo;
- Retirar as luvas;
- Lavar ferida com SF 0,9%;
- Limpar a ferida da área menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, do centro para as bordas;
- Secar a ferida;
- Proteger a ferida com gazes (se necessário);
- Fixar o curativo com micropore (se necessário);
- Deixar o paciente confortável e com campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Evolução da ferida;
- Quantidade e aspecto da secreção;
- Integridade cutânea.

Riscos/ Tomada de Decisão:

- Contaminação: rever técnica de curativo;
- Lesão da pele: utilizar proteção para a borda da ferida, prescrita pelo enfermeiro, observar evolução;
- Deiscência: avaliar e prescrever curativo, comunicar ao médico.

Garrote Pneumático**Finalidades:**

- Equipamento utilizado no bloqueio da circulação sanguínea em cirurgias de membros superiores e inferiores.

Material Necessário:

- 01 Equipamento e acessórios (manguito de calibre adequado e extensões);
- Malha tubular;
- Faixa de smارش;
- Compressas;
- Álcool a 70%.

Pré - Execução:

- Verificar limpeza do garrote pneumático;
- Levar o equipamento na sala de cirurgia, mantendo-o ligado na rede elétrica;
- Testar o equipamento antes de ser utilizado;
- Deixar o equipamento a disposição do cirurgião e/ou membros da equipe.

Execução:

- Apertar o “power” do painel;
- Auxiliar o cirurgião durante a instalação do equipamento, protegendo o membro com a malha tubular;
- Programar o equipamento, quando solicitado pelo cirurgião, caso o mesmo não o faça;
- Elevar o membro ou oferecer a faixa de smارش para o médico, para favorecer o retorno venoso;
- Insuflar o “cuff”, quando solicitado pelo médico;
- Verificar se a pressão exercida pelo “cuff” está de acordo com a desejada pelo cirurgião;
- Observar o funcionamento do equipamento e possíveis alarmes.

Pós - Execução:

- Desinflar o “cuff”;
- Desligar o equipamento;
- Retirar o “cuff” e extensões do paciente;
- Desinfetar o “cuff” e as extensões com álcool a 70% e guardá-las no local apropriado;
- Desinfetar o equipamento com álcool à 70% e guardá-lo na sala de equipamentos;
- Registrar no impresso de “Pré, Trans e Pós-operatório” e no Débito Cirúrgico a utilização do equipamento.

Avaliação:

- Mau funcionamento do equipamento: informar os técnicos do Setor de Engenharia Clínica;
- Garroteamento insuficiente do membro, ocasionando sangramento indesejado: verificar pressão programada e comunicar ao cirurgião;
- Garroteamento excessivo, ocasionando lesões do membro: verificar pressão programada e informar à equipe médica.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Avaliar funcionamento adequado do equipamento e dos acessórios (verificar se estão bem conectados);
- Avaliar coloração e existência de edema no membro garroteado;
- Avaliar desinfecção do equipamento – antes e após sua utilização.

Lavagem Gástrica**Finalidades:**

- Preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias, estancar hemorragias gástricas ou esofágicas usando líquidos gelados e remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda gástrica com o número compatível com o tamanho do paciente, 01 cuba-rim, esparadrapo, micropore, soro fisiológico 0,9% 500ml, 01 seringa de 10ml ou 20ml, 01 tubo de Xilocaína geleia, gaze, 01 coletor de urina aberto ou saco coletor, 01 equipo com injetor lateral.

Pré - Execução:

- Observar a prescrição médica;
- Preparar material;
- Solicitar o auxílio para a realização do procedimento, se necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Realizar sondagem gástrica conforme técnica própria;
- Fixar a sonda com micropore;
- Com a seringa, verificar se refluí suco gástrico ou resíduos;
- Infundir soro fisiológico 0,9% ou outra solução em seringa ou através do equipo, conforme prescrição médica;
- Aspirar o mesmo volume de solução que foi infundida, se necessário;
- Fazer lavagem até que o líquido retorne totalmente límpido, ou conforme orientação do enfermeiro / médico;
- Desprezar o líquido em cuba-rim se necessário;
- Observar aspecto, volume da solução retirada;
- Manter sonda aberta / fechada conforme orientação médica;
- Manter o paciente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar fixação da sonda posicionamento adequado;
- Avaliar distensão abdominal;
- Avaliar débito (aspecto e volume);
- Avaliar presença de náuseas e vômitos.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Mobilização da sonda: Reposicionar a sonda;
- Bronco aspiração: Fazer aspiração naso-traqueal, verificar insuficiência respiratória e manter decúbito elevado;
- Distensão abdominal: Abrir / Aspirar sonda, observar náusea e vômitos;
- Posicionamento da sonda: verificar posicionamento da sonda e se necessário providenciar reposicionamento.

Instalação de Nutrição Parenteral

Finalidades:

- Nutrição e hidratação do paciente impossibilitado de se alimentar por via oral ou através de sonda

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 equipo de bomba de infusão, 01 pacote de gaze esterilizada, 02 unidades de álcool Swab, 01 agulha Interlink para infusão contínua.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material;
- Conferir o rótulo da solução de NPT;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;

- Utilizando técnica asséptica, fixar o equipo a bolsa de NPT eliminando ar;
- Proteger o equipo com ponta própria utilizando técnica asséptica;
- Fechar a pinça do equipo e inseri-lo na bomba de infusão;
- Instalar sistema de NPT à bomba de infusão;
- Programar bomba de infusão conforme prescrição;
- Fazer assepsia da conexão com álcool Swab;
- Conectar equipo da bomba de infusão ao acesso venoso exclusivo para a NPT, conectando agulha Interlink de infusão contínua;
- Abrir todas as pinças;
- Iniciar a infusão;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Permeabilidade do cateter;
- Sinais e sintomas de reações adversas;
- Correto funcionamento da bomba de infusão.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reações adversas: suspender a infusão da solução de NPT, instalar solução glicosada a 10%, avisar o médico;
- Obstrução do cateter: suspender a infusão, puncionar acesso periférico, instalar solução glicosada a 10%, avisar o médico.

Manuseio de Bisturi Elétrico

Finalidades:

- Equipamento utilizado em procedimentos cirúrgicos, para corte e coagulação de tecidos.

Material Necessário:

- 01 Bisturi elétrico;
- 01 Pedal;
- 01 Cabo da placa isolante;
- 01 Placa isolante descartável (adulto e infantil);
- 01 Caneta de bisturi esterilizada.

Pré - Execução:

- Separar os equipamentos e acessórios;
- Encaminhar à sala de cirurgia.

Execução:

- Conectar o bisturi na rede elétrica;
- Conectar a placa isolante descartável no paciente mantendo amplo contato com a pele, em área que não corra risco de umidificá-la durante o ato cirúrgico, e sem contato com locais de protuberância óssea;
- Conectar o cabo na placa isolante;
- Aproximar o bisturi da mesa operatória;
- Conectar o cabo na placa do bisturi;
- Aguardar que o cirurgião forneça a extensão da caneta do bisturi e conectá-la no equipamento;
- Aproximar o pedal do bisturi do elemento da equipe que irá comandar o equipamento;
- Ligar o “Plug” do equipamento;
- Selecionar o grau de corte e coagulação conforme orientação do cirurgião.

Pós - Execução:

- Desligar o equipamento no “plug”;
- Desligar o bisturi da rede elétrica;
- Vestir luvas de procedimentos;
- Desconectar o cabo e caneta do equipamento;
- Desprezar a placa no lixo;
- Fazer desinfecção do equipamento com álcool 70%;
- Encaminhar a caneta do bisturi para o expurgo da central de material esterilizado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Anotar na folha de débito do centro cirúrgico a utilização do equipamento.

Avaliação:

- Avaliar funcionamento adequado do equipamento;
- Verificar colocação adequada da placa do bisturi;
- Avaliar desinfecção do equipamento – antes e após sua utilização.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Não funcionamento por defeito no aparelho: acionar os técnicos da engenharia clínica;
- Não funcionamento do pedal: checar adaptação do pedal ao equipamento;
- Acionamento do alarme do bisturi por má adaptação dos acessórios: checar adaptações do cabo, placa e caneta; verificar área de fixação da placa do bisturi elétrico no paciente;
- Queimaduras químicas por não retirada do excesso de antisséptico (Chlorexidina ou PVPI) próximo à placa isolante: retirar a placa, limpar a região e avaliar danos causados.

Montagem do Cateter de Swan Ganz**Finalidades:**

- Montar material para a passagem de Swan Ganz.

Material Necessário:

- 03 Pacotes de gaze esterilizada; clorexidina alcoólica; 01 frasco Xylocaína 2% sem vasoconstritor; 03 campos cirúrgicos; 01 avental esterilizado; 01 máscara; 01 gorro; 01 par de luvas esterilizada; 01 kit introdutor 8,5; 02 transdutor de PA; 01 cateter de termo diluição Swan Ganz; fio mononylon 3.0; 01 caixa de curativo; 01 cuba-rim; 01 frasco de soro fisiológico 0,9% de 250ml com 0,25ml de Heparina; 01 cúpula; 02 frascos de soro fisiológico de 500ml com 0,5ml de Heparina cada; 02 pressurizadores; 01 suporte de soro; 01 suporte para transdutor PA; 01 monitor de débito contínuo; 02 cabos intermediários do cateter de Swan Ganz; 02 cabos intermediários do transdutor de PA; 01 módulo de PA invasiva; 01 régua de nível (PVC).

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar a mesa auxiliar próximo ao leito;
- Cobrir a mesa com campo esterilizado (técnica asséptica);
- Abrir e colocar materiais sob a mesa (técnica asséptica);
- Colocar 250ml de S.F. 0,9% com 0,25ml de Heparina na cuba-rim;
- Colocar clorexidina alcóolica na cúpula;
- Conectar cada equipo de transdutor de PA a um frasco de solução Heparinizado de 500ml de S.F. 0,9%;
- Preencher todo equipo e extensão do transdutor de P.A;
- Colocar cada frasco de solução Heparinizada em um pressurizador e em seguida, pressurizar o frasco até a linha verde;

- Pendurar o pressurizador no suporte de soro;
- Colocar o suporte de transdutor de P.A no suporte de soro alinhado com a linha axilar média do paciente;
- Colocar o transdutor no suporte próprio;
- Conectar o transdutor de P.A invasiva através do cabo intermediário de pressão;
- Conectar os cabos intermediários de Swan Ganz no monitor de débito cardíaco;
- Auxiliar o médico a paramentar-se;
- Conectar o cabo intermediário de Swan Ganz ao cateter, durante o procedimento;
- Auxiliar o médico no procedimento.

Pós - Execução:

- Encaminhar e desprezar o material sujo no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Certificação da utilização correta dos materiais.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação: refazer o procedimento com técnica correta;
- Refluxo de sangue para o Domus: reinstalar novo Domus;
- Presença de arritmia cardíaca: Observar monitor cardíaco, comunicar plantonista;
- Possibilidade de parada cardíaca: Observar monitor cardíaco, comunicar plantonista, manter carro de emergência próximo do leito;
- Presença de bolhas de ar no Domus: retirar o ar de dentro do Domus

Mudança de Decúbito**Finalidades:**

- Prevenção de úlcera de decúbito.

Material Necessário:

- Cochins, lençóis e 01 par de luva de procedimento.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de um colaborador;
- Solicitar o material no almoxarifado;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Cada um dos colaboradores deverá posicionar-se de um lado do leito;
- Com a travessa, mobilizar o paciente para o lado oposto ao qual ele ficará;
- Fletir o membro inferior oposto ao qual ele ficará;
- O colaborador do lado oposto, deverá colocar uma das mãos no ombro do paciente e a outra na flexão do joelho, puxando-o para cima;
- O colaborador posicionado atrás do paciente, deverá colocar o cochin, previamente protegido por um lençol, nas costas do mesmo evitando que retorne a posição anterior;
- Proteger a articulação dos joelhos colocando cochin entre eles;
- Levantar as grades de proteção;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Condições de segurança após posicionamento;
- Sinais de fraturas;
- Integridade cutânea.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de pele: fazer proteção de saliência ósseas;
- Posicionamento inadequado: corrigir e prevenir deformidades patológicas.

Preparo de leito cirúrgico

Finalidade:

- Proporcionar conforto e segurança ao paciente em pós operatório.

Material necessário:

- Lençóis, forro, travessa e travesseiro com fronha.

Pré-execução:

- Observar tipo de cirurgia;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Remover a roupa de cama usada;
- Colocar o lençol de baixo de forma que permaneça esticado;
- Colocar o lençol móvel (travessa) na altura do quadril;
- Na cabeceira, colocar um forro em forma de leque;
- Colocar o lençol de cima e a colcha, sem prender as pontas;
- Enrolar a colcha junto ao lençol de cima;
- Checar a ordem e limpeza do quarto.

Pós-execução:

- Desprezar a roupa retirada em local adequado;
- Lavar as mãos.

Avaliação:

- Verificar o preparo correto do leito antes do retorno do paciente da sala de cirurgia.

Riscos/tomada de decisões:

- Preparo inadequado do leito – repetir o procedimento.

Restrição de Membros**Finalidades:**

- Conter pacientes que apresentam risco de queda eminente;
- Evitar a retirada de sondas e cateteres em pacientes não colaborativos.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimentos, atadura de crepe e algodão de acordo com a necessidade.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Solicitar auxílio de um colega;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou familiar quanto ao procedimento;
- Dispor material junto ao paciente;
- Colocar membro em posição apropriada;
- Proteger pele com algodão ortopédico da extremidade distal para a proximal;
- Enfaixar com atadura de crepe da extremidade distal para a proximal;
- Amarrar extremidade livre da atadura no leito. Não utilizar a grade;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Garroteamento do membro restringido.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Diminuição da perfusão no membro restringido: Retirar a restrição.

Transporte do paciente da Cadeira de Rodas / Poltrona Para o Leito

Finalidades:

- Transportar o paciente cuja mobilização está comprometida de maneira segura.

Material Necessário:

- 01Par de Luvas de procedimento.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;

- Solicitar auxílio de outro colaborador;

- Preparar material;

- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Colocar a cadeira de rodas/poltrona junto ao leito do paciente;

- Travar a cadeira de rodas;

- Elevar a cabeceira da cama;

- Calçar as luvas;

- Colocar um braço sob a axila do paciente, e solicitar que o ajudante faça o mesmo;

- Levantar o paciente e colocá-lo sentado na beira da cama;

- Girar o corpo do paciente, deitando-o;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Posicionamento correto mantendo medidas de segurança e conforto.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: solicitar ajuda, solicitar avaliação do médico plantonista, comunicar o médico do paciente.

Punção Venosa

Finalidades:

- Obter acesso venoso periférico para infusão de soluções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcool Swab, micropore (20cm), 01 tesoura, 01 garrote, 01 cateter venoso periférico, -- 01 conexão de 2 vias e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Observar rede venosa periférica, selecionando o melhor acesso;
- Escolher cateter venoso mais adequado e cortar o micropore;
- Calçar as luvas;
- Colocar o garrote;
- Proceder a antissepsia do local à ser puncionado em um único sentido;
- Segurar o membro à ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele;
- Com a mão dominante, proceder a introdução do cateter venoso, com bisel da agulha para cima, numa angulação de 15 a 30 graus, de 1 a 2cm abaixo do ponto onde a agulha penetra a veia;
- Mantendo a pele tracionada, introduzir a agulha na veia lentamente;
- Após a introdução completa do cateter, retirar o garrote e conectar-se o que estiver prescrito;
- Fixar o cateter com micropore e datá-lo;
- Limpar o local da punção, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar o posicionamento adequado do cateter;
- Avaliar o calibre adequado de cateter;
- Avaliar permeabilidade da veia;
- Avaliar se há hiperemia, dor e edema;
- Avaliar a fixação adequada.

Risco / Tomada de Decisão:

- Garroteamento Excessivo: Soltar o garrote;

- Flebite: Observar evolução, anotar em prontuário, elevar membro;
- Transfixação do cateter: Fazer compressão no local;
- Extravasamento de líquido e hematoma: Fazer compressão local, elevar o membro, fazer compressa com bolsa de água quente.

Retirada de Pontos

Finalidades:

- Retirar pontos após o processo de cicatrização.

Material Necessário:

- Bandeja, pacote de curativo, gaze esterilizada, soro fisiológico 0,9%, saco de lixo, 01 par de luvas de procedimento e lâmina de bisturi descartável.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o material a ser usado próximo do paciente;
- Aproximar o lixo, em posição que não cruze material sujo sobre o limpo;
- Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas o local da incisão;
- Calçar as luvas;
- Retirar o curativo, se estiver usando técnica de curativo simples (usar luvas);
- Verificar as condições de cicatrização, avaliando se os pontos podem ser retirados totalmente ou alternados;
- Colocar o pacote de curativo sobre o carrinho ou bandeja;

- Dispor as pinças num lado, em cima e na borda do campo esterilizado, com auxílio da pinça servente;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-las no campo esterilizado distante das pinças;
- Fazer antisepsia da incisão e lavar com SF 0,9%;
- Preparar o bisturi;
- Pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;
- Cortar o fio logo abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele;
- Puxar o ponto retirando-o;
- Colocar o ponto retirado sobre a gaze próximo a incisão;
- Proceder da mesma maneira para os demais pontos;
- Desprezar a gaze;
- Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
- Fazer o curativo de acordo com a técnica simples ou contaminado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Preencher a nota de débito e anexar à ficha de atendimento.

Avaliação:

- Presença de secreção e deiscência.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Sangramento: Compressão local e avisar o médico;
- Deiscência: Aproximar parede com pontos falsos e avisar o médico.

Sondagem retal

Finalidades:

- Auxiliar eliminação de gases;
- Preparar o paciente para cirurgias/exames;

- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda retal, 01 tubo de Xylocaína geléia, 05 gazes não esterilizadas, 01 saco de lixo pequeno, 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Observar calibre da sonda à ser utilizada;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Dispor o material próximo ao paciente;
- Promover privacidade;
- Colocar o paciente em posição de SIMS (decúbito lateral esquerdo, com MIE estendido e MID fletido);
- Abrir os materiais sobre o campo;
- Calçar as luvas;
- Lubrificar a sonda com Xilocaína geleia;
- Com a mão não dominante, afastar os glúteos, a fim de visualizar o ânus;
- Solicitar que o paciente inspire profundamente e introduzir vagarosamente a sonda no reto;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Eficácia do procedimento;
- Integridade da mucosa.

Sondagem Gástrica**Finalidades:**

- Promover a drenagem do suco gástrico, promover a nutrição e/ou hidratação em pacientes com dificuldade de deglutição e administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda nasogástrica 01 tubo de Xylocaína gel, gaze não esterilizada, 01 estetoscópio, 01 toalha e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar decúbito do paciente;
- Calçar as luvas;
- Medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha até o apêndice xifoide;
- Marcar a sonda;
- Colocar toalha sobre o tórax do paciente;
- Lubrificar a extremidade distal da sonda e a narina escolhida com xilocaína gel;
- Introduzir a sonda, lentamente, pela narina até o local marcado;
- Testar a localização da sonda, injetando 10-20 ml de ar pela sonda e procedendo ausculta abaixo do apêndice xifoide;
- Fixar a sonda na asa do nariz de face;
- Deixar a sonda fechada ou aberta, conforme solicitação médica;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Posicionamento adequado da sonda;
- Sangramento;
- Observar e anotar débitos e aspectos de conteúdo drenado;
- Padrão respiratório;
- Escolha da via para realizar o procedimento (nasal/oral).

Riscos / Tomada de Decisão:

- Falso trajeto: avaliar posicionamento adequado da sonda (aspiração de suco gástrico ou introdução de 10 ml de ar auscultado pelo estetoscópio);
- Lesão de mucosa: avaliar presença de sangramento;
- Desconforto respiratório: avaliar padrão respiratório e comunicar;
- Introdução da sonda com medida maior de maneira que ultrapasse o estômago e se aloje no duodeno: avaliar posicionamento da sonda;
- Calibre da sonda inadequado ao tamanho do paciente: avaliar o calibre da sonda de acordo com o tamanho do paciente;
- Saída da sonda acidentalmente: repetir o procedimento de sondagem gástrica.

Transporte do paciente da maca para o leito

Finalidades:

- Transportar o paciente cuja mobilização está comprometida.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento.

Pré - Execução:

- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Alinhar a maca com o leito, observando o lado da cabeceira;
- Travar a maca;
- Calçar as luvas;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo do paciente;
- Levar o paciente da maca para a cama de forma sincronizada;
- Virar o paciente para o outro lado e retirar o lençol;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar posição confortável;
- Avaliar posicionamento de drenos e cateteres.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: reposicionar o paciente e comunicar a enfermeira;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o paciente;
- Mobilização de drenos e cateteres: comunicar a enfermeira para avaliação.

Transporte do paciente do leito para a maca

Finalidades:

- Transportar o paciente com restrições na deambulação.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 transfer, 01 maca e 01 lençol.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Alinhar a maca ao leito;
- Travar a maca;
- Calçar luvas;
- Colocar o transfer sob o paciente e o lençol;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo da paciente;
- Transferi-lo para a maca de forma sincronizada;
- Virar o paciente de lado e retirar o lençol;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar conforto e segurança do paciente;
- Avaliar posicionamento de drenos e cateteres.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: reposicionar o paciente e comunicar a enfermeira para realizar o exame físico e avaliação do paciente;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o paciente e mobilizar adequadamente;
- Mobilização e drenos e cateteres: comunicar a enfermeira para avaliação do paciente e posicionamento correto de drenos e cateteres.

Troca de bolsa de ostomia**Finalidades:**

- Troca de bolsa/placa por apresentar-se danificada;
- Evitar vazamento.

Material Necessário:

- 01 Unidade de bolsa de colostomia com flange, 01 unidade de placa com flange, 01 clip para bolsa de ostomia, 10 unidades de gaze não esterilizada, 01 saco de lixo, 01 frasco de SF 0,9% - 125ml, 01 Par de luvas de procedimento, solução para remover adesivo, solução protetora da pele.

Pré - Execução:

- Observar a necessidade de troca;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Montar o material e deixá-lo próximo ao paciente;

- Promover privacidade;
- Calçar as luvas;
- Proteger a região abaixo da bolsa com toalha;
- Retirar a bolsa e a placa;
- Desprezar a bolsa e a placa contaminada no saco de lixo;
- Higienizar o estoma com soro fisiológico e gaze de fora para dentro, com movimentos firmes;
- Secar a pele;
- Usar a tabela ou padrão do estoma para determinar o tamanho do orifício;
- Desenhar o tamanho correto no verso da placa e cortar;
- Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa sobre a pele e em torno do estoma;
- Fixar a bolsa sobre as bordas da placa;
- Fechar a extremidade da bolsa com dispositivo próprio;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Integridade cutânea;
- Presença de vazamentos.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão cutânea: proteção da pele com solução protetora e frequente da bolsa.

PROTOSCOLOS DE SEGURANÇA E QUALIDADE DO PACIENTE

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

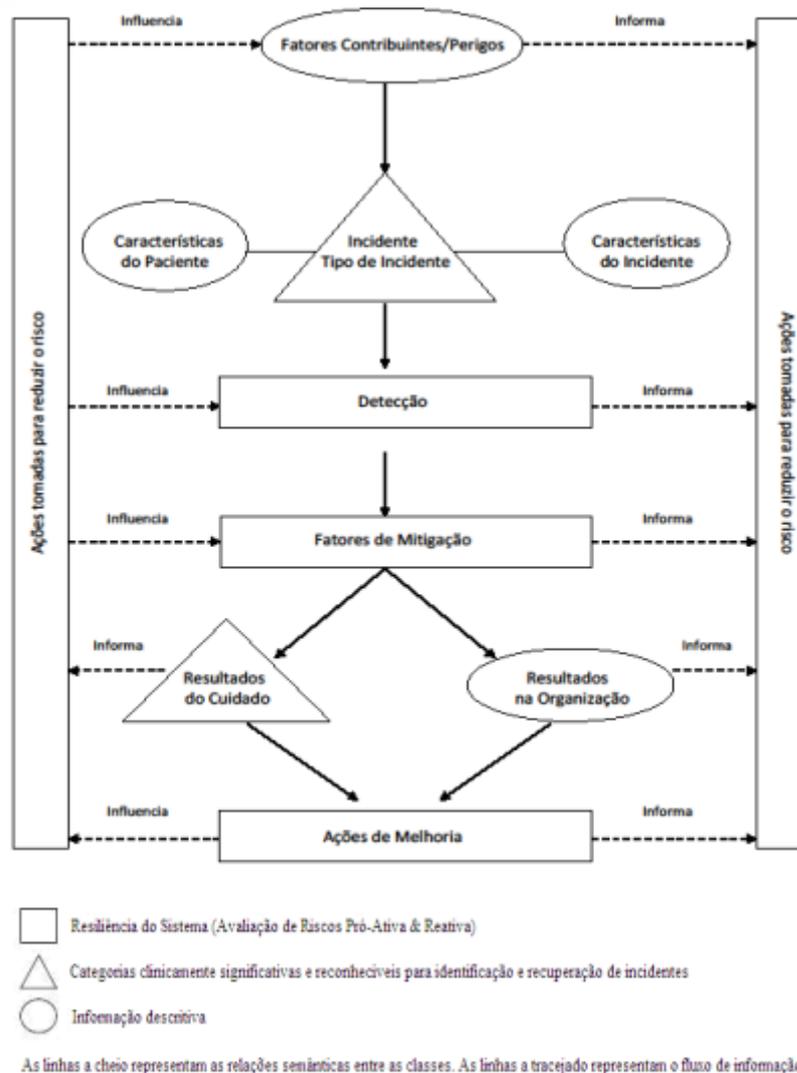
Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso.

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente.

Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

Planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde São planos desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde. Na Figura 2, o esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS ajuda a organizar as ações no plano.

Figura 2 – Esquema Conceitual da Classificação Internacional de segurança do paciente da OMS



A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS pretende fornecer uma compreensão global do domínio da segurança do paciente. Tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema.

As ações foram diferenciadas da seguinte forma:

- Ações definidas a partir da detecção de um incidente.
- Ações (Fatores de Mitigação) que previnem ou moderam a progressão de um incidente, tomadas depois da ocorrência de um erro que tenha colocado em xeque os mecanismos de prevenção de incidentes existentes.

- Ações de melhoria para aprimorar ou compensar qualquer dano ao paciente depois de um incidente.
- Ações de redução de risco – para prevenir a ocorrência de um mesmo incidente ou de incidente similar e para melhorar a resiliência do sistema**.

- Ações que busquem compreender a realidade e o perfil assistencial do ponto de atenção, possibilitando observar os maiores riscos envolvidos no cuidado. Para a organização do plano é importante que se conheça os fatores contribuintes, que são circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

Os fatores podem ser:

I. Humanos – relacionados ao profissional.

II. Sistêmico – relacionados ao ambiente de trabalho.

III. Externos – relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor. IV. Relacionados ao paciente. **Exemplo:** não adesão ao tratamento. Conhecer e modificar o fator contribuinte de um incidente é uma ação de prevenção primária.

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

PROCOLOS

PROCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

2. Justificativa

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 20031 .

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de

utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos. Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

3. Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

4. Intervenção

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

4.1. Identificar os pacientes:

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. As especificações da pulseira de identificação do paciente estão descritas no Apêndice deste Protocolo.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente. Em geral, o local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

4.2. Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador:

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

4.3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos. 5. Procedimento operacional

5.1. Identificar o paciente

A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível.

CASOS ESPECIAIS:

O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.

5.1.1. Definições Institucionais

A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação. Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros.

Utilizar no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente número de prontuário do paciente. Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.

Os registros dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos. Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve: Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e não se desgastar durante a permanência do paciente no hospital. Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.

A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável. A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

Os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na transferência e na alta do paciente.

5.1.2. Transferências de Pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde.

O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde. Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como: o local de onde a pessoa foi resgatada e o horário, o número de registro do atendimento do serviço de ambulância, a descrição física da pessoa. Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário.

IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

5.2. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

5.2.1. A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

- * A administração de medicamentos;
- * A administração do sangue;
- * A administração de hemoderivados
- * A coleta de material para exame
- * A entrega da dieta e;
- * A realização de procedimentos invasivos.

5.2.2. O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

5.2.3. A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

5.2.4. A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

5.2.5. Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

5.2.6. Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

5.2.7. A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

5.2.8. **Peça** ao paciente que declare (e, quando possível, solete) seu nome completo e data de nascimento.

5.2.9. **SEMPRE** verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

5.2.10. **Lembrar** que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas

5.2.11. **NUNCA** pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

5.2.12. **NUNCA** suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

PROCOLO GERENCIADO: META

COMUNICAÇÃO EFETIVA

1. OBJETIVO

Estabelecer uma comunicação efetiva entre a equipe de profissionais e/ou pacientes. Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação.

2. APLICAÇÃO

Este protocolo deverá ser aplicado nos pontos de assistência de todos os setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

3. DEFINIÇÕES

Fidedignas: Aquilo ou aquele que é de confiança, crédito, veracidade.

Imprescindível: Imprescindível é sinônimo de: indispensável, insubstituível, essencial.

Terminologia: Conjunto de termos específicos ou sistema de palavra.

Read Beack: leia de volta.

4. RESPONSABILIDADES

Enfermagem: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read beack).

Equipe multidisciplinar: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read beack).

5. DESCRIÇÃO

A comunicação efetiva é relevante em qualquer ambiente. Dessa forma, as instituições reduzem a ocorrência de erros, resultando na melhoria da Segurança do Paciente.

A comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado deve ser clara, para que não comprometa nenhuma etapa da assistência.

A comunicação é a troca de informações envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. A comunicação efetiva é a Segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente.

Falhas na comunicação podem causar sérios danos ao paciente.

Nesta instituição ocorrerá através:

- Comunicação verbal presencial;
- Quadros e/ou painéis de informação;
- Sistema informatizado interno;
- Prontuários e livros de registros;
- Telefones;
- E-mail;

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

Características essenciais para a comunicação efetiva entre os profissionais.

- Clareza
- Precisão
- Objetividade
- Informações completas
- Informações sem ambiguidade

Ao receber uma informação, a mesma deverá ser repetida para seu locutor a fim de validar o que foi escutado/entendido, com a finalidade de validar a informação recebida evitando erros de interpretação, falta de informação e ambiguidade.

A transmissão de informações nas Unidades deve ser realizada na forma:

A passagem de plantão presencial e padronizada a cada troca de turno para todas as categorias de profissionais.

Entre horário/plantão: Nome do cliente, diagnóstico médico, estado geral, nível de consciência, dispositivos em uso, exames realizados durante as últimas 24 h, intercorrências e mudanças no quadro de saúde, pendências para os próximos plantões, novas condutas adotadas, início de novas drogas e mudanças na infusão/ concentração, troca de local dos acessos venoso periférico, integridade da pele.

Visitas interdisciplinares com o envolvimento da equipe (Núcleos, Gerências, Coordenadores por áreas entre outros) e, quando possível, do paciente e/ou familiares.

Discussões interdisciplinares para construção de plano de ação pós-evento adverso grave.

Rondas em setores envolvendo toda a equipe multiprofissional, núcleo de segurança do paciente a gestão.

Sempre confirmar as informações recebidas, repetindo-as para o locutor, com a finalidade de conferir se elas foram compreendidas corretamente.

Toda anotação deve ser escrita, de forma clara, objetiva, contendo as informações necessárias com relação aos procedimentos e atitudes tomadas e descrever (o que foi feito e o porquê da sua não realização.)

SEQUÊNCIA OPERACIONAL DA ROTINA

Registrar em prontuário, assim que possível, as informações transmitidas verbalmente.

Adotar relatórios escritos, passagem de plantão beira do leito ou relatórios de troca de turnos, a fim de disseminar informações sobre os pacientes entre os profissionais da equipe e evitar a ocorrência de eventos adversos.

Utilizar quadros e/ou painéis nas unidades com informações sobre pacientes críticos. Respeitar

os horários padronizados para as passagens de plantão.

Promover feedback e read beack em casos de dúvidas decorrentes da falta de clareza na comunicação.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Finalidade: Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

2. Justificativa: Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes.

Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos.

Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde. Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis.

No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação. Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (highalert

medications), que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção.

Em pesquisa que analisou eventos adversos relacionados a medicamentos que ocorreram em hospital norte-americano de 1994 a 2000, foi observado que mais da metade dos eventos preveníveis que provocam danos nos pacientes envolvia anticoagulantes, opiáceos e insulinas.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente.

Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “medication errors” e “Brazil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares.

Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

3. Abrangência (âmbito, ponto de cuidado, local de aplicação).

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

4. Práticas seguras para prescrição de medicamentos

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como: Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento.

Geralmente possui dose única;

Pro re nata ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;
Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde. Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

5.1 Intervenções

5.1.1 Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

a) Identificação do paciente: A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

* Nome completo do paciente;

* endereço;

* data de nascimento.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala.

Obs.: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis. A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente.

A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento.

Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

A utilização da abreviatura “NI” (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

b) Identificação do prescritor na prescrição:

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição:

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor. A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos. Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição. O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via.

Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição. É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada e eletrônica).

f) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.

Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita.

Exemplos de nomes semelhantes: DOPamina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA; VimBLASTina e VinCRISTina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

g) Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose.

A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5 mL” seja interpretada como “25 mL”.

Não utilize “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita.

Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g". 5.1.2

Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

a) Alergias: Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

b) Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa. É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

c) Padronização de medicamentos: A equipe do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó criará uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo.

A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde. Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos. Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração.

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

5.1.3 Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico. A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, não deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

5.1.4 Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como “usar como de costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “se necessário” (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições. Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento. Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

5.1.5 Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração a) Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente. Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

c) Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a “síndrome do homem vermelho”, que ocorre com a infusão rápida de vancomicina. É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

d) Via de administração

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

5.1.6 Modificação da prescrição atual ou vigente

Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode: Acarretar erro na dispensação; e aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

5.1.7 Prescrições verbais

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento.

A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível. Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

5.1.8 Pontos de transição do paciente.

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas,

quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário.

Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações devem ser realizadas: Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente. O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante: Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.

Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

5.1.9 Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de

administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

5.1.11 Outras informações importantes para a prescrição segura

O prescritor deverá conhecer a história clínica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico.

Para apoiar a decisão de prescrever, utilizar fontes de informação sobre medicamentos atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica. Na prescrição para uso ambulatorial, quando necessário, deverá ser registrado na prescrição o tempo que o paciente deverá permanecer em observação no estabelecimento de saúde após a administração do medicamento. Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros. As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada.

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA DEFINIÇÃO

O Protocolo de Cirurgia Segura se constitui em um conjunto de regras estabelecidas em um consenso internacional comandado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de tornar as intervenções cirúrgicas mais seguras para pacientes.

OBJETIVOS:

1. Reduzir a incidência de complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos;
2. Prevenção de Cirurgia e Procedimentos Invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado ou paciente errado.
3. Atender às metas de segurança do paciente:
 - * Uso do antibiótico profilático.
 - * Tricotomia Segura
 - * Controle Glicêmico
 - * Garantir a manutenção da normotermia em pós-operatório imediato
 - * Profilaxia de Tromboembolismo Venoso
 - * Prevenção de Pneumonia Associado à Ventilação Mecânica

INDICAÇÃO: Todos os pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos.

AGENDAMENTO CIRÚRGICO Cirurgião / Anestesiista

- A solicitação de reserva de sala deve contemplar nome do procedimento que será realizado, a marcação da lateralidade pela equipe médica no nome do procedimento, sinalização com o preenchimento de presença de alergia e necessidade de isolamento para os pacientes internados.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO – PRÉ-OPERATÓRIO.**Cirurgião / Anestesiista**

- A equipe médica deverá avaliar o paciente e preencher os seguintes impressos: Anamnese e Exame Físico, Consentimentos Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica, Demarcar Sítio Cirúrgico quando aplicável;

- Avaliação do Risco de Tromboembolismo Venoso e quando necessário solicita a reserva de prevenção mecânica com o uso de Botas Pneumáticas;
- A identificação do local de intervenção é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento terapêutico invasivo;
- Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e procedimento terapêutico invasivo que impliquem em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado.
- A identificação do local de intervenção deve ser feita na unidade de internação e sinalização recomendada (X) no paciente.
- Outros tipos de marcação são aceitáveis desde que toda a equipe entenda claramente o local de intervenção. As cirurgias que requerem marcação especial (plástica, varizes) devem utilizar marcação específica.
- Nos casos de emergência, onde a marcação não é obrigatória, o médico responsável deverá registrar o local e lateralidade de intervenção em prontuário.
- O paciente não será posicionado na sala de cirurgia sem a marcação, exceto em casos de emergência.

Exceções:

- Os casos onde a marcação não é necessária ou recomendada incluem:
 - Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos;
 - Cirurgias e procedimentos de emergência;
 - Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora.
 - Suturas e cuidados com ferimentos no PA ou centro cirúrgico;
 - Agulhamento mamário;
 - Presença de trações cutâneas, aparelho gessado ou imobilizadores em membros a serem operados que serão retirados pelo cirurgião, na sala operatória, após o procedimento de TIME OUT.
 - Dente e face - indicar nome e local no consentimento informado. Evitar abreviaturas.

Recusa do paciente - registrar em prontuário procedimento aplicável.

- No caso de recusa do paciente que não se enquadra nas exceções, documentar em prontuário a recusa e certificar-se que o lado correto consta do consentimento informado e demais documentos necessários para cirurgia.

Enfermagem

- O enfermeiro deverá avaliar o paciente, realizar anamnese, exame físico e preencher o impresso de Ficha Pré-operatório;
- A equipe de enfermagem deverá realizar avaliação inicial com verificação e registro dos sinais vitais e controle de glicemia capilar;
- Orientar e retirar órteses, próteses e adornos do paciente;
- Encaminhar com o paciente os exames complementares relevantes para a realização do procedimento cirúrgico;
- Verificar o preenchimento correto e completo dos seguintes documentos: Avaliação pré-anestésica, Consentimento cirúrgico, Consentimento anestésico.

Enfermagem

- O Enfermeiro recebe o paciente e confere a pulseira de identificação, se todos os impressos estão no prontuário, termos assinados, exames de imagem, confirma com o paciente o procedimento, lateralidade e médico, verifica se o sítio cirúrgico (quando aplicável) está demarcado de forma correta e se não há divergência com os impressos do prontuário;
- Verifica a realização da tricotomia ou a necessidade de realizar em S.O com o tricotomizador;
- Caso seja encontrada alguma não conformidade o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas;
- Realiza conferência diária dos equipamentos fixos em sala e testa os equipamentos necessários para cada procedimento.

TIME OUT antes do início do procedimento e antes da indução anestésica:

Deve ocorrer na presença do Médico Anestesiologista e de um Médico membro da equipe cirúrgica (Cirurgião principal e/ou Médico Assistente)

Enfermagem

• Neste momento confere, em voz alta, na presença do médico e do anestesista, os itens de verificação:

- Paciente certo: Checagem da identificação do paciente quanto ao nome completo e número do prontuário;
- Procedimento certo: checagem no prontuário do procedimento agendado;
- Local certo: local da cirurgia demarcado de acordo com o procedimento agendado;
- Equipamentos, materiais (incluindo implantes e próteses) e medicamentos certos em sala, conforme estabelecido pela equipe médica;
- Documentação certa: anamnese, exame físico, avaliação pré-anestésica e consentimentos preenchidos; exames complementares relevantes para o procedimento em sala.
- Na presença de não conformidade em qualquer item deste processo, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da não conformidade;
 - Verifica o funcionamento do termômetro do monitor com a finalidade de controlar a normotermia.
 - Realiza e anota o controle inicial dos sinais vitais;
 - Verificação do funcionamento e posicionamento do oxímetro de pulso;
 - Confirmação de identificação de alergia.

Médico (Anestesiologista / Cirurgião)

• O médico anesthesiologista realiza o funcionamento do aparelho de anestesia antes do paciente entrar em sala;

• Confirma o risco de via área e o risco de aspiração, confirmar o funcionamento do equipamento ventilatório;

• Avalia a necessidade do uso de manta térmica;

• Avaliar risco de perda sanguínea, e necessidade de acesso venoso apropriado e fluidos de reposição disponíveis;

• Verificação e/ ou administração do antibiótico profilático;

- Confirma se todos os exames de imagem do paciente estão visíveis na sala cirúrgica (quando aplicável) Médico (Anestesiologista / Cirurgião)

- Confirmação do paciente certo, lateralidade e procedimento;

- Revisa os passos críticos e inesperados, duração da cirurgia e perda sanguínea prevista.

TIME OUT antes do paciente sair de sala Enfermagem

- Ao término do procedimento, a equipe de enfermagem deverá realizar confirmação do procedimento realizado, conferência de compressas, gazes, agulhas, identificação de peças anatômicas, revisão de equipamentos, documentação do prontuário correto, uso de materiais de acordo com a autorização;

- Confirmar o uso do Antibiótico profilático e sua anotação pelo anestesiologista na Ficha de Anestesia;

- Confirmar com a equipe médica o encaminhado para a recuperação anestésica e/ou unidade de internação cirúrgica e unidade de terapia intensiva;

- Após a conformidade de todos os itens a equipe de enfermagem deverá conduzir o paciente ao seu destino. Médico (Anestesiologista / Cirurgião)

- Orienta os principais cuidados referente ao procedimento e recuperação do paciente; • Realiza a descrição cirúrgica. ∞ RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Enfermagem

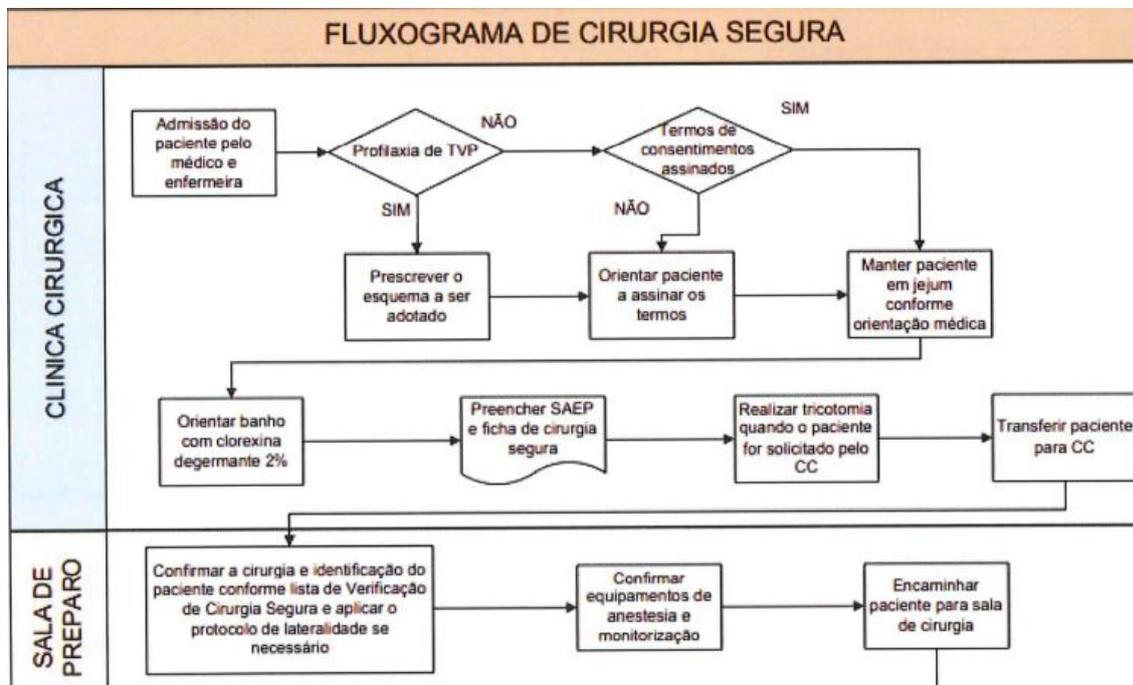
- Realiza e anota o controle da normotermia e necessidade do uso da manta térmica; • Realiza o controle dos sinais vitais e comunica alterações;

- Aplicação da escala de Dor e Aldret;

- O Enfermeiro realiza o plano de cuidados individualizado, pertinente a cada cirurgia;

- Realiza passagem de plantão para o enfermeiro da unidade de origem após alta do anestesista, comunicando se houve alterações e/ou intercorrências no transoperatório.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar realiza o acompanhamento dos pacientes que permaneceram entubados pós procedimento cirúrgico para orientação e aplicação de medidas preventivas de pneumonia associada à ventilação mecânica - PAV.



PROTOCOLO HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Finalidade:

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

2. Abrangência

O protocolo em questão deverá ser aplicado em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde que prestam cuidados à saúde, seja qual for seu nível de complexidade, no ponto de assistência. Entende-se por Ponto de Assistência o local onde três elementos estão presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente). O conceito envolve a necessidade de realizar a higiene das mãos nos momentos indicados, exatamente

onde o atendimento ocorre. Isto exige o acesso fácil a um produto de higiene das mãos (como por exemplo, a preparação alcoólica) que esteja tão próximo quanto possível – ao alcance das mãos no ponto de assistência ou tratamento do paciente.

Os produtos “point-of-care”, no local de atendimento, devem estar acessíveis sem haver a necessidade de o profissional sair do ambiente do paciente (WHO, 2009a). A disponibilização de preparação alcoólica para a higiene das mãos no ponto de assistência ocorre, geralmente, por meio de preparação alcoólica portada pelo profissional (frasco de bolso), dispensadores fixados na parede, frascos fixados na cama / na mesa de cabeceira do paciente ou nos carrinhos de curativos / medicamentos levados para o ponto de assistência (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a).

Definição “Higiene das mãos” é um termo geral que se refere a qualquer ação de limpeza das mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e conseqüentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (WHO, 2009a).

De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (que não será abordada neste protocolo), definidas a seguir.

3.1. Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

3.2. Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

3.3. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

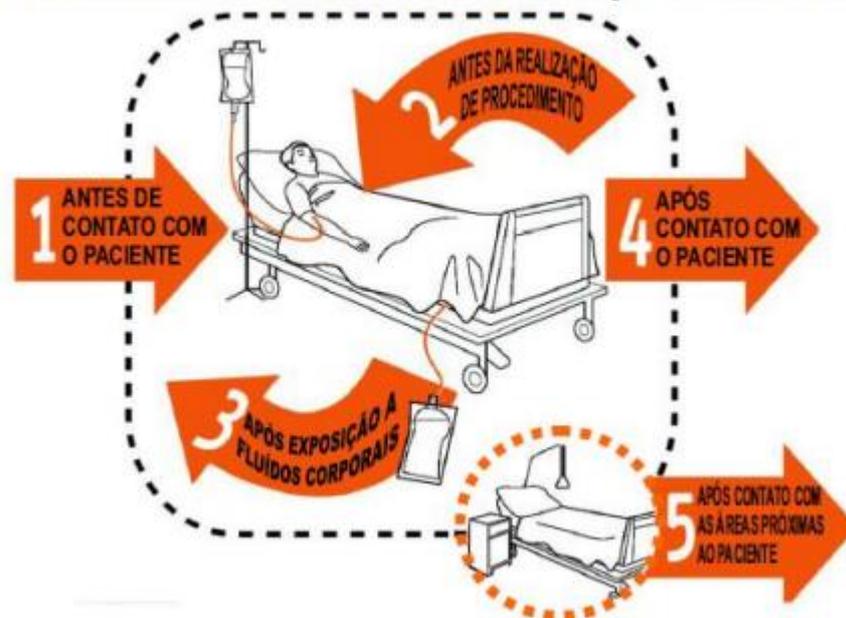
4. Intervenções

4.1. Momentos As mãos devem ser higienizadas nos momentos essenciais e necessários dentro do fluxo de cuidados assistenciais para prevenir IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos, seguindo os “Meus cinco momentos para a higiene das mãos” (WHO, 2009a), ou seja:

- * ANTES DE TOCAR O PACIENTE
- * ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO
- * APÓS O RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS
- * APÓS TOCAR O PACIENTE APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE

A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



4.2.1. Indicações para a higiene das mãos

As indicações para higiene das mãos envolvem (WHO, 2009a):

- a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais (IB) o após uso do banheiro (II);

b) Se a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C. difficile*, é preferível realizar a higiene das mãos com sabonete líquido e água (IB);

c) Usar a preparação alcoólica como meio preferido para a higiene rotineira das mãos em todas as outras situações clínicas descritas nos itens D(a) a D(f) listados abaixo, se as mãos não estiverem visivelmente sujas (IA). Em caso de impossibilidade de obter preparação alcoólica para a higiene das mãos, higienizar as mãos com sabonete líquido e água (IB).

d) Realizar a higiene das mãos: antes e após contato com o paciente (IB); antes de manusear um dispositivo invasivo para o atendimento ao paciente, independentemente do uso ou não de luvas (IB); após contato com fluidos corporais ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou curativos (IA); em caso de deslocamento de um local contaminado do corpo para outro local do corpo durante atendimento do mesmo paciente (IB); após contato com superfícies e objetos inanimados (inclusive equipamentos para a saúde) nas áreas próximas ao paciente (IB); após remoção de luvas esterilizadas (II) ou de procedimento (IB);

e) Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos, realizar a higiene das mãos usando preparação alcoólica para as mãos ou lavar as mãos com sabonete líquido comum ou associado a antisséptico e água (IB);

f) Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente (II).

5. Procedimentos Operacionais

5.1. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

5.1.1. Finalidade

Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) pode substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (BRASIL, 2010).

5.1.2. Duração do procedimento:

A fricção das mãos com antisséptico deve ter duração de 20 a 30 segundos.

5.1.3. Técnica Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (WHO, 2006):

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

 Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



5.2. Higienização simples

5.2.1. Finalidade

Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

HIGIENIZE AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO QUANDO ELAS ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS! CASO CONTRÁRIO, FRICCIONE AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA AS MÃOS.

Entende-se por mãos visivelmente sujas, as mãos que mostram sujidade visível ou que estejam visivelmente contaminadas por sangue, fluidos ou excreções corporais (WHO, 2009a).

5.2.2. Duração do procedimento

A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

5.2.3. Técnica

A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos (WHO, 2006):

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!

 Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



5.3. Higienização antisséptica

5.3.1. Finalidade

Promover a remoção de sujidades e de micro-organismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

5.3.2. Duração do procedimento:

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

5.3.3. Técnica:

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante (BRASIL, 2007).

6. Estratégia multimodal

Uma melhoria da higienização das mãos bem sucedida e sustentada é alcançada por meio da implementação de um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras comportamentais.

A Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a; OPAS & ANVISA, 2008b) foi proposta para traduzir na prática as recomendações sobre a higiene das mãos e é acompanhada por uma ampla gama de ferramentas práticas (kit de ferramentas de implementação) prontas para serem aplicadas nos serviços de saúde. Os componentes-chave da estratégia são descritos a seguir (WHO, 2009a):

6.1. Mudança de sistema: assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde.

Isto inclui dois elementos essenciais: acesso a um fornecimento contínuo e seguro de água, bem como de sabonete líquido e papel toalha; acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência.

6.2. Educação e treinamento: fornecer capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos, com base na abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e os procedimentos corretos de higiene das mãos.

6.3. Avaliação e retroalimentação: monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde, e retroalimentando estes resultados (feedback).

6.4. Lembretes no local de trabalho: alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.

6.5. Clima de segurança institucional: criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente, e no qual a melhoria da higiene das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis, incluindo:

- * a participação ativa em nível institucional e individual;
- * a consciência da capacidade individual e institucional para mudar e melhorar (autoeficácia);
- * parcerias com pacientes e organizações de pacientes.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS:

É a assistência multidisciplinar no monitoramento e implementação de medidas para prevenção de quedas em pacientes internados, em atendimento no Pronto Socorro e nos Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico.

DEFINIÇÃO DE QUEDA: Para a Sociedade Brasileira de Gerontologia (SBGG) a queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que compromete a estabilidade, sendo esta referência adotada no Hospital Samaritano.

SÃO CONSIDERADAS COMO QUEDAS AS SEGUINTE SITUAÇÕES:

- Quando encontramos o paciente no chão;
- Quando o paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Quando o paciente escorrega de uma cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão.

FATORES QUE PREDISPÕEM AO RISCO PARA QUEDA

- Alteração do estado mental (confuso ou agitado);
- Distúrbio neurológico;
- Prejuízo do equilíbrio da marcha;
- Déficit sensitivo;
- Queda anterior;

- Medicamentos que alteram o Sistema Nervoso Central;
- Idade > 60 anos e todas as crianças;
- Urgência urinária/intestinal.

AValiação DE RISCO PARA QUEDAS:

- Todos os pacientes são avaliados para risco de queda pelo enfermeiro, diariamente, a partir da admissão até o momento da alta;
- O impresso para avaliação de risco é preenchido individualmente por paciente.
- É considerada existência de risco de queda se for identificado um ou mais fatores de risco;
- Após avaliação, se detectado risco de queda, o enfermeiro realiza o diagnóstico de enfermagem, implementa as medidas preventivas padronizadas e outras de caráter individualizado;
- A Comissão de Prevenção de Queda elabora o Banco de dados das notificações de queda, bem como analisa as ocorrências, para posterior análise estatística pelo núcleo de epidemiologia e confecção de relatório técnico.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Equipe de Enfermagem:

- Implementar as medidas de prevenção para queda de acordo com a prescrição de enfermagem;
- Revalidar as orientações a cada plantão e checar a compreensão do paciente e acompanhante;
- Realizar a anotação de enfermagem, registrando as condições clínicas e neurológicas do paciente, orientações fornecidas, bem como as medidas implementadas para a prevenção da queda.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Folder de orientação de Prevenção de Queda;

2. Impresso de Avaliação de Risco;
3. Material para restrição no leito (se necessário);
4. Medicação prescrita (se necessário);
5. Protetores de grades da cama;
6. Etiqueta de identificação de impressos para risco de queda;
7. Placa de identificação de Risco de queda para portas;
8. Faixa de proteção para macas, camas e poltronas.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO EXECUTADO PELA ENFERMAGEM:

- Entregar, na admissão do paciente, o folder de orientação de Prevenção de Queda e realiza orientação ao paciente e acompanhante.
- Orientar Paciente e Acompanhante quanto ao Risco de Queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
- Manter a Campanha ao alcance do Paciente;
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas;
- Manter as grades de proteção elevadas e, se necessário, utilizar protetores entre o vão das grades;
- Utilizar faixa com velcro para proteção;
- Utilizar cintos de segurança nos carrinhos da brinquedoteca;
- Estabelecer limite de idade para uso dos carrinhos da brinquedoteca;
- Manter a área de circulação, do apartamento, livre de móveis e utensílios;
- Auxiliar na deambulação os pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;

- Notificar os Serviços de Diagnósticos quanto ao risco de queda, identificando a requisição de exames com etiqueta de risco;
- Identificar o prontuário com etiqueta de risco de queda;
- Identificar a porta com placa de risco de queda;
- Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante
- Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos;
- Manter vigilância e agilidade no atendimento às campainhas.

NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA:

- Em caso de ocorrência de queda, encaminhar o paciente ao leito, comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico;
- Na ausência do médico responsável pelo paciente, a enfermeira solicita a avaliação do médico do Pronto Socorro Adulto ou em casos de crianças solicita o médico pediatra;
- Registrar no prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda e conduta médica;
- Preencher o impresso de Ficha de Ocorrência de Queda;
- Encaminhar a Ficha de Ocorrência de Queda para a Supervisão de Enfermagem e Comissão de Prevenção de Quedas para análise.

DADOS MONITORADOS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDA

- Risco de queda identificado na admissão;
- Período do dia em que ocorreu o evento;
- Local da queda;
- Como ocorreu a queda;
- Se o paciente estava sozinho ou com acompanhante;
- Fatores que predisõem ao risco;
- Morbidade presente;
- Medicamentos em uso;
- Registro da avaliação / conduta médica após a queda;

- Perfil dos pacientes que apresentam Quedas;
- Consequências das quedas;
- Causas das Quedas;
- Qualidade dos registros de enfermagem;
- Prorrogação no tempo de permanência.

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA
ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

ANEXO I

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO
FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

ANEXO II

PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

ANEXO III

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

ÁREA DE
QUALIDADE

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

ÁREA DE QUALIDADE**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (membros e finalidade)****Membros:**

A Comissão de Ética Médica será composta por ao menos 3 (três) membros que participam das atividades inerentes à sua área de atuação e participarão de suas reuniões (ordinárias e extraordinárias) em condições de igualdade de manifestações de opinião e voto.

O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do CFM ou CREMEGO (Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás).

Todos os membros são considerados TITULARES.

A Comissão de Ética Médica será composta por:

- I- Presidente da Comissão;
- II- Secretário da Comissão;
- III- médicos das unidades;

Deverão ser eleitos pela equipe médica do hospital, devendo haver igual número de suplentes para os casos em que haja afastamento temporário de algum dos membros.

Finalidade:

Atender a Resolução do CFM E CRM no que se refere a obrigatoriedade da Comissão na unidade.

Ademais, caberá a Comissão de Ética Médica fiscalizar o exercício da atividade médica na instituição a qual se encontra vinculada, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecidos aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão.

Caberá ainda a essa Comissão, instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício; colaborar com o CRM na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica; atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto à normas legais que disciplinam o seu comportamento ético; orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica; atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à diretoria técnica da instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno da CEM HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ:

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Ética Médica – CEM, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizados nesta unidade hospitalar.

Art. 2º A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CREMEGO que exercem atividade assistencial didática, administrativa ou de pesquisa, incluindo aqueles não pertencentes ao seu Corpo Clínico, como os residentes e estagiários, mesmo que estas duas últimas categorias de médicos não participem das escolhas dos membros da CEM.

A CEM tem a função de ser um brado do CREMEGO junto ao Hospital, fiscalizando o exercício ético da Medicina pelos profissionais e pelos dirigentes da Instituição e instaurando sindicâncias éticas sempre que necessário.

Art. 3º A CEM é autônoma em relação à Administração do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, mantendo-se com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadores e sindicantes.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA

Art. 4º A Comissão de Ética Médica possui a seguinte estrutura:

- I- Presidente e suplentes;
- II- Secretário da Comissão;
- III- Apoio Administrativo;

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A CEM é composta por 3 (três) membros que participam das atividades inerentes a ela e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestações de opinião e de voto.

§ 1º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base resoluções do CFM ou CREMEGO;

§ 2º Todos os membros são considerados TITULARES da Comissão;

Art. 6º Os membros eleitos, escolherão por votação, o Presidente e o Secretário da Comissão.

Parágrafo único – No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da maioria, procederão a substituição dos membros que exercerão suas funções até o cumprimento do mandato.

Art. 7º Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por maioria, em reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e convocar nova eleição do seu Presidente e ou Secretário.

Art. 8º Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam regular com a CREMEGO.

§ 1º - Os membros da CEM, que posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

§ 2º - O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º - Compete à CEM do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

- I** – Supervisionar, orientar e fiscalizar quanto ao exercício ético e legal da atividade médica;
- II**- Comunicar ao CREMEGO quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- III**- Comunicar ao CREMEGO o exercício ilegal da profissão;
- IV**- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando ao CREMEGO quando houver indícios de infração ao CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, sem emitir juízo de valor, e quando ela for instaurada por solicitação daquele órgão;
- V** – Desenvolver atividade educativa através de discussão, divulgação e orientação sobre temas relativos a Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria e responsáveis pelos Institutos, Departamentos e Comissões regulares do Hospital;
- VI** – Fornecer subsídios à Direção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- VII** – Atuar preventivamente, conscientizando os médicos quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, através de reuniões, e outros meios disponíveis;

VIII- Divulgar a CEM aos médicos da instituição, sua constituição, finalidade e localização. Todo material escrito de divulgação emitido pela CEM, seja para os médicos ou usuário, deverá ser previamente apresentado e aprovado nas reuniões regulares;

IX – Manter relações com a Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Verificação de Óbitos, através do exame dos relatórios da totalidade dos óbitos ocorridos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e seus laudos necroscópicos quando existirem, que deverão ser encaminhados regularmente a CEM, bem como colaborando na avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes;

Art. 10º Compete ao Presidente da CEM:

I- Representar a CEM perante as Direções do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, Comissões e CREMEGO;

II- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

III- Convocar o Secretário, ou na ausência deste membro da CEM, substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;

IV- Encaminhar ao CREMEGO os relatórios de sindicância devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração do Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiverem origem naquele órgão;

V- Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar relatórios à CEM, quando da apuração de sindicância, bem como responder às consultar referentes a assuntos éticos;

Art. 11º Compete ao Secretário da CEM:

I- Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

II- Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;

III- Secretarias as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

IV- Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos a CEM;

V – Manter em arquivo próprio os documentos relativos a CEM;

VI- Zelar pelo patrimônio disponibilizado ao Secretário da CEM;

VII- Proceder as convocações para as reuniões da CEM;

VIII- Proceder as convocações para as oitavas das reuniões;

IX – Lavrar os documentos referentes às reuniões;

X – Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos.

Art. 12º Compete ao Apoio Administrativo;

I – Receber os expedientes encaminhados a CEM;

II – Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise da CEM;

III- Manter arquivo da CEM em ordem;

IV- Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

V- Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, o recebimento das cópias das atas das reuniões;

VI – Confecção de memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM;

VII- Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;

VIII- Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais;

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

Art. 13º - A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto nas chapas formadas, com candidatos a serem membros da Comissão, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e inscritos regularmente no CREMEGO, exceto os residentes e estagiários;

Art. 14º A convocação da eleição será feita pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás através de Edital de Convocação a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 15º Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Técnico da instituição, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 16º Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em anexo à parte, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 17º A CEM será composta por todos os candidatos pertencentes a chapa eleita, tendo sido nessa vigência eleitos 3 (três) membros.

Art. 18º A apuração deverá ser realizada imediatamente após o encerramento da votação pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 19º O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CREMEGO para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 20º Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após a eleição, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao CREMEGO.

Art. 21º Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CREMEGO ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral, quando então se procederá a escolha, pelos membros eleitos, em votação secreta, do Presidente e Secretário da CEM.

Art. 22º O mandato da CEM terá validade de 30 (trinta) meses.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 23º A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias e reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art. 24º As reuniões ordinárias e extraordinárias serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número dos membros presentes, após 15 (quinze) minutos do início previsto ou mesmo antes.

Parágrafo único- Na ausência do Presidente e Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e Secretário que conduzirá a reunião.

Art. 25º Os atos da CEM relacionados a fiscalização ou sindicância, tem caráter sigiloso.

Art. 26º Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes na reunião, sendo prerrogativa do Presidente o “voto minerva”, em casos de empate. Entretanto, a aprovação de relatórios de sindicância ou assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença dos 3 (três) membros.

Art. 27º As sindicâncias serão instauradas mediante:

- I – Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
- II – Denúncia por escrito, da Diretoria Técnica;
- III- Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado;
- IV- Determinação do CREMEGO.

Art. 28º Aberta sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir o relatório com suas conclusões e apresenta-lo em reunião ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido para determinada sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art. 29º Instaurada a sindicância, a CEM notifica os citados, oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.

Art. 30º Os envolvidos na sindicância podem manifestar-se por escrito ao ser ouvidos pela Comissão Sindicante (oitiva), acompanhados ou não por advogados, devidamente identificados, que não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do membro sindicante.

Art. 31º Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitivas, prontuário, que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da sindicância, deverão ser devidamente numerados e juntados à sindicância.

Art. 32º O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultado somente às partes e aos membros da CEM.

Art. 33º Em qualquer momento, os envolvidos têm direito a consulta e cópias dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por eventual quebra.

Art. 34º Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo de valor.

Art. 35º O membro da CEM presente na reunião que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas, improrrogável, até a realização da próxima reunião.

Art. 36º Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade do recurso junto ao CREMEGO, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art. 37º Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREMEGO, para a competente tramitação.

Art. 38º Constatada a existência de indícios de infração Administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, para as providências cabíveis.

Art. 39º Em caso de sindicâncias consideradas de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas “ad referendum” do CREMEGO.

§ 1º Havendo a conciliação, a CEM lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal, com envio de relatório ao CREMEGO.

Art. 40º O membro da CEM, envolvido em sindicância não participará das discussões da análise e da votação final do referido expediente.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 41º Os casos omissos serão discutidos e encaminhados ao CREMEGO para manifestação.

Art. 42º Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CREMEGO e quando a CEM julgar necessário.

Art. 43º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO											
	DE ÉTICA MÉDICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria Geral e Técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X											
Abertura para candidatura	X											
Eleição		X										
Estruturação dos membros da Comissão		X										
Definição das atribuições		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Aprovação dos membros da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários			X									
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento adequado dos prontuários			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

As reuniões ordinárias ocorrerão nas primeiras quartas-feiras de cada mês, às 13 horas, na sala de reunião do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Ética Médica**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da **Comissão de Ética Médica**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão de Ética Médica, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM (membros
e finalidade)**

Membros:

A Comissão de Ética em Enfermagem, é formada por enfermeiros e técnicos de Enfermagem como membros efetivos e com seus respectivos suplentes, se houver, de acordo com a Resolução COFEN 593/2018 e Decisão COREN/GO 469/2014, que normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem.

A Comissão de Ética em Enfermagem da unidade de saúde é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, em caráter permanente.

A Comissão de Ética de Enfermagem será um órgão que estará subordinado ao COREN-GO e assessorará Direção Geral e Gerência de Enfermagem da unidade de Saúde, terá um presidente, um secretário e membros efetivos e suplentes e a função de presidente deverá ser exercida exclusivamente por enfermeiro (a).

A Comissão de Ética de Enfermagem tem seus membros, preferencialmente, escolhidos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, onde o Enfermeiro Responsável Técnico – Gerente do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito, nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade e representantes do COREN-GO e norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação à comunidade interna de colaboradores.

Atuação da Comissão é técnico – científica-educativa e sigilosa, não podendo ser punitiva ou coercitiva. As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício em conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) Resolução Cofen nº 0564/2017.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à

diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

Membros:

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o quadro funcional de enfermagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, tendo um Presidente e um Secretário como membros titulares.

I- A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros enfermeiros e técnicos de enfermagem.

II- Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

III- Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem (quando esse for enfermeiro).

Finalidade

As ações da Comissão de Ética de Enfermagem, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visem:

I – Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

II – Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que julgar necessárias;

III- Denunciar as instâncias superiores, inclusive ao COREN, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

IV- Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

V- Assessorar a Gerência de Enfermagem, Diretorias Técnica e Geral dentro de sua área de competência;

VI – Orientar a diretoria responsável da unidade com relação as práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação;

VII- Realizar sindicância a pedido de interessados, enfermeiros, COREN-GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno da CEEEn do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:****CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS**

Art. 1º Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Ética de Enfermagem junto à Administração e ao Departamento de Enfermagem.

**CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES**

Art. 2º A Comissão de Ética de Enfermagem, tem por finalidade a definição das ações que visem orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

Art. 3º A Comissão tem funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem, verificando as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

Art. 4º Denunciar as instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), as eventuais más condições de trabalho na instituição;

Art. 5º Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

Art. 6º Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

Art.7º Colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art.8º Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

Art. 9º Assessorar o Coordenador Geral e de Enfermagem dentro de sua área de competência;

Art. 10º Realizar sindicância a pedido de interessados, enfermeiros, COREN -GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 11º A Comissão de Enfermagem será composta por: 01 presidente, 01 secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: enfermeiro e técnico de enfermagem, com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único – O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por enfermeiro.

Art. 12º As Comissões de Ética serão compostas por: 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos ou auxiliares de enfermagem e número de suplentes idêntico.

Art. 13º O tempo de mandato das CEEenf será de 3 (três) anos, sendo admitida uma recondução.

Art. 14º Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 15º Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem (quando este (a) for Enfermeiro).

Art. 16º A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atendam os seguintes critérios:

- Não estar exercendo a função de coordenador geral ou gerente de enfermagem na unidade;
- Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não ter condenação em processos de qualquer natureza relacionados ao exercício de sua função;
- Ter no mínimo 02 (dois) anos de inscrição definitiva e estar em dia com as obrigações junto ao COREN;

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 17º Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem da Instituição, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Art. 18º Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem;

Art. 19º Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética dos profissionais de enfermagem.

Art. 20º Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;

Art. 21º Conscientizar os profissionais de Enfermagem da necessidade e importância da necessidade e importância do comportamento ético-profissional e das implicações da atitude;

Art. 22º Assessorar e orientar o Diretor Geral e Gerente de Enfermagem da unidade de saúde, os membros da equipe, clientes e familiares, as questões éticas, emitindo parecer, inclusive sobre projetos de pesquisas que envolvem profissional de enfermagem.

Parágrafo único- Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

Art. 23º Fiscalizar o exercício ético dos profissionais de Enfermagem, incluindo a averiguação de denúncias e encaminhamentos necessários e das condições oferecidas pela Instituição para o desempenho profissional.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 24º A Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó terá sede, a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu pleno funcionamento. A Direção Geral e Gerência de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética;

Art. 25º As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados;

Art. 26º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário;

Art. 27º As deliberações da Comissão de Ética de Enfermagem serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o “voto Minerva” em caso de empate;

Art. 28º Os casos omissos, deverão ser resolvidos pelo COREN;

Art. 29º Todos os membros serão nomeados pelo Conselho Regional de Enfermagem e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Os cargos de presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Ética de Enfermagem em votação simples pelos membros;

Art. 30º Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 31º As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 32º O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Art. 33º Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Art. 34º Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente; em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 35. São atribuições da Comissão de Ética de Enfermagem:

I- Divulgar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Lei e do Decreto acerca do Exercício Profissional, assim como as resoluções exaradas pelo COFEN e decisões do COREN-GO.

II- Colaborar com o COREN na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem;

III- Comunicar ao COREN a ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de Enfermagem prestado ao cliente;

IV- Comunicar ao COREN o exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivos éticos vigentes;

V- Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo encaminhando-a ao Coordenador de Enfermagem, para as providências administrativas se houver e ao COREN, conforme norma própria;

VI- Solicitar ao Presidente do COREN, apoio técnico de um Conselheiro, quando o fato ocorrido assim o requeira;

VII – Encerrar a sindicância nos casos de não se constatar indícios de infração ética, arrolado todos os documentos elaborando relatório para arquivamento na Instituição e enviando ao COREN, via web, formulário disponibilizado pelo Conselho;

VIII- Comunicar ao COREN indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de Saúde da Instituição;

IX – Manter junto ao COREN o cadastro dos profissionais de enfermagem atualizado;

X- Propor e participar em conjunto com o Coordenador de Enfermagem ações preventivas junto à equipe de Enfermagem.

Art. 36. São atribuições do Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II- Planejar e controlar as atividades programadas;

III- Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à Direção Geral e de Enfermagem para ciência e demais providências administrativas;

IV – Elaborar relatório de acordo com o preconizado e encaminhar ao COREN;

V – Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores inclusive no COREN;

VI – Solicitar ao Presidente do COREN, apoio da Superintendência Técnica, quando o caso assim requeira;

VII- Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

VIII- Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências;

Art. 37º São atribuições do Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Secretariar as reuniões e registrá-la em ata;

II – Verificar o quórum nas sindicâncias;

III- Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética de Enfermagem;

IV – Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;

V- Organizar arquivo referente aos relatórios da sindicância;

Art. 38º São atribuições dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Eleger presidente e secretário;

II – Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;

III – Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias;

IV- Desenvolver demais atribuições previstas no presente regimento;

V- Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;

VI- Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

CAPÍTULO VII

DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 39º A sindicância deverá ser instaurada mediante:

I – Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II – Denúncia por escrito do Responsável Técnica de Enfermagem;

III- Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem;

IV – Determinação do Conselho Regional de Enfermagem;

Art. 40º - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Parágrafo único: O profissional de enfermagem que não atender as convocações ou solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, deverá ser encaminhado para análise do COREN;

Art. 41º Todos os documentos relacionados com os fatos, quais seja, cópias dos prontuários, livros de registro administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Art. 42º O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 43º Concluída a coleta de informações, a Comissão deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo.

Parágrafo único - Caso necessário, a Comissão poderá solicitar diligências para melhorar elucidar os fatos.

Art. 44º Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada à Comissão de Ética de Enfermagem para a tramitação competente.

Art. 45º Quando o fato for de menor gravidade e não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir ao Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatórios para o COREN.

Parágrafo primeiro – Ocorrendo à conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo segundo- Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 46º Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VIII

DAS ELEIÇÕES

Art. 47º Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição.

Art. 48º A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que serão responsáveis pela organização, apuração, divulgação dos resultados do pleito.

Parágrafo primeiro – Enquanto a instituição não possuir Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Responsável Técnico de Enfermagem.

Parágrafo segundo – Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Coordenação de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidade de Classe de Enfermagem.

Parágrafo Terceiro – A convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas.

Parágrafo quarto – Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa.

Art. 49º Somente poderá votar os profissionais regularmente inscritos no COREN e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Art. 50º A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Art. 51º As chapas inscritas poderão indicar no momento da inscrição até 02 fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização na apuração.

Art. 52º Não será computado as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Art. 53º Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 54º A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes a Comissão de Ética de Enfermagem, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação do Enfermeiro Responsável Técnico e da Diretoria Geral.

Art. 55º Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO Comissão de											
	Ética de Enfermagem											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria Geral e Técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X											
Abertura para candidatura	X											
Eleição		X										
Estruturação dos membros da Comissão		X										
Definição das atribuições		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Aprovação dos membros da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao exercício profissional com ética			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X

Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Ética de Enfermagem**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da **Comissão de Ética de Enfermagem**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
HOSPITALAR (membros e finalidade)**

Membros:

A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, com profissionais representantes dos setores envolvidos.

São eles:

I- Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

II- Representante da Diretoria;

III- Setor de Terapia Intensiva;

IV- Corpo Clínico;

V- Setor de farmácia;

VI -Laboratório de microbiologia;

VII- Enfermagem;

VIII- CME;

IX- Centro Cirúrgico;

X – Representante do NQSP;

XI – Representante da nutrição;

XII – Representante do NVE;

XIII- Representante do SESMT.

Finalidade:

Tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Considera-se programa de controle de infecções hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno da CCIH do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:****CAPÍTULO I****DA CATEGORIA, FINALIDADE, VINCULAÇÃO**

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó- CCIH é de natureza técnico – científica permanente.

Art. 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar- PCIH.

Parágrafo primeiro – Considera-se Programa de Controle de Infecções Hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível de incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Parágrafo segundo- Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida 48 horas após a internação de um paciente na unidade e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta (48 horas), quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Art. 3º A CCIH vincula-se diretamente a Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. A obrigatoriedade da manutenção do programa de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do Brasil é determinada pela Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão de assessoria e auditoria da Direção, que tem a finalidade de orientar, normatizar, executar e supervisionar as normas e procedimentos, para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Considera-se como Vigilância Epidemiológica das Infecções hospitalares a observação ativa, sistemática, continua da ocorrência e de distribuição das infecções

relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em pacientes hospitalizados ou não, dos eventos e condições que aumentam os riscos de IRAS com a execução oportuna das ações de prevenção e controle.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I – DA ESTRUTURA

Art. 4º A estrutura da CCIH compreende:

I – Colegiado;

II – Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (SCIRAS);

SEÇÃO II – DA COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 5º A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, com profissionais representantes das Unidades envolvidas diretamente no referido programa. São eles:

I – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

II – Representante da Diretoria;

III – Setor de Terapia Intensiva;

IV – Corpo Clínico;

V- Setor de farmácia;

VI – Laboratório de microbiologia;

VII – Enfermagem;

VIII- CME;

IX- Centro Cirúrgico;

X – Representante do NQSP;

XI- Representante do NVE;

XII – Representante da nutrição;

XIII- Representante do SESMT;

SEÇÃO III DA COMPOSIÇÃO DO SCIRAS

Art. 6º O serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (SCIRAS) é o órgão executivo da CCIH conforme estabelecido na Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998.

Art. 7º O SCIRAS deverá ser integrado por profissionais com conhecimento em doenças infectocontagiosas, epidemiologia e estatística. O presidente da CCIH será membro do SCIRAS conforme designação da Diretoria Geral.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA CCIH

Art. 8º A CCIH compete:

I – Elaborar, implantar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

II- Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

III- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções hospitalares;

IV – Elaborar, rever e atualizar normas, que visem à uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções relacionadas a assistência à saúde;

V- Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;

VI- Analisar os relatórios apresentados pelo SCIRAS mensalmente;

VII – Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;

VIII- Elaborar normas para promover educação dos profissionais da assistência a saúde (PAS) do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

IX- Estabelecer normas referentes à problemática de infecção relacionada a assistência hospitalar nos setores de equipamento, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, hidráulica, eletricidade, ar-condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, saneamento, antissepsia, desinfecção, esterilização e desinfecção;

X- Examinar e proceder a adequação dos projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções relacionadas a assistência à saúde;

XI- Propor, em conjunto com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas;

XII- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

SEÇÃO II – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO SCIRAS

Art. 9º Compete ao SCIRAS:

I- Implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecções relacionados a assistência à saúde adequado às características e necessidades da Instituição de acordo com diretrizes da CCIH;

II- Manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à causas hospitalares;

III- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado;

IV- Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação das normas técnico-administrativas visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

V – Executar programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas;

VI- Regulamentar medidas de isolamento e supervisionar sua aplicação;

VII- Elaborar e divulgar relatório contendo, no mínimo, as seguintes informações, por serviço (unidade de internação) e referentes a todo o hospital:

a) taxa de pacientes com infecção hospitalar;

b) taxa de infecção hospitalar;

c) estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;

VIII- Elaborar semestralmente, relatório com coeficiente de sensibilidade resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções hospitalares no hospital, aos antimicrobianos padronizados;

IX- Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer propondo medidas a serem executadas;

X- Acompanhar modificações de planta física do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, verificando sua adequação em relação ao problema de infecção hospitalar;

XI- Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa facilitar infecção hospitalar;

XII- Supervisionar, nas diversas unidades, as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da esterilização;

XIII- Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área.

XIV- Cooperar com o Núcleo de Segurança do Paciente nas ações relacionadas à vigilância das infecções hospitalares;

SEÇÃO III- DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES GERAIS DO PRESIDENTE CCIH/ SCIRAS

Art. 10º Ao Presidente da CCIH/SCIRAS incumbe: dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do SCIRAS e reuniões da CCIH.

I- Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

II- Promover a convocação formal das reuniões;

III- Representar a CCIH em suas relações internas e externas;

IV- Tomar parte nas discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

V- Indicar os membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VI- Promover a interação do SCIrAS com a equipe multiprofissional da instituição.

SEÇÃO IV – DAS ATRIBUIÇÕES DO SECRETÁRIO

Art. 11º - Ao profissional compete:

I – Assistir e redigir as reuniões;

II- Encaminhar o expediente da CCIH;

III- Preparar o expediente a ser submetido a CCIH;

IV- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões;

V- Providenciar os cumprimentos das diligências determinadas;

VI- Lavrar as atas das reuniões da CCIH/SCIrAS;

VII- Providenciar a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, dentro dos prazos regimentais;

VIII- Elaborar a pauta dos assuntos/expedientes que serão analisados nas reuniões;

IX- Propor e implantar ações administrativas para a manutenção do sigilo quanto ao conteúdo dos assuntos em discussão na CCIH;

X- Assistir ao Presidente na condução dos trabalhos da Comissão;

SEÇÃO V – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA DIRETORIA GERAL

Art. 12º Compete a Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

I- Nomear a CCIH de ato próprio;

II- Proporcionar a infraestrutura necessária para correta operacionalização da CCIH e do SCIRAS;

III- Aprovar e fazer respeitar o regimento interno;

IV- Garantir a participação do presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição.

SEÇÃO VI – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS

Art. 13º - Aos representantes, membros da CCIH/SCIRAS compete:

I- Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

II- Fazer investigações de surtos de detecção de pseudosurtos segundo os fatores de riscos ou condições clínicas epidemiológicas desfavoráveis;

III- Ajudar a escrever e divulgar os padrões sobre precauções para controle das IRAS;

IV- Controle do uso de antimicrobiano, feito à nível de farmácia hospitalar. Racionalizando o seu uso;

V- Ajudar a coordenar o SCIRAS/CCIH;

VI- Promover interação com o corpo clínico, no que diz respeito ao controle e infecção hospitalar;

VII- Padronização e orientação do uso de antimicrobianos usados de forma terapêutica, empírica ou profilática;

VIII- Fazer acompanhamento e controle do uso de antibiótico prolongado;

IX – Controle do tempo de uso de antibiótico juntamente com a farmácia;

X- Controle da resistência e/ou de sensibilidade dos principais germes das infecções hospitalares;

XI- Ajudar na reciclagem de funcionários, assim como participar junto com o departamento de Recursos Humanos no processo de admissão de novos funcionários;

XII- Orientar e indicar medidas de isolamento e precauções padrões;

XIII- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes, de acordo com as normas de isolamentos padronizadas pela CCIH;

XIV – Acompanhar projetos, reformas e adaptações das instalações prediais;

XV- Manter-se atualizado na área de infecção relacionada à Assistência à Saúde;

XVI- Propor e executar medidas de prevenção e controle da IRAS;

XVII- Incentivar e efetivar a realização de cursos e treinamentos, visando o aprimoramento de técnica cirúrgica em procedimentos invasivos;

XVIII- Propor e participar da adequação e padronização de formulários e pedidos;

XIX- Estabelecer o intercâmbio de informações, sugestões e orientação a todas as unidades;

XX- Periodicamente fazer revisão dos protocolos da Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar;

SEÇÃO VII- DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Art. 14º Compete ao profissional de enfermagem da CCIH/SCIRAS, dentre outras funções:

I- Realizar a vigilância epidemiológica das Infecções Hospitalares através do método de busca ativa;

II- Estabelecer e manter registro de infecções por paciente dentro do hospital;

III- Fazer a investigação de surtos envolvendo materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica e/ou toxicológica;

IV- Realizar visita às unidades de internação e aos diversos setores do hospital para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço;

V- Monitorar a qualidade de esterilização das autoclaves solicitando relatórios ao coordenador da CME mensalmente;

VI- Acompanhar o plano de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores do hospital em áreas críticas e semicríticas;

VII- Normatizar, junto com outros membros de CCIH/SCIRAS o uso de germicidas hospitalares;

VIII-Fornecer junto com outros membros de CCIH/SCIRAS parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem como reformas de instalações prediais;

IX- Elaborar normas para prevenção e controle de infecções hospitalares;

X- Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto aos procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização;

XI- Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecção hospitalar;

XII- Acompanhar e examinar os curativos dos pacientes internados, supervisionando sua execução pelo pessoal de enfermagem;

XIII- Realizar e/ou supervisionar a sondagem vesical na técnica correta, verificar uso de coletor fechado quando indicado e verificar tempo máximo de permanência;

XIV- Colaborar com a atualização da equipe de saúde, em relação a novas técnicas utilizadas;

XV- Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da CCIH;

XVI – Manter atualizado na área de controle de infecções relacionada a assistência à saúde;

XVII – Cumprir e fazer cumprir as determinações de Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1988.

XVIII- Revisar dados, levantados semanalmente, com os membros da CCIH;

XIX – Promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos, visando a diminuição dos índices de infecção;

XX- Supervisionar a aplicação correta pelos serviços de limpeza, dos germicidas e outros produtos saneantes;

XXI – Supervisionar a correta esterilização e desinfecção de materiais e setores críticos, no que se refere ao tempo de contato, manipulação adequadas e acondicionamento seguro;

XXII – Supervisionar a atividade das unidades de esterilização e lavanderia;

XXIII- Supervisionar a correta inutilização ou destino do material descartável, prazo de validade, embalagens seguras, etc.;

XXIV- Investigar os casos de surtos e propor medidas imediatas de controle;

XXV- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);

SEÇÃO VIII – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO

Art. 15º Compete ao profissional dentre outras

I- Participar ativamente, através dos mapas a serem elaborados pela farmácia de controle e consumo de antimicrobianos, mapas de sensibilidade/resistência elaborada pelo laboratório de análises clínicas de padronização de antimicrobianos na instituição;

II- Fornecer mensalmente o levantamento de consumo, custos e frequência de uso antimicrobiano por unidade de internação;

III- Participar e acompanhar as tramitações de medicamentos, germicidas e correlatos, analisando a qualidade destes produtos, validade, procedência e legalidade;

IV-Supervisionar o acondicionamento adequado dos germicidas, medicamentos e correlatos, visando a conservação e a eficácia dos mesmos;

V- Preparar ou supervisionar o preparo de soluções, parentais, aminoácidos e outras preparações farmacêuticas de uso magistral ou oficial;

VI – Controlar sob sua responsabilidade técnica e de direção, o uso de drogas tóxicas, ou sujeitas ao regime especial de Vigilância Sanitária (psicotrópicos e entorpecentes);

VII- Estabelecer padronização e o controle de qualidade do material médico hospitalar;

VIII- Auxiliar a farmácia hospitalar com medidas que garantam o tratamento adequado com antimicrobiano;

IX- Notificar o médico do SCIrAS, posologia e associações incorretas de antimicrobianos.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art.16° - A CCIH reunir-se-á ordinariamente cada mês e extraordinariamente por convocação do Presidente ou em decorrência de proposição da maioria simples de todos os membros. Serão realizadas com presença da maioria absoluta de seus membros, e em segunda convocação, com qualquer número.

Art. 17° - O SCISS reunir-se-á ordinariamente semanalmente e extraordinariamente por convocação de sua Chefia ou em decorrência de preposição da maioria simples dos seus componentes.

PARAGRÁFO ÚNICO - as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em atas escritas que quando solicitadas são apresentadas como documentos ao sistema de vigilância sanitária das diferentes instâncias municipal, estadual e federal.

Art. 18° O Colegiado da CCIH instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 10 componentes;

Art. 19° Quando a pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisados pelos integrantes, independentemente de quórum;

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20° O Presidente da CCIH conjuntamente com seus membros específicos, poderão definir resoluções para situações não previstas no presente Regimento.

Art. 21° - O presente regimento interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor Geral.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Definição com Diretoria Geral e Técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X										
Estruturação dos membros da Comissão		X										
Definição das atribuições		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Aprovação dos membros da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é, segundo a legislação brasileira, uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária, que tem a finalidade de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó abordará as relações entre o homem e o trabalho, objetivando a constante melhoria das condições de trabalho para prevenção de acidentes e doenças decorrentes de atividades laborais.

Membros:

Os membros da CIPA deverão ser em 50% indicados pelo Diretor Geral e os outros 50% eleitos pelos colaboradores da unidade, em processo eleitoral formalmente instituído. O tempo de duração da CIPA será de um ano podendo ocorrer reeleição para o ano seguinte. Os candidatos eleitos deverão participar do curso de cipeiros, com duração de 20 horas e direito a certificado de participação.

O dimensionamento da CIPA se dá do seguinte modo:

*GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0	20	30	51	81	101	121	141	301	501	1001	2501	5001	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
		19	29	50	80	100	120	140	300	500	1000	2500	5000	10.000	
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2

Finalidade:

- I- Observar e relatar condições de risco no ambiente de trabalho e solicitar medidas para reduzir e até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos;
- II- Discutir os acidentes ocorridos e solicitar medidas que previnam acidentes semelhantes;

III- Orientar os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes;

IV- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

VI- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

VII- divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

VIII- divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

IX – realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno da CIPA do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

CAPÍTULO I

DA JUSTIFICATIVA LEGAL

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será instituída em atendimento a Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978- Norma Regulamentadora - NR 5 do Ministério do Trabalho e Emprego.

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem por objetivo desenvolver atividades voltadas à prevenção de acidentes do trabalho e de doenças profissionais, à melhoria das condições de trabalho dos empregados da Unidade.

Art. 2º - Para cumprir seu objetivo, a CIPA deverá desenvolver as seguintes atividades:

I. Realizar inspeções nos respectivos ambientes de trabalho, visando à detecção de riscos ocupacionais;

II. Estudar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem estar dos empregados, estabelecendo medidas preventivas ou corretivas para eliminar ou neutralizar os riscos existentes;

III. Investigar as causas e consequências dos acidentes e das doenças associadas ao trabalho e acompanhar a execução das medidas corretivas até a sua finalização;

IV- Discutir todos os acidentes ocorridos no mês, visando cumprir o estabelecido no item anterior;

V- Realizar, quando houver denúncia de risco ou por iniciativa própria, inspeção no ambiente de trabalho, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pela área, à chefia da Unidade e ao Setor de Segurança do Trabalho;

VI. Promover a divulgação das normas de segurança e medicina do trabalho, emitidas pelos setores de Segurança e Medicina do Trabalho, zelando pela sua observância;

VII. Despertar o interesse dos empregados pela prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, por meio de trabalho educativo, estimulando-os a adotar comportamento preventivo;

VIII. Participar de campanhas de prevenção de acidentes do trabalho promovidas pela Unidade;

IX. Promover em conjunto com o setor de Segurança do Trabalho, anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

X. Promover a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à Segurança e Medicina do Trabalho e outros afins

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ELEIÇÃO E MANDATO

Art. 3º A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.

§ 1º - O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de empregados do hospital, conforme norma regulamentadora em vigor.

Art. 4º - Os representantes do empregador serão indicados pela direção da Unidade.

Art. 5º - Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

§ 1º É ilimitado o número de inscrições de candidatos para a representação dos empregados.

§ 2º Em caso de empate, assumirá o empregado que tiver mais tempo de serviço na Unidade.

§ 3º O mandato dos membros terá a duração de 1 (um) ano, com direito à reeleição para os titulares e suplentes da representação dos empregados.

§ 4º - As eleições serão convocadas 60 (sessenta) dias antes do término do mandato da CIPA em vigor, devendo ser realizadas de modo a permitir que nos 30 (trinta) dias antecedentes ao início do mandato possam os novos membros preparar-se para exercer suas funções.

§ 5º O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da votação.

§ 6º - O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice-Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

§ 7º - O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

§ 8º - O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da votação.

§ 9º - O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice-Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

§ 10º - O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º - A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em sede disponibilizada dentro das instalações do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento.

§ 1º - O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

§ 2º - Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado.

§ 3º - As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

§ 4º - A CIPA deverá apresentar mensalmente, por meio de material escrito, relatório de suas atividades.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º - Compete ao Presidente da CIPA:

- I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II. Determinar tarefas para os membros da CIPA;
- III. Presidir as reuniões, encaminhando à Direção da Unidade as recomendações aprovadas e acompanhar a sua execução;
- IV. Manter e promover o relacionamento da CIPA com os setores de Segurança e Medicina do Trabalho.

Art. 8º - Compete aos Secretários da CIPA:

- I. Elaborar as atas das eleições da posse e das reuniões, registrando-as em livro próprio;
- II. Preparar a correspondência geral e as comunicações para as reuniões;
- III. Manter o arquivo da CIPA atualizado;
- IV. Providenciar para que as atas sejam assinadas por todos os membros da CIPA.

Art. 9º - Compete aos membros da CIPA:

- I. Elaborar o calendário anual das reuniões da CIPA;

II. Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e deliberando sobre as recomendações;

III. Investigar os acidentes de trabalho, isoladamente ou em grupo e discutir os acidentes ocorridos;

IV. Frequentar o curso para os componentes da CIPA, na forma que vier a ser regulamentado; 5. Cuidar para que todas as atribuições da CIPA sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

Art. 10º - Compete ao Empregador:

I. Proporcionar os meios necessários para o desempenho integral das atribuições da CIPA;

II. Possibilitar uma sala própria para a CIPA desenvolver suas atividades;

III. Autorizar o fornecimento de material de escritório completo e outros que forem necessários para o desenvolvimento das atividades da CIPA;

IV. Assessorar a implantação da CIPA;

V. Zelar pelo cumprimento das normas de Segurança e Medicina do Trabalho estabelecidas pelo órgão competente;

VI. Divulgar amplamente as atividades da CIPA entre os empregados.

Art. 11º - Compete aos Empregados:

I. Eleger seus representantes na CIPA;

II. Informar à CIPA a existência de condições de risco ou ocorrência de acidentes e apresentar sugestões para melhorias das condições de trabalho;

III. Observar as recomendações quanto à prevenção de acidentes, transmitidas por membros da CIPA;

IV. Informar à CIPA a ocorrência de todo e qualquer acidente de trabalho.

Art. 12º- Ao término do processo eleitoral, o presidente da comissão eleitoral terá o prazo máximo de 10 (dez) dias para encaminhar ao Ministério do Trabalho cópia das atas de eleição e de posse dos membros eleitos e para registrar a CIPA na Delegacia do Trabalho

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pela CIPA e Setor Segurança do Trabalho, ouvindo-se a Direção da Unidade.

ATIVIDADES

A instalação e os desenvolvimentos das atividades da CIPA no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó ocorrerão baseados no Regimento Interno e cumprirá os prazos determinados na Norma Regulamentadora, conforme a seguir:

DIVULGAÇÃO E CONVOCAÇÃO PARA ELEIÇÃO DA CIPA

Ocorrerá até 60 (sessenta) dias, antes da data prevista para a posse dos membros. Quando da existência de CIPA, a divulgação ocorrerá 60 (sessenta) dias, antes do término do mandato dessa Comissão.

A divulgação em Edital indica a data da eleição e solicita a inscrição de candidatos.

INSCRIÇÕES DE CANDIDATOS

Será de 15 (quinze) dias o período mínimo para as inscrições de candidatos.

O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da data da votação.

VOTAÇÃO

Ocorrerá em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos, possibilitando a participação da maioria dos colaboradores, sendo realizada no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes da data prevista para a posse dos eleitos ou término do mandato da Comissão, quando já houver.

CONTAGEM DOS VOTOS

Ocorrerá 1 (um) dia após o encerramento da votação.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA VOTAÇÃO

Será publicado e divulgado, 1 (um) dia após a contagem dos votos, por meio de Edital, a relação dos nomes dos eleitos (Titulares e Suplentes) e dos não eleitos, apresentando-se a quantidade de votos obtidos em ordem decrescente.

TREINAMENTOS PARA OS MEMBROS TITULARES E SUPLENTES

Deve ocorrer antes da posse dos Membros Eleitos.

REUNIÕES ORDINÁRIAS

Deve ocorrer uma em cada mês do ano de mandato.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO											
	INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Divulgação da eleição/período de inscrição dos candidatos/votação/resultado	X											
Treinamento		X										
Posse		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, reuniram-se os membros da **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E
ESTATÍSTICA**

A Comissão de Documentação Médica e Estatística -CMDE, deve ser constituída em atendimento a determinação a Resolução nº 1638/2002, que define o prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde, além de atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões, e o permanente funcionamento, das comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares.

Membros:

A Comissão será composta pelos seguintes profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo direcionada em sua atuação pelo Regimento Interno da mesma, conforme exposto abaixo:

- I – Um representante da Comissão de Ética Médica;
- II- Um representante do setor multiprofissional;
- III- Um representante da divisão de enfermagem;
- IV- Um representante do setor de gestão de processos e tecnologia da informação;
- V- Um representante da Diretoria Geral;
- VI – Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- VII- Um representante do setor de planejamento;
- VIII- Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários;
- IX – Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

X- Um representante do setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação.

Finalidade:

A CDME tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno da CDME do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:****CAPÍTULO I****DA LEGISLAÇÃO E FINALIDADE**

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será instituída por Portaria nº XXX, de XX, XXXX de XXXX.

§ 1º A CDME é vinculada diretamente à Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó que deve assegurar-lhes os meios adequados para seu funcionamento.

§ 2º A CDME terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

Art. 2º A CDME tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes atendidos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

Art. 3º A CDME objetiva:

I – Atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares;

II – Atender a Resolução CFM nº 1638/2002, que define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A CDME terá composição multiprofissional, contando com 09 (nove) membros titulares.

Art. 5º As indicações para integrar a CDME serão submetidas à aprovação da Diretoria e se processarão da seguinte forma:

I – Um representante da Comissão de Ética Médica;

II – Um representante da Divisão de Enfermagem;

III- Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;

IV- Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;

V – Um representante da Diretoria Geral;

VI- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

VII - Um representante da Unidade de Planejamento;

VIII- Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários;

IX – Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

Art. 6º O presidente terá sua indicação na portaria de nomeação da comissão e exercerá seu mandato por tempo indeterminado.

Art. 7º O secretário será eleito pelos seus pares, para exercer sua função por tempo indeterminado.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CDME:

I – Validar modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

II – Validar modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações em que dados sobre pacientes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó venham a ser registrados ou divulgados;

III- Recomendar inclusão e exclusão de formulários;

IV – Impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidades destes;

V – Orientar o correto preenchimento dos impressos e monitorar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário;

Identificação do paciente;

Anamnese;

Exame físico;

Exames complementares, bem como seus respectivos resultados;

Hipóteses diagnósticas;

Diagnóstico definitivo;

Tratamento efetuado;

Registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando data e horário;

Outros documentos pertinentes ao atendimento.

I – Validar regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, demanda judicial e do próprio paciente ou do respectivo representante legal;

II – Examinar e emitir pareceres quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

III – Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

IV- Colaborar com as normas de arquivamento/ guarda dos prontuários, abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessária;

V- Manter estreita relação com a Comissão de Ética;

VI – Médica, Comissão de Revisão de Prontuários e Núcleo de Educação Permanente do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

VII – Propor relatórios estatísticos que deverão ser gerados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

VIII- Discutir em conjunto com a administração e SAME, como obter os dados e sugerir os cálculos estatísticos a serem utilizados;

IX – Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no Conselho de classe;

X – Normatizar o preenchimento das contrarreferências/resumos de altas;

XI – Hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

Art. 9º Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CDME e, especificamente;

I – Representar a CDME em suas relações internas externas;

II- Presidir as reuniões;

III- Promover a convocação das reuniões;

IV- Fazer cumprir o regimento;

V – Suscitar pronunciamento da CDME quanto a questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;

VI – Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VII – Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII- Repassar todos os documentos informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para Gerência de Atenção à Saúde – GAS e Diretoria;

IX- Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do presidente da CDME, suas funções serão exercidas interinamente pelo secretário, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 10º Aos membros incumbe:

I- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III- Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV- Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V- Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;

VI – Ao membro eleito de forma interina, substituir o presidente quando das suas ausências e impedimentos.

Art. 11º Ao secretário da CDME:

I – Assistir as reuniões;

II – Preparar e encaminhar o expediente;

III – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;

IV – Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V – Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

Parágrafo único – Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 12º A CDME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, na primeira sexta-feira do mês, e extraordinariamente sempre que necessário, por convocação do seu Presidente, sendo suas decisões tomadas por maioria de votos. Em processos considerados excepcionais, a critério do Presidente, a CDME decidirá pelo voto da maioria absoluta (metade mais um de todos os seus integrantes).

§ 1º A CDME instalar-se-á e deliberará com a presença de, no mínimo, 70% dos seus membros, devendo ser verificado o quórum no início de cada sessão.

§ 2º As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria simples.

§ 3º Os membros da Comissão que faltarem a vinte e cinco por cento do total de reuniões ordinárias durante o ano corrente, consecutivas ou não, sem justificativa, serão sumariamente destituídos.

§ 4º No caso da saída de qualquer membro da CDME deverá haver indicação de novo membro pela Gerência de Atenção à Saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÃO GERAIS

Art. 13º A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 14º A CDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 15º A CDME no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art. 16º Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas nacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 17º Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na CDME e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art. 18º Os casos omissos serão resolvidos pela CDME, em conjunto com a Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da CDME, através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente os membros	X											
Aprovar o regimento interno da CDME.		X										
Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da CDME.		X										
Elaborar programa de palestras.		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com a demanda externa ou interna solicitada.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
(membros e finalidade)**Membros:**

A constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se dá em atendimento a Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1988 do Ministério da Saúde.

Em seu anexo I é estabelecido que: “Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição”.

No âmbito hospitalar, a Comissão de Farmácia e Terapêutica é de grande importância, para que haja segurança e qualidade na prestação do serviço de saúde.

O Ministério da Saúde define a CFT como uma instância colegiada, de natureza técnico- científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica e Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e os diversos departamentos de assistência à saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional, realizando como atividades principais a seleção de medicamento da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração de formulário ou guia farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que possam ser tomadas decisões corretas no que se refere aos medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

A Comissão será composta por profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

O presidente da comissão será obrigatoriamente um farmacêutico. A Comissão poderá ser composta do seguinte modo:

- I – Diretor clínico.
- II – Enfermeiro responsável técnico;
- III – representante da SCIRAS;

IV- Representante do setor da qualidade;

V- Representante do corpo clínico;

VI- Representante do almoxarifado;

VII- Representante do corpo gestor.

Parágrafo primeiro – além destes existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

Finalidade da Comissão:

As ações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I – Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados no hospital;

II – Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

III- Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos -hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

IV- Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicos-operacionais dos insumos de baixa qualidade;

V- Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médico-hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos, de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros.

VI – Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

VII- Promover estudos de custos efetividade de medicamentos e insumos hospitalares.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno da CFT do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à Administração e ao Corpo Clínico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT tem por finalidade regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos utilizados no hospital devendo para isso elaborar uma listagem de medicações que estarão disponíveis no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Esses materiais devem ser identificados:

I – Medicamento: por sua nomenclatura genérica (princípio ativo), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), acrescida das concentrações, forma farmacêutica e volume da embalagem (quando aplicável).

II – Materiais: nome genérico, numeração ou modelo e outras especificações técnicas necessárias.

Art. 3º A inclusão e exclusão de produtos nesta listagem dependerá de análise de diversos pontos sendo os principais:

I – Ser adequado ao perfil da unidade;

II- Interesse e aceitação do corpo clínico e equipe assistencial;

- III- Resposta ao tratamento com medicação;
- IV- Qualidade do produto;
- V- Facilidade de armazenamento;
- VI – Facilidade de aquisição;
- VIII- Valor.

Parágrafo primeiro: Nos casos de solicitação de inclusão de medicamentos o solicitante deverá trazer a comprovação científica que justifique a inclusão na lista de medicamentos padronizados.

Art. 4º É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Unidade e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior, que façam parte do quadro funcional da Unidade.

Parágrafo primeiro – os membros executores, indicados pela Direção do Hospital, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como competência técnica, habilidade e perfil. Dentre os membros efetivos será escolhido o secretário, por consenso ou votação dos membros.

Art. 6º São membros executores:

- I- Presidente Farmacêutico;
- II – Diretor Técnico/Clinico;
- III- Enfermeiro Responsável Técnico;
- IV- Representante do SCIRAS;
- V – Representante do Setor de Qualidade;

VI- Representante do Corpo Clínico;

VII- Representante do Almoxarifado;

VIII- Representante do Corpo Gestor;

§ 1º - Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

§ 2º - Todos os membros deverão assinar o Termo de Isenção, onde afirmem a ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais na padronização dos produtos hospitalares.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I – Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados no hospital;

II – Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

III- Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

IV- Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas-operacionais dos insumos de baixa qualidade;

V-Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médicos - hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros;

VI- Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

VII- Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;

VIII- Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

IX- Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

X- Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

XI- Propor polícia de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

XII- Informar o Setor de Compras, através da ficha de reclamação técnica-qualquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;

XIII- Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalar em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

XIV- Os eventos adversos que ocorrem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por site próprio;

XV- Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;

XVI- Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médicos – hospitalares ao Setor de Compras;

XVII Realizar especificação dos produtos quando se fizer necessário;

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.8º São atribuições do presidente:

I- Providenciar a organização da pauta das reuniões;

II- Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

III- conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;

IV- Representar a CFT em suas relações internas e externas;

V- Encaminhar ao Serviço de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde, relatórios das ações desenvolvidas pela CFT, quando solicitado;

VI – Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

VII – Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IX- Cumprir e fazer cumprir as prescrições deste Regimento;

Art. 9º São atribuições do secretário:

I – Registrar em ata as resoluções da Comissão;

II- Manter arquivo da documentação relacionada à CFT;

III- providenciar material bibliográfico para as reuniões;

IV- Protocolar documento em nome da Comissão;

V- Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;

VI- Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;

VII- providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

VIII- manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT;

Art. 11º São atribuições dos membros e substitutos:

I – Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

II- Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo presidente, nos prazos estabelecidos;

III- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

IV- Apresentar proposições sobre questões pertinentes à Comissão;

V- Colaborar com a CFT no exercício de suas funções;

Art. 12º - São atribuições dos membros consultivos:

I – Opinar de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão;

II- Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré-estabelecidos;

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 13º A CFT será presidida por um membro da Assistência Farmacêutica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Art. 14º A CFT reunir-se-á ordinariamente 1 (uma) vez a cada dois meses (bimestral) e extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu coordenador ou por requerimento da maioria dos membros;

Art. 15º As convocações das reuniões ordinárias serão enviadas pelo secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

Art. 16º A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas;

Art. 17º As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 (quarenta e oito) de antecedência, por solicitação do coordenador ou por, pelo menos, metade mais um de seus membros;

Art. 18º A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores);

Art. 19º A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (do hospital ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses;

Art. 20º As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único – Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e assinatura dos presentes e providenciada nova convocação.

Art. 21º – De preferência, as questões serão decididas por consenso.

Parágrafo único – Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidos pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 22º Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu substituto, quando de sua ausência.

§ 1º Quando da existência de conflitos de interesses declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento relacionado ao conflito;

§ 2º Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do presidente;

§ 3º Os membros consultivos não integram a composição da CFT e não terão direito a voto.

Art. 23º Sempre que o assunto for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando a melhor consecução das atividades.

Parágrafo único: Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, poderão ser consultados especialistas, inclusive de outras instituições, o quais poderão, eventualmente, participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 24º As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da COM do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, para aprovação final.

§ 1º Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a COM deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.

§ 2º Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos, por consenso entre os membros.

Art. 25º As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo do secretário da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

CAPÍTULO VII

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

Art. 26º É de competência exclusiva da CFT a padronização de medicamentos nas dependências do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

§ 1º Somente serão incluídos na pauta da CFT solicitações de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos mediante o preenchimento adequado do formulário de solicitação.

§ 2º Somente serão feitas substituições de itens, se houver a comprovação técnico – científica da obsolescência do item a ser substituído, sem reserva das análises previstas nos demais parágrafos do presente artigo;

§ 3º Serão adotados prioritariamente:

I – Na terapêutica: racionalização da farmacoterapia a ser empregada;

II- Na Economia: reduzir os custos através da seleção de produtos sob a ótica de custo-efetividade, custo benefício, custo-minimização e custo-utilidade;

§ 4º Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados ao Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

§ 5º Caso residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, realizem a solicitação, a mesma deverá obrigatoriamente, constar da anuência escrita do preceptor junto ao formulário de solicitação;

§ 6º Poderão ocorrer solicitações de padronização de medicamentos por solicitação de outras comissões existentes no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, devendo estas:

I – Encaminhar cópia da (s) ata (s) constando a deliberação da comissão;

II – A ata da reunião de deliberação deverá possuir quórum mínimo da maioria absoluta de seus membros;

III- A Comissão que demandar inclusão, exclusão ou substituição de itens na padronização de medicamentos deverá garantir a vinculação do mesmo a protocolos terapêuticos:

IV- A CFT analisará a padronização do ponto de vista econômico e da efetividade terapêutica podendo, a critério da CFT, convidar membro que represente a Comissão demandante para discussão colegiada;

§ 7º Serão padronizados, apenas medicamentos de eficácia comprovada frente a estudos clínicos ou protocolos terapêuticos expedidos por sociedades médicas e afins reconhecidas;

§8º Poderá ocorrer a inclusão de medicamentos na padronização via deliberação do Colegiado Executivo do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, no entanto, caso ocorra, tal ato, sem anuência da CFT, os membros da comissão possuirão isenção de responsabilidade sobre o emprego dos referidos medicamentos, técnica e administrativamente, no âmbito do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Art. 27º Após o recebimento da solicitação de padronização de medicamentos;

§ 1º A solicitação será incluída na pauta da primeira reunião que suceder à solicitação;

§ 2º A solicitação será remetida à um, ou mais membros, para emissão de parecer;

3º O parecer será apresentado à CFT para apreciação dos membros e ratificação;

4º A critério do (s) parecerista (s), poderá ser convidado o solicitante para discussão conjunta;

§ 5º A CFT terá 30 (trinta) dias úteis, a contar da data da entrega do impresso, para julgar e responder mediante parecer escrito ao solicitante;

CAPÍTULO VIII

EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS DA PADRONIZAÇÃO

Art. 28º O (s) medicamento (s) em que for constatada a inexistência de consumo por período igual ou superior à 12 (doze) meses ou naqueles em que o consumo seja considerado como subutilizados, serão removidos da padronização de medicamentos.

§ 1º Serão mantidos os medicamentos em que não exista registro de consumo, ou considerado mínimo, desde que amparados por força de legislação específica;

§ 2º Os medicamentos, que venham a sofrer a exclusão da padronização poderão ser igualmente solicitados para recomprem a padronização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, desde que devidamente justificada a inclusão e aprovado nos termos deste regulamento;

CAPÍTULO IX

REVISÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 29º O elenco de medicamentos padronizados será revisto, minimamente, a cada 1 (um) ano pela CFT.

§ 1º Poderá, sob deliberação dos membros da CFT, ocorrer a revisão de itens referentes à determinadas áreas / especialidades, em face à melhoria na assistência médica prestada;

§ 2º É de competência exclusiva da CFT a realização de convite à membros para participação das discussões durante a revisão da padronização de medicamentos;

CAPÍTULO X

REPUBLICAÇÃO DA LISTA DE MEDICAMENTOS

Art. 30º Serão publicados em Boletim de Serviços:

I- Inclusões;

II- Exclusões;

III- Alteração em descritivo;

Parágrafo único – Serão publicadas em listas separadas os medicamentos incluídos, excluídos ou com alteração nos descritivos, de modo a facilitar o acesso às alterações realizadas;

CAPÍTULO XI

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

Art. 31º Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

I – Preencher o anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento não padronizado;

II- Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados ao Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

III- Quando residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, deverá obrigatoriamente, haver a anuência escrita do preceptor, com vínculo institucional, junto ao formulário de solicitação;

IV- As solicitações de compra de medicamentos não padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento a situações individuais não planejáveis, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento do setor da Administração Pública;

V- O preenchimento deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa da necessidade, bem como a impossibilidade de substituição por outro que conste na padronização;

VI- Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta da reunião da CFT;

Art. 32º O formulário “Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento não – padronizado”, devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado à Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF). O representante e membro da CFT, lotado na UAF, deverá encaminhar o formulário ao Presidente, ou na sua ausência ao vice-presidente, para avaliação e emissão de parecer por ‘ad referendum’ ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

Parágrafo único – Após a avaliação e, caso haja aprovação da compra, o (s) medicamento (s) poderá (ão) ser adquirido (s) em quantidade suficiente para o tratamento de um único paciente.

I – Observados os requisitos, o prazo mínimo para atendimento é de 24 horas, a contar da autorização para abertura do processo de aquisição, conforme datado no respectivo formulário;

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33º - Este regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria Técnica ou dos membros da CFT mediante deliberação em reunião convocada para esse fim.

Art. 34º A revisão deste regimento entrará em vigor a partir da data de assinatura das coordenações clínica e técnico – administrativa, Diretoria Técnica do hospital e dos demais membros.

Art. 35º Os casos omissos serão resolvidos pela CFT.

Art. 36º A revisão geral ou parcial deste Regimento será realizada quando houver manifesta necessidade veiculada através dos membros do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Definição com a Diretoria geral e técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X										
Estruturação dos membros		X										
Aprovação do Regimento Interno		X										
Elaborar programa		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir pareceres		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE
SAÚDE (membros e finalidade)**

Membros:

A Comissão de Resíduos dos Serviços de Saúde do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é constituída em atendimento à Lei nº 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), dando instrumentos para permitir o avanço necessário no enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos.

No âmbito do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó a Comissão será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteadada por Regimento Interno com proposição de reuniões periódicas e atas registrando todas as atividades, além de relatórios à serem criados e compartilhados com a SES/GO e divulgados ainda, aos colaboradores.

A Comissão em tela, terá atuação técnico-científica-educativa e sigilosa, e não punirá nem agirá coercitivamente no âmbito de suas atribuições.

A Comissão será composto por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, devendo ser constituída preferencialmente pelos seguintes profissionais:

I – Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;

II- Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMET OU SOST);

III- Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;

IV- Representante do Laboratório Clínico;

V- Representante da Agência Transfusional;

VI- Representante da Divisão de Enfermagem;

VII- Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

VIII-Representante do Conselho Gestor.

Finalidade:

As ações da CRSS da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, no âmbito da qualidade abrangem a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Almeja-se com esta comissão orientar a diretoria sobre as medidas que se fizerem necessárias, analisar os indicadores das avaliações, verificar a correta segregação de rejeitos e principalmente atingir qualidade na realização dos processos.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno da CRSS do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:****CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS**

Art. 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, estabelecendo condições mínimas de composição e fortalecimento da mesma junto à Administração.

**CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES**

Art. 2º - É finalidade desta Comissão:

I- Gerenciar todas as etapas relacionadas ao manejo dos resíduos produzidos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó em conformidade com a Legislação vigente, a saber, RDC 222/2018 e Resolução 358/2005 – CONAMA.

II- Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para adequado manejo dos resíduos gerados no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

III- Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas.

**CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO**

Art. 3º - A CRSS do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deverá ser composta por representantes de todos os setores, com formação mínima de nível médio, preferencialmente do seguinte modo:

I – Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;

II- Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMET OU SOST);

III- Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;

IV- Representante do Laboratório Clínico;

V- Representante da Agência Transfusional;

VI- Representante da Divisão de Enfermagem;

VII- Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

VIII-Representante do Conselho Gestor.

Art. 4º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, compete:

I- Aprovar, planejar e coordenar a execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

II- Coordenar a elaboração de indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;

III- Supervisionar o orçamento e a execução do PGRSS no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

IV- Promover, em parceria com a Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos, a educação permanente da própria Comissão e dos demais colaboradores com o objetivo de oferecer subsídios para o adequado gerenciamento dos resíduos;

V – Encaminhar para ciência e avaliação da Diretoria Colegiada do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó as demandas surgidas, se necessário;

VI – Elaborar Relatório Anual de atividades;

VII- Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;

VIII – Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de resíduos do hospital;

IX- Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidade pelo gerenciamento de resíduos;

X – Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de resíduos;

XI – Promover a cultura de Segurança Institucional, no que se refere ao manejo dos resíduos gerados no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 5º A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde instalar-se e funcionará com a maioria de seus membros;

Art. 6º As reuniões ordinárias ocorrerão na última quinta-feira de cada mês, das 09 às 10 hs no auditório.

Parágrafo único – Em casos extremos e fundamentados, o horário, dia e local das reuniões poderão ser alterados pelo Presidente, desde que avisados todos os membros com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 7º As reuniões da Comissão, ocorrerão ordinariamente mensalmente, ou extraordinariamente por convocação de seu Presidente ou mediante requerimento da maioria de seus membros.

Art. 8º - As reuniões ordinárias e extraordinárias terão a duração de 1 (uma) hora, podendo ser prorrogadas ou encerradas antes do tempo fixado, no caso de se esgotar a pauta dos trabalhos ou ocorrer algum fato que a juízo do presidente e ou dos membros assim o exija.

Art. 9º As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio eletrônico (e-mail), com antecedência mínima de 7 (sete) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Art. 10º Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata as deliberações resultantes.

CAPÍTULO IV**DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 11º Ao Presidente da Comissão de Resíduos, compete:

- a) presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;
- b) emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- c) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- d) cumprir e fazer cumprir este regimento;

Parágrafo único – O presidente da Comissão poderá ser substituído, pelo vice-presidente.

Art. 12º - Compete ao vice-presidente:

- I – Realizar a suplência na ausência do presidente;
- II- Participar como membro da comissão.

Art. 13º Compete aos membros da Comissão:

- I – Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;
- II- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;
- III- requisitar a Secretaria-Executiva, a Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- IV- Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 14º Compete aos membros consultivos da Comissão:

- I- Todos os itens acima descritos, assim como orientar, fiscalizar, auxiliar e aconselhar na solução dos problemas da CRSS e SGRSS.

Art. 15º Compete à Secretaria Executiva da Comissão:

- I – Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II- Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;

III- expedir ato de convocação de conformidade com o que estabelece os arts. 8º e 9º do presente regimento.

IV- Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas para Comissão;

V- Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 16º É competência da Comissão de Resíduos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

I- Estabelecer critérios técnicos para o planejamento e execução do PGRSS do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

II- Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento e legislações de gerenciamento de resíduos/adequações diversas;

III- Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos.

IV- Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V- Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização do PGRSS;

VI- Divulgar aos serviços as alterações realizadas no âmbito hospitalar sempre que ocorrerem;

VII- Levar ao conhecimento da Diretoria Colegiada a ocorrência de irregularidade ou não conformidades, relacionadas ao gerenciamento de resíduos;

VIII- Participar de campanhas, eventos, educação continuada dentre outros, sobre o manejo dos resíduos.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO

Art. 17º A Comissão é composta pelos seguintes representantes:

- I – Presidente;
- II- Vice- Presidente;
- III- Secretário;
- IV- Membro da SCIRAS;
- V- Membro da Diretoria Administrativa;
- VI- Membro da Hotelaria;
- VII- Membros das empresas terceiras;
- VIII – Demais profissionais de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º Considerando a urgente necessidade da Administração, ficam desde já instituídos os seguintes Grupos de Trabalho:

- I - GT – Infectante;
- II- GT- Químicos;
- III- GT- Radioativo;
- IV- GT – Comum;
- V- GT – Recicláveis.

Art. 19º Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pela Comissão de Resíduos reunidos com a maioria simples de seus membros.

Art. 20º - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros ou da Diretoria Geral, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 21º A presente resolução entra em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criar a Comissão	X											
Elaboração do PGRSS	X											
Aprovação do Regimento Interno		X										
Desenvolver plano de ações para implantação e treinamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, PGRSS	X	X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborando relatório.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discussões de medidas educativas e eficácia da implantação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL (membros e finalidade)

Membros:

Em observância à vários regimentos jurídicos sobre o tema, o Comitê Transfusional terá em sua composição membros da equipe multidisciplinar, dada a complexidade de seu campo de atuação.

Oficialmente é criado com um coordenador e demais membros.

O coordenador deverá ser médico indicado pela direção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Os demais membros serão médicos e/ou enfermeiros dos principais setores do hospital que transfundem com frequência; um profissional do laboratório, administrativo, do serviço hemoterápico e do setor educacional.

Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou vice-presidente.

Finalidade:

I- Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

II- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela SES/GO em consonância às disposições legais e às orientações normativas do Ministério da Saúde e da SES/GO.

III- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

IV- Monitorar as reações transfusionais;

V- Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

VI – Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação;

VII- Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno do Comitê Transfusional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - O Comitê Transfusional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas na unidade.

Art. 2º - Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe:

Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

Parágrafo único – O serviço de saúde que realize transfusão, mas não possua serviço de hemoterapia deverá participar das atividades do comitê transfusional relacionado ao serviço de hemoterapia que o assiste ou constituir o seu próprio comitê.

CAPÍTULO II

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 3º O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Art. 4º O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou Vice- Presidente.

Art. 5º O Diretor Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Art. 6º As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas, sendo feito a nomeação publicada em boletim de serviço.

Art. 7º O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Art. 8º Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Art. 9º Afim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II- FUNCIONAMENTO

Art. 10º - O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros. O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o quórum em cada sessão;

- O presidente terá voto de qualidade;

- As deliberações do Comitê tomadas “Ad Referendum” deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão; e

- As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

Art. 11º É facultativo ao Presidente ou aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 12º A votação será nominal.

Art. 13º O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 14º Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica.

Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Art. 15º - A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

I- A verificação da presença do Presidente, em caso de ausência, abertura dos trabalhos pelo vice-presidente;

II- Verificação da presença e existência de quórum;

III- Votação e assinatura da ata da reunião anterior;

IV- Leitura e despacho do expediente;

V- Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI- Organização da pauta da próxima reunião;

VII- Distribuição de expedientes aos relatores e;

VIII- Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo único: Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 16º Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem;

O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária; e

Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Art. 17º A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Art. 18º A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I- COMPETÊNCIA DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

Art. 19º Compete ao Comitê:

I- Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransusão;

II- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

III- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

IV- Monitor as reações transfusionais;

V- Promover a educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

VI- Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

VII - Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e

VIII – Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art. 21º Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

- I- Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
- II- Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
- III- Promover a convocação das reuniões
- IV- Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso exercer o direito do voto de desempate;
- V – Indicar entre os membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e
- VI – Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e
- VII- Cabe ao vice-presidente substituir o Presidente em seus impedimentos;

Art. 22º Aos membros do Comitê, caberá:

- I- Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II- Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- III- Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- IV- Requerer votação de matéria em regime de urgência; e
- V- Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 23º Ao Secretário do Comitê caberá:

- I – Assistir as reuniões;
- II- Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;

III- Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

IV- Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;

V- Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões; e

VI- Lavrar e assinar as atas das reuniões do Comitê;

CAPÍTULO IV – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24º O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 25º O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Diretor Clínico para aprovação.

Art. 26º O presente regimento interno entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas todas as disposições em contrário.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ											
	TRANSFUSIONAL											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criar a Comissão	X											
Aprovação do Regimento Interno		X										
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comitê Transfusional**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comitê Transfusional (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte

01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS
PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR (membros e
finalidade)**

Membros:

Este Comitê deve ser constituído em observância a Resolução da Diretoria Colegiada de nº 63 de 2011, em que determina os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.

Sua atuação é técnico-científica e sigilosa, não tendo caráter coercivo ou punitiva.

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo norteadada pelo Regimento Interno.

Sua composição será de no mínimo 07 (sete) membros e deverá ser de caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância com a Diretoria Técnica.

A Comissão será composta por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I- Representante da equipe de enfermagem;
- II- Representante da equipe médica;
- III- Representante da equipe de fisioterapia;
- IV- Representante da assistência social;
- VI – Representante do serviço de educação permanente;

O presidente do Comitê deverá ser, preferencialmente, enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

Finalidade:

I- Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepara-los para o momento de alta e/ou transferência;

II- Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;

III- Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;

IV- Otimizar o tempo de recuperação do paciente;

V- Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;

VI- Reduzir complicações clínica e reinternações;

VII- Diminuir os riscos de infecção nestes pacientes.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:****CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS**

Art. 1º Esse regimento interno objetiva a padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com risco para longa permanência hospitalar, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecê-lo junto à administração e ao corpo clínico.

**CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES**

Art. 2º O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será responsável pelo mapeamento e inclusão de pacientes com risco para longa permanência em programa específico da instituição que visa conduzir esses casos específicos por meio de cuidado especializado e capacitação para continuidade do cuidado em domicílio para familiares e cuidadores do paciente.

Art. 3º O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar tem por finalidade reparar o paciente, a família e/ou os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepara-los para o momento de alta e/ou transferência, sendo um órgão vinculado à Direção Técnica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

**CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO**

Art. 4º A composição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência deverá contar com no mínimo 07 (sete) membros, entre presidente,

vice-presidente, secretário e demais membros titulares e deverá ter caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância com a Diretoria Técnica.

Art. 5º O Comitê será composto por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I- Representante da equipe de enfermagem;
- II- Representante da equipe médica;
- III- Representante da equipe de fisioterapia;
- IV- Representante da assistência social;
- VI – Representante do serviço de educação permanente;

Art. 6º O presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

Art. 7º O vice-presidente deve ser um profissional do setor de assistência social;

Art. 8º O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação do Comitê e nomeação pela Diretoria Técnica.

Art. 9º Os membros titulares do Comitê serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião em concordância com a Diretoria Técnica.

Art. 10º O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos.

Art. 11º O Comitê poderá contar com consultores “ad hoc”, que não fazem parte do Comitê como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para este.

Art. 12º Após a nomeação pela Diretoria, permanecendo os mesmos membros, caberá a recondução, ou seja, após a indicação do Comitê no sentido de reconduzir seus membros caberá como ato da Diretoria Técnica a publicação de portaria de recondução.

Art. 13º Qualquer membro do Comitê poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, com antecedência mínima de 30(trinta) dias.

Art. 14º O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

Art. 15º As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA

Art. 16º Ao presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I- Presidir as reuniões ordinárias;
- II- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III- Encaminhar aos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar as propostas técnicas e administrativas de funcionamento para apreciação e aprovação;
- IV- Representar o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó sempre que solicitado;
- V- Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo sendo o vice-presidente a primeira escolha sempre que possível;

VI- Subscriver todos os documentos e resoluções do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar previamente aprovados pelos membros desta;

VII- Fazer cumprir o regimento;

VIII- Nas decisões do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX- Indicar seu vice-presidente;

Art. 17º Ao vice-presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além das outras instituídas neste regime, compete:

I- Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II- Auxiliar na promoção do comitê com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;

III- Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Art. 18º Ao secretário do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó compete:

I- Assistir as reuniões;

II- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

III- Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de atas;

IV- Fazer registros de atas, deliberações entre outros;

V- Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;

VI- Auxiliar administrativamente as atividades do Comitê;

VII- Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir ata;

VIII- Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 19º Aos membros do Comitê compete:

I- Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II- Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III- Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV- Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V- Auxiliar no desenvolvimento e implementação do programa de gerenciamento de risco para longa internação hospitalar.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ATRIBUIÇÕES

Art. 20º O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após o décimo quinto dia e que forem clinicamente elegíveis.

Art. 21º O Comitê fica ainda responsável por registrar e avaliar durante as reuniões, caso a caso, as medidas necessárias para avançar no processo de desospitalização, assegurando a continuidade dos cuidados e medidas terapêuticas necessárias após a alta e capacitando cuidadores e/ou familiares e responsáveis do paciente para que de fato exerçam os cuidados necessários.

Art. 22º As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das pacientes de longa permanência hospitalar deve ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular do Comitê;

Art. 23º As avaliações de pacientes elegíveis para o programa instituído pelo Comitê, devem se solicitadas pelos enfermeiros ou médicos responsáveis pelas unidades em dias úteis da semana.

Art. 24º As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Art. 25º As avaliações iniciais para averiguação da pertinência da inclusão ou não no programa do Comitê, devem ser realizadas por no mínimo dois membros do grupo, sendo um deles necessariamente médico ou enfermeiro.

Art. 26º Das reuniões:

I- As reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da Instituição de Saúde.

II- As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.

III- Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Art. 27º Os assuntos que demandem decisão do Comitê serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2º Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º Será considerado “quórum” para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4º Em casos de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate (voto minerva).

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28º Este regimento poderá ser alterado mediante proposta, através de 3/5 de seus membros executores.

Art. 29º A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular do presente Comitê.

Art. 30º Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente deste Comitê, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 31º Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criar a Comissão	X											
Aprovação do Regimento Interno		X										
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar diagnóstico situacional e levantamento de dados sobre os pacientes crônicos hospitalizados na unidade	X	X										
Iniciar criação de programa de gerenciamento de longa permanência hospitalar e de capacitação para familiares e/ou cuidadores.	X	X										
Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê		X	X									
Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do **Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE (membros e finalidade)****Membros:**

O NQSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria Geral, devendo ser composto, minimamente, por:

- I. Um representante da Gerência de Atenção à Saúde (GAS);
- II. Um representante do corpo clínico;
- III. Um representante do Laboratório de Microbiologia;
- IV. Um representante da CCIH;
- V. Um enfermeiro;
- VI. Um representante do Setor de Epidemiologia;
- VII. Um farmacêutico representante da Farmácia;

- IX. Um representante de algumas das Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Finalidade:

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) visa prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde, aumentando a segurança ao paciente e promovendo a melhoria da qualidade da assistência.

Com o desenvolvimento dessas ações, serão identificados às situações e riscos existentes, os pontos frágeis da estrutura e dos processos de trabalho, as falhas ativas e latentes, assim como as oportunidades de melhoria do cuidado e prevenção de incidentes e danos desnecessários aos pacientes.

Também será possível avaliar e fornecer feedback aos gestores sobre a qualidade e segurança da assistência prestada, fomentando a tomada de decisão em prol de mudanças e melhorias nos diferentes setores de cuidado.

Por fim, pretende-se obter maior conscientização dos profissionais que atuam na instituição, estimulando-os a adotar as melhores práticas para o desenvolvimento de um cuidado seguro para todos.

Em âmbito mundial, a ocorrência crescente dos EA vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais, devido ao reflexo direto de suas consequências na qualidade dos cuidados em saúde.

Nesse contexto, as organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais frequentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a saúde no país. O programa visa reduzir a incidência de EA nos serviços de saúde e tem como ações a implementação de protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó tem a missão de proteger a saúde da população e garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Art. 2º O NQSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

I – Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

II – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

III – Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.

IV – Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

V – Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO II**NATUREZA E FINALIDADE**

Art.3º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição, diretamente ligada Diretoria Geral.

Art. 4º O NQSP tem por finalidade assessorar a superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada

para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital, de forma a fortalecer a gestão hospitalar e atender a legislação vigente.

CAPÍTULO III

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 5º São princípios do NQSP:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente;
- VIII- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- IX- Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

Art.6º Compete ao NQSP:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Qualidade e Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX . Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Setorial Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e profissionais; bem como aos pacientes/familiares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XV. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVI. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVII. Participar de eventos e demais ações promovidas no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó sobre segurança do paciente e qualidade.

Art.7º Compete a Diretoria Geral quanto ao NQSP:

- I. Apoiar a implantação e a manutenção do núcleo de segurança do paciente;
- II. Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;
- III. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NQSP;
- IV. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a superintendência deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas do hospital.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art.8º O NQSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria Geral, devendo ser composto, minimamente, por:

- I. Um representante da Gerência de Atenção à Saúde (GAS);
- II. Um representante do corpo clínico;
- III. Um representante do Laboratório de Microbiologia;
- IV. Um representante da CCIH;
- V. Um enfermeiro;
- VI. Um representante do Setor de Epidemiologia;
- VII. Um farmacêutico representante da Farmácia;
- IX. Um representante de algumas das Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Art.9º Os membros do NQSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pela Diretoria Geral, mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

- I. Por iniciativa própria.
- II. Por provocação escrita, devidamente fundamentada, apresentada pelo Responsável Técnico.
- III. A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

V- CAPÍTULO

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 10º Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- I. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- II. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- III. Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- IV. Proteção à identidade do notificador;
- V. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- VI. Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 11º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art.12º As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicizados para apreciação da Diretoria Geral.

Art. 13º As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 14º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NQSP.

CAPÍTULO VI

DO MANDATO

Art. 15º O mandato dos membros do NQSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Diretoria Geral.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 16º O NSP deverá se reunir mensalmente, ou seja, a cada 30 dias, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Diretor Geral do Hospital.

Art. 17º As reuniões do NQSP são agendadas trimestralmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na

semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 18º O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 19º O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NQSP.

Art. 20º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VIII

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 21º As deliberações do NQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQSP.

CAPÍTULO IX

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 22º - O apoio administrativo ao NQSP será realizado pelo seu secretário e na ausência deste poderá ser assessorado por um dos representantes.

Art. 23º - São consideradas atividades administrativas:

I. Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NQSP;

II. Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NQSP;

III. Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Parágrafo Único. O NQSP do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó usará a estrutura física cedida pela Diretoria Geral para a guarda de documentos, portarias, atas e outros.

CAPÍTULO X

DAS REUNIÕES

Art. 24º - Quando as reuniões do NQSP acontecerem no horário de expediente, o membro participante do núcleo deve ser liberado e a chefia designar outro colaborador para desempenhar a função do mesmo, para que não haja prejuízo das atividades.

Art.25º - Quando as reuniões do NQSP acontecerem fora do horário de expediente, o membro participante do núcleo receberá as horas de participação em folgas, cujo dia deverá ser acordado com chefia, sem prejuízo das atividades.

Art.26º - Cabe à chefia de cada setor e/ou unidade exigir a confirmação da participação do membro do NQSP nas reuniões.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27º - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28º - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 29º - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	X											
Elaboração do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente		X										
Aprovação do Regimento Interno												
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração de programa de palestras	X	X										
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementação dos protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação de eventos adversos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros do Núcleo (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Núcleo, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
HOSPITALAR (membros e finalidade)**

Membros:

O NUVE será composto pelos membros abaixo elencados:

I- coordenador do núcleo;

II- enfermeiro;

III- médico;

IV- Assistente administrativo

Os representantes serão indicados pela Diretoria Geral.

Finalidade:

É responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória /ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento, a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e inter complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento das doenças e agravos como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

Principais atividades:

- Coleta de dados através de busca ativa e passiva;
- Processamento dos dados coletados;
- Alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Trabalhar em parceria com serviço de vigilância epidemiológica municipal e estadual;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação de medidas de prevenção e controle apropriadas;

- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****Disposições Iniciais**

Art. 1.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Nuve), tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, administrado pelo IBGC, e às equipes internas.

Parágrafo único. O NUVE é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, subunidade diretamente ligada à Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 2.º Este Regulamento atende as normas instituídas pelo MS, através da Portaria n.º 2529, de 23 de novembro de 2004 e portaria n.º 2254, de 5 de agosto de 2010, que institui a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Art. 3.º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Nuve, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 4.º Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional do Nuve, propiciando uma base para a

realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Art. 5.º A Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (VEAH) foi instituída como parte integrante do Subsistema de Vigilância Epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com o objetivo de detectar e investigar as doenças de notificação compulsória (DNC) e seus agravos atendidos dentro da maternidade.

Art. 6.º O NUVE tem como objetivos a detecção, notificação e investigação das doenças de notificação compulsória, priorizando os agravos, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

Art. 7.º As terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) são:

I- Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II- Agravado: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III- evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV- Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois da avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata;

V- Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII): é um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da

propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 8.º A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados em Portarias Nacional e do Estado, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

Parágrafo único. É obrigatória a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes nas Portaria MS, n.º 204 e Portaria n.º 205, de fevereiro de 2016.

Art. 9.º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, bem como pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

CAPÍTULO II

Seção I Caracterização Geral

Art. 10. O Nuve do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (Nuve);

II- Ambientes de trabalho: sala do Nuve dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

III- Vinculação:

- a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;
- b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- c) Gerência de Atenção à Saúde;
- d) Diretoria Geral.

IV- Cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

CAPÍTULO III
RESPONSABILIDADES
SEÇÃO I
MISSÃO

Art. 11. O NUVE tem por missão detectar as doenças de notificação compulsória e seus agravos atendidas na maternidade.

Seção II
VISÃO

Art. 12. O NUVE tem por visão proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Seção III
VALORES

Art. 13. São valores do NUVE, em consonância com os valores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

- I - Preceitos ético-legais;
- II - Humanização do cuidado;
- III - Responsabilidade;
- IV - Respeito aos direitos do paciente;
- V - Trabalho em equipe;
- VI - Eficiência, eficácia e efetividade;
- VII - Cooperação e integração;
- VIII - Padronização de condutas;
- IX - Educação permanente.

Seção IV

Competências

Art. 14. O NUVE tem como principal objetivo responsabilizar-se pela informação e proposição de ações de saúde coletiva no âmbito hospitalar, integrando os diferentes setores da instituição para a definição de indicadores sobre as suas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar.

Parágrafo único. Para o alcance desses objetivos, o NUVE estabelece as presentes normas de rotinas de funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar no âmbito do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 15. O NUVE é um serviço hospitalar ligado diretamente a Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar que tem por finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 16. São Competências do NUVE:

- I - Estudar e propor aos representantes da alta administração e da comunidade do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;
- II - Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração;
- III - incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;
- IV - Assegurar a implantação das medidas aprovadas;
- V - Orientar os processos de trabalho elencados prioritariamente:
 - a) organizar um sistema de coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

- b) notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
- c) enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
- d) analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- e) participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Seção V

Produtos

Art. 17. Constitui, como principal produto do NUVE: a promoção e a integração ensino- serviço dentro da instituição, desenvolvendo atividades práticas de vigilância epidemiológica em ação conjunta com professores, técnicos e alunos.

Seção VI

Clientes

Art. 18. São clientes internos e externos do NUVE as Unidades Organizacionais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, os sistemas nacionais de informação e SMS.

CAPÍTULO IV

Capital Humano Seção I Deveres

Art. 19. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no NUVE:

- I - Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- II - Usar o crachá nas dependências do hospital;
- III - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais foi designado;
- IV - Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

- V - Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia;
- VI - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;
- VII - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- VIII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- IX - Zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio;
- X - Informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- XI - Tratar a todos com urbanidade;
- XII - Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- XIII - Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
- XIV - Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
- XV - Manter seus registros funcionais atualizados;
- XVI - guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- XVII - submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;
- XVIII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

Art. 20. São deveres e responsabilidades dos membros do Nuve:

I - Realizar busca ativa para os pacientes internados e atendidos no ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças da lista de notificação compulsória;

II - Realizar busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil e infantis;

III - notificar o primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica de DNC detectados no âmbito hospitalar;

IV - Realizar investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes em articulação com a SMS e com a SES, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;

V - Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, SMS;

VI - Elaborar relatórios epidemiológicos e divulgar anualmente o boletim epidemiológico;

VII - Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

VIII - Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica, tais como, os Serviços de Arquivo (SAM) e de Patologia; as Comissões de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar (CCH); a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; a Farmácia e o laboratório, para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

IX - Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças e agravos no ambiente hospitalar;

X - Monitorar o preenchimento das declarações de óbitos dos casos de notificação compulsória;

XI - Monitorar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XII - realizar monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos de notificação compulsória;

XIII - apoiar estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC e de óbito no ambiente hospitalar;

XIV - alimentar periodicamente o SINAN;

XV –Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória realizados pelo laboratório;

XVI - divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC conforme as Portarias e Resoluções em vigor;

XVIII - participar de eventos de natureza epidemiológica.

Seção II Cargos e Atribuições

Art. 22. O NUVE possui os seguintes cargos e atribuições, assim especificados:
Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Atribuições:

1. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

2. Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;

3. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

4. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;

5. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

6. Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;
7. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
8. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
9. Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
10. Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;
11. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
12. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;
13. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
14. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;
15. manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
16. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
17. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

18. Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do Nuve sejam estabelecidos;

19. Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização;

20. servir como contato para organizações externas no que se refere ao Nuve do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 22 Ao Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar compete:

1. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

2. Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;

3. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

4. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;

5. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos na Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

6. Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;

7. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

8. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

9. Auxiliar na construção e gerenciamento do custo da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

10. Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;

11. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
12. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos da Unidade, conforme normativas legais;
13. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos da Unidade, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
14. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores da Unidade;
15. manter a página da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar atualizada no sítio eletrônico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
16. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
17. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
18. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Nuve;
19. Consolidar a pauta definitiva das reuniões do Nuve;
20. Colocar em discussão qualquer matéria urgente ou de alta relevância, ainda que não constante da pauta de convocação;
21. Representar o Nuve junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
22. Delegar atribuições aos demais membros do Nuve;
23. Constituir grupo(s) de trabalho(s), se e quando necessário, indicando para cada grupo um relator;

24. Expedir todos os atos necessários à efetivação das deliberações do Nuve;

25. Convidar, a seu critério ou por indicação dos membros do Nuve, autoridades ou técnicos de notória competência profissional, para participar das reuniões, sem direito à participação nas deliberações do Nuve;

26. Conceder visto de matérias aos membros do Nuve, quando solicitado;

27. Supervisionar as atividades exercidas pela Secretária do Nuve;

28. Fazer cumprir este Regulamento;

29. Participar de reuniões com a direção e corpo clínico do hospital.

Enfermeiro

Art. 23 Ao Enfermeiro membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar compete:

1. Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;

2. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sinan;

3. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;

4. supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para a SMS semanalmente;

5. consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores da maternidade;

6. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;

7. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
8. Trabalhar em parceria com a CCIH, Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
9. Auxiliar nas orientações e monitoramento das “Medidas de Prevenção e Isolamentos” em casos de notificação compulsória;
10. Desenvolver ações integradas com a CCIH, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório.

Art. 24 Ao médico membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar compete:

1. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;
2. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
3. Auxiliar nas orientações e monitoramento das “Medidas de Prevenção e Isolamentos”;
4. Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico da maternidade;
5. Desenvolver ações integradas com a CCIH, SESMT, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;
6. Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;
7. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;

8. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;

9. promover a integração com o SAM e a comissão de revisão de prontuário da maternidade, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;

10. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Art. 24 Ao secretário do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar compete:

1. Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
2. Controlar agenda de compromissos;
3. Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
4. Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;
5. Catalogar fontes bibliográficas;
6. Manter os arquivos atualizados;
7. Manter os armários organizados;
8. Executar os serviços de digitação do Núcleo;
9. Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia do Núcleo;
10. Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
11. Participar da organização de eventos;
12. Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estadia dos componentes do Núcleo para eventos externos;

13. Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
14. Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
15. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
16. Conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do núcleo;
17. Checar os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
18. Planejar e organizar eventos;
19. Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

Art. 25. As funções de Coordenadores e Responsáveis Técnicos (RTs) constituem funções de confiança do NUVE, ficando a indicação a seu critério.

Parágrafo único. A permanência dos profissionais nessas funções e a sua possível substituição serão providas por ato do NUVE, em conjunto com a Diretoria Geral.

CAPÍTULO V

Organização Interna Seção I

DA COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 26. O NUVE será composto pelos membros abaixo elencados:

I- coordenador do núcleo;

II- enfermeiro;

III- médico;

IV- Assistente administrativo

Parágrafo único: Os representantes serão indicados pela Diretoria Geral.

Art. 27. O NUVE funcionará de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 28. As escalas de trabalho do Nuve são de responsabilidade da chefia da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar, devendo ser elaboradas até o dia 15 do mês anterior à escala para análise e aprovação da Chefia e posterior envio à Unidade de Comunicação para publicização no sítio eletrônico da Instituição.

Art. 29. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Núcleo, referentes à matéria.

Seção II Do Núcleo

Art. 30. O Nuve, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, é constituído pela chefia e representantes dos segmentos que a compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Seção III Das Reuniões

Art. 31. As reuniões do Nuve serão realizadas com os seus membros em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Art. 32. As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 33. O Nuve mensalmente, na primeira terça-feira do mês, apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 34. O funcionamento do NUVE, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas do NUVE devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2.º O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 35. Este Regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 36. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião com a presença do chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 37. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 38 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Núcleo de											
	Vigilância Epidemiológica Hospitalar											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração normas para operacionalização da busca ativa e monitoramento das doenças de notificação compulsória	X	X										
Normatizar a comunicação efetiva com a equipe interdisciplinar, visando o rastreamento constante das DNC	X	X										
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Criar relatório		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros do Núcleo (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Núcleo, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE
(membros e finalidade)

Membros:

A Comissão Interna de Qualidade deve ser constituída em cumprimento a resolução da ANVISA- REC nº 36 de 25 de julho de 2013, que estabeleceu a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente.

É responsável por disseminar as orientações, normas e diretrizes que devem ser seguidas por todos os profissionais no exercício da profissão, independente da função ou cargo que ocupem.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão Interna de Qualidade e motivadas pelo Presidente em exercício.

A Comissão Interna de Qualidade será composta por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria-Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão Interna da Qualidade. Esta comissão é composta pelos seguintes membros:

- I – Diretor clínico;
- II- Gerente de Qualidade;
- III – Gerente de Enfermagem;
- IV- Gerente Administrativo;
- V- Coordenação Multidisciplinar;
- VI- Representante da educação permanente;
- VII – Representante da coordenação de enfermagem;
- VIII- representante do serviço de farmácia;
- IX- Representante do Serviço Nutrição Clínica;

X – Representante da SCIH;

XI- Supervisor do Núcleo de Informação em Saúde.

Finalidade:

As ações da Comissão Interna de Qualidade, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I- Ações conjuntas de promoção da qualidade para uma aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, as condições de trabalho e a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

II- Promover melhorias relacionadas à Qualidade e Segurança do Paciente, assegurando uma assistência segura e na orientação aos pacientes, familiares e acompanhantes de pessoas internadas.

III- Definir diretrizes para monitorar e promover a melhoria contínua necessária ao desenvolvimento da Instituição;

IV- Produzir, sistematizar e difundir conhecimento sobre Qualidade;

V- Fomentar a inclusão do tema Qualidade e Melhoria contínua de Processos na instituição;

VI- Promover ações para a gestão de risco na Instituição;

VII- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

VIII- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, processos de trabalho e interações entre setores propondo ações preventivas e corretivas;

IX- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Programa de Gestão da Qualidade;

X – Acompanhar as ações vinculadas ao Programa de Gestão da Qualidade;

XI- Implantar as Ferramentas da Qualidade e realizar o monitoramento dos resultados;

XII- Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região;

XIII- Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação;

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****DA FINALIDADE**

Art. 1º Este Regimento trata das atribuições e competências da Comissão Interna da Qualidade (CIQUA) do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó; este regimento poderá sofrer modificações e adequações a partir de novas definições que venham ser alteradas.

Art. 2º A CIQUA tem por finalidade garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada hospitalares de urgência e dos leitos de retaguarda.

CAPÍTULO II**DA COMPOSIÇÃO**

Art. 3º A Comissão será composta do seguinte modo:

- I – Diretor clínico;
- II- Gerente de Qualidade;
- III – Gerente de Enfermagem;
- IV- Gerente Administrativo;
- V- Coordenação Multidisciplinar;
- VI- Representante da educação permanente;
- VII – Representante da coordenação de enfermagem;
- VIII- representante do serviço de farmácia;
- IX- Representante do Serviço Nutrição Clínica;
- X – Representante da SCIH;

XI- Supervisor do Núcleo de Informação em Saúde.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º É uma comissão permanente, devendo atuar como órgão assessor da direção geral.

Art. 5º As reuniões extraordinárias e/ou em caráter de urgência poderão ser convocadas por qualquer membro da CIQUA;

Art. 6º As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do coordenador.

Parágrafo único – As aprovações dependerão da aprovação da metade dos presentes mais um.

Art. 7º Os membros da comissão que faltarem as reuniões deverão comunicar antecipadamente ao presidente da CIQUA por escrito.

Art. 8º A CIQUA poderá convidar membros da equipe multidisciplinar do Hospital para participar de suas reuniões sempre que o assunto a ser discutido demandas. Os membros convidados atuarão como consultores.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º Compete a CIQUA:

I – Garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação;

II- Promover a permanente articulação entre a unidade de urgências e as unidades de internação;

III- Monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;

IV- Propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;

V- Propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos;

VI- Acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;

VII- Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;

VIII- Manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;

IX- Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;

X- Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio de articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede;

XI- Monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas;

XII- Agilizar a realização de exames necessários;

XIII- Definir critérios de internação e alta;

XIV- Responder as demandas do grupo condutor estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências;

Art. 10º São atribuições e competências do (a) presidente (a) da CIQUA:

- Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias com cronograma prévio e extraordinárias com antecedência de 24 hs.
- Presidir as reuniões da comissão;
- Zelar pelo cumprimento das decisões da comissão, fazendo os encaminhamentos deliberados nas reuniões;
- Manter-se informado e prestar informações aos demais membros da comissão de assuntos de interesse dessa comissão;
- Manter todos os documentos e atas da comissão atualizados e organizados.

CAPÍTULO V**DAS DISPOSIÇÃO GERAIS**

Art.11º A CIQUA responderá ao Diretor Geral e contará com o apoio da Gerência Assistencial e Direção Administrativa do hospital para o cumprimento deste regimento.

Art. 12º Este regimento poderá ser modificado em todo e em parte, por modificações e/ou inclusões na portaria que rege a CIQUA mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 13º Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão											
	Interna de Qualidade											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão Interna de Qualidade	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração do programa de capacitações	X	X										
Divulgação/apresentação da comissão perante os colaboradores da unidade		X	X									
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação da equipe para utilização de principais ferramentas de qualidade				X	X							
Criar relatório		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão Interna de Qualidade**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE
PRONTUÁRIOS (membros e finalidade)**

Membros:

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno de Análise e Revisão de Prontuários.

A Comissão deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo formado por profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, administradores, etc).

Caso a Comissão seja formada por mais 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

O presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será obrigatoriamente médico e acrescida dos seguintes profissionais da Unidade de Saúde:

I- 1 (um) médico;

II- 1 (um) enfermeiro;

III- 2 (dois) membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente 1 assistente social);

IV- 1 (um) membro do SAME.

Finalidade:

As ações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I- Corrigir fatores que não permitindo a continuidade da assistência;

II- Identificar meios que possibilite a elaboração do diagnóstico, avaliação mais eficiente do paciente, a comunicação entre diferentes equipes e entre diferentes períodos de tempo;

III- Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para o paciente. Informando sobre alguma reação adversa a medicamentos que o paciente possa ter;

IV- Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para os profissionais de saúde que o utilizam: para fins ético-legais, comprovando a presteza e o correto atendimento ao paciente;

V – Garantir que o prontuário seja uma fonte de pesquisa. Prontuários corretamente preenchidos são preciosos auxiliares para a pesquisa, fornecem dados que possibilitam a realização de trabalhos científicos que irão beneficiar o tratamento das doenças;

VI- Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;

VII – Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a prática que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

VIII- Através da avaliação dos prontuários, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo eles:

- a) número de prontuários avaliados;
- b) Taxa (%) de prontuários avaliados;
- c) nº de prontuários com identificação completa;
- d) nº de prontuários completos em relação a avaliação, exames e resultados de exames;
- e) nº de prontuários com letra legível;
- f) nº de prontuários com Checklist de cirurgia segura completo;
- g) nº de prontuários com ficha anestésica preenchida;
- h) nº de prontuários com plano terapêutico;
- i) taxa de prontuários com plano terapêutico;
- j) nº de prontuários com informe de alta hospitalar;

l) nº de prontuários sem informe de alta hospitalar;

m) Taxa (%) de prontuários com informe de alta hospitalar.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I - DA MISSÃO**

Artigo 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

I.O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, para um diagnóstico e tratamento mais seguros. Importante ressaltar que o Prontuário é um documento do paciente;

II.A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado;

III.O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde- doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico);

IV.O Sistema de Saúde: como ferramenta integradora dos cuidados nos vários serviços de saúde, pontos de atenção da rede por onde o paciente caminha: Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios de Especialidades.

CAPÍTULO II**DAS FINALIDADES**

Artigo 2º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros Clínicos e Técnicos utilizados na Unidade.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - À Comissão de Prontuários compete:

- I. Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;
- II. Implantar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;
- III. Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;
- IV. Analisar os impressos e sugerir modificações;
- V. Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 4º - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Artigo 5º - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção, de controle e avaliação.

Artigo 6º - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Artigo 7º - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

II. Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

III. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

IV. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

V. Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção de competência;

VI. Criar e aprovar normas que regulem o fluxo de prontuários da instituição;

d) Tipo de Alta.

I. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

II. Assessorar a Direção do Hospital, em assuntos de sua competência;

III. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem do Hospital, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

- IV. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- V. Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Indicar seu vice-presidente;
- III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Fazer cumprir o regimento interno;
- VI. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade;
- VII. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente.

Parágrafo Único - As atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Preparar a correspondência
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço;

VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

DOS MEMBROS

Artigo 11º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

I- 1 (um) médico;

II- 1 (um) enfermeiro;

III- 2 (dois) membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente 1 assistente social);

IV- 1 (um) membro do SAME.

Artigo 12º - Ao Presidente compete:

I. Presidir e coordenar as atividades da Comissão;

II. Coordenar as reuniões da Comissão;

III. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;

IV. Representar a Comissão;

V. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;

VI. Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Artigo 13º- Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

I. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;

II. Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;

Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

III. Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

IV. Analisar os impressos e propor modificações quando necessário.

Artigo 14º - Ao Membro representante do apoio administrativo compete: I. Redigir ata de reunião de forma clara;

II. Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

III. Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPÍTULO VII

DAS FUNÇÕES

Artigo 15º - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Artigo 16º - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo a deliberação da maioria.

Artigo 17º - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Artigo 18º - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Artigo 19º - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Artigo 20º - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado

Artigo 21º - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução Nº. 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, que define prontuário médico como o documento Único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22º - O presente Regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão											
	de Análise e Revisão de Prontuários											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	X											
Aprovação do Regimento Interno da CARP	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração das ações	X	X										
Definição de indicadores		X	X									
Realizar revisão dos prontuários relacionados as altas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgação de indicadores				X	X							
Criar relatório e emití-los às Comissões de Ética Médica e de Ética em Enfermagem		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS**(membros e finalidade)****Membros:**

A composição mínima da comissão deverá ser de dois membros médicos e um enfermeiro e com representantes entre os seguintes serviços:

- I. Anestesiologia;
- II. Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- III. Clínica- Médica;
- IV. Pronto Atendimento;
- V. Clínica Cirúrgica;
- VI. Especialidade definida a critério da Diretoria;
- VII. Serviço de Enfermagem;
- VIII. Serviço de Assistência Social;
- IX. Serviço de Psicologia;
- X. Serviço de Faturamento

Finalidade

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à direção Geral do Hospital.

Compete à Comissão de Verificação de Óbitos a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E DAS FINALIDADES

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2º - As finalidades da Comissão: Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A composição mínima desta Comissão deverá ser de dois membros médicos titulares, um médico residente, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.

Artigo 4º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil no Hospital:

- I. Anestesiologia;
- II. Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- III. Clínica - Médica;
- IV. Pronto Atendimento;
- V. Clínica Cirúrgica;
- VI. Especialidade definida a critério da Diretoria;
- VII. Serviço de Enfermagem;

VIII. Serviço de Assistência Social;

IX. Serviço de Psicologia;

X. Serviço de Faturamento.

Artigo 5º - Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital.

Artigo 6º - A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

Artigo 7º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Artigo 8º - O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor Geral. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 9º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Artigo 10º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Parágrafo Único: Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais

capacitados para participarem das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 14º - As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas uma cópia contendo: local, data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 15º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 16º - Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, sempre que necessário, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico ou Clínico, Presidente ou Vice-Presidente.

Artigo 17º - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - São atribuições da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados;
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

- VIII. Correlacionados diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- IX. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- X. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- XI. Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- XII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- XIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 19º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Indicar seu Vice-Presidente;
- III. Representar a Comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Fazer cumprir o regimento

Artigo 20º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 21º - São atribuições e competências do secretário da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- V. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- VI. Preparar a correspondência;

- VII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)
- VIII. todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com as diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Artigo 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 24º - O presente regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão											
	de Verificação de Óbitos											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Definição de indicadores		X	X									
Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.		X	X	X	X							
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Uniformizar e Direcionar as avaliações de óbitos pelos membros das comissões		X	X									
Divulgação de indicadores				X	X							
Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**(membros e finalidade)****Membros:**

A Comissão de Residência Médica – COREME deve ser instituída em atendimento a determinação da Resolução do CNRM nº 02/2013, assim como determina a Legislação estadual em atendimento à CNRN 01/2016 – GO.

A Comissão de Residência Médica - COREME é formada por:

I – coordenador e vice- coordenador;

II- Um representante do corpo docente por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica;

III- Um representante do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

IV- Um representante dos médicos residentes por programa de residência.

V- Um secretário administrativo.

Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral por meio de portaria que deverá ser publicada no Boletim de Serviço da Instituição.

Finalidade:

As finalidades da COREME serão as seguintes:

I- Planejamento e criação de novos Programas de Residência Médica da Instituição, nas diversas especialidades, com apoio dos serviços médicos em consonância com as resoluções publicadas pela Comissão Nacional de Residência Médica;

II – Acompanhar o processo seletivo;

III- Avaliar periodicamente os programas de residência médica da instituição;

IV- Elaborar e revisar o regimento interno e regulamento.

V- Participar, sempre que convocada, das atividades e reuniões da CEREM/GO;

VI- Emitir certificados de conclusão de programas dos médicos residentes;

VII – Definir o calendário anual das reuniões ordinárias a ser enviada a CNRM.
A reunião ordinária deverá ser realizada mensalmente.

VIII - Determinar a abertura da inscrição para o Concurso de Residência Médica e definir a data das provas, início da Residência e o número de vagas para cada ano;

IX- Selecionar os candidatos aprovados no Concurso para Residência Médica;

X – Resolver as demandas relacionadas à organização e supervisão da residência médica e pesquisa;

XI- Fazer cumprir os programas científicos elaborados junto a Gerência de Ensino;

XII – Manter as fichas individuais dos residentes organizadas para anotação do históricos deles, deixando registrado o período de férias, participação em congresso e faltas disciplinares.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

CARACTERIZAÇÃO

Artigo 1º - A Residência Médica é uma modalidade de Ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, regime de 60 (sessenta) horas semanais, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, para o exercício de uma determinada especialidade.

O programa de residência a que se refere o Artigo 1º e a concessão do título de especialista deverá obedecer rigorosamente à Lei nº 6.932 e às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e às normas da Lei de Residência Médica.

Artigo 2º - Os programas da Comissão de Residência Médica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó obedecem rigorosamente à Lei nº 6.932, de 07/07/81 – atividades de médico residente, às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, e aos Regulamentos estabelecidos pela Comissão Estadual de Residência Médica e Secretaria de Estado da Saúde.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

Artigo 3º - Oferecer Programas de Residência Médica/PRM aos graduados em Medicina pelas escolas médicas do país e do exterior reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura/MEC, conforme Resolução CNRM nº 04/2007.

Artigo 4º - Desenvolver o aprendizado teórico-prático em especialidades médicas, conforme as normas pertinentes e atividades necessárias ao atendimento assistencial demandado pelos usuários do SUS.

Artigo 5º - Desenvolver atividades teórico-complementares: sessões anátomo clínicas, discussão de Artigos científicos, sessões clínica-radiológica, sessões clínicas laboratoriais, cursos, palestras e seminários com temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística.

CAPÍTULO III

DA COORDENAÇÃO

Artigo 6º - A residência do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é coordenada pela Diretoria Geral e Comissão de Residência Médica – COREME, sendo esta composta por: Coordenador, Vice Coordenador, Secretário, um representante do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e Representantes dos Residentes

I.A COREME será formada por membros do corpo clínico da respectiva Unidade, de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes;

II.A COREME será coordenada por um dos seus membros, integrante do corpo clínico da respectiva Unidade, eleito por seus pares, em escrutínio direto e secreto, e representa os médicos residentes perante a Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, à Coordenação Nacional da Comissão de Residência Médica e à Comissão Estadual de Residência Médica, com mandato de 2 (dois) anos, podendo haver recondução por mais 2 (dois) anos;

III. As eleições deverão ser realizadas entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) dias antes do término do mandato;

IV. Os Supervisores e Preceptores são membros docentes responsáveis pela orientação dos médicos residentes no cumprimento do Programa de Residência Médica/PRM, e os representam perante a Chefia da Clínica e ao COREME;

V. Os Supervisores são indicados pelo Chefe da Clínica em conjunto com as Diretorias, Geral e Técnica, da respectiva Unidade, e aprovados pela COREME;

VI. Os Preceptores são indicados pelos Supervisores das Clínicas e aprovados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e pela Coordenação da COREME;

VII. A representação dos médicos residentes será obrigatoriamente por residentes integrantes dos programas, tendo 1 (um) representante por clínica de cada ano, escolhidos por seus pares, em escrutínio direto e secreto, organizado pelos próprios médicos residentes. O mandato será de 01 (um) ano;

VIII. A eleição dos representantes dos médicos residentes deverá ser no 1º dia do início do Programa.

CAPÍTULO IV

DOS PROGRAMAS

Artigo 7º - A COREME/ Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó oferece vagas nos programas de residências disponíveis no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Artigo 8º - As especialidades e o quantitativo de vagas oferecidas, em cada especialidade serão amplamente divulgados pela COREME no Edital da Seleção para a Residência Médica através de publicação de cartazes, Internet e em jornal de grande circulação, para que ocorra a comunicação entre os Centros Universitários regionais e do país.

Artigo 9º - Cada especialidade incluída no Programa de Residência Médica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó contará com o número de Preceptores na proporção de 02 (dois) para 03(três) residentes, conforme normas da CNRM.

Artigo 10º - Para inclusão de novas especialidades no Programa de Residência Médica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, a COREME

deverá encaminhar a programação e demais informações necessárias à Comissão Estadual de Residência Médica para análise e posterior encaminhamento a CNRM, para as providências cabíveis.

Artigo 11º - O ensino por meio de treinamento prático no primeiro ano de residência deverá abranger áreas de conhecimentos básicos em clínica médica correlata à especialização escolhida, reservando-se os anos subsequentes para dedicação exclusiva à especialidade propriamente dita.

Artigo 12º - A duração dos programas nas especialidades obedece às normas estabelecidas pela CNRM.

Artigo 13º - Com o objetivo de complementar o treinamento dos residentes, em determinadas especialidades, a COREME e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó poderá firmar convênios com outras Instituições, ou se utilizar os já existentes através da Secretaria de Estado de Saúde, observadas as normas da CNRM, sendo requisitos mínimos à Instituição Conveniada:

- I. estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades;
- II. dispor de leitos na proporção mínima de 05 (cinco) para cada Residente, na especialidade, e possuir os equipamentos e materiais necessários para assegurar um padrão de atendimento adequado;
- III. dispor em seu corpo clínico de um docente que responderá pela preceptoria da residência em convênio;
- IV. dispor de condições de atendimento nos setores de radiologia, anatomia patológica e patologia clínica;
- V. dispor de Enfermagem especializada, Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Arquivo Nosológico Organizacional;
- VI. O reconhecimento da Instituição, para efeito de Convênio, será baseado no relatório de Inspeção Prévia, realizada através da Comissão de Preceptores designada pela COREME para esse fim, em comum acordo com as partes convenientes.

Artigo 14º - Os programas devidamente organizados pelos coordenadores serão encaminhados à Comissão de Residência Médica – COREME e após a apreciação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM para credenciamento.

I - Os programas deverão mencionar, obrigatoriamente:

- a. número de médicos residentes previstos na área ou especialidade;
 - b. programas de Residência Médica;
 - c. número e nome de Coordenadores e Preceptores com as respectivas cargas horárias dedicadas ao programa e sua qualificação;
 - d. número de leitos, de salas de ambulatório, média de pacientes por dia no setor de emergência e em cada área ou especialidade;
- II. programação didático-complementar prevista, inclusive a programação atual do corpo clínico (discutir outras com preceptores);
- III. acervo da biblioteca e/ou convênios;
- IV. proposta de Regimento Interno;
- V. declaração do coordenador do Programa de Residência Médica de possuir conhecimento pleno das Resoluções da CNRM;
- VI. proposta de convênio com Escola Médica.

CAPÍTULO V

DA MANUTENÇÃO

Artigo 15º - O Programa de Residência Médica será mantido por dotação Orçamentária da Secretaria de estado da Saúde do Estado de Goiás, doações e verbas diversas.

I. a remuneração dos médicos residentes será através de bolsa de estudos, sob a responsabilidade exclusiva da SES/GO, pelo prazo de duração da residência, nos valores determinados pela Comissão Nacional de Residência Médica. – CNRM.

CAPÍTULO VI

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 16º - Compete a Comissão de Residência Médica/COREME:

- I. planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica e obter os meios de sua efetiva execução e avaliar o seu desenvolvimento;
- II. reunir-se ordinariamente mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou 03 (três) de seus membros;
- III. deliberar sobre o Programa de Residência Médica das diversas especialidades, no âmbito das Unidades de Saúde da rede pública estadual;
- IV. deliberar sobre a inclusão ou exclusão de especialidades no Programa de Residência Médica;
- V. promover e/ou estimular o intercâmbio com outros Centros de Residências;
- VI. julgar as faltas disciplinares dos médicos residentes;
- VII. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente Regimento;
- VIII. contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos residentes;
- IX. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES:

Artigo 17º - São atribuições do Coordenador:

- I. estabelecer pautas e executar as deliberações da COREME;
- II. presidir as reuniões da COREME;

- III. deliberar com a maioria absoluta de seus membros presentes, lavrando-se a ata, inclusive no caso de falta de quórum, dela constando o nome dos membros que comparecerem;
- IV. elaborar Programa Anual de Atividades, bem como relatório anual de atividades realizadas, quando solicitado;
- V. planejamento, a coordenação e a supervisão da seleção dos candidatos ao Programa de Residência Médica;
- VI. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VII. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- VIII. manter o chefe da clínica, o COREME e a Diretoria informados das atividades desenvolvidas pelos médicos residentes;
- IX. elaborar relatórios de avaliação trimestral sobre o aproveitamento dos médicos residentes, encaminhando-os a COREME, para análise e outras providências;
- X. expedir os certificados de residência médica, juntamente com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- XI. organizar e realizar o exame seletivo dos candidatos à seleção para Residência Médica em conjunto com a COREME da Unidade, conforme normas da CNRM/MEC;
- XII. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- XIII. o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades do Programa de Residência Médica;
- XIV. a aplicação das sanções disciplinares, na forma da lei;
- XV. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente regulamento;
- XVI. supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica; XVII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;

XVIII. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES/GO;

XIX. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes.

Artigo 18º - São atribuições do Vice - Coordenador:

- I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias da COREME;
- II. substituir o coordenador nas suas faltas ou impedimentos;
- III. auxiliar o coordenador em suas diversas atribuições;
- IV. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 19º - São atribuições do Secretário da COREME:

- I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- II. redigir as atas das reuniões;
- III. substituir o vice coordenador em suas faltas ou impedimentos;
- IV. participar com o coordenador na fiscalização dos programas e atividades dos residentes;
- V. auxiliar o coordenador em suas diversas atividades;
- VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- VII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 20º - São atribuições do Supervisor:

- I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. organizar as escalas de plantões mensais e encaminhá-las até o 25º dia de cada mês;
- III. manter o chefe da Clínica informado das atividades desenvolvidas pelos residentes;
- IV. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;

- V. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- VI. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- VII. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VIII. convocar a COREME para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;
- IX. controlar a frequência dos médicos residentes;
- X. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente à COREME, ao final de cada estágio;
- XI. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes; XII - supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;
- XIII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função; XIV - cumprir e fazer cumprir este regimento

Artigo 21º - São atribuições do Preceptor:

- I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;
- III. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- IV. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- V. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VI. convocar no mínimo três preceptores para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;

- VII. controlar a frequência dos médicos residentes;
- VIII. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente a COREME, ao final de cada estágio;
- IX. avaliar os médicos residentes, no mínimo de três em três meses; (Resolução CNRM 02/2006 Artigo 13º § 1º);
- X. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;
- XI. realizar outras atividades compatíveis com a função;
- XII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 22º - São atribuições dos Médicos Residentes:

- I. eleger um representante de cada ano dos programas para integrarem a Coordenação da COREME;
- II. eleger o representante entre os representantes eleitos dos médicos residentes que atuará como membro integrante da Associação de Residência Médica - Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, o qual deverá ser submetido à aprovação da Diretoria Geral e COREME;
- III. cumprir e fazer cumprir o regulamento da AMR/SES, e colaborar com os Preceptores na manutenção da disciplina e no cumprimento do presente;
- IV. defender os interesses dos médicos Residentes junto a COREME;
- V. participar de congressos da Associação Nacional dos Médicos Residentes/ANMR;
- VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

CAPÍTULO VIII

DO PROCESSO SELETIVO

Artigo 23º - O processo seletivo será coordenado pela COREME, conforme cronograma de aplicação por ela estabelecido, mediante supervisão e acompanhamento da CEREM/GO e da Coordenação da Comissão de Residência Médica da SES.

Artigo 24º - A admissão do candidato no Programa de Residência Médica/PRM será feita mediante seleção pública, realizada de conformidade com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, Regulamento da SES/GO, e este Regimento.

Artigo 25º - Serão aceitas inscrições de médicos brasileiros ou estrangeiros com visto permanente no país, graduado em Faculdade ou Escola de Medicina oficializada no Brasil.

I. No caso de candidato no exterior apresentar diploma convalidado no Brasil pelo órgão oficial competente.

Artigo 26º - O Edital da seleção pública, após a aprovação pela Comissão Estadual de Residência Médica, será divulgado no site da Secretaria de Estado da Saúde, da Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás, publicado, obrigatoriamente, no Diário Oficial do Estado, e se necessário em jornal de grande circulação do Estado, observado o prazo de até 15 (quinze) dias da data de início da inscrição.

Artigo 27º - O candidato à residência médica apresentará no ato da inscrição:

- I. requerimento neste sentido, à Comissão de Residência Médica/COREME da Unidade, com a informação da especialidade pretendida, do nome da Instituição de Ensino em que concluiu o curso graduação em Medicina e o ano de conclusão;
- II. cópia autenticada do Diploma de médico ou Declaração da Secretaria da Faculdade de Medicina onde está cursando o último período do curso de medicina (6º. Ano);
- III. os médicos formados no exterior deverão apresentar ainda o Certificado de Revalidação de Diploma;
- IV. duas fotos 3X4, recentes;
- V. comprovante original do pagamento da taxa de inscrição;
- VI. cópia autenticada dos documentos: Carteira de Identidade; CPF; CRM; VII - opção quanto à especialidade que pretende seguir.

Artigo 28º - Para o preenchimento das vagas serão considerados:

- I. número de vagas oferecidas pela especialidade;
- II. opção prévia;

II. caráter classificatório.

Artigo 29º - O número de vagas estará condicionado às disponibilidades oferecidas pelo Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, nos seguintes itens:

- I. disponibilidade financeira;
- II. capacidade didática;
- III. relação mínima de 05 (cinco) leitos por residente.

Artigo 30º - A avaliação dos candidatos será realizada em duas etapas e participarão da segunda etapa aqueles classificados na primeira fase.

- I. 1ª fase prova escrita, de caráter eliminatório, pontuada conforme estabelecido pela CNRM/MEC;
- II. 2ª fase prova prática, subjetiva ou entrevista, a critério da supervisão, de caráter classificatório, conforme estabelecido pela CNRM/MEC.

Artigo 31º - A avaliação escrita versará sobre temas básicos e gerais de Medicina, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, e Medicina Preventiva, procurando estabelecer proporcionalidade no número de questões das especialidades acima.

Artigo 32º - Da prova de seleção:

- I. esta constará de prova de suficiência escrita e múltipla escolha;
- II. a prova de suficiência escrita versará sobre conhecimentos médicos gerais e básicos nas especialidades definidas, na mesma proporção de questões;
- III. o exame de suficiência será eliminatório e classificatório, com a nota mínima para aprovação igual a 05 (cinco);
- IV. em caso de empate na prova de seleção, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
 - a. melhor currículo escolar;
 - b. maior número de questões corretas na especialidade;

- c. maior idade.

CAPÍTULO IX

DA CLASSIFICAÇÃO

Artigo 33º - Serão classificados os candidatos que obtiverem 50% da nota máxima atingida na primeira fase.

Artigo 34º - Serão selecionados para a segunda fase, os candidatos classificados na primeira fase correspondente a três vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, considerando todos os candidatos que obtiverem a mesma nota do último selecionado.

- I. No caso de empate na avaliação escrita, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
- a. maior número de acertos na prova escrita da especialidade pretendida;
 - b. Idade, sendo privilegiada a de maior ordem cronológica.

CAPÍTULO X

DA ADMISSÃO

Artigo 35º - Os candidatos classificados serão admitidos na qualidade de médicos residentes, observada a ordem de classificação, de acordo com o número de vagas oferecidas pela Unidade, em cada especialidade e a opção do candidato.

Artigo 36º - Em caso de desistência, o candidato deverá comunicar a COREME, por escrito, e após o presidente da COREME poderá convocar novo candidato, observada a ordem de classificação.

Artigo 37º - Caso o candidato não efetue sua comunicação de desistência no prazo de 24 horas úteis, será considerado desistente e o coordenador, da COREME poderá convocar novo candidato, da mesma especialidade, observando a ordem de classificação.

Artigo 38º - Após o início do Programa de Residência Médica/PRM o candidato classificado que não comparecer ao serviço até 72 horas, sem justificativa, será eliminado do programa, e o presidente da COREME convocará outro candidato da mesma especialidade, obedecendo à ordem de classificação.

Artigo 39º - Em caso de disponibilidade de vagas, após o início das atividades do PRM, o presidente da COREME poderá convocar outro candidato da especialidade,

em até 60 dias obedecendo à ordem de classificação. Após esta data não será permitida a admissão de novo candidato.

Artigo 40º - Em caso do não preenchimento do quantitativo de vagas ofertadas em uma determinada especialidade, e havendo procura por algum candidato classificado em outra especialidade, sendo de interesse do serviço e da Unidade, a COREME poderá analisar a solicitação, aprová-la ou não, ou ainda realizar nova seleção.

CAPÍTULO XI

DAS TRANSFERÊNCIAS

Artigo 41º - A transferência de médico residente de um programa de Residência Médica para outro da mesma especialidade somente será possível com aprovação da CNRM. A solicitação de transferência deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva da CNRM com comprovação da existência de vaga, bolsa, da concordância das COREME das Instituições de origem e destino, bem como da concordância das CEREM dos estados envolvidos.

Artigo 42º - É vedada a transferência dos médicos residentes entre programas de Residência Médica de diferentes especialidades, inclusive na mesma Instituição.

Artigo 43º - Nos casos de descredenciamento de um programa de Residência Médica (PRM), os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados da mesma especialidade em outras instituições. (Resolução CNRM nº 03/07).

I. os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados em vagas credenciadas ociosas ou vagas credenciadas em caráter extraordinário, conforme determinação da CNRM;

II. as instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos

residentes transferidos conforme determinação do plenário da CNRM. O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem até o tempo inicialmente previsto para a conclusão do Programa de Residência Médica;

III. o certificado será expedido pela instituição de destino.

Parágrafo Único - Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM.

CAPÍTULO XII – DOS DIREITOS DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 44º - Será assegurado ao médico residente 1 dia de folga semanal e 30 dias de repouso, por ano de atividade.

Artigo 45º - Remuneração através de Bolsa de Estudos, de valor igual ao determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Artigo 46º - A representação dos médicos residentes na COREME será provida, obrigatoriamente, por residentes integrantes do Programa, escolhidos por seus pares em escrutínio direto e secreto, na proporção de 20% de seus membros, cujo mandato será exercido pelo prazo de 1 ano.

Artigo 47º - A eleição referida no Artigo anterior será realizada conforme estabelecido pela Resolução CNRM nº 02, de 07/07/05, e dentre os representantes dos médicos residentes um será escolhido como Coordenador.

Artigo 48º - Assistência Médica prioritária na Rede Estadual de Saúde durante a Residência Médica, estendido ao cônjuge e filhos.

Artigo 49º - Licença paternidade por 05 (cinco) dias consecutivos.

Artigo 50º - Licença por luto de 05 (cinco) dias consecutivos (pai, mãe, irmãos, cônjuge e filhos). Artigo Licença casamento por 05 (cinco) dias consecutivos

Artigo 51º - A médica residente a partir do 8º (oitavo) mês de gravidez poderá solicitar licença de suas atividades pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias, sem prejuízo da bolsa).

CAPÍTULO XIII – DOS DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 52º - A carga horária do médico residente será de, no máximo, 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

I. cabe ao médico residente cumprir integralmente os termos dispostos no respectivo contrato de concessão da bolsa de estudos, no Regimento Interno da COREME, no Regulamento Interno da Unidade de Saúde da qual faz parte, além das normas expedidas pela CNRM;

II. o cumprimento da carga horária pelo Médico Residente, estabelecida em contrato, será controlado nos mesmos termos estabelecidos para os ocupantes de cargo efetivo, na categoria de médicos, nos termos da Lei – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado do Goiás e suas Autarquias devendo ser comprovado diariamente através do registro de comparecimento utilizado na unidade.

Artigo 53º - Comparecer na hora determinada de todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde foi designado.

Artigo 54º - O médico residente deverá acompanhar o paciente de sua Clínica, quando da realização de exames fora das instalações do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, após a avaliação prévia da necessidade de acompanhamento médico por parte do Staff e/ou Preceptor da Clínica.

Artigo 55º - Usar uniforme adequado (calça, camisa ou jaleco, sapatos, meias e cintos brancos), manter os cabelos presos e não usar adornos.

Artigo 56º - Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, do COREME e das Instituições conveniadas.

Artigo 57º - Preencher corretamente o prontuário do paciente, carimbando e assinando todas as suas anotações.

Artigo 58º - O Médico Residente, ao ausentar-se do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para rodízio em outra Instituição deverá solicitar a COREME o ofício de encaminhamento e fichas de frequência e avaliação em formulário próprio da COREME.

Artigo 59º - Ao retornar do rodízio deverá comparecer a COREME munidos das fichas citadas no Artigo 57º, devidamente preenchida e assinadas pelos responsáveis do serviço.

Artigo 60º - Cooperar quando solicitado na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas na unidade.

Artigo 61º - É vedado ao médico residente, se funcionário público estadual, a percepção do vencimento e das vantagens do respectivo cargo, cumulativamente com o benefício da bolsa de estudos, pelo prazo de duração da residência, assegurando sê-lhe, todavia, o direito de opção.

Artigo 62º - No período de Residência Médica, o médico residente que vier a ser nomeado para exercer cargo em comissão terá que optar entre um e outro, assim como, no caso de médico residente, cuja carga horária do programa exceder 40 (quarenta) horas semanais e pretender celebrar contrato por tempo determinado com esta pasta ou qualquer outro órgão da administração pública.

Artigo 63º - Em quaisquer casos, a interrupção do programa não exime o médico residente de, posteriormente, completar a carga horária total da atividade prevista para o aprendizado, conforme estabelecido no Artigo 7º da Lei nº 6.932/81.

Artigo 64º - No período de residência, o médico residente ficará impedido de ser nomeado e/ou assinar contratos na qualidade de funcionários em qualquer Instituição. A infração deste Artigo incorrerá no desligamento da Residência.

Artigo 65º - Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento.

CAPÍTULO XIV – DAS PENALIDADES

Artigo 66º - O médico residente estará sujeito ao regime disciplinar do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo preceptor, ouvido o coordenador e COREME, que proporá, após averiguações, as penalidades abaixo em ordem crescente de gravidade.

- I. as penalidades disciplinares serão de:
 - a. advertência verbal;
 - b. advertência por escrito;
- II. suspensão;

III. eliminação.

IV. a Comissão de Residência Médica – COREME – deverá ouvir as partes interessadas por si ou por seus representantes.

V. na ocorrência de aplicação de qualquer penalidade tratada neste Artigo, poderá o interessado interpor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, pedido de reconsideração.

VI. se a Comissão de Residência Médica – COREME – opinar pela eliminação, o Residente será suspenso de suas atividades, até o encerramento do processo.

VII. havendo posições antagônicas entre a Coordenação e a COREME com respeito à aplicação da penalidade, será ouvida a Comissão Regional de Residência Médica.

VIII. as denúncias de transgressões ao Código de Ética Médica serão encaminhadas para apreciação pelas Comissões de Ética Médica das Unidades Assistenciais.

IX. A falta considerada grave será aplicada suspensão ou eliminação do Residente.

CAPÍTULO XV – DAS AVALIAÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 67º - No decorrer da Residência Médica, os residentes serão avaliados na forma definida pelo respectivo programa, com avaliações anuais e apresentação de monografias a critério do supervisor da especialidade.

Artigo 68º - As avaliações deverão dar prioridade às atuações dos residentes, uma vez que a Residência Médica tem por finalidade básica o treinamento e a especialização em serviço.

Artigo 69º - Semestralmente, os residentes opinarão por escrito sobre a execução dos programas cumpridos.

CAPÍTULO XVI

DA PROMOÇÃO E DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Artigo 70º - A promoção do médico residente dar-se-á em decorrência das avaliações realizadas pelos coordenadores e preceptores.

Artigo 71º - A promoção à residência da especialidade dar-se-á após a avaliação do Programa cumprido na área obrigatória.

Artigo 72º - A exclusão dar-se-á em caso de reprovação.

Artigo 73º - Até o dia 15 de dezembro os coordenadores e preceptores encaminharão à Comissão de Residência Médica – COREME – o resultado das avaliações dos Residentes que estarão concluindo o período para fins de promoção ao ano seguinte ou expedição de Certificado.

Artigo 74º - Os médicos residentes terão direito a um Certificado quando completarem o Programa de Residência Médica.

Artigo 75º - O Certificado será registrado em livro de protocolo, assinado pelo Presidente da COREME e Diretor Geral.

CAPÍTULO XVII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Artigo 76º - O presente Regimento entra em vigor na data da aprovação pela COREME e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó podendo sofrer modificações em sua composição por desistência de seus membros e outros impedimentos.

Artigo 77º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Estadual de Residência Médica.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão											
	de Residência Médica (COREME)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Residência Médica (COREME)**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA
DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO (membros e finalidade)****Membros:**

A Norma Regulamentadora nº 4 – Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT prevê que as empresas devem, obrigatoriamente, manter o SESMET com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, sendo que o dimensionamento do serviço vincula-se a gradação de risco da atividade principal da empresa e ao número total de empregados do estabelecimento, devendo ser observado o quadro II da NR-4 que estabelece quais quantos profissionais (Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho deverão compor o SESMT.

Atuação do SESMT é de promover a saúde e integridade física e reduzir acidentes e doenças ocupacionais.

O SESMET do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será composto por 01 Engenheiro de Segurança do Trabalho;

01 Médico do Trabalho;

01 Enfermeiro do Trabalho;

01 Auxiliar de Enfermagem do Trabalho;

04 Técnico de Segurança do Trabalho

Finalidade:

O SESMET tem como função precípua proteger os colaboradores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, ou até mesmo eliminar os riscos existentes à saúde e segurança dos trabalhadores.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****DOS OBJETIVOS**

Art. 1º Os objetivos deste regimento interno objetivam a padronização de critério importantes para melhorar o funcionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, estabelecendo condições mínimas de composição, almejando ainda, fortalecer o SESMET junto à Administração.

CAPÍTULO II**DAS FINALIDADES**

Art. 2º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho tem por finalidade proteger o funcionário em seu local de trabalho, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, conforme NR 4.

Art. 3º É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

CAPÍTULO III**DA COMPOSIÇÃO**

Art. 4º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho terá composição conforme dispõe o dimensionamento da NR4, na forma que segue:

- I- Representante da Diretoria Administrativa;
- II- Representante da Diretoria Técnica;
- III- Representante da Gerência Administrativa;
- IV- Engenheiro de Segurança do Trabalho;

V- Médico do Trabalho;

VI- Enfermeiro do Trabalho;

VII – Auxiliar de Enfermagem do Trabalho;

VIII- Técnico de Segurança do Trabalho;

Parágrafo único – Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º É de competência do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade e segurança do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais e através destas:

I- Aplicar os conhecimentos do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir e até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;

II- Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR 6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija.

III- colaborar quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da unidade.

IV – Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quando ao cumprimento do disposto nas NR's aplicáveis as atividades executadas na unidade ou de seus estabelecimentos;

V- Manter permanentemente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atende-la;

VI- Promover atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente.

Art. 6º Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice- Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento;

Art. 8º As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente com local e horário, previamente definidos e informados.

Art. 9º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário;

Art. 10º As decisões consideradas resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Art. 11º O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 12º Todos membros serão nomeados pelo Diretor Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho.

Art. 13º As decisões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 14º Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e das ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 15º As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata de reunião ordinária ou extraordinária.

Art. 17º Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas durante um ano.

Art. 18º Nenhum membro do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19º São atribuições do presidente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituídas neste regimento:

I- Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedência das reuniões ordinárias;

II- Presidir as reuniões;

III Representar a Comissão junto às Gerências ou Diretoria da instituição, ou indicar seus representantes;

IV- Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas de fiscalização e acompanhamentos das boas práticas da segurança do trabalho, previamente aprovados pelos membros desta.

V- Coordenar a elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA da instituição adequando-os às formas de lei específica.

VI- Estabelecer um programa de atividades e metas para o Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho definindo prazos a serem cumpridos;

VII- Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA.

VIII – Fazer cumprir o regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

IX- Nas decisões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, além de seu voto, terá o voto de qualidade (voto minerva).

Art. 20º Ao vice-presidente do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, além de outras instituídas neste regimento, é atribuído:

I – Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões coordenando os debates;

II- Executar atribuições que lhe forem delegadas;

III- Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Art. 21º São atribuições do Presidente e vice-presidente, em conjunto:

I- Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II- Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III – Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV- Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento;

Art. 22º São atribuições da Secretaria do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho:

I – Receber e protocolar os processos e expedientes;

II- Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III- Convocar os membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV- Organizar e manter o arquivo do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho;

VI- Solicitar aos demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Art. 23º São atribuições de todos os membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho:

I – Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

II- Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

III- Ser um agente ativo no que se refere aos assuntos de educação e prevenção de acidentes do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho na unidade a qual representa e em toda a unidade hospitalar;

IV- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregue ao secretário do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho e aos demais membros, informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pelos membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em

Medicina do Trabalho em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 25º A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros ou da Diretoria Geral, ou por mudança no ordenamento jurídico pertinente, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 26º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação o Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaboração do Plano de Implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio da unidade	X	X	X									
Elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA da unidade			X	X	X							
Gerar relatório da reunião		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discorrer sobre a eficácia da implantação dos planos e programas								X	X	X	X	X
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL (membros e finalidade)**

Membros:

A COREMU será constituída por:

I - Um Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;

II. um Representante por Área Profissional que compõe o Programa;

III - um Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;

VI- Um Representante dos Supervisores que atuam no Programa;

V - Um Representante de Preceptores que atuam no Programa;

VI - Um Representante dos Residentes;

VII- Um Representante do Gestor local

Finalidade:

I - Exercer a Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da Saúde;

II - Proceder ao acompanhamento e avaliação de desempenho dos discentes;

III – definir as diretrizes, elaborar os editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos; IV – estabelecer a comunicação e tramitação de processos junto à Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) visando ao atendimento da legislação vigente;

V - Propor políticas educacionais para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da saúde em consonância com as exigências regionais e nacionais, inclusive opinando sobre questões curriculares, quando devidamente solicitado por diferentes instâncias e dos demais que se fizerem.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****CARACTERIZAÇÃO**

Artigo 1º - A Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissões da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, de acordo com o Artigo 1º da Portaria Interministerial nº 506 de 24 de abril de 2008.

§ 1º - Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos no modelo tripartite com a participação de gestores locais, serviços e academia, em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde, de acordo com o § 1º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

§ 2º - Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão ser constituídos pela articulação entre as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, de acordo com o § 2º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

CAPÍTULO II**OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS**

Artigo 2º - Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar têm como objetivos fundamentais: aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes e melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes.

Artigo 3º –Compete à Comissão de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar- COREMU, o planejamento, coordenação, supervisão, avaliação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, bem como deliberar sobre os eixos temáticos a serem oferecidos anualmente, de acordo com o Artigo 2, alínea I a XII da Portaria Interministerial nº 45/12/01/2007.

Artigo 4º - Cada Área Profissional indicará um Supervisor, Tutor (es) e Preceptor(es) para cada Eixo Temático que compõe o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar.

Parágrafo único - Por peculiaridades de cada Área Profissional envolvida nos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, as diferentes funções poderão ser desempenhadas por um mesmo profissional.

Artigo 5º - As propostas de introdução de novos eixos temáticos, ampliação ou modificação deste Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar deverá ser encaminhada à COREMU que após análise e deliberação, às apresentarão à Direção Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para aprovação.

CAPÍTULO III

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DOS RESIDENTES

Artigo 6º - Na admissão ao Programa os residentes receberão uma cópia deste Regulamento, juntamente com o Regimento Interno do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Parágrafo único - Cada residente receberá semestralmente a programação de suas atividades para o período correspondente.

Artigo 7º - Ao residente do Programa será concedida bolsa garantida pelo Artigo 16,§ 1º da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

§1º - O residente terá direito a alimentação durante todo o período de Residência e alojamento, quando possível, para aqueles que preencherem os pré-requisitos determinados pela COREMU.

§2º - O residente deve inscrever-se na Previdência Social a fim de ter assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, de acordo com o § 2º do Artigo 4º da Lei Nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Artigo 8º - O residente matriculado no primeiro ano deste Programa poderá requerer o trancamento da matrícula, por período de 01 (um) ano, para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com a CNRMS.

Artigo 9º - Aos residentes serão assegurados 30 (trinta) dias de férias por ano, em datas definidas junto aos preceptores segundo escala previamente estipulada e aprovada pelo Supervisor de Eixo Temático de cada Área Profissional.

Artigo 10º - Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem prejuízo da reposição, nas seguintes hipóteses e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:

- I. Núpcias: oito dias consecutivos;
- II. óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela: oito dias consecutivos;
- III. nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos.

Parágrafo único - À residente matriculada não se aplica a exceção prevista na Resolução CNRM 01/2005, uma vez que as mulheres estão isentas do serviço militar obrigatório (Parecer CGEPD/CONJUR/MEC 65/2008 e Ofício Circular CGRS/DHRS/SESu/MEC 76/2009).

Artigo 11º - Ao residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante ou adoção, devendo, porém, o mesmo período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total da atividade prevista.

CAPÍTULO IV

COORDENAÇÃO

Artigo 12º - A COREMU é o órgão competente para manter os entendimentos coma Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de sua Diretoria Executiva.

Artigo 13º - A COREMU será constituída por:

I - Um Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;

II. um Representante por Área Profissional que compõe o Programa;

III - um Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;

VI - Um Representante dos Supervisores que atuam no Programa;

V - Um Representante de Preceptores que atuam no Programa; VI - um Representante dos Residentes;

VII- Um Representante do Gestor local.

§1º - Os Representantes das alíneas “I”, “II”, “III”, “IV”, “V” e “VI” deverão ser eleitos pelos seus respectivos pares.

§2º - O Representante da alínea “VII” será indicado pela Direção Geral.

§3º - Poderão compor ainda a COREMU outras instituições utilizadas como campo de prática dos residentes do Programa como membros convidados com direito a voz.

§4º - O representante de Área Profissional será indicado pelo Departamento ou Serviço no qual está lotado, podendo ser reconduzidos pelos mesmos.

§5º - A Comissão será renovada a cada três anos.

§6º - Os Representantes dos Supervisores e Preceptores terão mandato de dois anos, com uma recondução.

§7º - Os residentes elegerão, anualmente, um representante e respectivo suplente, encaminhado previamente, por escrito, à COREMU.

§8º - As demais representações, em caso de ausência nas reuniões, poderão indicar um suplente sem direito a voto. O nome deverá ser encaminhado por escrito a COREMU antes do início da reunião.

§9º - Os Departamentos e Serviços que participam do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão constituir uma Subcomissão local de Residência, presidida pelo seu representante na COREMU e constituída pelos Supervisor (es), Tutor (es), Preceptor (es) e representantes dos residentes de cada Eixo Temático.

Artigo 14º - O Coordenador é o elemento Executivo da COREMU.

Artigo 15º - A COREMU reunir-se-á mensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação por correio eletrônico do Coordenador e/ou da metade de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Parágrafo único - A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário preestabelecido, com a presença de 50% de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quórum presente.

Artigo 16º - As decisões serão tomadas em reunião da COREMU em votação pelo sistema de maioria simples com o quórum presente. O Coordenador terá direito a voto de qualidade.

Parágrafo único - Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida aprovada na reunião seguinte.

Artigo 17º - É da competência da COREMU:

- I. fazer cumprir este Regulamento;
- II. zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- III. rever periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residências existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novos eixos temáticos, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais em concordância com o Artigo 5º;
- IV. solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;
- V. coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

VI. envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Parágrafo único - Caso esteja cursando o último ano de graduação, o candidato deverá apresentar declaração comprobatória expedida pela Instituição de Ensino de origem;

I. apresentar o currículo vitae relacionando as atividades escolares, profissionais e científicas;

II. se estrangeiro, apresentar a Cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país;

III. submeter-se ao processo seletivo público adotado pela COREMU, visando classificação dentro do número de vagas existentes.

§1º - A declaração de conclusão do curso será aceita a título provisório, para fins da matrícula do candidato. No entanto, o diploma deverá ser apresentado pelo profissional residente durante os dois primeiros meses do ano letivo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, sob pena de não lhe ser deferida a matrícula.

§2º - Na hipótese de candidato que tenha concluído o curso de graduação em Instituição estrangeira, somente será deferida sua matrícula no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar mediante apresentação do diploma devidamente revalidado por Instituição competente.

ADMISSÃO E PROCESSO SELETIVO

Artigo 18º- O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deverá:

I. ter no máximo dois anos de formado e estar inscrito no Conselho de Classe correspondente a sua área profissional;

II. apresentar diploma profissional devidamente registrado;

Artigo 19º - Poderão ingressar no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, os profissionais de saúde formados por Instituições oficiais ou

reconhecidas pelo Conselho Federal de Educação, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente revalidado.

Artigo 20º - O Ingresso ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar se dará através de processo seletivo público realizado conforme Edital, elaborado especificamente com esta finalidade e amplamente divulgado.

CAPÍTULO V

Artigo 21º - O processo de seleção pública dos candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar dar-se-á mediante prova classificatória, entrevista e análise de currículo.

Parágrafo único- A classificação final dos candidatos deverá ser homologada pela COREMU.

Artigo 22º - A COREMU preencherá as vagas que porventura surgirem posteriormente convocando, por ordem de classificação, os candidatos até 60 (sessenta) dias após o início dos programas.

§1º - Os candidatos aprovados terão prazo para efetuar a matrícula, conforme o edital.

§2º - Vencido o prazo acima, serão convocados os candidatos por ordem de classificação.

§3º - Situações especiais serão estudadas pela COREMU.

CAPÍTULO VI

AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Artigo 23º - Constarão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar os critérios de avaliação e aprovação.

Artigo 24º - Os residentes serão avaliados, em cada área de estágio, pelos respectivos preceptores que emitirão conceitos.

Artigo 25º - Os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. na ocorrência de faltas, estas serão repostas em plantões definidos pelo Preceptor responsável pela área de acordo com decisão do CNRM.

Artigo 26º - Os residentes com aproveitamento insatisfatório em no máximo duas áreas de estágio deverão realizá-la(s) novamente para obter conceito satisfatório e aprovação.

Parágrafo único - A época e o período para realização destes estágios serão determinados pelo supervisor da área profissional e encaminhado a COREMU para avaliação e aprovação.

Artigo 27º- Ao término do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, a COREMU mediante lista de aprovação de cada um dos programas, conferirá o certificado de conclusão emitido pelo Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Artigo 28º - Cada área profissional participante do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constituirá uma estrutura interna de funcionamento que deverá ser encaminhada a COREMU para aprovação. Esta estrutura obedecerá a seguinte classificação: Supervisor, Tutor e Preceptor.

§1º - A titulação exigida para a função de Supervisor deverá ser no mínimo de mestre.

§2º - A titulação exigida para a função de Preceptor deverá ser no mínimo especialista na área.

§3º - A titulação exigida para a função de Tutor deverá ser no mínimo de Doutor.

§ 4º - em caráter de excepcionalidade, na implantação deste Programa, poderão exercer a função de preceptorias profissionais com experiência mínima de 3 anos de atuação na área de especialidade. Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo Supervisor, a COREMU com a devida justificativa para aprovação.

CAPÍTULO VII

ATRIBUIÇÕES

Artigo 29º - É de responsabilidade do Representante da área profissional:

- I. Representar a área profissional junto aos COREMU;
- II. Promover gestões necessárias para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;
- III. Elaborar a prova escrita dos candidatos de sua respectiva área profissional;
- IV. Coordenar as atividades de seus supervisores;
- V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;
- VI. Encaminhar a COREMU todos os problemas que intervirem na boa execução do Programa.

Parágrafo único - Na primeira quinzena do mês de dezembro do ano corrente, o representante de Área Profissional deverá encaminhar à COREMU, a indicação ou manutenção do nome do Supervisor (es) e Preceptor (es) para o ano letivo subsequente.

Artigo 30º - O Supervisor é o profissional responsável pelo desenvolvimento do processo de ensino e aprendizado, em sua área profissional. Cabe a ele:

- I. Zelar pelo comportamento ético dos preceptores e residentes sob sua responsabilidade;
- II. Elaborar juntamente com o respectivo representante da área profissional, o planejamento anual das atividades teóricas do conteúdo específico;
- III. Elaborar o cronograma anual de atividades práticas para os R1 e R2;
- IV. Avaliar sistematicamente o processo ensino-aprendizado durante o curso;
- V. Aplicar aos residentes as sanções disciplinares previstas pela COREMU;
- VI. Elaborar a pauta e convocar reuniões mensais ou sempre que necessário;

VII. Participar do processo de seleção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;

VIII. Manter reuniões sistemáticas com o respectivo representante da área profissional;

IX. Elaborar e encaminhar a COREMU, por meio do Representante de área profissional relatórios sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes sob sua responsabilidade.

Artigo 31º - O Tutor é o profissional responsável por auxiliar na manutenção da qualidade do Programa. Cabe a ele:

I. Estimular a atualização constante dos preceptores que atuam na sua área de especialidade;

II. Estimular a aplicação da teoria na prática;

III. Auxiliar o preceptor na avaliação do residente;

IV. Assessorar as atividades científicas dos residentes;

V. Fazer visita semanal para discutir prática clínica com preceptores e residentes;

VI. Atuar na revisão da prática profissional.

Artigo 32º- O Preceptor é o profissional responsável por ensinar o residente a utilizar adequadamente o tempo por meio da priorização de procedimentos e atitudes. Cabe a ele:

I. Participar junto ao Supervisor do planejamento anual das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação;

II. Operacionalizar as atividades práticas para o R1 e R2;

III. Elaborar escala mensal de plantões e encaminhar para o Supervisor de eixo temático de sua respectiva área até 10 dias antes do final do mês;

IV. Elaborar e encaminhar relatório periódico sobre o desempenho dos residentes sob sua responsabilidade;

V. Ensinar o residente por meio de instruções formais e com objetivos e metas pré-determinadas.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 33º - Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Direção Geral, ouvida a COREMU.

Artigo 34º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da COMISSÃO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da COMISSÃO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)**(membros e finalidade)****Membros:**

A Comissão é constituída por, no mínimo, 10 membros titulares incluindo os vários profissionais que atuam no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, um membro da comunidade representando os usuários da Instituição. A Comissão de Ética em Pesquisa Científica - CEPC, de acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução/CNS nº 196, de 10/10/1996, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição. Em consonância com o Capítulo VII, item 10 da Resolução/CNS nº 196, os membros não poderão ser remunerados.

O presidente da Comissão de Ética Médica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, eleito segundo regulamentação da Instituição, terá assento como membro do CEPC.

O mandato dos membros do CEPC será de 3 anos, sendo permitida a recondução. O CEPC será coordenado por um dos membros, eleito entre seus pares, na primeira reunião de trabalho.

Será designado 01 (um) Vice coordenador, indicado pelo Coordenador eleito e aprovado pelos membros titulares do CEPC.

Finalidades:

- Preservar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa;
- Contribuir para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e social da comunidade;
- Contribuir para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada;

- Revisar os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição;
- Emitir parecer consubstanciado por escrito;
- Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento;
- Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/GO).

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****NATUREZA E FINALIDADE**

Artigo 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa Científica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó) é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma.

Tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente consideradas, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó sem prévia avaliação e aprovação do CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Artigo 2º - O CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó está subordinado administrativamente ao Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó (DEP- Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó) e a Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 3º - A escolha dos membros do CEPC deverá estar em conformidade com a Res. CNS nº 196/96, com anuência da chefia do SES/GO e da Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Artigo 4º - Os membros do CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo,

não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro do CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

Artigo 5º - A organização e criação do CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Res. CNS nº 196/96.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O Comitê de Ética em Pesquisa Científica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

Parágrafo 1º - A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS196/96.

Parágrafo 2º - Podem ser convidadas pessoas de fora da Instituição, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento do CEPC.

Parágrafo 3º - Membros ad hoc poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Artigo 7º - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação do CEPC, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Artigo 8º - O mandato dos membros do Comitê será de três anos, sendo permitida a recondução.

Artigo 9º - O CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó terá um coordenador escolhido pelos seus membros através de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro do CEPC, com experiência na área de pesquisa.

Parágrafo 1º - O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

Parágrafo 2º - O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Artigo 10º - Os membros do CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

Parágrafo 1º - Os membros do CEPC terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho do Comitê, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Parágrafo 2º - Os membros do CEPC terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 11º - Um membro do Comitê poderá ser afastado pela Coordenação do CEPC nas seguintes situações:

- I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada;
- II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pelo Comitê sem justificativa adequada;
- III. Incurrer em falta ética grave.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS

Artigo 12º - Ao CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó compete:

- I. Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas;
- II. Manter atualizadas as normas de funcionamento;
- III. Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas;
- IV. Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos;
- V. Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS nº 196/96;
- VI. Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares;
- VII. Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes à mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII. Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados;

IX. O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo;

X. Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

Artigo 13º - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó conforme Res. CNS nº 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;

II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;

III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e finais da pesquisa;

IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando do término da pesquisa ou sempre que solicitado pelo CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

V. Apresentar dados solicitados pelo CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó sempre que solicitado;

VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

VIII. Justificar perante o CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX. Comunicar ao CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;

X. Todo e qualquer projeto da pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Res. CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo;

XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;

XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

Artigo 14º - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e especificamente:

I. representar a comissão em suas relações internas e externas;

II. instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias; III. promover a convocação das reuniões;

III. indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;

IV. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Artigo 15º - Aos membros do CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó compete:

I. estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;

II. comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;

V. desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;

VI. apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir parecer ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Artigo 16º - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

- I. Receber os projetos da secretaria e realizar a pré-análise dos mesmos;
- II. Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas setoriais realizadas semanalmente;
- III. Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e das pendências emitida pelos relatores;
- IV. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;
- IV. Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa, difundindo os princípios, as normas e as legislações vigentes;
- V. Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Artigo 17º - Aos secretários da CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó compete:

- I. assistir às reuniões;
- II. encaminhar o expediente;
- III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

VII. providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VIII. distribuir aos membros da CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó a pauta das reuniões.

CAPÍTULO V

DAS PESQUISAS

Artigo 18º - Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

Parágrafo 1º - Aspectos Legais: Quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Res. CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

Parágrafo 2º - Aspectos Morais: O CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó tem deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não maleficência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

Parágrafo 3º - Aspectos Éticos: Nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizados como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por quatro diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvimento de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento

Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/benefício tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos ou pessoas;

II. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia;

III. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa, pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa

CAPÍTULO VI

FLUXO ADMINISTRATIVO

Artigo 19º - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

- I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo ao Comitê, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada;
- II. Autorização do responsável pelo Serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto;
- III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada;
- IV. Projeto de Pesquisa em Português;
- V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa);
- VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa);
- VII. Currículo dos pesquisadores;
- VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos);

IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);

X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);

XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas hospitalares, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

Artigo 20º - O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96:

- I. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;
- II. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;
- III. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;
- IV. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- V. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/GO;
- VI. O CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deverá encaminhar semestralmente à CONEP/GO a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Artigo 21º - O Comitê utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

- I. Aprovado: quando o documento obedecer às normas vigentes;
- II. Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP/GO, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pelo CEPC;
- III. Uma vez aprovado o projeto, o CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó passa a ser cor responsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;

IV. Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

V. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;

VI. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/GO e, no que couber, a outras instâncias.

VIII. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solícita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;

IX. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

X. Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS/GO;

XI. Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/GO), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Artigo 22º - O CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

Parágrafo 1º - Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

Parágrafo 2º - O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

Parágrafo 3º - Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência;

Parágrafo 4º - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigido pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Artigo 23º - Qualquer membro do CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

Artigo 24º - As reuniões se darão da seguinte forma:

- I. verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;
- II. verificação de presença dos membros titulares e existência de quórum;
- III. votação e assinatura da Ata da reunião anterior;
- IV. comunicações breves e franqueamento da palavra;
- V. leitura e despacho do expediente;
- VI. ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VII. organização da pauta da próxima reunião;
- VIII. distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;
- IX. encerramento da sessão.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 25º - Estando o CEPC Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó devidamente estruturado conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS/GO, todas e quaisquer sugestões e/ou alterações quanto ao seu funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Artigo 26º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros do CEPC.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Comitê de											
	Ética em Pesquisa Científica											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação do Comitê de Ética em Pesquisa Científica	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Apresentar proposições sobre as questões atinentes a CEPC e elaborar plano de trabalho	X	X	X									
Revisar todos os protocolos de pesquisa já existentes na unidade		X	X									
Elaborar protocolos de pesquisa envolvendo humanos		X	X									
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião do Comitê de Ética em Pesquisa Científica**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros do Comitê (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA
NUTRICIONAL (EMTN) (membros e finalidade)**

Membros:

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deve ser constituída em atendimento a legislação sobre a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Resolução do SVS/MS nº 272/1998 e a resolução RCD nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Atuação da equipe é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da equipe e motivadas pelo Presidente em exercício.

A constituição da comissão contemplará no mínimo um profissional das categorias relacionadas: Médico Clínico, Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo.

Finalidade:

- I. Supervisionar o preparo dos nutrientes dentro da dieta prescrita ao paciente, tais como tipo, volume e horário de administração; - acompanhar os mapas de dieta enteral, bem como as artesanais e ou industrializadas;
- II. Instituir rotinas para assepsia durante o preparo, manipulação e administração das dietas;
- III. Acompanhar a aceitação da dieta enteral por parte do paciente;
- IV. Analisar a prescrição parenteral, devendo acompanhar a administração, fazendo a supervisão;
- V. Acompanhar o preparo da fórmula prescrita, definindo a ordem de aditivação dos eletrólitos e o número de miliequivalentes dos oligoelementos que compõem a nutrição parenteral;
- VI. Proceder, como rotina, o exame visual em negatoscópio das soluções preparadas;

- VII. Providenciar o armazenamento das soluções em geladeiras próprias para acondicionamento;
- VIII. Prover meios para realização de testes metabólicos e de absorção no acompanhamento da evolução nutricional do paciente;
- X. Supervisionar a desinfecção das áreas de preparo de nutrição parenteral;
- XI. Propor modificações das normas, rotinas e procedimentos pertinentes à nutrição parenteral.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**CAPÍTULO I****FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO**

Art. 1º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, no mínimo mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Art. 2º - O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído.

Art. 3º - As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do presidente ou de seu vice. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 4º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica.

Parágrafo único: Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 5º - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos, sempre que necessário, que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

Art. 6º - O mandato dos membros da comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período.

CAPÍTULO II**ATRIBUIÇÕES**

Art. 7º - São atribuições da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:

I. Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;

II. Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo STN (Serviço de Terapia Nutricional) ou demais serviços ligados à assistência do paciente em TN (Terapia Nutricional), promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;

III. Avaliar os insumos de TN (Terapia Nutricional), emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu custo benefício como mais um critério para sua padronização;

IV. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;

V. Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;

VI. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o STN

VII. Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência

Art. 8º - São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;

III. Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;

IV. Fazer cumprir o regimento.

Art. 9º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Parágrafo único: São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Preparar a correspondência;
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 12º Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Equipe											
	Multiprofissional de Terapia Nutricional											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da Equipe	X	X										
Elaborar programa de palestras		X	X									
Definir indicadores prioritários da equipe		X	X									
Realizar treinamento			X	X								
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Equipe (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Equipe, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA
(membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, com representantes dos Serviços de Saúde Ocupacional, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Bloco Cirúrgico e Unidades de Internação.

Finalidades:

As Comissão de Proteção Radiológica será criada considerando a Portaria nº 453 de 01/06/1998 do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

A Comissão de Proteção Radiológica tem como finalidades:

- I. Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.
- II. Recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Artigo 1º - Esta Comissão será estruturada e organizada conforme determinação da Portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências.

Artigo 2º - A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar que possui como principais atribuições revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Artigo 3º - As deliberações da Comissão de Proteção radiológica, visando a correção ou reparação de distorções, assim como recomendações de medidas cabíveis e/ou boas práticas após análises das conformidades contidas no Plano de Proteção Radiológica, devem ser encaminhadas às Gerências correspondentes e/ou Direção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 4º - São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

- I. Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998;
- II. Analisar e revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, em Portaria da Direção, publicada em boletim de serviço da Instituição, abaixo representados:

- I. Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.
- II. Setor de Apoio Diagnóstico.
- III, Unidade de Diagnóstico por Imagem.
- IV. Unidade de cirurgia e recuperação pós anestesia.
- V. Engenheiro Clínico.
- VI. Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem.

Parágrafo único: Poderão fazer parte como membros convidados, outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Direção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para alteração da Portaria de nomeação.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 7º - Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

I. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda, a falta em seis reuniões não consecutivas, durante 12 meses, gera notificação e posterior exclusão automática.

II. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

III. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto à administração a participação de um convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto.

IV. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta física contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada, devendo estar sob guarda do núcleo de comissões da instituição.

V. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

VI. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes, sendo convocada pelo presidente e, na sua ausência, pelo vice-presidente.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica;

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II. Realizar revisão de forma sistemática do Plano de Proteção Radiológica.
- III. Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;
- IV. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações;
- V. Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;
- VII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do presidente da Comissão e do vice, na ausência do presidente.

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II - Representar a Comissão junto à governança da Instituição;
- II. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovada pelos membros;
- III. Fazer cumprir o regulamento.

Art. 10º - São atribuições da Secretária da Comissão:

- I - Organizar a ordem do dia;
- I. Lavrar ata das reuniões;
- II. Convocar os membros da Comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- III. Solicitar dos serviços de apoio diagnóstico e/ou terapêutico que utilizam equipamentos que emitem radiação ionizante, e gerências administrativas e/ou de assistência à saúde o fornecimento de documentação necessária para análise da Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 10º - Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 11º- O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão											
	de Proteção Radiológica											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Proteção Radiológica	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras		X	X									
Definir indicadores prioritários da equipe		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Proteção Radiológica**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA (membros e finalidade)**Membros:**

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Biossegurança, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros: Coordenador, Farmacêutico, Nutricionista, Representante do Serviço de Higiene e Limpeza, Enfermeiro (a); Representante do Serviço Administrativo; Técnico de Segurança do Trabalho; Engenheiro.

Finalidade:

Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

A Comissão de Biossegurança tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança.

Promover ainda o atendimento aos profissionais que sofram exposição a material biológico com risco de soro conversão (HIV, HBV e HCV), estabelecendo conduta de atendimento inicial, orientação e seguimento dos trabalhadores acidentados, uso de quimio profilaxia e notificação de casos.

Além disto, avalia e alguns parâmetros que devem ser considerados pelos serviços de saúde que irão prestar este tipo de atendimento:

- I - Avaliar a capacidade de atendimento (ex.: pessoal treinado, exames, laboratoriais);
- II Estabelecer medidas de avaliação e orientação ao acidentado, orientar as ações imediatas de investigação da fonte (se conhecida) e do próprio acidentado;
- III - Oferecer condições de atendimento imediato na profilaxia para vírus da hepatite B e quimio profilaxia para o vírus da imunodeficiência humana;
- IV Manter o seguimento dos acidentados com risco de soro conversão por, no mínimo, seis meses;

V - Organizar um modelo de atendimento, privilegiando o acolhimento do paciente e a responsabilidade de orientação junto à comunidade e ao ambiente de trabalho;

VI - Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente atualizado no Ministério da Saúde com vistas a permitir ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Estão os riscos a serem evitados:

- I. Gerenciar riscos de infecções hospitalares;
- II. Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;
- III. Gerenciar a utilização de equipamento médico;
- IV. Doença e condição Exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos.

A Comissão de Biossegurança deverá reunir-se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores

Áreas de atuação:

FARMACOVIGILÂNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecno vigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização.

Compete à Tecno vigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

Um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar; Materiais e Artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar; Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes; Saneantes de uso hospitalar.

A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecno vigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de biossegurança para o corpo técnico do hospital e estrutura física predial.

Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que tornam se cada vez mais presentes.

Com este objetivo, o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, deverá implantar o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes.

A forma de trabalho inicial será direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, podem-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:****CAPÍTULO I
DAS FINALIDADES**

Art. 1º. É objetivo desta Comissão:

- I. Gerenciar a situações de risco do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
- IV. Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente;
- V. Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

**CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO**

Artigo 2º. A Comissão de Biossegurança deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

- I - Coordenador;
- II - Farmacêutico;
- III - Nutricionista;
- IV - Representante do Serviço de Higiene e Limpeza;
- V - Enfermeiro (a);
- VI - Representante do Serviço Administrativo;

VII - Técnico de Segurança do Trabalho;

VIII – Engenheiro.

Artigo 3º. A Coordenação da Comissão de Biossegurança, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 4º. A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó compete:

- I. Informar situações que necessitem de atenção especial;
- II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural do hospital;
- III. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do hospital;
- IV. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
- V. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
- VI. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;
- VII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;
- VIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;
- IX. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do hospital;
- X. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;
- XI. Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;

XII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do hospital;

XIII. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do hospital.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º. A Comissão de Biossegurança instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Artigo 6º. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Artigo 7º. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Artigo 8º. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º. É competência da Comissão de Biossegurança:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

- IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;
- V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo hospital;
- VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;
- VII. Divulgar aos Serviços via on-line, as alterações realizadas no âmbito hospitalar sempre que ocorrerem;
- VIII. Notificar o Setor de Compras quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;
- IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º. A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Artigo 11º. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Biossegurança											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Biossegurança	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras para minimização de riscos		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Biossegurança.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS
PARA A SAÚDE (membros e finalidade)**

Membros:

A Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde será composta por:

- I. Dois representantes do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.
- II. Um representante da CCIH;
- III. Um representante da Central de Materiais e Esterilização - CME;
- IV. Um representante do Setor da Farmácia Hospitalar;
- V. Um representante da Divisão Médica;
- VI. Um representante do Setor de Compras ou Suprimentos;
- VII. Um representante da Unidade de Engenharia Clínica.

Finalidade:

A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde é uma instância colegiada, consultiva e deliberativa, com a finalidade de normatizar e implementar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó o processo de padronização dos produtos para saúde, estando vinculada à Diretoria Técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

Constitui-se finalidade da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde a elaboração, com racionalização sistemática, da relação dos produtos para saúde, com os seus respectivos descritivos (marcas/fabricações), aprovados no hospital e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:****CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º Para efeitos deste regimento, foram adotadas as seguintes definições:

- I. **Produtos para saúde:** são aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação estejam ligados à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.
- II. **Materiais e artigos descartáveis:** são os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.
- III. **OPME:** são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica. Órtese – dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais. Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além das órteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de “materiais especiais” e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).
- IV. **Materiais de apoio médico-hospitalar:** são os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.
- V. **Produtos para diagnóstico de uso “invitro”:** são reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semiquantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

- VI. **Instrumento cirúrgico:** instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.
- VII. **Produtos de Classe X (Baixa Criticidade):** faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.
- VIII. **Produtos de Classe Y (Criticidade Média):** faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.
- IX. **Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade – Imprescindíveis):** faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.
- X. **Padronização:** é a incorporação de um material à lista de materiais, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização no hospital, após sua pré-qualificação.
- XI. **Pré-qualificação:** compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.
- XII. **Câmara técnica:** tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.
- XIII. **Produtos padronizados:** insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.
- XIV. **Produtos não padronizados:** insumos de uso eventual, que poderão ser adquiridos em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantém em estoque.
- XV. **Produtos despadronizados:** insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.

XVI. **Controle de qualidade:** refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

XVII. **Especificação técnica:** é a descrição minuciosa das características do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se é descartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado, código e impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

XVIII. **Parecer técnico:** é uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC nº 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

XIX. **Desvio de qualidade:** afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras ráticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPÍTULO II

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 2º A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde é uma instância colegiada, consultiva e deliberativa, com a finalidade de normatizar e implementar no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó o processo de padronização dos produtos para saúde, estando vinculada à Diretoria Técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

Art. 3º Constitui-se finalidade da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde a elaboração, com racionalização sistemática, da relação dos produtos para saúde, com os seus respectivos descritivos (marcas/fabricações), aprovados no hospital e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º São de competência da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde:

- I. Elaborar a padronização dos produtos para saúde. Nesse sentido, o método descritivo deverá ser utilizado para a identificação com clareza das características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- II. Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;
- III. Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade dos materiais a serem adquiridos pelo hospital;
- IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações de acordo com a rede, sempre que possível;
- V. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

- VI. Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;
- VII. Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;
- VIII. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- IX. Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;
- X. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;
- XI. Contribuir, junto ao Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, para a qualificação das informações sobre queixas técnicas relacionadas aos produtos para saúde;
- XII. Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;
- XIII. Realizar estudos acerca do custo-benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;
- XIV. Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;
- XV. Divulgar no hospital as atualizações da padronização;
- XVI. Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;
- XVII. Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;
- XVIII. Recomendar a superintendência, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial do hospital
- XIX. Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

- XX. Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;
- XXI. Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;
- XXII. Informar ao Serviço de Planejamento de Tecnologias em Saúde sobre as inclusões e exclusões da relação de padronização da filial;
- XXIII. Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;
- XXIV. Assessorar a Diretoria de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;
- XXV. Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Abastecimento Farmacêutico do hospital;
- XXVI. Consultar o setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, acerca das notificações sobre produtos para saúde no hospital e na rede;
- XXVII. Estimular que os profissionais utilizem Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares, para notificarem incidentes e desvios de qualidade relacionados ao uso de produtos para saúde;
- XXVIII. Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;
- XXIX. Consultar o setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, acerca das notificações encaminhadas para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária por meio do NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária); Acompanhar junto ao setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e à Unidade de Abastecimento Farmacêutico a convocação de fornecedor para formalizar a notificação, bem como a solicitação de análise de amostras por parte do fabricante e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado, bem como a reprovação da marca do produto para evitar novas aquisições destes produtos;
- XXX. Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;

XXXI. Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXII. Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIII. Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados;

XXXIV. Excluir os itens da padronização que estejam ociosos (não há uso pelos setores assistenciais do hospital ou não se efetivou compra desses) por um período de 12 meses.

CAPÍTULO IV

DAS HABILIDADES DOS INTEGRANTES

Art 5º O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

I. **Tomada de Decisões:** O trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de critérios tais como: eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo-efetividade do produto analisado;

II. **Comunicação:** O profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;

III. **Liderança:** No trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para apoiar a tomada de decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

IV. **Administração e Gerenciamento:** O profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações da comissão.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO

Art. 6º A Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde será composta por:

- I. Dois representantes do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.
- II. Um representante da CCIH;
- III. Um representante da Central de Materiais e Esterilização - CME;
- IV. Um representante do Setor da Farmácia Hospitalar;
- V. Um representante da Divisão Médica;
- VI. Um representante da Unidade de Compras ou Suprimentos;
- VII. Um representante da Unidade de Engenharia Clínica.

Art. 7º Todos os integrantes da CPPS deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art 8º Os membros da CPPS deverão guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO VI

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art 9º A CPPS é constituída administrativamente por:

- I. Presidente;
- II. Vice-presidente;

- III. Secretário;
- IV. Membros efetivos;
- V. Consultores técnicos convidados, quando necessário.

Art 10. A CPPS poderá solicitar a colaboração de outros profissionais internos e/ou externos, especialistas, como membros eventuais, visando à melhor consecução das atividades relacionadas a análise dos produtos para saúde, podendo formar câmeras técnicas se assim acharem o mais pertinente.

Art 11. O presidente, vice-presidente e o secretário da CPPS serão escolhidos entre seus membros, com o aval da Diretoria Técnica.

Art 12. O mandato de cada representante será de 02 (dois) anos, a contar da data da posse, podendo ser prorrogado por igual período em comum acordo com os membros da comissão.

Art 13. Um suplente deverá ser indicado para cada membro titular, que o represente em suas ausências e impedimentos.

Art 14. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art 15. São atribuições do Presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordinárias da CPPS;
- II. Assinar todos os documentos oficiais da CPPS;
- III. Assessorar a Diretoria, quando solicitado;
- IV. Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar às Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;

- V. Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação dessa Comissão;
- VI. Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para saúde na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;
- VII. Informar a Seção de Compras as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos licitatórios do hospital;
- VIII. Participar da elaboração do processo de compras prestando suporte técnico ao Setor de Compras;
- IX. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação;
- X. Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados;
- XI. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar (levando o caso a Comissão e podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);
- XII. Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento as novas tecnologias que estão sendo adquiridas para que estes viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
- XIII. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Hospital;
- XIV. Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados, para a Unidade de Apoio Corporativo, para que ela seja divulgada no site do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e utilizados no Setor de Suprimentos para o processo licitatório;
- XV. Elaborar Relatório Anual de Atividades da CPPS;
- XVI. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Superintendência;

Art 16. São atribuições do Vice-presidente:

- I. Representar e desenvolver as atividades do Presidente em suas ausências e impedimentos.

Art. 17. São atribuições do Secretário:

- I. Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados oriundos dos consultores e comunicar o recebimento à presidência da Comissão;
- II. Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde e elaborar as respectivas atas;
- III. Enviar a Unidade de Apoio Corporativo as informações referentes as Atas, Nomeações e Documentos para divulgação no Site do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- IV. Enviar as Atas das reuniões mensais endereço eletrônico do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- V. Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critérios de arquivamento pré-estabelecidos;
- VI. Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;
- VII. Encaminhar e receber documentos através de registro no SIG protocolo;
- VIII. Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;
- IX. Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;
- X. Desempenhar tarefas afins;
- XI. Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da CPPS para a Unidade de Apoio Corporativo e para os Membros da Comissão;
- XII. Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

Art. 18. São atribuições dos membros da CPPS:

- I. Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;
- II. Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;

- III. Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;
- IV. Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;
- V. Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seus consultores;
- VI. No caso de ausência da presidência, vice-presidência e do secretário, atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição;
- VII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente.

CAPÍTULO VIII

DO FUNCIONAMENTO E DELIBERAÇÕES

Art. 19. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata (elaborada pelo secretário) com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Art. 20. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Art. 21. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o “quórum” presente de metade mais um de seus membros.

Art. 22. Só ocorrerá a reunião da CPPS com a presença da maioria de seus membros titulares ou seus respectivos representantes na impossibilidade de presença dos

primeiros, devendo ser verificado o “quórum” em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Art. 23. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art. 24. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Art. 25. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Art. 26. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Art. 27. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art. 28. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art. 29. Caso as recomendações e pareceres da CPPS não sejam aceitas para a homologação final da Superintendência, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art. 30. Enquanto pertencer à CPPS, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art. 31. O encaminhamento das reuniões da CPPS obedecerá a seguinte rotina:

- I. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;

- II. Revisão das demandas pendentes;
- III. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;
- IV. Sugestão de pauta da próxima reunião.

CAPÍTULO IX

DO EXPEDIENTE E ATAS DAS REUNIÕES

Art. 32. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas.

Art. 33. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos.

Art. 34. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes).

Art. 35. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art. 36. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPÍTULO X

DO FUNCIONAMENTO DAS CÂMARAS TÉCNICAS

Art. 37. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da CPPS designados pelo Presidente e por Consultores convidados.

Art. 38. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art. 39. A Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

- I. Preencher os critérios técnicos existentes na “Ficha de Parecer Técnico” para avaliação e análise dos Produtos em processo de compras;
- II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

IV. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

CAPÍTULO XI

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art. 40. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo efetividade durante o uso.

Art. 41. A inclusão de itens na padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

Art. 42. Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do Colegiado Executivo.

Art. 43. Constituem-se objetivos da Padronização:

I. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

II. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

III. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

IV. Permitir a compra em grandes lotes;

V. Otimizar o trabalho do Setor de Logística e Unidade de Compras;

VI. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;

VII. Adquirir materiais com maior rapidez;

VIII. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;

IX. Obter maior qualidade e uniformidade.

Art. 44. Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas.

Art. 45. Membros da equipe assistencial (Médicos, Farmacêuticos Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) e o SOST (quando se tratar de Equipamento de Proteção Individual) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art. 46. A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela CPPS que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimento do Formulário "Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão".

Parágrafo Único: A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 47. Artigos aprovados que, porventura, após o processo de compra e aquisição apresentarem não conformidades, notificadas e investigadas pela área de Risco Sanitário Hospitalar, serão automaticamente colocados como pauta na próxima reunião da Comissão.

Art. 48. Os produtos reprovados somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.

Art. 49. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 50. Só poderão participar do processo de compras os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde do hospital.

Parágrafo Único: Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas, fornecidos pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

Art. 51. Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art. 52. Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de Produtos para Saúde deverá passar por avaliação prévia da CPPS, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 53. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade e comunicado a sede:

I. Por motivo de alterações na Legislação nos âmbitos federal, estadual ou municipal referente à aquisição de Produto para Saúde;

II. Por iniciativa da CPPS com acordo da maioria absoluta dos membros da Comissão, visando custo-benefício para os profissionais, para os pacientes e para a Instituição.

Art. 54. Os casos omissos serão decididos pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras para minimização de riscos		X	X									
Redigir os formulários de Padronização de Produtos para Saúde		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados			X	X								
Divulgação da lista de produtos padronizados para 20% das áreas específicas.				X	X							
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM
INTEGRIDADE DA PELE (membros e finalidade)**

Membros:

A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a integridade da pele deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão e alteração regimental.

Finalidade:

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:****CAPÍTULO I****DAS DEFINIÇÕES**

Artigo 1º - O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento.

Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

I - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é de natureza técnico- científica permanente.

II – A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele é um órgão de assessoria vinculado à Diretoria.

CAPÍTULO II**DA FINALIDADE**

Artigo 2º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

I - Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

II - Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele.

III - Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 3º - A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Artigo 4º - Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Artigo 5º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único: Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

NOMEAÇÃO

Artigo 6º - Os membros titulares da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Artigo 7º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Artigo 8º - O presidente da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele deve necessariamente ser um enfermeiro, preferencialmente especialista em Estomatoterapia e/ou Dermatologia e/ou Assistência em Lesões de Pele.

Artigo 9º - O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema.

Artigo 10º - O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da CCP será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Artigo 11º - Após a nomeação pela Diretoria, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Diretoria a publicação de portaria de recondução.

Artigo 12º - Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó com antecedência mínima de 30 dias.

Artigo 13º - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

I. As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Artigo 14º - À Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele compete:

I. Garantir aos pacientes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

- II. Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.
- III. Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.
- IV. Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.
- V. Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.
- VI. Reduzir os custos hospitalares.
- VII. Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.
- VIII. Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.
- IX. Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.
- X. Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.
- XI. Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.
- XII. Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.
- XIII. Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.
- XIV. Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Artigo 15º - Atribuições do Presidente:

I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele;

II- Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

III – Promover convocação formal das reuniões;

IV- Representar a Comissão de Cuidados com a Pele em suas relações internas e externas;

V- Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto em caso de empate;

VI - Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII - Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII- Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

IX - Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico;

Artigo 16º - Atribuições do vice-presidente:

I - Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II- Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

III- Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Artigo 17º - Atribuições do secretário:

I - Assistir as reuniões;

II- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

III. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

IV. Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VI. Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

VII. Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata.

VIII. Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Artigo 18º - Atribuições do serviço de educação permanente:

I. – Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;

II. – Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;

III. Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário;

IV. Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;

V. Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Artigo 19º - Atribuições dos enfermeiros da Comissão:

I. Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele quando solicitado;

II. Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;

III. Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;

IV. Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Artigo 20º - Atribuições comuns aos membros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II. Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III. Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV. Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V. Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Artigo 21º - A Comissão irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Artigo 22º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular.

Artigo 23º - As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Artigo 24º - As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Artigo 25º - Dias de Funcionamento:

I - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Artigo 26º - Das reuniões:

I. As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

II. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.

III. Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Artigo 27º - Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

I. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

II. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

III. Será considerado “quórum”, para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

IV. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate (“voto Minerva”).

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Artigo 29º - O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação a Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar a Política e Planejar a implantação da Gestão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele	X	X										
Elaboração da Matriz Gerenciamento do processo de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele		X	X									
Aplicação da Pesquisa de Cultura de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele									X	X		
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (membros e finalidade)**Membros:**

O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

- I. Coordenador Médico;
- II. Médico Regulador;
- III. Enfermeiro;
- IV. Técnico de Enfermagem;
- V. Médicos Assistentes Técnicos;
- VI. Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- VII. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
- VIII. Auxiliar administrativo.

Finalidade:

A Comissão será responsável pelas ações de gerenciamento de leitos no ambiente hospitalar. A organização e composição da Comissão se dará conforme Regimento Interno a seguir:

Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria do Hospital.

O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria do Hospital Estadual de São Luís

de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

Art. 2º O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: PORTARIA MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 ; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002; PORTARIA MS Nº 2.657, DE 16 de dezembro de 2004; PORTARIA MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013; PORTARIA MS Nº 3432, de 12 de agosto de 1998; RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º Compete ao Núcleo Interno de Regulação – NIR:

- I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos da SES/GO e Núcleo Interno de Regulação - NIR;

- II. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos da SES/GO, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- III. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;
- V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;
- VI. Divulgar as deliberações à Comunidade Hospitalar por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

- I. Coordenador Médico;
- II. Médico Regulador;
- III. Enfermeiro;
- IV. Técnico de Enfermagem;
- V. Médicos Assistentes Técnicos;
- VI. Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- VII. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
- VIII. Auxiliar administrativo.

Parágrafo único – O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Artigo 5º As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Ao coordenador médico incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR e, especificamente:

- I. Seguir as atribuições dos responsáveis pelos postos de trabalho;
- II. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial;
- III. Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;
- IV. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- V. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;
- VI. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;
- VII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;
- VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;
- IX. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;
- X. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;
- XI. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do coordenador médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, suas funções serão exercidas interinamente pelo médico regulador, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 7º Ao médico regulador incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;

III. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

V. Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via Central de Regulação de Leitos da SES/GO, a fim de verificar a compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;

VI. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

VII. Conferir documentação de solicitação de internação;

VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente

IX. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

X. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;

XI. Redistribuir os leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;

XII. Comunicar ao chefe de Unidade de Regulação Assistencial problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;

XIII. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo e técnico de enfermagem.

Art. 8º Aos técnicos de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;
- II. Conferência diária in loco (nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs) do censo hospitalar com a situação física do leito;
- III. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;
- IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da SES/GO, na ausência do auxiliar administrativo;
- VI. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido;
- VII. Conferir documentação de solicitação de internação;
- VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- IX. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas em conjunto com a equipe assistencial na ausência do médico regulador ou enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- X. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo.

Art. 9 Ao médico Assistente Técnico do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;

Parágrafo único – Considera-se médico assistente técnico o médico plantonista das unidades de internação e pronto atendimento.

Art. 10 Ao membro chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Seguir as atribuições das unidades assistenciais e serviços de apoio;

II. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas;

III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o Núcleo Interno de Regulação - NIR;

VI. Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;

VII. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo.

VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

IX. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

X. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo;

XI. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 11. Ao auxiliar administrativo do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Conferir documentação de solicitação de internação;

II. Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;

III. Organizar as solicitações enviadas e recebidas;

IV. Escanear as solicitações enviadas e recebidas;

V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da SES/GO;

VI. Checar dados cadastrais dos pacientes já matriculados na instituição;

VII. Solicitar prontuário junto ao Serviço de Documentação Médica quando necessário;

VIII. Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação (Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);

IX. Receber e protocolar os documentos;

X. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR, até 2 dias úteis após sua realização;

XI. Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias, já com o envio da pauta pré-determinada pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

XII. Solicitar materiais de consumo;

XIII. Manter a organização do serviço;

XIV. Realizar outras funções determinadas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, relacionadas ao serviço.

Parágrafo único – Na ausência do auxiliar administrativo, no início das reuniões, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

Funcionamento

Art. 12 O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó em todas as especialidades. São parâmetros essenciais para melhor utilização dos leitos:

- I. Critérios bem definidos de internação e alta;
- II. Protocolos clínicos assistenciais – permitirá definição do tipo de paciente que pertence a grade de referência contratada com a saúde pública;
- III. Internação hospitalar necessária, no leito apropriado (diagnóstico e complexidade) e por uma permanência adequada (a menor necessária para diagnóstico e terapêutica);
- IV. Agilidade nos resultados de exames e procedimentos necessários;
- V. Planejar a alta desde a internação (plano terapêutico);
- VI. Melhoria da qualidade da informação disponível - monitoramento de indicadores: de demanda, de movimentação de leitos, de eficiência, etc.;
- VII. Cuidado integrado do paciente;
- VIII. Os leitos serão readaptados em casos de epidemias para melhor satisfazer às necessidades da população.

1º Para a regulação dos leitos a equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR realizará visitas in loco, avaliação dos censos das unidades, para a elaboração do Mapa de Leitos da instituição. Este mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação de Leitos da SES/GO três vezes ao dia (manhã, tarde e noite), ou conforme pactuado;

2º Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

Art. 13 São ferramentas para processo de trabalho que tem por objetivo contabilizar informações sobre o movimento de entrada e saída de pacientes no hospital:

- I. Normas internas;
- II. Procedimentos operacionais padrão – POP;
- III. Protocolos clínicos assistenciais definidos pelas especialidades ou unidades assistenciais;
- IV. Censo das unidades de internação elaborados pelos enfermeiros assistenciais;
- V. Controle de solicitações recebidas;
- VI. Mapa de leitos;
- VII. Indicadores Hospitalares;

Art. 14 A rotina das reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR será a seguinte:

- I. As reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão realizadas em caráter ordinário (mensalmente), na última sexta-feira, em local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência;
- II. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Chefe de Unidade ou a pedido de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR, de acordo com a urgência da matéria;
- III. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;
- IV. As reuniões serão conduzidas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;

V. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR. A inclusão de itens na pauta deve ser realizada com no máximo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

VI. O NIR em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias, poderá solicitar a convocação de outros representantes de diversas áreas do Hospital com objetivo de discutir casos pontuais;

VII. A convocação para reunião do Núcleo Interno de Regulação - NIR será feita pelo Auxiliar Administrativo, com anuência do Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação;

VIII. As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros efetivos do Núcleo Interno de Regulação - NIR, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros;

IX. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença;

X. Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão notificadas e constará registro em seu assentamento funcional.

Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o Núcleo Interno de Regulação - NIR por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Capítulo VI

Disposições gerais

Art. 15 A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR, a equipe de governança do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 16 O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 17 Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do setor de regulação e avaliação, chefe da unidade assistencial e coordenador médico solicitem o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 18 Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação o Núcleo Interno de Regulação	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar plano de ações	X	X										
Treinamento/Capacitação dos colaboradores quanto à Regulação no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião do Núcleo Interno de Regulação:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros do Núcleo (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário do Núcleo, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL
BIOLÓGICO (CAMB) (membros e finalidade)**

Membros:

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) constitui um grupo técnico, formado por profissionais de níveis superior e médio da área da saúde e segurança do trabalho. É de caráter obrigatório em instituições hospitalares e pré-hospitalares e atende a Norma Regulamentadora 32 (NR 32) do Ministério do Trabalho e Emprego e a Portaria nº 1748, de 30 de agosto de 2011, que dispõe sobre o Plano de Riscos de Acidente com materiais Perfurocortantes.

Deverá ser composta pelos seguintes membros:

I – Um representante do setor de recursos humanos;

II- Um representante do SESMT;

III- Um representante da CIPA;

IV- Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VI – Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Finalidade:

A CAMB tem o objetivo geral de reduzir os riscos de acidentes com insumos biológicos dentro das instituições de saúde, propor adequações estruturais e tecnológicas, garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva e promover capacitação profissional sobre essa temática.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:****CAPÍTULO I****DOS OBJETIVOS**

Art. 1º Os objetivos deste regimento visam a padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Acidentes com Material Biológico, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Acidentes com Material Biológico junto à Administração e ao Corpo Clínico.

CAPÍTULO II**DAS FINALIDADES**

Art. 2º Reduzir os riscos de acidentes com insumos biológicos dentro das instituições de saúde, propor adequações estruturais e tecnológicas, garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva e promover capacitação profissional no tema.

CAPÍTULO III**DA COMPOSIÇÃO**

Art. 3º A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Instituição de Saúde, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo norteadas pelo Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB).

Art. 4º A CAMB deverá ser composta pelos seguintes membros:

I – Um representante do setor de recursos humanos;

II- Um representante do SESMT;

III- Um representante da CIPA;

IV- Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VI – Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

DA CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º A CAMB deverá ser presidida pelo representante da SESMT, sendo de sua responsabilidade dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão. Dentre suas atribuições, destacam-se:

- I- Conduzir a instalação da Comissão e presidir as reuniões;
- II- Proceder à convocação das reuniões da Comissão;
- III- Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV- Participar ativamente nas discussões e votações, tendo o voto de desempate, quando necessário;
- V- Indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;
- VI- Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VII- Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e “ad referendum” desta, nos casos manifesta urgência;

Art. 6º É de responsabilidade do vice-presidente da CAMB:

- I – Substituir o Presidente da Comissão sempre que se fizer necessário.

Art. 7º É de responsabilidade do (a) Secretário (a) da Comissão:

- I – Participar das reuniões;
- II- Elaborar o expediente da Comissão;
- III- Encaminhar aos demais membros o expediente da Comissão;
- IV- Fazer o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos a serem discutidos nas reuniões da Comissão;
- V- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI- Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;]

VII – Elaborar relatório trimestral das atividades da Comissão;

VIII- Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX- Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X- Distribuir aos membros da comissão a pauta das reuniões.

Art. 8º São obrigações dos membros da CAMB:

I – Participar das reuniões, relatando os expedientes manifestando pareceres ou votos a respeito das matérias em discussão;

II – Estudar e relatar as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente, obedecendo aos prazos estabelecidos;

III- Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV – Desempenhar atribuições designadas pelo Presidente;

V – Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deverá funcionar com apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e caberá a Direção da Instituição constituir formalmente CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Art. 10º Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

Art. 11º A CAMB terá obrigatoriedade de manter reuniões periódicas, que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a existência de um programa de

ação para o controle de acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

Art. 12º Ocorrerá pela Instituição de Saúde, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades por meio de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação aos demais colaboradores.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º O mandato dos membros da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) encerrar-se-á quando houver mudança da Diretoria Geral da Instituição ou, antecipadamente, se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 14º Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Geral da Instituição de Saúde, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

CAPÍTULO VIII

INDICADORES

Art. 15º Para cálculo do percentual de acidentes com material biológico utiliza-se a seguinte fórmula: número de profissionais expostos ao risco multiplicado por 100 (cem), dividido pelo número de acidentes ocorridos em um determinado período de tempo.

Art. 16º Para análise de abrangência do programa de treinamento de prevenção de acidentes com material biológico, utilizar-se-á a seguinte fórmula para cálculo: número de profissionais existentes multiplicados por 100 (cem), dividido pelo número de profissionais que compareceram ao treinamento em um determinado período de tempo.

Art. 17º A CAMB poderá adotar, quando julgar necessário, outros indicadores para análise de programa de prevenção de acidentes.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO											
	Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de palestras	X	X										
Realizar treinamento sobre acidentes com material biológico			X	X				X			X	
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB):**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E
INFANTIL (membros e finalidade)**

Finalidade:

O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil deve ser constituído em atendimento a determinação da Portaria Interministerial MEC/ N°2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comitê e Investigação do Óbito Materno e Infantil para as instituições de saúde, que possuam maternidade. Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171/2017 que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis. Portaria N° 1.119, de 5 de junho de 2008, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Vigilância de óbitos Maternos e a Portaria N° 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que torna obrigatória a Vigilância do Óbitos Infantil e Fetal, pelo corpo clínico Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Atuação do Comitê é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões do Comitê e motivadas pelo Presidente em exercício do Comitê.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto ao hospital, o Comitê, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações.

Caso a diretoria não adote referidas orientações, o Comitê poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

As ações do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos óbitos ocorridos na unidade de saúde;

II. Analisar questões éticas e legais relacionadas ao atendimento aos pacientes que evoluíram a óbito;

- III. Contribuir para a identificação de questões relacionadas à mortalidade da região;
- IV. Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região.
- V. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através da avaliação dos óbitos, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- A. - N° de Declarações de Óbitos preenchidas corretamente.
- B. - N° de Declarações de Óbitos canceladas.
- C. - N° de Declaração de Óbitos extraviadas.

Membros:

O Comitê será composto por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral e será norteadada pelo Regimento Interno do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.

O Comitê deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo 2 (dois) representantes médicos, enfermeiro e assistente social.

Caso o Comitê seja formado por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, sendo 1 (um) representante por profissão. O presidente do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil será obrigatoriamente médico. A comitê será composta por um representante de cada unidade existente no serviço:

- I. Representante do Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco;
- II. Representante da Unidade de Neonatologia
- III. Representante da Unidade Ginecologia e Obstetrícia;
- IV. Representante da Unidade do Alojamento Conjunto

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2º - A atuação do Comitê de Investigação Materno Infantil é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

Artigo 3º - É considerado óbito fetal a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe (a partir de 22 semanas de gestação ou 500 gramas de peso ao nascer) (MS, 2009). O óbito fetal é indicado pelo fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Artigo 4º - É considerado óbito infantil a morte de uma criança no primeiro ano de vida (MS, 2009). O óbito infantil se subdivide em:

I- óbito neonatal, que ocorre nos primeiros 28 dias de vida (zero a 27 dias);

II- Neonatal precoce (zero a seis dias de vida);

III- neonatal tardio (sete a 27 dias de vida);

IV - óbito pós-neonatal, que ocorre após os 28 dias de vida;

Artigo 5º - Óbito Materno é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (MS, 2009).

Artigo 6º- O instrumento para notificação compulsória e também para embasamento das investigações é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser preenchida conforme a portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre mortalidade - SIM.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 7º- Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos:

Artigo 8º - É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 9º - A composição mínima do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil deverá ser de dois membros médicos, um enfermeiro e um assistente social podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

Artigo 10º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil na unidade de saúde:

- I. Representante do Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco;
- II. Representante da Unidade de Neonatologia
- III. Representante da Unidade Ginecologia e Obstetrícia;
- IV. Representante da Unidade do Alojamento Conjunto;

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 11º Ao presidente do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros da Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil para apreciação e aprovação;
- IV. Representar Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da
- VII. Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil previamente aprovados pelos membros desta;
- VIII. Fazer cumprir o regimento;
- IX. Nas decisões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- X. Indicar seu vice-presidente/coordenador;

Artigo 12º - Ao vice-presidente do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 13º - O Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil compete:

- I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelo Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

- IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comitê de Investigação de Óbitos Materno e infantil;
- VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil;
- VII. Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de óbitos;
- VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações.
- IX. Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 14º- O Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será presidida por um médico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 15º- São atribuições de todos os membros da Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil.

- I. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 16º- São atribuições da Secretaria do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

- II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- III. Convocar os membros do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil para as reuniões determinadas pelo presidente;
- IV. Organizar e manter o arquivo da Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil;
- V. Preparar a correspondência;
- VI. Solicitar ao SAME todos os prontuários que serão
- VII. avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 17º- As reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 18º- As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário. presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 19º- As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 20º- O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 21º- O presidente do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil.

Artigo 22º- As decisões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 23º- Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Artigo 24º- Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 25º- As reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil deverão ser registra- das em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 26º- O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 27º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Artigo 28º- Os assuntos tratados pela Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 29º- Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 30º- Nenhum membro do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil.

Artigo 31º- A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 32º- Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de palestras	X	X										
Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES CIHDOTT (membros e finalidade)****Membros:**

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT é uma Comissão Intra-Hospitalar constituída por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem por finalidade organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, conforme a Portaria nº 2600/GM/MS/2009.

Almeja-se com essa comissão, uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares, melhor articulação do Hospital com respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e viabilizar uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos conforme a legislação vigente, para fins de transplantes de órgãos e tecidos, nas dependências do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Diretoria Geral.

A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, obrigatoriamente devendo ser composta no mínimo: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Finalidade:

- Articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos.

- Organizar, no âmbito no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de captação e doação de órgãos e tecidos;

- Promover programa de educação continuada de todos os profissionais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:****CAPÍTULO I****Da Composição**

Art. 1º A CIHDOTT tem como objetivos permitir uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares, melhor articulação do Hospital com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, e viabilizar uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos.

CAPÍTULO II**Da Composição**

Art. 2º A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Diretoria Geral.

§ 1.º O Coordenador da CIHDOTT deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão.

§ 2.º A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, obrigatoriamente devendo ser composta no mínimo: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

CAPÍTULO III**Das Atribuições dos membros da CIHDOTT**

Art. 3º São atribuições da CIHDOTT:

- I. Organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica (ME), visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;

VI. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;

VII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos na instituição;

VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX. Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida à retirada dos órgãos;

X. Articular-se com Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de Óbitos (OPO) e/ou bancos de tecidos, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de diagnóstico de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XII. Orientar e capacitar o setor responsável pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei N° 9.434, de 1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos colaboradores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à Central Estadual de Transplantes (CET);

XVI. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, inclusive, os registros de seguimento de doadores vivos;

XVII. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XVIII. Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

CAPÍTULO IV

Das atribuições do Coordenador da CIHDOTT

Art. 4º Ao Coordenador incumbe atuar como membro, dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;

II. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;

III. Promover a convocação das reuniões;

IV. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;

V. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;

VI. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;

VII. Articular-se com a Central Estadual de Transplantes;

VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 5.º Aos membros da CIHDOTT incumbe:

I. Realizar busca ativa de potenciais doadores de órgãos e tecidos;

II. Acompanhar a realização do Protocolo de Morte Encefálica (PME), garantido o cumprimento da legislação vigente;

III. Realizar o acolhimento dos familiares antes, durante e após a conclusão do Protocolo de Morte Encefálica;

IV. Preencher o Alerta Doador nas situações de suspeita de morte encefálica e óbito coração parado;

V. Realizar a entrevista para doação de órgãos e tecidos para transplantes, nos pacientes elegíveis para doação;

VI. Preencher e aplicar o Termo para Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes, coletando a assinatura dos familiares e realizando a cópia dos documentos de identificação dos autorizadores e do doador;

VII. Acionar a Central Estadual de Transplantes nas situações de suspeitas de Morte Encefálica e na doação de córneas;

VIII. Registrar em prontuário as atividades desenvolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes;

IX. Preencher a Autorização de Internação Hospitalar nas doações de órgãos e tecidos;

X. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIHDOTT;

XI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas pelas CIHDOTT;

XII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO V

Da rotina administrativa da Comissão

Art. 6º A CIHDOTT deverá enviar à CET os documentos referentes ao paciente com morte encefálica, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito;

Art. 7º. A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de Morte Encefálica, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, número de prontuário, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e nº da Autorização de Internação Hospitalar.

Art. 8º. A CIHDOTT deverá arquivar no prontuário do paciente o protocolo de morte encefálica original e manter cópia nos arquivos da CIHDOTT para fins de pesquisa e auditoria.

Art. 9º. No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

- I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- II. Termo de Autorização para Doação de Órgãos e tecidos;
- III. Cópia de documento de identificação do doador e dos autorizadores;
- IV. Exames e provas sorológicas;
- V. Laudo e foto do exame complementar;
- VI. Laudo de AIH;
- VII. Evolução do membro da CIHDOTT.

Art. 10º. No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

- I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- II. Exames e provas sorológicas;

III. Laudo e foto do exame complementar;

IV. Evolução da CIHDOTT com motivo da não retirada.

Art. 11º. A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

I. Atas e Regime Interno;

II. Correspondências recebidas e emitidas;

III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;

IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;

V. Relatório Mensal de Óbitos do Hospital;

VI. Material didático sobre doação de órgãos;

VII. Campanhas e eventos;

VIII. Leis e portarias;

IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;

X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);

XI. Mailing;

XII. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 12º. A Diretoria Geral poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT bem como do Coordenador.

Art. 13º. A CIHDOTT se reunirá de forma ordinária, mensalmente em dia, local e horário pré estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros. Em cada reunião deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

§ 1.º A reunião da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus membros.

§ 2.º No caso de o “quórum” ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§ 3.º As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§ 4.º Cada membro terá direito a um voto.

§ 5.º O Coordenador da CIHDOTT terá o voto de qualidade.

§ 6.º A votação será nominal e aberta.

§ 7.º As deliberações tomadas pelo Coordenador “ad referendum” deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 8.º É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 9.º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer um de seus membros.

Art. 14.º. O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a três intercaladas no ano civil, será desligado da comissão:

Parágrafo único: Cabe ao Coordenador da CIHDOTT enviar ofício à Diretoria Geral informando a necessidade de substituição do profissional e indicação de novo membro para nomeação.

Art. 15.º. A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Diretoria Geral, a substituição do Coordenador, por maioria absoluta dos membros.

Art. 16.º. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida à Diretoria Geral.

Art. 17.º. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT.

Art. 18º. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO											
	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos											
	para Transplante											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Logística de remoção/estratégias de captação de órgãos.	X	X										
Realizar treinamento sobre captação.			X	X				X			X	
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMITÊ DE COMPLIANCE (membros e finalidade)**Membros:**

A Composição mínima do Comitê de Compliance deverá ser de três membros, sendo um Compliance officer, um membro da Diretoria Administrativa e um membro da Diretoria Técnica, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

A Lei do Estado de Goiás de nº 18762/2014, também conhecida como Lei Anticorrupção e decretos subsequentes sobre o tema, tornou fundamental a criação em todas os órgãos de um Programa de Ética e Comitê de Compliance.

Finalidade:

No caso do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, tal Comitê atuará de forma a ser um Comitê educativo, procedendo com orientações e retirando dúvidas, além de monitorar necessidade de eventual medida coercitiva e até mesmo punitiva, em caso de prática ilegais ou antiéticas no exercício das atividades.

Tal Comitê tem como finalidade ainda, receber e analisar os casos de denúncia, os procedimentos e condutas, bem como instaurar os procedimentos de investigação e as medidas disciplinadoras quando cabíveis.

É um órgão de assessoria independente e ligado ao Jurídico e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

PROGRAMA DE COMPLIANCE**Conceitos Gerais**

A adoção da função de Compliance contribui para a prevenção e mitigação de exposições a riscos regulatórios (locais e internacionais) e de conduta e danos à imagem da Instituição, por meio de medidas internas que disciplinam as suas atividades. Compliance

transcende a ideia de “estar em conformidade” às leis, regulamentações e autorregulamentações, abrangendo aspectos de governança, conduta, transparência e temas como ética e integridade.

Além da atuação preventiva e detectiva, Compliance cada vez mais tem se tornado uma atividade também consultiva, dando suporte aos objetivos estratégicos e fazendo parte da missão, visão, valores, cultura e gerenciamento de riscos das Instituições.

Risco de Compliance

É o risco de sanções legais ou regulatórias, perdas financeiras ou danos reputacionais, bem como de medidas administrativas ou criminais decorrentes da falta de cumprimento de disposições legais e regulamentares, normas de mercado local e internacional ou decorrentes de compromissos assumidos por meio de códigos de autorregulação, padrões técnicos ou códigos de conduta.

Responsabilidades Gerais Relacionadas à Atividade de Compliance

A Alta Administração deve estabelecer as diretrizes da atividade de Compliance na Instituição e disponibilizar os recursos necessários, além de disseminar a cultura de Compliance pelo exemplo (tone at the top).

A estrutura de Compliance pode ser estabelecida por meio da adoção de linhas de defesa, para atribuição de papéis e responsabilidades, assegurando independência e a adequada segregação de funções.

O profissional de Compliance deve fornecer à Alta Administração informações sobre o gerenciamento do risco de Compliance, mas cabe destacar que cada colaborador, independentemente do nível hierárquico ou do tipo de contrato de trabalho ou serviço que presta à Instituição, deve estar comprometido com a prática e a disseminação da cultura de Compliance.

As responsabilidades estão detalhadas ao longo deste documento.

Programa de Compliance

O Programa de Compliance é composto de políticas, procedimentos e planejamento de atividades que visam fortalecer as Instituições direcionando as ações para a condução dos negócios de forma adequada, em relação ao cumprimento das leis e

regulamentações, questões de ética e conduta, aspectos concorrenciais e socioambientais, contratos com terceiros, normas contábeis, entre outros.

Para construção de um programa efetivo, devem-se considerar as boas práticas disponíveis globalmente e adequá-las ao porte, à complexidade, à estrutura, ao perfil de risco, ao modelo de negócio e à base legal e regulatória a que a Instituição está submetida.

A estrutura da área de Compliance bem como suas responsabilidades devem estar aderentes às exigências legais e regulamentares aplicáveis nas jurisdições em que a Instituição opera.

O Programa de Compliance deve definir processos que abrangem a identificação, mensuração e priorização, resposta ao risco, monitoramento e reporte dos riscos, levando em consideração a Abordagem Baseada em Risco e o modelo de Linhas de Defesa que serão tratados na sequência, assim como a gestão integrada com os demais riscos a que a Instituição esteja sujeita.

O estabelecimento de um Programa de Compliance efetivo e perene pode gerar muitos benefícios, mantendo a Instituição protegida em um ambiente de negócios complexo, repleto de mudanças regulatórias, e gerando confiança em seus stakeholders.

Linhas de Defesa

O engajamento de toda a Instituição na atividade de Compliance, estabelecendo a adequada segregação de funções e independência das áreas, pode ser alcançado por meio da adoção do modelo de Linhas de Defesa.

Cada uma dessas “linhas” desempenha um papel distinto dentro da estrutura de governança da Instituição, atuando de forma interdependente. Essa estruturação é aplicável a qualquer Instituição, não importando seu tamanho ou complexidade.

1ª Linha de Defesa: Atividades de Negócios e Operacionais Os gestores de negócio, de suporte e operacionais devem ser os responsáveis primários por identificar, avaliar, tratar, controlar e reportar os riscos de suas áreas, de forma alinhada às diretrizes internas, regulamentações, políticas e procedimentos aplicáveis.

2ª Linha de Defesa: Atividades de Compliance, Controles Internos e Gerenciamento de Riscos Essas unidades corporativas devem ser independentes da gestão das linhas de negócio (Linha de Defesa) e atuar como facilitadoras na implementação de práticas

eficazes de gerenciamento de riscos e metodologia de Controles Internos e Compliance, bem como dar suporte às áreas de negócios e operacionais de forma consultiva.

São responsáveis também por testar e avaliar a aderência à regulamentação, políticas e procedimentos, mantendo padrões de integridade alinhados aos princípios, diretrizes e apetite ao risco adotados pela Instituição e reportando sistemática e tempestivamente à Alta Administração os resultados de suas análises em relação à conformidade.

Para serem efetivas, essas funções devem ter autoridade, recursos e acesso à Alta Administração da Instituição.

3ª Linha de Defesa: Auditoria Interna A Auditoria Interna tem o papel de fornecer aos órgãos de governança e à Alta Administração avaliações abrangentes, independentes e objetivas relativas aos riscos da Instituição.

A independência da atuação desta linha permite que esta revise de modo sistemático a eficácia das duas primeiras linhas de defesa, contribuindo para o seu aprimoramento.

PRINCÍPIOS DE COMPLIANCE E

RESPONSABILIDADES

Em relação às Responsabilidades do Comitê de Compliance, é responsável por acompanhar o gerenciamento do risco de Compliance na unidade, devendo:

- Aprovar a Política de Compliance, de acordo com regulamentação vigente;
- Assegurar a adequada gestão da Política de Compliance da Instituição;
- Efetividade e continuidade da aplicação da Política de Compliance;
- Comunicação da Política de Compliance a todos os colaboradores, fornecedores e prestadores de serviços;
- Disseminação de padrões de integridade e conduta ética como parte da cultura da Instituição;
- Garantir que a Alta Administração, com apoio da função de Compliance, implemente medidas corretivas para não conformidades identificadas;

- Prover os meios necessários para que as atividades relacionadas à função de Compliance sejam exercidas adequadamente, incluindo pessoas em quantidade, capacitação e experiência suficientes;
- Avaliar, pelo menos anualmente, a efetividade do gerenciamento do risco de Compliance.

A Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é responsável por:

- gerenciar efetivamente o risco de Compliance;
- implantar e divulgar a Política de Compliance, bem como assegurar sua observância;
- estabelecer área de Compliance permanente, efetiva, independente, com acesso a qualquer informação ou área da Instituição e com recursos adequados;
- adotar medidas corretivas para tratamento de não conformidades identificadas;
- reportar tempestivamente ao Comitê de Compliance falhas relevantes de Compliance que possam gerar riscos legais, sanções regulatórias, perdas financeiras ou de reputação relevantes.

A Diretoria deve ainda, no mínimo anualmente, com o suporte da função de Compliance:

- avaliar os principais riscos de Compliance e respectivos planos de ação;
- informar ao Comitê sobre a efetividade do gerenciamento do risco de Compliance.

Ações de Compliance

A função de Compliance deve ser baseada nas seguintes ações:

- Independência no exercício de suas funções, que pressupõe
 - (i) a formalização de suas responsabilidades;
 - (ii) a existência de um gestor responsável para condução dos trabalhos de gerenciamento dos riscos de Compliance;
 - (iii) a ausência de conflito de interesses e

(iv) o acesso a qualquer informação, colaborador ou administrador da Instituição;

POLÍTICA DE COMPLIANCE

O IBGC na gestão do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, elaborará e manterá Política de Compliance compatível com a natureza, porte, complexidade, estrutura, perfil de risco e modelo de negócio, a qual deve ser aprovada pelo Comitê de Compliance e Diretorias, estabelecendo, no mínimo:

- objetivo e escopo das atribuições de Compliance;
- diretrizes a serem seguidas por todos os administradores, colaboradores e terceiros e principais processos utilizados para identificação e gestão dos riscos de Compliance por todos os níveis da Instituição;
- definição clara de responsabilidades, de modo a evitar possíveis conflitos de interesses;
- alocação adequada de pessoal (quantidade, capacitação e experiência);
- posição na estrutura organizacional;
- garantia de independência e autoridade dos responsáveis;
- alocação de recursos adequados para desempenho das atividades;
- livre acesso às informações necessárias para o exercício das atribuições;
- canais de comunicação com a alta gestão para reporte das atividades e das não conformidades identificadas;
- processos de coordenação com as demais áreas de Gestão de Riscos, Controles Internos e Auditoria Interna da Instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Os objetivos deste Regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Compliance, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Comitê de Compliance junto à administração e todo grupo de colaboradores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º Receber e analisar os casos de denúncia, os procedimentos e condutas, bem como instaurar os procedimentos de investigação e as medidas disciplinadoras quando cabíveis.

Art. 3º É um órgão de assessoria independente e ligado ao Jurídico e Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A composição mínima do Comitê de Compliance deverá ser de três membros, sendo um Compliance officer, um membro da Diretoria Administrativa e um membro da Diretoria Técnica, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade da unidade.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º Ao presidente do Comitê de Compliance, além de outras instituídas neste regimento, compete:

- I – Presidir as reuniões ordinárias;
- II- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessárias;
- III- Encaminhar aos membros do Comitê de Compliance as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Comitê de Compliance para apreciação e aprovação;
- IV- Representar Comitê de Compliance sempre que solicitado;
- V- Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- VI - Fazer cumprir o regimento;
- VII- Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Compliance previamente aprovados pelos membros desta;
- VIII- Nas decisões do Comitê de Compliance, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- IX – Indicar seu vice-presidente/coordenador;
- X- Instaurar procedimento de investigação relativo as denúncias quando cabível.

Art. 7º Ao vice-presidente do Comitê de Compliance compete, além de outras instituídas neste regimento:

- I- Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II- Zelar pelo sigilo das informações.

Art. 8º Ao Comitê de Compliance compete:

- I – Emitir parecer catécnico ou relatório quando solicitado pelo Comitê de Compliance;
- II- Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- III- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;
- IV- Desenvolver atividades de disseminação do Programa de Compliance à todos os colaboradores e Parceiros do Instituto;

V- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações do Programa de Compliance e do Comitê de Compliance.

VI – Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões do Comitê de Compliance.

VII- Avaliar e tratar todas as denúncias de Compliance;

VIII- Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º O Comitê de Compliance do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será presidido pelo Compliance Officer que será nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º São atribuições de todos os membros do Comitê de Compliance:

I – Promover o monitoramento das regras do Programa de Compliance;

Art. 11º São atribuições da Secretaria do Comitê de Compliance:

I- Lavrar a ata das sessões/reuniões;

II- Convocar os membros do Comitê de Compliance para as reuniões determinadas pelo presidente;

III – Organizar e manter o arquivo do Comitê de Compliance;

IV – Receber e protocolar os processos e expedientes;

V- Preparar a correspondência.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12º As reuniões do Comitê de Compliance serão realizadas mensalmente com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário previamente definidos e informados.

Art. 13º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Art. 14º As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Art. 15º O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 16º O presidente do Comitê de Compliance, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Compliance.

Art. 17º As decisões do Comitê de Compliance serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 18º Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 19º As reuniões do Comitê de Compliance deverão ser registradas em ata contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 20º O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Art. 21º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Compliance em conjunto com a Diretoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Art. 22º Os assuntos tratados pelo Comitê de Compliance deverão ser guardados em sigilo ético e em obediência a Lei Geral de Proteção de Dados pessoais por todos os membros.

Art. 23º Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Art. 24º Nenhum membro do Comitê de Compliance, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Comitê, sem que para isso esteja devidamente autorizado.

Art. 25º A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração, obrigatoriamente, ser submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Art. 26º Este regimento interno entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação do Comitê de Compliance pela Diretoria Geral	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar programas de palestras	X	X										
Realizar análise de 100% das denúncias apresentadas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar capacitação aos colaboradores sobre a temática Ética e Compliance			X	X								
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião do Comitê de Compliance**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros do Comitê (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário do Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS (membros e finalidade)**Membros:**

A Comissão de Cuidados Paliativos deverá ser composta por no mínimo 7 (sete) membros, sendo 2 (dois) representantes médicos, 2 (dois) enfermeiros, 1 (um) assistente social, (um) psicólogo e 1 (um) capelão.

Finalidades:

- Estabelecer e disseminar a "cultura" de Cuidados Paliativos e a discussão de paradigmas assistenciais;
- Criar diretrizes de avaliação e atendimento em Cuidados Paliativos focados nas necessidades físicas (controle de sintomas) e psicossociais, individualizando ações e prioridades em cada fase de evolução da doença, frisando seu caráter dinâmico;
- Planejar, orientar e instrumentalizar paciente, familiares e cuidadores, se houver indicação, sobre a desospitalização segura, manutenção dos cuidados em domicílio, atenção e orientação continuada;
- Criar um programa de formação e educação continuada em Cuidados Paliativos para os profissionais envolvidos;
- Estimular e orientar atividades de ensino e pesquisa na área de Cuidados Paliativos.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:**

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para o funcionamento da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Cuidados Paliativos junto à diretoria institucional, corpo clínico e comunidade hospitalar;

Parágrafo Único - Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, que afligem o paciente e sua família;

CAPÍTULO II**DAS FINALIDADES**

Artigo 2º- A Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, tem por finalidade definir as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito da instituição conforme prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

CAPÍTULO III**DA COMPETÊNCIA**

Artigo 3º - Ao presidente da Comissão de Cuidados Paliativos, além das outras instituídas neste regimento, compete:

Artigo 4º - Presidir as reuniões ordinárias;

Artigo 5º - Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

Parágrafo único - Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e todas as normativas referentes a organização dos cuidados paliativos, além de:

I- Integrar os cuidados paliativos a toda rede de atenção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

II- Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;

III - Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;

IV - Ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

VI- Ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos;

VII Pugar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

Artigo 6º - À Comissão de Cuidados Paliativos com- pete:

I- Fomentar os princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:

II- Estimular o início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, seus sintomas e suas mazelas, no início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

III - Promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;

IV - Afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;

V- Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;

VI - Promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;

VII- Integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;

VIII- oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;

IX- Oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;

X- Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

XI Comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;

XII- respeito à autodeterminação do indivíduo;

XIII- promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV);

XIV esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.

Artigo 7º — Estimular a oferta dos cuidados paliativos, quando cabível, a qualquer uma das especialidades clínicas atendidas no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

I - Atenção Ambulatorial: deverá ser capacitada para atender as demandas em cuidados;

II- Paliativos de pacientes que se encontram em atenção domiciliar;

II - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis;

III- Atenção Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência.

Artigo 8º - Os especialistas em cuidados paliativos atuantes no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó serão referência e potenciais

matriciadores dos demais serviços da instituição, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação à distância.

Artigo 9º- O acesso aos medicamentos para tratamentos dos sintomas relacionados aos cuidados paliativos, notadamente opioides, deverá seguir as normas sanitárias vigentes, considerando a relação nacional de medicamentos essenciais (Rename) e observando as pactuações entre as instâncias de gestão do SUS.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º - As reuniões da Comissão de cuidados paliativos serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 11º - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 12º As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários;

Artigo 13º - O presidente da Comissão de cuidados paliativos, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão na reunião de instalação e posse da comissão;

Artigo 14º - As decisões da Comissão de cuidados paliativos serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes;

Artigo 15º - Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia;

Artigo 16º - As reuniões da Comissão de cuidados paliativos, deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 17º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 18º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de cuidados paliativos, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Artigo 19º - Os assuntos tratados pela Comissão de cuidados paliativos, deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;

Artigo 20º - Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano;

Artigo 21º - Nenhum membro da Comissão Cuidados Paliativos, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado;

Artigo 22º - A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 23º - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA											
	Comissão de Cuidados Paliativos											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão de Cuidados Paliativos	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar programa de palestras	X	X										
Realizar treinamento - Palestra.		X		X		X		X		X		X
Normatizar o adequado registro das informações referentes ao quadro de cada paciente e conduta utilizada para cada situação clínica de cuidado paliativo			X	X								
Discutir as condutas e desfecho de todos dos casos relacionados a Cuidados Paliativos ocorridos no mês		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Cuidados Paliativos:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO
SEGURA (membros e finalidade)

Membros:

A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo (dois) enfermeiros e 1 (um) assistente social. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor sendo 1 (um) representante por profissão. O presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura não define obrigatoriamente a qualificação profissional.

Finalidade:

- Realizar diagnóstico do perfil de pacientes da unidade de saúde, para identificar quais as características da população atendida;
- Identificar o tempo de permanência para internação considerado ideal para cada clínica/serviço, pois ele pode ser variável conforme a complexidade da assistência prestada por clínica;
- Traçar planos de ação anuais com metas, indicadores para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, apresentação dos resultados e propor melhoria contínua.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:****CAPÍTULO I****DOS OBJETIVOS**

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura.

CAPÍTULO II**DAS FINALIDADES**

Artigo 2º - Promover diretrizes crucial o plano terapêutico que norteará as ações multidisciplinar que culminarão com a saída hospitalar.

Artigo 3º - Promover a melhor adesão a terapia pro- posta e redução de risco de reinternação precoce.

Artigo 4º - Avaliar o score de avaliações do paciente durante sua internação geram uma quantidade e qualidade de informações que devem ser tratadas, transformadas em ações e informadas ao paciente e seu familiar durante a alta hospitalar.

Artigo 5º - Promover a educação do paciente, familiar e cuidador elegível.

Artigo 6º - Paciente com risco de queda ou lesão por pressão dever receber orientações e informações por escritas de como mitigar esse risco em casa.

Artigo 7º - Orientar a reconciliação medicamentosa.

CAPÍTULO III**DA COMPOSIÇÃO**

Artigo 8º - A composição mínima da Comissão desospitalização segura deverá ser membros, um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

- Serviço Médico
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Assistência Social;
- Serviço de Psicologia;
- Serviço de Fisioterapia;
- Serviço de Nutrição;

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Artigo 9º - Ao presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- Presidir as reuniões ordinárias;
- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- Encaminhar aos membros da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão de Apoio a Desospitalização para apreciação e aprovação;
- Representar Comissão de Apoio a Desospitalização Segura sempre que solicitado;
- Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura previamente aprovados pelos membros desta;
- Fazer cumprir o regimento;
- Nas decisões da Comissão de Apoio a Desospitalização além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

- Indicar seu vice-presidente/coordenador;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Direção Geral, Direção Técnica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comissão de Apoio a Desospitalização;
- Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização;
- Avaliar periodicamente os dados referentes à performance dos resultados da comissão;
- Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10º- A Comissão de Apoio a Desospitalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será presidida por um membro multidisciplinar, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 11º - São atribuições de todos os membros da Comissão de Apoio a Desospitalização:

- Desenvolver atividades de caráter técnico- científico corri fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 12º - São atribuições da Secretaria da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura:

- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da Comissão de Apoio a Desospitalização para as reuniões determinadas pelo presidente;
- Organizar e manter o arquivo da Comissão de Apoio a Desospitalização;
- Preparar a correspondência;

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º- As reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização serão realizadas semanalmente, com agendamento anual convocadas pelo Presidente. Com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 14º - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 15º - As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 16º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 17º - O presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura; e assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura.

Artigo 18º - As decisões da Comissão de Apoio a Desospitalização serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 19º - Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 20º - As reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 21º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Artigo 23º - Os assuntos tratados pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura deverão ser guarda- dos em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 24º - Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 25º - Nenhum membro da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura

Artigo 26º - A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 27º - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA											
	Comissão de Apoio a Desospitalização											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Apoio a Desospitalização	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Definir os critérios relevantes da desospitalização segura		X		X		X		X		X		X
Elaborar normas para operacionalização da busca ativa e monitoramento dos pacientes para a desospitalização segura		X	X	X								
Realizar treinamento						X		X				
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Apoio a Desospitalização:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, sito na Rua 3, S/N, Vila Popular, CEP: 76.100-000, São Luís de Montes Belos-GO, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir “com presença de todos os membros”), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE SUBJETIVA**ITEM: ACOLHIMENTO****Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco****O que é acolhimento?**

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O trabalhador que atua na recepção possui grande protagonismo no acesso do usuário ao sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, é responsável pelo primeiro contato com o usuário.

A PNH os reconhece como agentes que fazem parte do processo de acolhimento, estratégia capaz de promover mudanças na organização do processo de trabalho, que visa garantir o acesso e a integralidade na atenção à saúde dos usuários do SUS.

O acolhimento abrange a recepção do usuário, responsabilizando-se por ouvir suas queixas e preocupações, angústias, impor os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde esperava consolidar suas diretrizes específicas como: o acolhimento, a gestão democrática, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Buscando assim diminuir filas e tempo de espera, um atendimento acolhedor e resolutivo, implementação do

modelo de atenção com responsabilização e vínculo, visando garantir eficácia tanto em relação ao usuário quanto ao trabalhador da área.

Nesse contexto de humanização, a capacitação profissional pode ser avaliada como um processo organizado de educação, ao qual as pessoas enriquecem seus conhecimentos, amplia suas capacidades e melhoram suas aptidões no desenvolvimento profissional.

Sendo as estratégias traçadas para alcançar uma assistência humanizada no primeiro atendimento feito pela recepção, é de grande êxito e com melhora significativa para pacientes que ali chegam para ser atendido, fazendo com que os mesmos se sintam acolhidos com singelos gestos de atenção no primeiro atendimento.

O ATO DO RECEPCIONAR E AS FORMAS DE NOTIFICAR NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Quando a pessoa procura um hospital, o faz obviamente por necessitar de cuidados. Nesse sentido, a atenção e a orientação são fundamentais por parte da equipe, que deve sempre ter em mente humanizar a sua relação com o paciente de modo a lhe passar segurança, confiança e sensação de acolhida. Não só a ele, mas também aos seus familiares, na maior parte das vezes, tão fragilizados e inseguros quanto o próprio paciente.

O local onde se estabelece o primeiro vínculo no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é na recepção. Assim, os colaboradores lotados neste local, devem estar aptos ao processo de ouvir com atenção e acolhimento, olhar para a pessoa (sempre diretamente), demonstrando interesse no seu relato ou questionamento.

É natural que em uma recepção, onde o fluxo de pessoas é alto, a correria da rotina cotidianamente, acabe por fazer com que o profissional seja acelerado e queira resolver tudo. Todavia, é fundamental que o mesmo pare, e se empenhe em estabelecer vínculo com o paciente, passando-lhe sensação de acolhida e confiança.

Nesse cenário de humanização e acolhimento, o instrumento essencial é a comunicação.

Para entender a importância da comunicação na área hospitalar, em especial da comunicação como aliada dos processos de humanização, é preciso perceber que a

comunicação está ligada a tudo, fortalecendo ou prejudicando o relacionamento que estabelecemos com o mundo, a partir do momento em que abrimos os olhos.

Sendo assim, qualquer indivíduo, desde antes mesmo de seu nascimento, se comunica – se expressa – de alguma forma. E quando nos expressamos, nossa premissa é de que queremos ser ouvidos, ou percebidos.

São inúmeros os provérbios populares nos mostram a importância do ouvir, a importância de nos livrarmos de conceitos pré-concebidos para poder avaliar uma questão a partir de um novo ponto de vista – e que apontam a comunicação como o principal pilar em que se alicerçam os relacionamentos humanos.

Vale destacar que há comunicação em tudo, partindo das palavras ditas e escritas, mas avançando para o espectro dos olhares, das posturas, dos gestos, dos movimentos. **A partir da definição prévia de que tudo é comunicação, podemos articular um silogismo simples e assumir que, portanto, humanização é comunicação.**

Diante de tudo isso o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, como mencionado anteriormente, estará atento em treinar e potencializar o desenvolvimento de habilidades de acolhimento e comunicação à sua equipe, de forma à garantir que o colaborador na recepção consiga entregar, o que dele é esperado.

O serviço de recepção terá como papel principal acolher pacientes, familiares e acompanhantes e indicar a próxima etapa do fluxo de atendimento/ acolhimento, informando com clareza quais os próximos passos deverão ser seguidos.

- Necessidade de estar atento a situações especiais

Em casos em que o profissional da recepção se deparar com pacientes, familiares e acompanhantes com necessidades especiais e surja situação em que o profissional não saiba como proceder especificamente, deverá imediatamente se reportar a equipe multiprofissional, de modo a lhe auxiliar na resolução da demanda, mas sobretudo garantir aos usuários, segurança e bem estar.

Fundamental que todos os colaboradores, além de capacitados, estejam empenhados no processo, de modo que saibam orientar os pacientes adequadamente e transmitir a

serenidade necessária que o usuário precisa no estabelecimento das relações de apoio, confiança e segurança.

O IBGC na gestão do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó buscará sempre promover o máximo conforto e acessibilidade aos seus usuários. Tal conforto iniciará pelos ambientes e instalações da unidade, oferecendo sempre dar dignidade aos portadores de necessidades especiais com ampla acessibilidade, se empenhando na tarefa de proporcionar espaços amplos e arejados, rampas, chão nivelado, sinalização coerente, purificador de água, banheiros, iluminação, etc.

ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Com certeza uma das maiores vulnerabilidades encontrada no âmbito da prestação de serviços de saúde é a ausência de orientação.

Como já dito, a comunicação é fundamental para garantir que os processos de orientação sejam eficientes.

A comunicação é a ferramenta capaz de permitir acesso às informações e orientações coerentes.

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó se empenhará em fixar mecanismos de orientação quanto aos seus serviços, diretrizes, normas através de seus colaboradores e de seus canais de informações (TV, rede social, site, panfletos, jornais, apenas para citar alguns).

Rotineiramente serão programas palestras, cursos e congressos com o objetivo de que os colaboradores e usuários estejam integrados e conhecedores com o processo de orientação social.

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó realizará atendimentos de Urgência e Emergência, 24 horas por dia, com porta aberta e referência de alta e média complexidade.

O fato de ser uma unidade desse porte, já torna esperado uma demanda vultuosa de serviço de urgência e emergência, o que tem como consequência alto fluxo de usuários, familiares e acompanhantes.

Desse modo estes usuários, necessitam de orientação e apoio social e psicológico.

Nesse cenário, tendo em vista os leitos de internação, em especial as UTI's adulto e pediátrica tornam relevante a atuação de profissionais da psicologia e serviço social, integrantes da equipe multiprofissional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Um instrumento para garantir e potencializar o atendimento humanizado é o acolhimento psicossocial, sobretudo em situação de um ambiente incógnito, e da natural tensão que envolve um ambiente hospitalar, onde existam situações de perda, de piora clínica, além dos receios e medos quanto à possibilidade de recuperação.

Todas essas sensações exacerbam o medo e a insegurança nos usuários gerando a eles, bem como aos seus familiares e acompanhantes, alterações psicológicas que podem ter como consequências o aparecimento de sinais e sintomas que interfiram no tratamento (no caso do paciente) ou gerem um adoecimento (no caso dos acompanhantes e familiares).

Deve ser proporcionado um tratamento acolhedor e humanizado por parte dos profissionais especializados, sempre que se deparem com situações de tragédias familiares, envolvendo a perda inesperada ou possibilidade real de perda, de pessoas queridas.

Essa situação de maior atenção pela equipe multiprofissional, sobretudo profissionais da psicologia e do serviço social, deve se dar em toda unidade, mas na emergência e nas unidades de internação deve ser ainda mais presente.

A psicoterapia será a ferramenta utilizada para proporcionar minimização do medo, do estresse, da insegurança, além de visar proporcionar (no caso do paciente) uma melhor aderência às práticas de tratamento propostas, reabilitação social e psicológica, garantindo o atendimento coerente, digno e acolhedor em todas as fases, a todos os usuários.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ACOLHIMENTO

Tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Tais perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde.

O processo de acolhimento deve, portanto, ocorrer em articulação com as várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços.

Em nosso país, o ACCR ou Acolhimento com Classificação de Risco, é uma propositura do Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização (PNH). É uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O AACR se norteia pela escuta efetiva, pela construção vínculos, pela resolutividade dos serviços de saúde, e ainda pela prioridade dos pacientes mais graves no atendimento.

Esse é um processo de ressignificação do processo de triagem.

As principais finalidades do ACCR são:

- A melhoria do acesso dos usuários, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada;
- A mudança das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;

- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais;
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
- A abordagem do usuário para além da doença e suas queixas;
- A pactuação com o usuário da resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço;
- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;

Diante de tudo isso, o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó terá em sua estrutura de atendimento de urgência/emergência o Serviço de Classificação de Risco, equipado fisicamente e com profissionais preparados, qualificadamente, para receber os pacientes e seus acompanhantes.

Na unidade o ACCR será realizado por enfermeiros treinados e preparados que realizarão escuta efetiva e avaliação, seguido da classificação das necessidades de saúde nos usuários, conforme critério de riscos estabelecidos em protocolos que subsidiam a classificação de acordo com o estado de gravidade clínica de cada usuário.

A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Ao chegar ao serviço de urgência, o usuário será acolhido pelos colaboradores da portaria/recepção e será encaminhado para abertura da ficha de atendimento. Após a sua identificação, o usuário será encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde será acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações de escuta efetiva, comunicação de qualidade e da coleta de dados vitais, se baseia no protocolo e classificando o quadro clínico do paciente em:

- **VERMELHO** - Emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência);
- **AMARELO** - Urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);
- **VERDE** - Sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO); e
- **AZUL** - Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social {deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.

A gravidade do caso é determinante na agilidade do atendimento ao paciente, portanto, nos casos de emergência o atendimento ao paciente poderá ser iniciado antes da abertura da ficha de atendimento.

O ACCR é um modo de operar os processos de atendimento em saúde de modo a atender a todos os pacientes de forma acolhedora, ética e respeitosa, com a resolutividade necessária para o caso em questão, exigindo dos colaboradores a empatia.

É ainda a orientação aos familiares, acompanhantes e pacientes, quando esse for o caso, de outros tipos de serviços de saúde, de modo a possibilitar a continuidade assistencial. O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, buscará sempre a articulação externa com estes outros serviços de saúde, a serem demandados, permitindo assim que todo encaminhamento seja eficaz e simplificado ao usuário.

GERENCIAMENTO DE LEITOS

O gerenciamento de um leito hospitalar compreende todo o processo de provisão e administração das camas e dos diversos recursos correlatos nas várias áreas de um equipamento de saúde.

Nesse contexto, a gestão de leitos diz respeito não apenas ao local em que o paciente repousa, mas também a todos os serviços que acompanham a assistência médica. Ou seja, desde o processamento da admissão, passando pelo tempo de trabalho dos médicos, de

profissionais de enfermagem e demais profissionais envolvidos, diagnósticos e tratamentos adequados, etc.

É necessário que as estruturas envolvidas nos processos estejam afinadas de modo a garantir que nenhum usuário fique aguardando na fila enquanto se tenha leito disponível. O processo gestão dos leitos é realizado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) de forma protocolar e minuciosa considerando a origem e a condição clínica do paciente, tipo de internação (caráter eletivo ou de urgência) garantindo a equidade no acesso aos serviços especializados.

No Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó as atividades de gestão de leitos serão realizadas por profissionais devidamente treinados, os quais estarão envolvidos com as unidades de atendimento a pacientes externos (ambulatórios), unidade de atendimento a pacientes internados, unidade de processamento e estatística e unidades de arquivamento de prontuários (SAME), de acordo com protocolos técnicos operacionais próprios.

Algumas atividades complementarão o serviço de Gerenciamento de Leitos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, e serão executadas pelo Núcleo Interno de Regulação. Dentre elas, apontamos a ética e sigilo quanto aos prontuários; zelo e manutenção da integridade os prontuários; critérios de arquivologia adequados, sistema adequado de registro que controle a movimentação dos pacientes no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó; preenchimento correto de todos os prontuários.

ESTRATÉGIAS DE VALORIZAÇÃO AO TRABALHADOR

Uma das preocupações constantes dessa proponente na gestão do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, será de fomentar estratégias de valorização do trabalhador, promovendo melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliando investimentos na qualificação dos trabalhadores de modo a valorizar dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a construção de redes de cooperação.

É fundamental, ao se falar em acolhimento que todos os colaboradores, estejam atualizados e saibam quais processos e procedimentos devem ser implementados em cada caso concreto no cotidiano hospitalar.

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó manterá programa permanente de capacitações, palestras, rodas de conversa, congresso e vários outros métodos de ensino/aprendizagem capazes de proporcionar conhecimento sobre essa temática, de modo a potencializar o conhecimento e sua aplicação diária no atendimento.

Incluir na tomada de decisões, as equipes de linha de frente na participação de projetos e das comissões internas, será um modo de gerar valorização, dando visibilidade à experiências profissionais, individuais e coletivas de cada colaborador sobre o tema.

INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE PARA VISITAS AOS USUÁRIOS

Para ter uma unidade organizada e segura, além de controlar o fluxo de trabalho e pacientes, também é importante fazer o controle de visitas.

Estar internado é sempre um momento delicado e que requer muita atenção ao paciente, bem como de seus familiares. O paciente, além do cuidado médico, precisa de aconchego e carinho da família e amigos.

Para uma medicina de qualidade, além do cuidado assistencial, da tecnologia e uma equipe de profissionais preocupada com a saúde e melhora do paciente, entende, que a visita, o afeto e carinho de pessoas queridas, contribuem para melhora do doente.

Para que esta situação aconteça, faz-se necessário compreender, que para todo e qualquer tipo de visita, existem regras a serem cumpridas.

Quando ocorre a doença a necessidade de internação, elas são consideradas como uma ameaça, e são vivenciadas de forma grupal. Assim o processo do adoecer envolve não somente o paciente que se encontra internado, mas também toda família que vivencia esta hospitalização diariamente.

Quando uma pessoa é internada em um hospital, ela perde o contato com seu cotidiano, e assim, tudo que vier no âmbito da afetividade pode contribuir para seu tratamento,

diminuindo a ansiedade frente ao desconhecido, passando mais confiança e segurança e tendo uma resposta mais positiva em relação ao processo que vivencia.

É importante lembrar sobre os cuidados sempre, por isso há um controle, quanto ao número de pessoas que visitam um paciente na unidade hospitalar. Há também uma exigência necessária no momento do cadastro de visita, como documento de identificação; necessário e imprescindível, recomendações estas que precisam ser respeitadas.

As regras existem para um cuidado a mais com o paciente. Os colaboradores devem estar atentos há um controle efetivo dos que entram e saem. Esta preocupação é fundamental para garantir a segurança e certamente a rápida melhora e recuperação do paciente.

Nesse fluxo de pessoas circulando na unidade, é necessário pensar e avaliar os riscos.

Em um ambiente hospitalar, um erro pode acarretar complicações graves.

Num contexto de saúde, o gerenciamento de riscos tem a finalidade de implementar e implantar medidas preventivas e corretivas de modo a garantir eficiência operacional e oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente.

A RDC nº 36 (Resolução da Diretoria Colegiada nº 36), assim conceitua gestão de riscos:

“[...] aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam o segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Diante dessa explicação, esse é um importante conceito à ser observado durante a execução e operacionalização dos serviços de saúde no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Uma das premissas no atendimento à saúde, é a segurança assistencial que é um fator que faz com que o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. esteja preparado para receber o paciente, seus acompanhantes, familiares e visitantes com segurança, desde a emergência até as consultas ambulatoriais, realização de exames, procedimentos, tratamentos terapêuticos e cirurgias.

Nesse cenário é fundamental que os familiares saibam como proceder durante a visitação a unidade hospitalar, evitando assim riscos desnecessários por meio de ações irresponsáveis e perigosas.

Visando o atendimento aos visitantes/acompanhantes do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, na medida das possibilidades da estrutura física disponível para a(s) recepção(ões), buscar-se-á separar espaços para receber os visitantes/acompanhantes, onde os mesmos poderão receber as devidas orientações de segurança para si e para os pacientes visitados.

Os ambientes serão mantidos arejados ao máximo possível, de forma que possibilite circulação de ar natural e serão demarcados visualmente para evitar o contato próximo entre as pessoas, principalmente nas salas de espera, cadeiras e nos balcões.

Evitando riscos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.:

As medidas que serão tomadas de forma a minimizar e evitar riscos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó são:

- I - Identificação das demandas que exponham a instituição, seus funcionários e seus usuários bem como a identificação das medidas de solução;
- II- Análise contínua dos processos de trabalho;
- III - Implantação de processos e procedimentos bem definidos, envolvendo a equipe multiprofissional tanto na construção quanto na capacitação, divulgação e cumprimento dos mesmos;
- IV - Acompanhamento das ações, normas, rotinas e procedimentos, buscando a melhoria contínua dos processos;
- V- Internação do paciente pelo menor período possível;
- VI - Registro e organização rigorosos da documentação;
- VII Comunicação institucional acessível e resolutiva;
- VIII- Controle e avaliação periódica dos processos de trabalho.

Todos os fluxos de atendimento serão amplamente divulgados de modo a minimizar riscos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

O momento enfrentando, mundialmente falando com relação à situação pandêmica enfrentada, mostra com ainda mais ênfase a necessidade de adoção de protocolos rígidos a serem observados, garantindo, assim, a segurança geral que envolve a equipe, os pacientes, seus familiares, acompanhantes e visitantes (caso o quadro clínico do paciente permita visitas).

De forma a potencializar a humanização pretendida no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, será criado pelo IBGC um projeto de visita de irmãos, voltado exclusivamente para os pacientes nos leitos pediátricos, acompanhado pela equipe de psicologia, que preparará a criança para a visita antes de sua entrada no local, criando métodos de gerar bem estar ao visitante, não só antes da visita como após a mesma.

Prevenção e controle de riscos relacionados aos usuários

Dentre as ações que serão cumpridas como medida de controlar e evitar riscos aos visitantes, acompanhantes e pacientes, destaca-se:

I - Cadastro de todos os visitantes (familiares de pacientes, fornecedores, profissionais, religiosos, acompanhantes e outros usuários do Hospital no sistema de informação hospitalar);

II- Implantação de sistema de vigilância por câmeras;

III - Ajuste do tempo ideal entre um atendimento e outro {para os atendimentos agendados como consultas, exames, cirurgias e internações eletivas);

IV- Demarcação das áreas com circulação ou permanência restrita;

V - Implantação de sistema de sinalização de solo (ou de parede) a fim de facilitar o trânsito do acompanhante/visitante dentro do hospital, contemplando estratégia de identificação das cores para pacientes ou acompanhantes portadores de daltonismo;

Os principais resultados que se espera com a adoção dos critérios e medidas de controle de risco para visitantes e acompanhantes no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. são:

I - Redução e/ou eliminação da exposição dos visitantes/acompanhantes a situações que ofereçam qualquer tipo de risco;

II- Aumento e melhoria contínua da qualidade do atendimento aos usuários visitantes; fortalecimento da imagem do hospital;

- III - Valorização e confiança nos serviços prestados;
- IV- Prevenção de possíveis processos jurídicos e indenizações;
- V - Redução de custos e economia no uso dos recursos;
- VI - Tomada de decisão assertiva;
- VII - Gestão proativa e preventiva; dentre outras.

ORIENTAÇÕES PARA VISITANTES E ACOMPANHANTES:

Serão adotadas as seguintes instruções para cumprir com as normas de controle de infecção, para o bom andamento do fluxo de visitantes/ acompanhantes e garantia de serviço de qualidade:

- I - O número mínimo de visitantes por paciente;
- II - Não visitar pacientes se estiver com alguma infecção (infecções respiratórias como gripes e resfriados, infecções de pele, conjuntivite, diarreia, vômito e outras doenças transmissíveis);
- III - Usar máscara de proteção fácil, obrigatoriamente. Caso o usuário, acompanhante e/ou visitante se esqueça, será oferecido este equipamento de proteção individual como forma de garantir a segurança de todos. Em casos em que haja indicação adicional de uso de avental e luvas, os visitantes/acompanhantes serão orientados pela equipe do Hospital.
- IV - Visitar a pacientes internados nos isolamentos e UTIs, requer orientações específicas que serão fornecidas pelos profissionais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Em situações especiais que visam a segurança do paciente e do visitante/acompanhante, as visitas poderão ser restringidas;
- V- Higienizar as mãos com água e sabão, ou álcool gel, antes e após contato com o paciente. Álcool em gel estará disponível em todos os pontos estratégicos do Hospital, afim de facilitar e garantir o seu uso;
- VI- A aferição da temperatura será procedimento de rotina antes da entrada do visitante/acompanhante no hospital tanto no pronto socorro, quanto nas unidades ambulatorial e de internação. Protocolos nortearão as equipes quanto a conduta a ser seguida neste procedimento. Caso

apresente aumento da temperatura ou algum sintoma que indique alteração do estado de saúde, este será conduzido a unidade de atendimento médico para avaliação e conduta.

VII - É obrigatória a identificação do visitante e acompanhante no sistema de informação hospitalar;

VIII - Utilizar, sempre, a etiqueta fornecida na entrada do Hospital. É importante que o visitante seja identificado para que receba a devida atenção e que respeite os horários de entrada e saída das unidades de internação.

IX- Ao visitar um paciente é preciso lembrar que ele está em recuperação e precisa descansar. Por isso, é importante ser breve, pois, pode evitar situações como a ansiedade, estresse, cansaço.

X- Evite falar alto ou fazer barulhos desnecessários são cuidados importantes que o visitante precisa ter para não incomodar os pacientes. Se for possível, feche a porta do quarto, pois, evita exposição e estabelece privacidade.

XI - Evite dizer o que o paciente deve ou não fazer ou tomar. Experiência pessoal não são parâmetros de cuidado, pois, cada caso é único e só a equipe de saúde tem condições de avaliar o que deve ser feito. Dessa forma, evita-se interferência no tratamento e promove o reestabelecimento da saúde do paciente mais rápido.

XII - Seja positivo. Traga informações otimistas, pergunte como o paciente está, precisa de alguma coisa. Desta forma, estimula o processo de recuperação por parte do paciente e minimiza ou elimina sinais/ sintomas ou sentimentos depressivos.

XIII - É permitida a visita de apenas um representante de segmentos religiosos por vez, desde que solicitado pelo paciente e/ou seu familiar e mediante contato prévio com o serviço de Capelania Hospitalar e uso de identificação fornecida pelo Hospital;

XIV - É recomendável e preferível que visitantes e acompanhantes estejam na faixa etária de 18 a 59 anos e que estejam isentos de doenças agudas e/ou crônicas. Maiores de 60 anos devem estar acompanhados de um familiar.

XV - Não é permitida a entrada de rotina de menores para fins de visitação. No entanto, em situações especiais, considerando a

XVI - Será orientado sobre a importância de se ter apenas um acompanhante por paciente nos serviços ambulatoriais, (salvo situações especiais), desde que esteja assintomático para qualquer doença, de modo especial as respiratórias.

XVII - Flores não serão permitidas nas áreas de internação, pois, assim que começam a murchar, atraem mosquitos e outros insetos que podem incomodar o paciente. De preferência por outro presente, por exemplo.

XVIII - Visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente. Se for necessário, deverão ser fornecidas luvas e orientar higiene das mãos sempre que tocar o paciente.

XIX - Vestir-se adequadamente durante a visita. As unhas devem estar aparadas e os cabelos devem ser mantidos presos.

XX - Em caso de situações especiais, como a pandemia COVID-19, será estabelecido fluxo diferenciado para circulação de visitantes e acompanhantes no Hospital, e, de acordo com as orientações das autoridades sanitárias, se for necessário, as visitas serão suspensas.

Ao visitar um paciente, é proibido:

I - Tirar fotos nas dependências do Hospital;

II - Fumar nas dependências do Hospital, conforme Lei Federal nº 9.294 (15 de julho de 1996) e/ou estar alcoolizado;

III - Entrada de menores (exceto em casos especiais, com autorização por escrito, da equipe que assiste ao paciente);

IV - Entrada de alimentos e medicamentos externos. Se for necessário, somente com autorização, por escrito, do enfermeiro (a) responsável pelo setor;

V - Oferecer alimentos ao paciente sem autorização;

VI - Entrada de visitantes e acompanhantes com sintomas gripais, febre ou outra condição conhecida de fragilidade à saúde:

VII - Extrapolar o horário de visitas;

VIII - Entrar com bolsas, capacetes, pacotes em todas as unidades de internação;

IX - Usar adornos (anéis, pulseiras, relógios, bonés, etc) em visita as UTIs;

X- Ingressar com aparelho celular nas seguintes dependências: UTI, Pronto-Socorro, Raio-X e unidades de exames para evitar interferência dos equipamentos;

XII - Transitar em quartos que não seja do paciente/familiar que veio visitar;

XIII - Sentar no leito do paciente, nem no leito que estiver desocupado;

Importante: O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. não repassará informações dos pacientes por telefone, salvo em condições especiais avaliadas pela equipe multiprofissional. Se necessário for, o familiar será contatado;

PROPOSTA DE HORÁRIOS DE VISITAS

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	DE SEGUNDA-FEIRA À DOMINGOS	NÚMERO DE VISITANTES
CLÍNICA MÉDICA	14 às 15 hs	Até 02 visitantes
CLÍNICA CIRÚRGICA	14 às 15 hs	Até 02 visitantes
OBSTETRÍCIA	16 às 17 hs	Até 02 visitantes
PEDIATRIA	15 às 16 hs	Até 02 visitantes
UTI ADULTA	15 às 16 hs	01 visitante
VISITA RELIGIOSA	18 às 19 hs	01 visitante

Caso ocorram situações não previstas nestas instruções, elas serão prontamente comunicadas à Diretoria, e resolvidas de maneiras pontual junto aos profissionais habilitados.

Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais

Orientações Gerais aos acompanhantes e visitantes

A participação do acompanhante e dos visitantes é muito importante para a recuperação do paciente, mas algumas orientações são necessárias durante a sua permanência no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

- Mantenha o silêncio. Lembre-se, você está em uma unidade hospitalar.
- Mantenha o celular no silencioso e só atenda se realmente for urgente.
- Higienize sempre as mãos antes e depois do contato com o paciente.
- Só é permitido um acompanhante, maior de idade, para cada paciente.
- Se estiver com algum problema de saúde evite visitar o paciente.
- Não sente ou deite na cama do paciente.
- A privacidade do paciente deve ser mantida, principalmente nos horários de repouso e alimentação.
- Respeite sempre o horário dos procedimentos técnicos.
- Não manipule equipamentos hospitalares. Solicite sempre ajuda dos profissionais.
- No caso de o acompanhante precisar se ausentar, sinalizar à equipe de enfermagem.

No contexto hospitalar existem vários desafios que envolvem colaboradores, pacientes, visitantes e acompanhantes.

Um dos grandes desafios tem início na compreensão sobre as diferenças entre os pacientes pela idade, cultura, etnia e religião. Para cada indivíduo é necessário a compreensão e a empatia.

Fator importante para cumprir com êxito a humanização hospitalar, bem como a prestação de serviços de saúde com eficiência, é a implantação de um plano de educação

voltado ao preparo dos cuidados contendo demonstrações teóricas e práticas por parte dos profissionais e acompanhamento constante da equipe multidisciplinar para garantir a correta realização e atendimento do processo por parte do cuidador ou paciente.

Para subsidiar esses processos, os profissionais precisam estar capacitados, assim, um programa de Educação Permanente, com foco nos procedimentos e satisfação do usuário, além da atualização técnica e comportamental, deve ser estabelecido e estimulado, otimizando o tempo de aprendizado e reduzindo os riscos assistenciais.

É comum, visando a melhora no processo de aprendizagem, a divulgação por meio de folhetos e cartilhas ilustrados, de forma a contextualizar a situação do paciente, quais são os principais cuidados e a forma de realizar as ações propostas, e com o avanço da tecnologia podemos contar com utilização de mídias digitais para facilitar o entendimento e visualização das informações, essa nova condição proporciona maior alcance do conhecimento e facilita a promoção da saúde em ambientes como sala de estar e rede sociais.

No contexto de internação, acompanhamento e visitas, um ponto que merece muita atenção por parte do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e o que se refere aos relativamente incapazes, sobretudo adotando a ponderação e sabedoria em situações específicas onde possa haver conflitos entre os interesses destes pacientes e de seus familiares.

São várias as legislações que enfrentam a temática dos relativamente incapazes e a tomada de decisões por familiares ou representantes, especialmente as situações de conflitos, ou ainda quando não exista um responsável legalmente designado para o acompanhamento daquele paciente.

Antes de mais nada, o IBGC se compromete de que no curso de contrato de gestão, estando a frente do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, cuidará de preparar e capacitar todo o corpo profissional da unidade, de modo que em situações de conflito, possam utilizar técnicas de mediação e conciliação, especialmente a equipe multiprofissional, buscando sempre a resolução do conflito no curso do tratamento.

O Código Civil Brasileiro define em seu artigo 3º, que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos. Tal incapacidade implica na prática de atos por meio de seus representantes legais.

Sobre os relativamente incapazes, o Código Civil estabelece ainda que são incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

- Os maiores de 16 (dezesesseis) e menores de 18(dezoito) anos;
- Os ébrios habituais, viciados em tóxicos e pródigos;
- Aqueles que, por causa transitória ou permanente, não conseguirem demonstrar sua vontade própria. Tal incapacidade relativa implica na prática de determinados atos assistidos por seus representantes legais.

Não é só o Código Civil que traz apontamentos legais sobre incapazes ou relativamente incapazes.

O ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente define que os menores de 16 (dezesesseis) anos serão **representados** por seus pais ou tutores e os maiores de 16 (dezesesseis) e menores de 18 (dezoito) anos serão **assistidos** por seus pais ou curadores.

Oportunamente, destaca-se que os idosos e enfermos - com exceção dos pródigos e viciados em tóxicos-são, enquanto possuírem condições clínicas de expressar sua vontade, plenamente capazes nos termos da lei civil, podendo, portanto, livremente nomear responsável legal através de Termo de Nomeação de Responsável Legal, ou outorgar procuração com os poderes de representação, sem a necessidade de assistência.

Em relação aos relativamente incapazes maiores, o Código Civil, determina que eles estão, necessariamente, sujeitos à curatela, ainda que por causa transitória não possam exprimir sua vontade.

O processo de judicial de interdição é longo e custoso, e a curatela provisória exige que estejam presentes os requisitos da tutela de urgência, quais sejam a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. Além disso, a interdição implica em uma série de obrigações ao curador que, muitas vezes não são tratadas aos familiares do paciente.

Os Conselhos de Medicina, representados pelo corpo clínico, não emitiram posicionamento sobre o tema de designação de curador no ambiente hospitalar, apenas exigindo a assistência do relativamente incapaz nos termos da lei civil.

O Conselho Federal de Medicina fixou na Resolução CFM n 1.995/2012, a possibilidade de paciente definir as suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de

desejos, prévia e expressamente manifestados, sobre os cuidados e tratamentos que queira ou não receber quando estiver incapacitado de expressar sua vontade.

A única menção à nomeação de representação legal previamente à situação transitória ou definitiva de incapacidade, detectada em documentos do CFM, consta do Parecer nº 12/2014, que trata das Reivindicações das Testemunhas de Jeová.

O parecer afirma que o artigo 41 do Código de Ética Médica, que determina a necessidade de levar-se em consideração a vontade expressa do paciente, na definição dos cuidados médicos. Vejamos:

Não alcança os pacientes menores de idade e particularmente outros, relativamente ou totalmente incapazes, que não tenham em período anterior as suas incapacidades e com segurança jurídica, registrada as suas diretivas antecipadas de vontade ou que ainda no pressuposto da impossibilidade de expressá-lo não tenham nomeado, com segurança jurídica, representante legal para fazê-lo.

Tal afirmação, ainda que não seja o objeto da presente nota orientativa, pode ser interpretada como um aceite à nomeação de representante legal antes da situação de incapacidade relativa, por parte do CFM.

Diante de todo o exposto, é recomendável que o paciente recebido pela clínica em condições de expressar a sua vontade designe, imediatamente, seu responsável legal, indicando em termo ou em procuração pública ou privada, que tal responsável terá poderes para tomar decisões em seu nome durante o período em que estiver sendo atendido pelo Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, podendo autorizar ou negar procedimentos, decidir acerca do tratamento clínico a ser procedido, requisitar alta, bem como determinar todos os demais atos relativos à assistência médica ofertada a ele, autorizando-o a expressar a sua vontade para todos os efeitos legais relacionados à prestação assistencial.

Neste contexto, na hipótese de incapacidade transitória, não haverá obstáculo à prestação dos serviços assistenciais necessários à saúde do paciente, quando determinado por seu responsável legal prévia e devidamente nomeado.

Sabemos, que tais orientações representam risco para o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó na medida em que o Judiciário poderá invalidar atos praticados por não curadores de relativamente incapaz. A jurisprudência, porém, aponta

para a invalidação apenas de atos praticados em desfavor do relativamente incapaz, mantida a validade daqueles praticados em seu benefício.

Desta forma, será remoto o risco de invalidação destes atos. A intenção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é seguir as legislações vigentes promovendo a boas práticas em prol da saúde e integridade dos pacientes relativamente incapaz.

Nos atendimentos de urgência e emergência, o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, realizará a exigência a jurisprudência de atender os pacientes relativamente incapaz ainda que não representado.

Na ausência dos pais e pendente a nomeação de curador, em se tratando de maiores de dezesseis anos e menores de dezoito, como são eles enquadrados pela legislação civil como relativamente incapazes, entende que há a possibilidade, em analogia ao disposto pelo CFM na Resolução CFM nº 1.995/2012, do paciente definir suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que queira ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar sua vontade.

Além disso, se não houver nomeação de representante legal pelo incapaz ou relativamente incapaz, o médico responsável pelo paciente deverá aferir se este tem condições de decidir sobre o seu tratamento ou não, e se sim, poderá seguir as orientações do paciente, resguardada a sua saúde e integridade.

Quando se tratar de incapazes ou relativamente incapazes que não consigam decidir ou manifestar sua vontade, ausente o representante legal, não há que se pensar na possibilidade de nomeação de responsável legal, devendo a equipe médica promover todo o tratamento necessário à manutenção da saúde e integridade do paciente acionado as autoridades competentes.

Desde modo, o médico deverá informar os representantes do paciente ou familiares envolvidos no seu tratamento acerca das práticas diagnósticos ou terapêuticas que entender necessárias ao quadro clínico do paciente, devendo usar de todos os meios disponíveis para tratamento dele, desde que cientificamente reconhecidos e ao seu alcance.

Quando a divergência de opinião entre os representantes ou familiares representar riscos ao paciente em virtude da espera, caberá a equipe médica decidir qual dentre os métodos eleitos pelos representantes ou familiares e o mais adequado e eficaz ao tratamento.

Sobretudo, deve-se sempre ter em observância a Resoluções CFM n° 1.931/09 (Código de Ética Médica), notadamente a ressalva em relação à obrigação de observar a decisão do paciente ou de seu representante legal no caso de iminentes riscos de morte. Tal previsão determina que, diante de risco de morte, caberá exclusivamente à equipe definir o procedimento a ser adotado, não sendo necessário a consulta aos representantes ou familiares.

Orientações e permanência dos acompanhantes durante a realização dos exames

Durante a realização dos exames no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será permitida a permanência de acompanhante nos seguintes casos:

- Pacientes com até 18 anos incompletos, conforme Estatuto da Criança e Adolescente (Lei n° 8.069 de 13/07/1990, art. 12 e suas alterações);
- Pacientes maiores de 60 anos, conforme Estatuto do Idoso (Lei n° 10.741 de 01/10/2003, art. 16 e suas alterações);
- Pacientes com necessidades especiais, segundo Estatuto do Portador de Necessidades Especiais (Lei n° 3.939 de 02/01/2007, art. 18 e suas alterações).

Informações sobre os exames

As informações sobre a realização dos exames serão fornecidas em momento prévio à realização do mesmo, pelo enfermeiro da unidade.

O paciente/usuário será informado sobre o tempo de realização do exame, assim como sobre a forma de como o exame será procedido (aplicação de gel com transdutor na área examinada no caso de exames de ultrassom, colocação de elétrodos com caso da realização de eletrocardiograma, necessidade de uso de contraste, etc.).

As informações sobre o resultado dos exames serão fornecidas em documento próprio, após ser laudado pelo médico especialista e endereçado ao médico solicitante.

O paciente será informado sobre a data para a retirada do resultado no setor de emissão de resultados no próprio setor de Diagnóstico.

Eventuais dúvidas sobre o resultado do exame poderão ser fornecidas imediatamente após a finalização do procedimento pelo médico executor após finalização do exame.

Direitos dos familiares

I - Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

II - Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

III- Obter informações claras, objetivas, respeitadas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas que estão sendo ou que porventura serão realizadas no paciente que está sendo acompanhado;

IV- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir o tratamento do paciente após a alta, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

Deveres dos familiares

I - O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas e internações sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

II - O acompanhante não deve administrar quaisquer outros tipos de medicação durante a internação do paciente. O paciente deve utilizar somente as medicações prescritas pelo médico, salvo as autorizadas por ele mesmo.

III - Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

IV - Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a condição de saúde do paciente.

V - Ser indicado pelo paciente como responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

VI - Ter em mãos ou em sua guarda os documentos do paciente na impossibilidade de ele fazê-lo, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

VII. Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;

VIII. Zelar e solicitar que outros acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

DIREITOS DOS PACIENTES

I - Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

II- Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos, números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.

III- Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

IV- Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não os realizar, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.

V- Ser prévia e expressamente informado

bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.

VI - Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem-estar.

VII- Exigir que a unidade de saúde cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar - conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.

VIII - Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;

IX- Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados;

X- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir seu tratamento realização dos exames, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

XI - Revogar a qualquer tempo, ou recusar livremente, uma vez devidamente esclarecido os riscos inerentes, os procedimentos médicos sejam eles diagnósticos, terapêuticos ou mesmo avaliações clínicas, desde que não haja risco de morte.

XII- Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente autorizado.

XIII-Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se referem a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

XIV Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.

XV - Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da unidade de saúde e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Usuário.

DEVERES DO PACIENTE

I- O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas no momento da realização dos exames sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

II - Durante a realização dos exames deve utilizar somente as medicações prescritas pelo médico do centro de diagnóstico, salvo as autorizadas pelo médico responsável pelo seu atendimento e acompanhamento.

III - Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

IV- Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.

V - Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.

VI - Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

VII - Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

VIII - Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;

IX - Zelar e solicitar que os seus acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

X – Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências da unidade de saúde, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos

demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno da unidade de saúde.

PROPOSTA DE CRITÉRIOS - GUIA DE ORIENTAÇÃO AOS ACOMPANHANTES E VISITANTES:

Direito de Acompanhante:

- Idoso acima de 60 anos; (Lei nº 10.741/2003);
- Criança e adolescentes menores de 18 anos; (Lei nº 18.063/1993);
- Pacientes com deficiência e ou/ necessidades especiais -PNE. (Lei nº 13.146/2015);
- Gestante - Lei Federal nº 11.108/2005

Deveres do Acompanhante:

- Permanecer junto ao paciente, prestando o cuidado necessário;
- Usar a identificação de acompanhante;
- Preservar a higiene da enfermaria;
- Seguir as orientações da equipe de saúde;
- Informar à equipe de saúde alterações importantes que ocorram com o paciente;
- Seguir o protocolo de higienização das mãos;
- Utilizar somente as cadeiras e poltronas disponíveis para acompanhantes;
- Não se deitar e nem se sentar nas camas hospitalares;
- Manter um relacionamento tranquilo com paciente;
- O acompanhante deverá ser maior de 18 anos e, preferencialmente, menor de 65.
- A troca de acompanhante será feita na Portaria nos horários que serão estabelecidos.
- Apresentar-se ao Serviço Social, caso necessite de Declaração de Permanência no hospital.

Não será permitido:

- Utilizar o celular na sala de parto.
- Fumar nas dependências do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Não é permitido entrar no hospital trazendo alimentos, cigarros, roupas e objetos de valor (rádio, televisão, notebook e similares).
- A guarda de capacetes é de responsabilidade do portador;
com altura acima do meio da coxa; e homens trajando blusa regata e/ou calção.

Critérios relacionadas acompanhantes e visitantes que serão definidos:

- Horário de Visitas
- Informações de alta
- O horário de saída de paciente com alta hospitalar é até as 20h.
- Será permitida a entrada de material de higiene pessoal (escova, creme dental, sabonete, desodorante, xampu) e peças íntimas (calcinha, cueca e sutiã).
- Só poderá haver 01 (um) acompanhante por paciente. Somente este acompanhante terá direito às refeições.
- Crianças menores de 8 anos não terão acesso às enfermarias, mas poderão visitar as mães internadas em local definido pela equipe.
- Informações gerais relacionadas à paciente poderão ser obtidas nos horários e números de telefones estabelecidos.
- Não será fornecido informações específicas do estado de saúde dos pacientes por telefone.

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SES/GO COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A Ouvidoria em Saúde constitui-se em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e os serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando à melhoria do atendimento prestado. Para tanto, faz-se necessário implantar uma unidade de Ouvidoria com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos e ser eficaz na busca de soluções.

Além disso, as manifestações recebidas nas ouvidorias do SUS devem ser sistematizadas e organizadas em relatórios gerenciais para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas, servindo como referência para mudanças positivas da política de saúde.

O PAPEL DAS OUVIDORIAS DO SUS

As ouvidorias do SUS são unidades de importância estratégica para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, as ouvidorias contribuem para a participação do cidadão na avaliação e na fiscalização da qualidade dos serviços de saúde.

Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde. Nas ouvidorias do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias.

Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a demanda e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas.

Em tal contexto, as ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão.

O processo de escuta do cidadão dá-se individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da Saúde.

Base Legal das Ouvidorias do SUS

A Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi dado início à regulamentação do Sistema Único de Saúde, como sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, administrado pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, com a necessária participação da população na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde.

Historicamente, criaram-se marcos que têm trazido avanços na institucionalização de instrumentos que regulamentam a participação popular na gestão da saúde, como, por exemplo, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada.

A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social, porém sua identidade é distinta. Ela auxilia e complementa a ação dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria.

As ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apoiam-se nos princípios e nas diretrizes que determinam as ações e os serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990.

A aplicação dos princípios previstos na Lei nº 8.080/1990 e das diretrizes elencadas na Constituição Federal à atuação das ouvidorias do SUS possibilita afirmar que:

Universalidade

Todo cidadão tem o direito de se manifestar ao Poder Público, quanto ao sistema de saúde. Compete, pois, colocar serviços de Ouvidoria ao alcance da população de modo a permitir o uso do direito de opinião do cidadão.

Equidade

Todo cidadão deve contar com pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria, seja pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail ou ainda pela imprensa, de forma que atenda a sua necessidade, independente da localidade ou situação social. Compete aos níveis administrativos do SUS divulgar e difundir formas e meios de acesso à disposição dos cidadãos.

Integralidade

As demandas recebidas na Ouvidoria sobre o sistema de saúde devem ser processadas sob um tratamento que abranja, tanto quanto possível, os aspectos de promoção, de proteção e de recuperação da saúde.

Regionalização

Este princípio é pautado pela maior eficácia e transparência causadas pela aproximação das políticas de saúde aos cidadãos, bem como pelo reconhecimento da heterogeneidade e da desigualdade social e territorial, por meio da identificação e do reconhecimento das diferentes situações regionais e suas peculiaridades. Assim, o serviço de Ouvidoria deve estar presente em todas as secretarias estaduais de saúde; nas secretarias de saúde das capitais; nas cidades com mais de 100 mil habitantes; nas cidades-polo; e nas sedes dos consórcios municipais e das regiões de saúde, a ser acordado nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), Conselhos de Saúde e demais estruturas do SUS.

Hierarquização

Na organização da rede de ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos de estruturação do SUS.

Participação da comunidade

Compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de Ouvidoria com os respectivos conselhos de saúde.

Descentralização

Deve ser apoiada a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. O princípio da descentralização das ações e dos serviços de saúde, por definição, é o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e os municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Portanto, a descentralização promove a participação da sociedade em todo o processo de decisão e controle da gestão e constitui um desafio permanente para mudanças substantivas na gestão responsável da Administração Pública.

HISTÓRIA DA OUVIDORIA DO SUS NO BRASIL

Historicamente, no Brasil, a primeira tentativa de regulamentar a figura do Ouvidor e da Ouvidoria deu-se em 1923, pelo deputado constituinte José de Souza Mello.

- Em 1998, a chamada Comissão de Notáveis, que era liderada pelo jurista Afonso Arinos, tentou introduzir o instituto do Ouvidor no texto constitucional brasileiro.

- Na Constituição Federal de 1988 - Artigo 37, parágrafo 3º, inciso prevê a existência de uma lei que discipline as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços

- Artigos de 196 a 200 - Definição de saúde como direito de todos e dever do Estado e instituição do SUS, que tem, como uma de suas diretrizes, a da participação da comunidade. Entende-se que a implantação de ouvidorias é uma forma de consolidar esta diretriz.

- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS (Portaria MS/GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007)

Vislumbra a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS.

– Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde e competências das áreas que o integram, conferindo ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS a missão de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias de saúde.

– Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009). Contém dispositivo que garante aos cidadãos o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.

– Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Regulamentação da Lei nº 8.080/1990) Regulamenta a Lei Orgânica do SUS e estabelece a necessidade da gestão do SUS apurar, de forma permanente, as necessidades e a satisfação do usuário.

O Decreto nº 7.508/2011 dispõe sobre a organização do SUS em regiões de saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com seus municípios. As regiões de saúde representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e dos serviços da saúde, tendo como objetivos:

- garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados;
- reduzir as desigualdades loco regionais, por meio da conjugação Inter federativa de recursos.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Inter gestores, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; monitorar o acesso às informações e aos serviços de saúde e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

O Decreto nº 7.508/2011 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap).

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma região de saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

Ele é assinado pelos prefeitos e seus secretários de saúde, pelo governador e seu secretário de saúde e pelo Ministro da Saúde.

A avaliação da execução do COAP é realizada por meio do Relatório de Gestão, de cada ente signatário, devendo ser acompanhada pelos respectivos conselhos de saúde.

Além de levar informação para populações que têm dificuldades históricas de acesso ao SUS e aos canais de participação, como o próprio Disque-Saúde 136, faz, ainda, uma escuta humanizada, qualificada e medeia com a gestão o devido encaminhamento para as demandas apresentadas.

A Ouvidoria Itinerante desempenha, portanto, um papel importantíssimo, pois congrega a comunicação e a escuta qualificada com o respeito à diversidade e à cultura desses territórios vulneráveis.

IMPLANTAÇÃO DA OUVIDORIA NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Objetivo:

A implantação da Ouvidoria no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, se dá com o intuito de garantir a todos os usuários desta unidade em saúde, o direito de apresentar suas reivindicações, elogios, reclamações, manifestações perante a gestão da unidade.

Além disso a Ouvidoria funciona como um mecanismo efetivo e de celeridade para a proteção e defesa dos direitos dos usuários, em observância a Lei nº 13.460/2017 e do Decreto nº 9270/2018, que tratam sobre a sua implantação como uma forma de avaliação da efetividade e um contínuo aperfeiçoamento e melhoramento da gestão.

A Ouvidoria no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será um instrumento potencializador de modificações. Uma vez que sobre um ângulo favorece a gestão mais flexível, que se empenha para o alcance da satisfação das necessidades do usuário, enquanto que de outro ângulo, pode ser vista como aquela que incentivará a prestação de serviços públicos com eficiência e qualidade, garantindo direitos, sendo, portanto, uma ferramenta a serviço da democracia e do cumprimento das garantias fundamentais de todos os usuários.

As sugestões, queixas, reclamações, elogios, possibilitarão uma constante avaliação dos serviços prestados, e análise de medidas a serem tomadas, sempre visando melhorias.

A celeridade na resolução de todas as demandas apresentadas a ouvidoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, será prioridade por parte dessa proponente.

Deste modo, além de assegurar o pleno acesso a todos os usuários, familiares e acompanhantes na unidade, existe o compromisso que de todas as demandas serão respondidas em prazo inferior à 20 (vinte) dias, dando resolutividade ao processo.

A Ouvidoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e seu papel:

O que se almeja com a Ouvidoria no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, é garantir uma atuação eficaz no processo de interlocução/comunicação entre usuário/cidadão e a Administração da unidade, concretizando desse modo, uma forma adequada para a resolução de conflitos.

Neste sentido a Ouvidoria orientará, encaminhar acompanhará as providências adotadas, e responderá eficientemente ao cidadão.

Não bastante, quando a situação exposta não for de competência da respectiva ouvidoria, ela ajudará o cidadão a identificar o local adequado para a resolução de sua demanda trazida.

Criação da Ouvidoria

Público alvo: o público interno que são os colaboradores (empregados e servidores públicos lotados na unidade) que poderão utilizar de forma democrática a Ouvidoria para manifestar seus anseios.

Com relação a esse público interno a Ouvidoria permite uma administração participativa.

Além disso, temo o público externo, que são pessoas que utilizam os serviços oferecidos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó ou seus familiares e acompanhantes.

Estes utilizarão a Ouvidoria como um canal para se manifestarem apresentando denúncias, reclamações, sugestões, elogios...

Assim, qualquer cidadão que pertença ao público interno ou externo poderá apresentar, sem qualquer tipo de ônus, a sua manifestação à Ouvidoria.

O IBGC agirá no sentido de facilitar ao cidadão o pleno acesso a Ouvidoria, garantindo que tal acesso seja facilitado de todas as maneiras possíveis, através de e-mail, carta, formulários eletrônicos no site, telefone, atendimento presencial e formulários impressos disponibilizados na unidade com caixas de coleta.

Estrutura da Ouvidoria

Estrutura Física

Para a implantação da estrutura física destinada à execução das funções de ouvidoria, tais como acolhimento, atendimento presencial, análise e acompanhamento das manifestações e gestão dos dados, deverão ser observados os seguintes itens:

I. Espaço físico adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo;

II. Boa localização, de fácil acesso e visibilidade a todos os cidadãos, sendo importante atentar-se à acessibilidade das pessoas com deficiência, idosos, gestantes ou outras com dificuldades de locomoção, como rampa de acesso e adaptações;

III. Equipamentos e mobiliários adequados para a realização do serviço como cadeira, mesa, armário, material de escritório em geral, computadores, impressora e aparelho telefônico;

IV. Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.

Visando um ambiente que possa ter alta demanda no fluxo de pessoas e acesso fácil aos interessados, sugerimos que a Ouvidoria seja implantada na lateral esquerda (antes de entrar na área administrativa) do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, próxima à recepção principal, utilizando-se, se for necessário, uma estrutura de drywall.

Este local tem um maior fluxo de pessoas em circulação e, por ter a porta de entrada da unidade, seu acesso é estrategicamente facilitado ao cidadão.

Profissionais da OUVIDORIA

Os profissionais que atuarão na Ouvidoria deverão possuir habilidades necessárias com essa atribuição, além de necessariamente passarem por capacitação para o desempenho da função com zelo e eficiência.

Por se tratar de uma função, relativamente nova, em geral não se exige formação específica para ser um Ouvidor, mas há vários cursos de formação e aperfeiçoamento que poderão nortear o colaborador no desempenho da função.

A disponibilidade do pessoal para a formação da equipe dependerá da condição atual de funcionamento e necessidade da unidade, a ser verificada após implantação, devendo de início no mínimo ser composta por:

01 - Ouvidor: Responsável pela Ouvidoria;

01 - Técnico Atendimento;

01 - Técnico para o tratamento das demandas.

Tais profissionais precisarão buscar conhecimento acerca das atividades desenvolvidas pelo setor, além de treinamento que lhes possibilite tratar o(a) cidadão(ã) de forma respeitosa, empática e genuína.

Há algumas habilidades que devem, necessariamente, compor o perfil profissional destes colaboradores, tais como:

Ouvidor:

Considerando-se as peculiaridades do trabalho dos profissionais das ouvidorias, serão competências exigidas para a formação da equipe que atenderá na Ouvidoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

- I. Ouvir e compreender as diferentes formas de manifestação dos cidadãos;
- II. Reconhecer os cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;
- III. Qualificar as expectativas de forma adequada, caracterizando situações e identificando os seus contextos, para que os Gestores da unidade possam utilizá-las como oportunidades de melhoria;
- IV. Demonstrar os resultados produzidos, avaliando a efetividade das respostas oferecidas, gerando dados e elaborando informações capazes de subsidiar a gestão pública.

Qualidade do atendimento:

Objetivando a melhoria contínua da qualidade no atendimento prestado aos usuários no âmbito do SUS, proporcionando a institucionalização da Ouvidoria SUS no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, o IBGC se norteará pelos seguintes princípios fundamentais:

- I. **Competência:** existência de pessoas capacitadas e recursos tecnológicos adequados;
- II. **Confiabilidade:** cumprimento de prazos e horários estabelecidos previamente, e a busca em otimizar o tempo de resposta/ resolução de acordo com a complexidade das demandas apresentadas, sem oferecer prejuízos na qualidade das respostas;
- III. **Credibilidade:** honestidade no serviço ofertado;
- IV. **Segurança:** garantia de sigilo das informações pessoais nos termos da Lei n°12.527 - Lei de Acesso à Informação;

V. **Empatia:** que consiste em uma resposta afetiva apropriada à situação da outra pessoa, e não à própria pessoa. Essa habilidade se traduz na capacidade de se identificar com o sentimento ou a reação de outra pessoa e buscar compreendê-lo;

VI. **Linguagem cidadã:** clara, acessível, de fácil compreensão, evitando jargões e termos técnicos, proporcionando um atendimento adaptado às necessidades do cidadão;

VII. **Linguagem inclusiva:** é aquela que não usa expressões preconceituosas ou ofensivas a indivíduos ou grupos;

VIII. **Presteza:** demonstração do desejo de servir, valorizando prontamente a solicitação do cidadão;

IX. **Cortesia:** manifestação de respeito ao cidadão e de cordialidade;

X. **Flexibilidade:** atuar com capacidade de lidar com situações não previstas;

XI - Respeito à diversidade e garantia do pleno acesso à Ouvidoria por todos os cidadãos: atendimento a todas as pessoas sem preconceitos.

Planejamento de implantação

I. Definição no organograma: a Ouvidoria será inserida no organograma da instituição, articulada ao nível central de gestão;

II. Definição do local: instalar a Ouvidoria seguindo os requisitos básicos para compor a Rede de Ouvidorias do SUS, pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento Ouvidoria- geral do SUS, e passar a integrar juntamente com a SES - Secretária de Estado da Saúde do Estado de Goiás a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, que atuam por meio do sistema informatizado Ouvidor SUS.

O Sistema permite a otimização de todos os processos de trabalho que permeiam sua ação, e tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das ouvidorias do SUS, facilitar a democratização das informações em saúde, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações, além de gerar relatórios gerenciais, também auxilia na definição de prazos para tratamento de demandas conforme bases legais. Instrumento de gestão que será uma importante ferramenta à serviço da população do Centro-Norte Goiano e apoio às demais regiões;

III. Realizar o processo de escolha do Ouvidor que representará a Ouvidoria e participará da seleção para a composição da sua equipe de trabalho (designação do Ouvidor deverá ser feita pelo Diretor Geral da unidade);

IV. Instalar em locais de grande circulação da unidade urnas devidamente identificadas pela Ouvidoria contendo disponível formulário impresso para registros de manifestações e pesquisa de satisfação dos usuários;

V - Realizar a divulgação (site corporativo, placas em locais de grande circulação de pessoas) do objetivo, papel, dos projetos da Ouvidoria, definindo e expondo a consolidação de um espaço democrático implantado no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, estimulando a conscientização dos usuários da unidade sobre o direito de receber um serviço público de qualidade, trazendo mais conhecimento sobre seus direitos e responsabilidades, incrementando assim, a sua capacidade crítica e incentivando o uso de direito da sua opinião.

Nesse sentido, deve-se de imediato publicar e indicar na unidade o local e horário de atendimento da ouvidoria, tal como, telefone e e-mail para contato.

VI- Divulgar internamente e externamente os meios de acesso e horários de atendimento da ouvidoria.

Pesquisa de satisfação da ouvidoria

Será competência da Ouvidoria do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó valorizar e propor a padronização dos processos, unificação dos sistemas de dados, implantação e disponibilidade para realização de pesquisas de satisfação, de todas as formas possíveis, tais como: em modelo digital, formulário físico, sistema de produção da unidade e/ou da Ouvidoria, proporcionando assim, o aumento da capacidade de coleta, armazenamento e análise dos dados.

Com o intuito à avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e qualidade das estruturas, dos processos, e dos atendimentos ofertados aos cidadãos, e a busca continua ao fortalecendo de uma gestão participativa e efetivamente de qualidade no âmbito do SUS.

Neste sentido a pesquisa de satisfação dos usuários terá como objetivo avaliar o atendimento no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó do ponto de vista de quem os recebe, fornecendo a gestão do IBGC materialidade de avaliação dos serviços que estão sendo prestados aos usuários e/ou visitantes da unidade.

A partir da pesquisa será possível a tomada de decisões, nos processos de trazendo informações e dados sobre os usuários e suas necessidades, grau de satisfação, entre outros aspectos relevantes. Desta forma os objetivos poderão ser alcançados com a efetivação da pesquisa continuada, entre estes: definição de padrões de atendimento; detecção de necessidades dos usuários; simplificação dos processos e procedimentos administrativos; avaliação da qualidade do atendimento; avaliação do grau de confiança e imagem institucional.

Modelo de pesquisa Net Promoter Score

Essa metodologia tem uma grande vantagem: você só faz uma pergunta para os usuários dos serviços.

Vantagens da pesquisa de satisfação pelo modelo Net Promoter Score:

- Ágil e rápido de fazer e implementar;
- Um parâmetro reconhecido por grandes consultorias e institutos de pesquisa;
- O resultado é um valor quantificável;
- Possibilidade de fazer comparações entre áreas e empresas.
- Periodicidade

A periodicidade definida pelo serviço, será de intervalo médio de 3 (três) meses, com objetivo de avaliar a percepção dos usuários ao longo do contrato, ou ainda quando se fizer necessário frente a mudanças ou normas e rotinas e/ou implantação de novos serviços.

Apresentação das avaliações

As avaliações apresentadas deverão ser entregues as áreas gestoras da unidade, bem como a Secretaria de Saúde de Estado – SES/GO, em relatório descritivos, bem como em gráficos comparativos entre períodos

Horário de atendimento

O Canal de atendimento presencial terá seu horário de funcionamento de 07:00 às 19:00 horas, durante sete dias da semana, além do canais eletrônicos com e-mail e formulário eletrônico no site da instituição, podendo ser acessados 24 (vinte e quatro) horas dias, nos 7 (sete) dias da semana.

Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó	QUESTIONÁRIO OUVIDORIA	Data:

IDENTIFICAÇÃO

1) QUAL O SEU NOME?

2) QUAL SERVIÇO UTILIZOU?

3) QUAL A DATA DO ATENDIMENTO?

4) Deixe aqui seu contato para que possamos lhe dar um retorno (e-mail, telefone):

5) Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria os nossos serviços a um amigo ou familiar?

6) Para que sua avaliação possa ser melhor, quais adequações recomenda que realizássemos?

7) De acordo com a sua avaliação o que oferecemos de bom?

Assinatura:

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

QUALIDADE
TÉCNICA

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

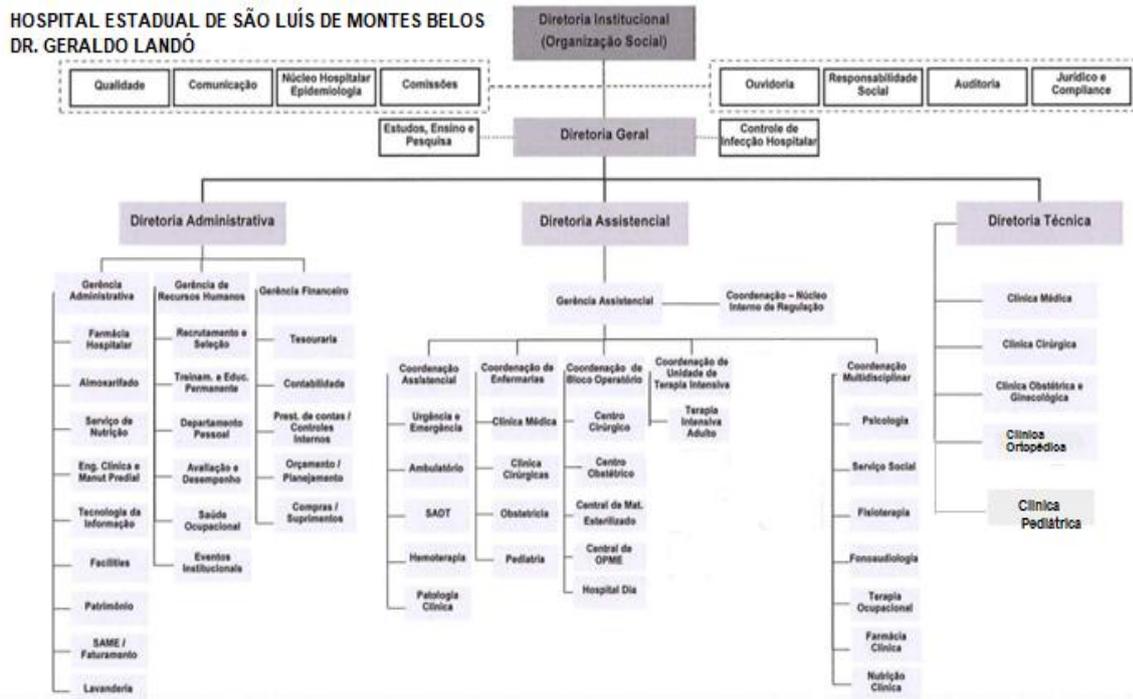
Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins:

Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da Organização ou dos gestores do corpo diretivo:

Os documentos estão disponibilizados no anexo DOCUMENTOS DA PROPONENTE.

ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

APRESENTAÇÃO DE ORGANOGrama COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO



DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

Informações Gerais

Cargo: Diretor Geral

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Executiva do IBGC

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.
-

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais nas unidades hospitalares, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade hospitalar;
- Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades no hospital, a fim de que o mesmo atinja sua finalidade;
- Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas do hospital, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade;
- Definir as políticas e objetivos específicos de cada área, coordenando a execução dos respectivos planos de ação, facilitando e integrando o trabalho das equipes, visando otimizar os esforços para a consecução dos objetivos do hospital;
- Identificar oportunidades, avaliar a viabilidade e fazer recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novas atividades, visando garantir um retorno adequado ao usuário e resguardar a segurança dos ativos do hospital;
- Manter contatos com a direção das empresas para identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos/ serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando a manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva do hospital;
- Conduzir os processos de mudança na cultura da organização, visando conquistar o engajamento de todos os seus integrantes e garantir a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a contínua busca da qualidade e de altos padrões de desempenho individual e coletivo;

- Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para o usuário, o hospital e a comunidade geral;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.

Informações Gerais

Cargo: Diretor Administrativo

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Executiva do IBGC

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração, Economia ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.
-

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais nas unidades hospitalares, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade hospitalar;
- Administrar o hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com os regulamentos, regimento das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de trabalho;
- Conferir as informações que são levantadas pelas unidades para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição;
- Manter em dia os registros e alvarás das atividades que exigirem essa providência;
- Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral;
- Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativas do hospital e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo a ata as decisões;
- Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento POP – Procedimentos Operacionais Padrão;
- Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativas, utilizando os instrumentos pertinentes;

- Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;
- Estabelecer e avaliar as atividades administrativas, visando a satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as, conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- Manter sistemas de avaliação contínua, através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes a administração ou a ela relacionados;
- Manter bom relacionamento com os demais serviços hospitalares;
- Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias;
- Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
- Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe administrativa;
- Substituir o diretor operacional em seus impedimentos dentro dos limites de delegação fixados;
- Realizar as atividades que o diretor operacional lhe confiar;
- Participar com o diretor operacional das reuniões com os gerentes e coordenadores das unidades;
- Preparar expediente, relativo às áreas sob sua coordenação, as informações diárias e/ou mensais e coligir os dados que o diretor operacional necessite para a tomada de decisões;
- Manter o regimento dos serviços administrativos atualizados;
- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo;
-

DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

Informações Gerais

Cargo: Diretor Assistencial

Departamento: Assistência

Se reporta à: Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Medicina ou enfermagem com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento do serviço de assistência;
- Cumprir e executar a política de gestão hospitalar definida pelo IBGC juntamente com a SES/GO;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão, Valores;
- Administrar as atividades assistenciais, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores sob sua responsabilidade;
- Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem a melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

- Auxiliar na execução do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem em segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- Analisar e produzir relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- Participar ou integrar comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos forem pertinentes à administração ou a elas relacionados;
- Participar dos processos seletivos dos médicos, conforme necessidade;
- Acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por competências;
- Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à assistência;
- Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- Definir e fazer gestões para a obtenção de recursos humanos necessários ao atendimento assistencial nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- Manter, de cada profissional da assistência, prontuário completo onde conste ao menos: cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades aos conselhos regionais de classe;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes assistenciais, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades dos membros da assistência;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes assistenciais, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades dos membros da assistência;
- Estabelecer sistemas de supervisão assistencial, associando-os aos processos de controle e educação;

- Avaliar as atividades dos profissionais da assistência quanto ao preenchimento das AIH's, prontuários e demais documentos relacionados ao atendimento dos pacientes;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

Informações Gerais

Cargo: Diretor Técnico

Departamento: Diretoria

Se reporta à: Diretoria Geral do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Medicina com pós-graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento do serviço de assistência;
- Cumprir e executar a política de gestão hospitalar definida pelo IBGC juntamente com a SES/GO;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Administrar as atividades do Corpo Clínico do Hospital, assegurando a regularidade do seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores sob sua responsabilidade;
- Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem a melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;

- Auxiliar na execução do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem em segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- Manter constante contato com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais diretorias;
- Analisar e produzir relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para tomada de decisões;
- Participar ou integrar comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à Administração ou a elas relacionadas;
- Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;
- Participar dos processos seletivos dos médicos, conforme necessidade;
- Acompanhar o desenvolvimento dos colaboradores dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por competências;
- Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
- Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- Definir e fazer gestões para a obtenção de recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- Manter de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento do Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao CRM regional;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético as diversas atividades do Corpo Clínico Médico.
- Realizar todas as demais atividades que lhe são intrínsecas ao cargo ocupado.

Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da
diretoria e coordenações

- Os documentos estão disponibilizados no anexo DOCUMENTOS DA
PROPONENTE.

Experiência mínima de 1 ano da Diretoria da Organização Social em Saúde no
gerenciamento de Unidade Hospitalar

- Os documentos estão disponibilizados no anexo DOCUMENTOS DA PROPONENTE.

Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.

Setores no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

- Enfermaria Adulto Clínica;
- Enfermaria Adulto Cirúrgica;
- Enfermaria Clínica Pediátrica;
- Enfermaria Obstétrica;
- Hospital Dia;
- UTI Adulto;
- Centro Cirúrgico;
- RPA;
- Consultórios Médicos na Emergência;
- Box de Observação;
- Box de Estabilização.

APRESENTAÇÃO DOS HORÁRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DISTINGUINDO ENTRE PRESENÇA FÍSICA DE MÉDICO ESPECIALISTA E MÉDICO GERAL E MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS (SOBREAVISO)				
Especialidades para a urgência ofertadas pelo Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó	Plantões Presenciais		Plantões de Sobreaviso	
	07:00- 19:00	19:00 – 07:00	07:00- 19:00	19:00 – 07:00
	Cirurgia Geral	1	1	
Cirurgia Torácica			1	1
Clínica Médica	1	1		

Ortopedia e Traumatologia	1	1	1	
Cirurgia Vasculare e Angiologia			1	1
Ginecologia/Obstetra	1		1	
Pediatria	1	1	1	

AMBULATÓRIO do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó: Funcionamento do ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 7 hs – 19 hs com grade disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual – SES/GO.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
Consultas médicas nas seguintes especialidades	Manhã 07 às 13 hs				
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Cardiologia	1			1	1
Cirurgia Geral	1				
Infectologia			1		
Pediatria	1		1		
Ginecologia/Obstetrícia	1		1	1	
Angiologia e Cirurgia Vasculare		1			
Ortopedia e Traumatologia		1		1	

ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
Consultas médicas nas seguintes especialidades	Tarde 13 às 19 hs				
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Cardiologia	1			1	
Cirurgia Geral	1				
Ginecologia/Obstetrícia	1		1	1	
Infectologia		1			
Pediatria	1	1			1
Angiologia e Cirurgia Vascular		1		1	
Ortopedia e Traumatologia		1		1	

Atendimento Ambulatorial – Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

Especialidades Médicas para cirurgias ambulatoriais a serem oferecidas					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Cirurgia Geral	1			1	1
Urologista	1		1		
Cirurgia Vascular		1		1	

CENTRO CIRÚRGICO

Cirurgias Programadas são as intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

Os pacientes devem ser provenientes de regulação do Complexo Regulador Estadual, bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital.

Especialidades Médicas para cirurgias programadas					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Cirurgia Geral	2		2		
Ginecologista	2			2	
Ortopedia		2			2
Angiologia/Cirurgia Vascular	1		2		

Cirurgias de Urgência e Emergência são as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, todas as cirurgias de emergência serão informadas ao Complexo Regulador Estadual.

ESCALA DE CIRURGIÕES PARA ATENDER CIRURGIAS DE URGÊNCIA NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ				
Especialidades para a urgência ofertadas	Plantões Presenciais		Plantões de Sobreaviso	
	07:00- 19:00	19:00 – 07:00	07:00- 19:00	19:00 – 07:00
Cirurgia Buco Maxilo			1	1
Cirurgia Geral	1	1	1	1

Clínica Médica			1	1
Ortopedia e Traumatologia	2	1	1	1
Ginecologista/Obstetrícia	2	1	1	1
Pediatria	1	1	1	1

SADT

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado aos pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde, e que possuem a prescrição para realizar o exame, devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Os pacientes internados, os pacientes atendidos na Urgência, os pacientes cirúrgicos e demais receberão cobertura do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), conforme necessidade do usuário, nas vinte e quatro horas do dia, de segunda a segunda.

SADT		PERÍODO MATUTINO				
		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Eletrocardiograma	Médico cardiologista	1		1	1	
RAIO-X	Médico Radiologista	1	1	1	1	1
Tomografia Computadorizada	Radiologista	1	1	1	1	1
Ultrassonografia	Médico	1	1	1	1	1
Ultrassonografia/doppler	Ultrassonografista		1		1	
Anestesiologia	Atuar na TC	1				

SADT	PERÍODO VESPERTINO					
		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Eletrocardiograma	Médico cardiologista	1		1	1	
RAIO-X	Médico	1	1	1	1	1
Tomografia Computadorizada	Radiologista	1	1	1	1	1
Ultrassonografia	Médico	1	1	1	1	1
Ultrassonografia/doppler	Ultrassonografista		1		1	
Anestesiologia	Atuar na TC	1				

SADT	PERÍODO NOTURNO					
		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Eletrocardiograma	Médico cardiologista	1		1	1	
RAIO-X	Médico	1	1	1	1	1
Tomografia Computadorizada	Radiologista	1	1	1	1	1
Ultrassonografia	Médico	1	1	1	1	1
Ultrassonografia/doppler	Ultrassonografista		1		1	
Anestesiologia	Atuar na TC	1				

O líder de equipe, deverá, necessariamente, possuir o título de especialista na área de sua atuação, liderança incontestada na comunidade assistencial em saúde e organização administrativa.

Possuirá esse profissional, carga horária de 40 (quarenta) horas semanais e contratação pelo regime celetista (CLT), com remuneração de R\$ 18.000,00 (dezoito mil).

Os plantonistas deverão ter residência médica concluída na especialidade em que atuarão. Sua carga horária é variável, a depender da distribuição de tarefas, pelo líder de equipe. Terão remuneração de 1500,00 (um mil e quinhentos reais) por plantão.

A expectativa de número de médicos lotados na unidade, deverá ser sempre revisada, de modo a atender as metas pactuadas e desempenho dos serviços de saúde com eficiência. O trabalho será sempre desenvolvido em conjunto com o Complexo Regulador, em constante interação para maximizar o atendimento.

QUADRO MÉDICO				
ESPECIALIDADE	VÍNCULO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO	ESPECIALISTA
Buco maxilo facial	CLT	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Cirurgião geral	PJ	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Cardiologista	PJ	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Ortopedia/ Traumatologia	PJ	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico urologista	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Pediatra	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Infectologista	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM

Médico Anestesiasta	PJ	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Ginecologista/Obstetra	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Clínico Geral/Médica	CLT	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Ortopedista	PJ	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Cirurgião Torácico	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Radiologista	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Angiologista e Cirurgia Vascular	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Ultrassonografia	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM

PROTOSCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA

Rotinas que serão comuns a todos os profissionais de enfermagem do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr. Geraldo Landó:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Executar todas atividades visando a segurança do paciente respeitando os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- Apresentar-se ao posto de trabalho devidamente uniformizado, portando crachá de identificação profissional;
- Solicitar as trocas de plantões entre profissionais à chefia imediata com no mínimo 05(cinco) dias úteis de antecedência, assinadas por ambos os empregados e encaminhadas para a Coordenação ou Gerência do Serviço de Enfermagem;
- Avisar a chefia imediata com a antecedência mínima de 6 horas do plantão quanto a impossibilidade de comparecer ao serviço, para providências, exceto em casos extraordinários;
- Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;
- As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;
- O pessoal em serviço deverá estar vestido/paramentado de acordo com a padronização estabelecida;
- Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade. Não consumir alimentos no posto de trabalho;
- Todos os membros da Equipe de Enfermagem de todas as unidades de internação do Hospital deverão zelar pelo patrimônio da instituição.
- As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem deverão ser em datas previamente definidas pela chefia imediata;

- Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos próprios ou sistema informatizado;
- Organizar o local de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
- Orientar as pessoas que porventura não estiverem identificadas no interior da Unidade Ambulatorial para que o façam na recepção;
- É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração do Hospital;
- Os colaboradores deverão informar aos pacientes idosos (maiores de sessenta anos), menores de dezoito anos, acamados e cadeirantes que deverão comparecer ao ambulatório para realização de consultas e/ ou exames com um acompanhante. Somente uma pessoa poderá permanecer junto ao paciente, não sendo permitida circulação em outros andares;
- Orientar aos familiares e/ou acompanhantes que no caso de urgências, emergências e intercorrências com qualquer paciente, será solicitado aos acompanhantes e visitantes que se retirem momentaneamente para que o trabalho da equipe não seja prejudicado;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial;
- Manter a organização do setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho. Não consumir alimentos nos postos de trabalho;
- Registrar em livro próprio as ocorrências da unidade;
- Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente;
- Orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos quando estes passarem pelo acolhimento;
- Auxiliar no processo de agendamento de consultas, retornos, interconsultas, exames e procedimentos, caso o paciente precise.

ENFERMEIRO COORDENADOR:

- Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;

- Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;
- Elaborar escala mensal do Serviço de Enfermagem, atentando-se para férias e licenças e encaminhar para a Gerência de Enfermagem em formato digital;
- Providenciar substituições na escala quando se fizer necessário;
- Supervisionar as anotações de enfermagem nos prontuários, formulários e livros de registro;
- Revisar a agenda ambulatorial e alimentar os indicadores de atendimento;
- Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade ambulatorial para a Gerência de Enfermagem;
- Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc);
- Manter a Gerência de Enfermagem e a Gerência de Recursos Humanos informadas sobre mudanças de escalas, convocações para plantões, horas extras, compensação de horas, comunicação de sono, dentre outros mais específicos.
- Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefia Médica das clínicas e outros, quando for convocado;
- Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- Solicitar material permanente para a unidade, quando necessário;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;
- Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto, médio e longo prazo pelo serviço;
- Participar das resoluções e encaminhamentos realizados pela Gerência do Serviço;
- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem para o ambulatório;
- Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;
- Supervisionar a ordem no ambulatório, zelando pelo patrimônio da instituição;
- Estabelecer, monitorar e gerenciar os indicadores do ambulatório.

- procedimentos e outros tratamentos no ambulatório;
- Supervisionar o Técnico de Enfermagem em suas atividades, fornecendo assistência e orientação técnica, quando necessário;
- Verificar o abastecimento adequado e suficiente dos kits de roupa limpa, materiais para pequenos procedimentos, kits de inalação entre outros disponibilizados para o setor;
- Supervisionar a solicitação de material esterilizado bem como o envio de material contaminado para processamento pelos Técnicos e Auxiliares de enfermagem;
- Realizar acolhimento do cliente dando orientação sobre as normas e rotinas do ambiente hospitalar, esclarecendo dúvidas sobre o atendimento ou procedimento que o mesmo irá realizar;
- Conferir diariamente a funcionalidade do laringoscópio, cardioversor e integridade do lacre do carrinho de emergência do ambulatório, revisando-o mensalmente, mesmo lacrado, e, a qualquer momento quando houver necessidade de utilizá-lo. Realizar reabastecimento, seguindo de inserção de novo lacre;
- Realizar procedimentos privativos do enfermeiro, estabelecidos em POP, e pelo conselho de classe;
- Supervisionar e realizar a aplicabilidade dos protocolos de prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde de acordo com protocolos do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância à Saúde e da Instituição;

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Apresentar-se para iniciar o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente uniformizado, sapato fechado e sem adornos;
- Conferir a presença de funcionários da equipe de enfermagem escalados e informar ao coordenador de enfermagem da unidade as possíveis ausências e intercorrências relacionadas à assiduidade, pontualidade, disciplina e conduta;
- Assistir/acompanhar os pacientes sob sua responsabilidade, realizando cuidados de enfermagem necessários em parceria com a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional do ambulatório;
- Registrar no prontuário de cada paciente as informações relevantes referentes a prestação dos cuidados e orientações fornecidas;

- Verificar com antecedência e orientar os pacientes e acompanhantes quanto ao preparo adequado de exames,
- Receber do médico os documentos pertinentes à perícia realizada;
- Entregar os documentos na Coordenação da Unidade Ambulatorial.

TÉCNICO AUXILIAR/ENFERMAGEM

- Cumprir rigorosamente seu horário de trabalho de acordo com as normas e rotinas do setor;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem;
- Atender às solicitações do Coordenador de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;
- Participar de reuniões com o Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem, para o repasse das informações e orientações da Gerência de Enfermagem, sempre que solicitado;
- Participar de atividades de educação permanente e capacitações oferecidas pelo próprio setor e outros responsáveis pela Educação Permanente, com registro de presença em impresso específico;
- Participar da Avaliação de Desempenho realizada pelo Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem;
- Abastecer as salas e consultórios do ambulatório com luvas, toucas, aventais, máscaras, antissépticos, lençóis de papel, seringas, agulhas, entre outros materiais;
- Manter bancadas limpas e organizadas, trocar a caixa de perfuro cortante quando necessário;
- Organizar a sala de coleta de sangue no dia anterior deixando disponível todo material necessário para a execução do serviço;
- Repor material de uso diários nas salas de atendimento e consultórios, de acordo com a necessidade;
- Suprir os respectivos armários com material esterilizado, buscando-os na CME conforme agendamentos do dia seguinte;

- Manter o armário de roupas organizado; solicitar roupa para abastecer o armário e manter contato com a lavanderia sempre que necessário;
- Repor as roupas no início do atendimento e encaminhar as utilizadas ao expurgo ao final do atendimento;
- Recolher e organizar as bandejas e materiais utilizados nos pequenos procedimentos, diariamente, no expurgo;
- Acondicionar o material utilizado em sacos (bandejas, pinças, bacias, comadres e papagaios, materiais respiratórios (traqueias, umidificadores, kits de inalação etc) e encaminhar o material para a CME;
- Abastecer o Ambulatório com o material estéril da CME (bandejas, pacotes de curativo, pacotes de paramentação);
- Comunicar ao Enfermeiro (a) sempre que perceber a necessidade de reparos/manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- Executar os Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente;
- Identificar as almotolias e datá-las assim que forem disponibilizadas e zelar para que o consumo ocorra dentro do tempo de validade previsto;
- Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
- Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: colposcópico, foco de luz, doppler, eletrocautório, eletrocardiograma, balança e qualquer outro dispositivo que haja, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
- Repor materiais (soluções, instrumentais, etc) e impressos próprios e específicos para cada especialidade;
- Realizar os curativos de pequena complexidade e de média sob orientação e supervisão do enfermeiro;
- Auxiliar o enfermeiro nos curativos de média e alta complexidade.
- Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, se for o caso;
- Checar o funcionamento das saídas de ar comprimido e oxigênio (ou compressor) utilizados na realização de inalação. Se necessário, acionar a manutenção e comunicar o enfermeiro;
- Manter as salas limpas, organizadas e abastecidas;

- Zelar pelo patrimônio da instituição.

ROTINAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Rotinas comuns à toda a equipe:

- Iniciar atividades laborais no horário preestabelecido conforme escala e constante da distribuição de local de atendimento, horário de trabalho e registrar ponto digital na entrada e saída;
- Receber o plantão da equipe do plantão anterior com respeito e atenção a todas as informações peculiares a cada paciente, para que assim possa dá continuidade à assistência de excelência;
- Estar devidamente uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, quando em serviço, bem como, em uso de crachá de identificação, sendo proibido o uso de adornos (brincos, relógios, pulseiras, colar, anéis e qualquer adereço que não seja fardamento ou instrumento de trabalho), conforme NR 32;
- Usar unhas curtas e EPIs necessários para o desenvolvimento da assistência;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na instituição;
- Assumir o serviço de acordo com a escala estabelecida, podendo este ser remanejado para outra unidade, de acordo com a necessidade do serviço;
- Praticar o Código de Ética de Enfermagem, exercendo seu trabalho com respeito aos pacientes, acompanhantes, visitantes, colegas de profissão e a equipe multiprofissional.
- Manter sempre sigilo em relação ao diagnóstico dos pacientes, reforçando a postura ética e profissional.
- Promover ambiente alegre e humanizado, a fim de manter os clientes em condições físicas e psicológicas que facilitem o restabelecimento de sua saúde;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades, principalmente nos casos de dúvidas quanto as chamadas para atendimento;
- Realizar escuta qualificada junto ao usuário, objetivando a resolução da sua necessidade;
- Após registro de chamado junto à Central de Material e Esterilização (CME), via Sistema Gerenciamento de Serviço (SGS), receber, conferir e guardar material, atentando para validade e correto acondicionamento;

- Registrar abertura de chamado junto ao Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação - SGPTI - (Ramal 4764) caso identifique problema na área tecnológica, via sistema SGS;
- Registrar a abertura de chamado junto ao Setor de Infraestrutura Hospitalar (Ramal 4756) caso identifique problemas estruturais, via sistema SGS;
- Comunicar setor de Hotelaria quanto à reposição de materiais, como toalhas descartáveis, detergente, álcool gel e aventais cirúrgicos destinados aos pacientes;
- Após a alta hospitalar, acompanhar o paciente e acompanhante até a saída.
- Comunicar a Unidade de Nutrição Clínica sobre a alta do paciente;
- Registrar em livro ata as ocorrências do setor;
- Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, através de comportamento ético profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos institucionais;
- Realizar o registro das notificações de doenças compulsórias em formulários próprios e das ações relacionadas a segurança do paciente;
- Realizar registro de enfermagem completo, descrevendo toda assistência prestada ao paciente no prontuário físico ou eletrônico facilitando a continuidade da assistência à saúde e garantindo o respaldo legal para profissionais, instituição e usuário;
- Para registro manual utilizar caneta em tinta azul;
- Fazer cumprir sobre a higienização das mãos em todos os momentos da assistência recomendados pela OMS, ANVISA e SCIH do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

ENFERMEIRO COORDENADOR

- Coordenar tecnicamente, juntamente com Enfermeiro Plantonista, as atividades de enfermagem;
- Ser responsável por toda estruturação gerencial e organização burocrática da unidade;

- Ser Enfermeiro de Referência, responsabilizando-se pelo seu grupo de usuários e familiares/acompanhantes durante todo o período de permanência destes na unidade;
- Elaborar conjuntamente com o Enfermeiro Plantonista, planos de trabalho, distribuição de pessoal, atendendo a demanda e manutenção da assistência nas horas estabelecidas em escalas subsequentes ao início de cada plantão;
- Fazer check-list dos materiais hospitalares, de consumo e permanentes de uso no setor e providenciar semanalmente esses materiais;
- Realizar Check- list de materiais da CME, bem como solicitar reposição nos horários pré-determinados pelo setor;
- Supervisionar e avaliar conjuntamente com os Enfermeiros Plantonistas, a atuação da equipe de enfermagem e realizar avaliação de desempenho periodicamente;
- Auxiliar na elaboração da escala mensal, validá-la e encaminhá-la para Gerência de Enfermagem;
- Atualizar normas, rotinas e procedimentos que visam à melhoria da assistência de enfermagem junto com a Equipe de Enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência;
- Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;
- Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;
- Organizar e checar junto ao Médico Plantonista as prescrições médicas referentes a cada paciente em atendimento;
- Checar o censo diário de internações e observar o número de leitos disponíveis para internação;
- Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação na unidade;
- Conferir, supervisionar e avaliar os registros de enfermagem de sua equipe quanto a legibilidade, assinatura, carimbo e qualidade das informações anotadas, seja no prontuário físico ou eletrônico;
- Coordenar e checar o controle e registro da temperatura da geladeira diariamente mantendo-a sempre organizada e limpa;

- Receber e apoiar as atividades práticas realizadas pelos estudantes nos serviços de saúde;
- Manter a Gerência de Enfermagem informada quanto às ocorrências do setor, solicitando providências cabíveis, quando se fizerem necessárias;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional.

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Receber e Realizar a passagem de plantão;
- Supervisionar as atividades de enfermagem do seu plantão, mantendo a programação estabelecida;
- Passar visita em todos os pacientes da sala vermelha, amarela e verde
- levantando em conta suas necessidades e prioridades;
- Realizar pedido de material da Farmácia e Almoxarifado, bem como providenciar sua retirada nos respectivos locais;
- Participar diretamente da assistência aos pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- Realizar conjuntamente com a equipe multiprofissional visitas clínicas aos pacientes;
- Fazer a conferência e registro no protocolo do carrinho de emergência (desfibrilador, laque do carrinho e laringoscópio);
- Atender a equipe multiprofissional em suas solicitações, no que for compatível com sua função;
- Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- Manter a coordenação de Enfermagem informada sobre as ocorrências do plantão;
- Manter controle sobre os visitantes (sempre que possível), orientando-os no que for necessário;
- Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação;

- Solicitar ao pessoal da higienização a desinfecção concorrente dos leitos, supervisionando e orientando o agente de higienização da unidade;
- Estabelecer e estimular a organização da unidade;
- Executar procedimentos privativos do enfermeiro;
- Participar na prevenção, tratamento e controle da infecção hospitalar de acordo com protocolos institucionais;
- Orientar pacientes na admissão quanto às normas e rotinas do setor;
- Atuar juntamente com os médicos plantonistas durante as intercorrências;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional;
- Orientar e supervisionar o preparo, a administração de medicamentos quando prescrito, e identificação correta (nome do paciente, nome da droga, dosagem, via e hora) nos frascos ou bolsas de hemocomponentes (conforme POP);
- Auxiliar o Enfermeiro coordenador nas evoluções de enfermagem dos pacientes que se encontram em observação na sala verde.
- Registrar no livro de relatório de enfermagem todas as intercorrências ocorridas no plantão;
- Prestar assistência ao usuário durante transporte para realização de exames e procedimentos cirúrgicos nas imediações do hospital e suas unidades, quando necessário;
- Prestar assistência ao paciente grave ou potencialmente grave referenciado a outro serviço intermunicipal, durante o transporte, até a unidade de destino, realizando os devidos registros institucionais;
- Atuar diretamente na classificação de risco da unidade de urgência e emergência e proceder a escuta qualificada, estabelecendo a classificação conforme protocolo.

TÉCNICO/ AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

- Receber e passar plantão; cordialmente informando as necessidades do setor;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético e profissional;

- Exercer atividades assistenciais de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes e seus respectivos responsáveis sob supervisão e orientação direta do enfermeiro da urgência;
- Prestar cuidados aos pacientes, sob sua responsabilidade, de acordo com a prescrição médica e de enfermagem atendendo as necessidades de tratamento, higiene, conforto, auxílio na alimentação, deambulação e segurança;
- Auxiliar médico ou enfermeiro na realização de procedimentos especiais de urgência e emergência aos pacientes;
- Preparar e manter material para a execução de atividades médicas e de enfermagem, quando solicitado;
- Verificar sinais vitais de acordo com a rotina do setor e comunicar as intercorrências ao enfermeiro plantonista;
- Acompanhar a evolução do paciente, informando, registrando e comunicando sinais e sintomas;
- Preparar e administrar medicações, segundo prescrição médica, sob supervisão do enfermeiro e fazer a checagem com a anotação correspondente, assinando e/ou carimbando;
- Administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica e fazer a checagem usando a rubrica e, circulando aqueles que não forem realizados, justificando o motivo;
- Executar punção venosa periférica de acordo com o POP de enfermagem de Punção Venosa;
- Realizar controle de glicemia capilar conforme prescrição médica;
- Aplicar nebulização conforme prescrição médica e de acordo com o POP sobre oxigenoterapia multiprofissional;
- Auxiliar a equipe do Laboratório na realização de coleta de sangue para exames, quando necessário;
- Acompanhar em todo o procedimento o paciente na realização de exames: RX e USG;
- Promover, manter limpeza e ordem nas áreas específicas de trabalho de enfermagem e de atendimento ao paciente;
- Participar de reuniões da equipe de enfermagem do setor, quando convocados;
- Desempenhar outras atividades ou tarefas afins designadas pelo enfermeiro;
- Realizar limpeza diária dos leitos abertos com álcool a 70% e troca de lençóis;

- Prover enxoval e manter rouparia em ordem;
- Executar os procedimentos pós- morte conforme procedimento operacional padrão.
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto, oncologia e de pediatria.

Apresentação no anexo IV

Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.

Este serviço possui os seguintes objetivos:

- Estabelecer critérios para uma adequada gestão do processo de ambulatório de especialidades e Hospital Dia;
- Gerenciar a oferta do atendimento multiprofissional desenvolvido em consultas e procedimentos eletivos nas diversas especialidades;

Abrangência:

Aplica-se à todos os pacientes que requerem marcação para uma atenção especializada ambulatorial em Consultas e SADT/procedimentos ou Hospital Dia.

Atribuições da unidade de regulação assistencial/ambulatorial:

- Planejar, coordenar, executar, supervisionar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Agendamento de Consultas e Serviço das Recepções Ambulatoriais e Hospital dia, possibilitando a integração da equipe com os demais setores envolvidos na prestação do serviço ao usuário;
- Estabelecer normas técnicas de funcionamento com a finalidade de uniformizar os procedimentos para melhor prestação de serviços aos usuários;
- Efetuar, diariamente, registros ou ocorrências dos fatos julgados merecedores de documentação;
- Cumprir, fazer cumprir e conhecer as exigências legais referentes ao regimento interno, as normas e rotinas do serviço;
- Zelar pela clareza, exatidão e correto preenchimento dos dados cadastrais dos usuários nos prontuários, bem como pela guarda, conservação, ordenação, manutenção e controle dos mesmos;
- Manter-se integrado com todos os serviços do hospital, com a finalidade de prestar um serviço humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde;

- Zelar pela observância do sigilo das informações contidas no prontuário do paciente e pela manutenção dos padrões éticos do hospital;
- Exercer outras atividades correlatas, especialmente as que lhe forem atribuídas pela Governança.
- Responder de forma ágil as demandas oriundas da ouvidoria, apurando todos os fatos envolvidos de forma a aprimorar os serviços prestados aos usuários.

EQUIPE DE GOVERNANÇA DO HOSPITAL

No âmbito da unidade pela adequada gestão da atividade ambulatorial e Hospital Dia:

- Aprovar o planejamento de agendas, garantindo o cumprimento das atividades.
- Pelo estabelecimento e cumprimento de metas contratualizadas.
- Pela manutenção do canal de comunicação com o Gestor e com as Secretarias Municipais de Saúde.
- Por estabelecer e avaliar, conjuntamente com o Gestor e com as Secretarias Municipais de Saúde a normatização dos fluxos de informação sobre consultas e outras atividades ambulatoriais, garantindo a confiabilidade dos dados.

SERVIÇO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL/NIR:

- Pela habilitação da estrutura da agenda.
- Pelo registro centralizado dos pacientes em Consultas e por isso, entre outras atividades, da gestão operativa dos movimentos no registro.
- Pela informação sobre a evolução da demanda, gestão dos agendamentos, planejamento e tomada de decisões.
- Por fornecer disponibilidade de primeiras consultas, bem como de consultas de retorno.

É, em caráter geral, a referência dos pacientes para todos os aspectos administrativos de acesso a consultas.

ADMINISTRATIVOS DA RECEPÇÃO:

- . -Atender o paciente e seu familiar com agilidade e cortesia.
- Fornecer ao paciente ou familiar toda a informação necessária para o adequado atendimento.
- Encaminhar os pacientes aos locais de atendimento, sempre que necessário.
- Dar o adequado suporte aos profissionais durante o período do atendimento, nos ambulatórios.
- Pela elaboração dos relatórios clínicos de acompanhamento e alta dos pacientes atendidos no ambulatório e Hospital Dia.

DEFINIÇÕES E NOMENCLATURA:

Consulta externa: Atuação assistencial especializada realizada de forma ambulatorial e programada para o diagnóstico, tratamento e/ou seguimento do problema de saúde de um paciente.

Atividades ambulatoriais: todas aquelas atividades que se realizam na área ambulatorial e que consistem em uma consulta e/ou prova diagnóstica que não precisam de internação.

Agenda /grade: horário definido para um profissional e especialidade.

Agendamento: data e hora prevista da consulta e/ou prova diagnóstica.

TIPOS DE CONSULTAS:

Primeira consulta: Refere-se ao primeiro atendimento/contato do paciente em determinada especialidade. Este tipo de consulta é agendado exclusivamente pelo gestor, solicitada desde a rede pelo sistema.

Retorno: Atendimento posterior a uma primeira ou retorno subsequente com a mesma especialidade. Os retornos podem ser:

- **Retorno Excedente:** Retorno com a mesma especialidade quando exista a indicação médica de que a consulta seja realizada num período determinado, numa data diferente à primeira data possível. A consulta será agendada de acordo com a indicação do médico solicitante responsável e será registrada no sistema de informação como “Agendamento excedente”.

-Retorno Preferencial: Retorno com a mesma especialidade até 30 dias após a data da última consulta.

Retorno Ordinário: Retorno com a mesma especialidade acima de 30 dias após a data da última consulta.

-Retorno Pós Alta: É a consulta em sequência de uma alta hospitalar ou intervenção cirúrgica da mesma especialidade.

Interconsulta: Consiste em uma primeira consulta em um ambulatório, originada do atendimento feito em ambulatório de outra especialidade médica, em casos urgentes, com potencial gravidade, que definitivamente não podem aguardar consulta marcada pelo gestor (agendamento via Secretaria de Saúde). Esta situação aplica-se em especial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias malignas. Esta é regulada internamente.

Não presencial: Consulta realizada pelo médico, por via telefônica, com o paciente ou pessoa responsável. Habitualmente são consultas para resultado de exames não alterados, em que não é necessária a presença física do paciente.

Bloqueio de agenda: é a inabilitação transitória de uma agenda ou de parte da mesma. Indicado em casos de férias, afastamentos, períodos de licenças autorizadas.

Sobrecarga de agendas: é o atendimento a pacientes acima da atividade previamente definida, autorizada pelo profissional assistente.

Anulação ou desprogramação de uma consulta agendada: É o cancelamento da mesma.
Adequação da oferta / demanda: Nas agendas de primeiras consultas/exames, de acordo com a contratualização com o Gestor, pode haver a adequação dos encaminhamentos ao atendimento especializado. Em caso de haver necessidade pode haver um ajuste na oferta de consultas/exames.

Reprogramação: é a mudança da data da consulta, que compreende desprogramação, atribuição da nova data agendada e comunicação desta ao paciente.

Unidade funcional (ala/sala): É onde se localiza um determinado número de salas de atendimento ambulatorial.

Equipe: É composta pelos profissionais de cada especialidade e pessoal de apoio de diversas áreas.

A Unidade de Regulação Assistencial é responsável pela programação, configuração e gestão das grades de consultas ambulatoriais e Hospital Dia.

GESTÃO DE CONSULTAS:

A unidade de Regulação Assistencial é responsável pela programação, configuração e gestão das grades de consultas ambulatoriais e Hospital Dia.

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTOS DE PRIMEIRAS CONSULTAS:

Inclui mensalmente no sistema as vagas ofertadas de primeiras consultas ambulatoriais e Hospital Dia. O agendamento das primeiras consultas é efetuado pelas Secretarias de Saúde.

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTO DE RETORNOS

A programação e o agendamento destas consultas são realizados no próprio hospital. No momento em que o profissional especialista indique esta necessidade, a central de marcação fornecerá o agendamento obedecendo aos critérios de prioridade e de tempo pré-estabelecidos (excedentes preferenciais ou ordinários). O critério de tempo deverá respeitar períodos máximos, permitindo o agendamento e, em algumas situações específicas, o apontamento de uma data definida.

OBS: Retorno excedente: Quando existir a indicação médica de que a consulta seja realizada num período determinado, numa data diferente à primeira data possível. A consulta será agendada de acordo com a indicação do médico solicitante responsável e será registrada no sistema de informação como "Agendamento excedente".

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTO DA INTERCONSULTA

A interconsulta consiste em uma primeira consulta originada do atendimento feito em ambulatório de outra especialidade médica, em casos urgentes, com potencial gravidade, que definitivamente não podem aguardar consulta marcada pelo gestor. Esta situação aplica-se em especial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias malignas.

A solicitação de interconsulta deverá ser realizada pelo médico assistente no ato da consulta em formulário específico para solicitação de interconsulta, e deverá conter a justificativa da urgência do caso. A solicitação de interconsulta deverá ser entregue na Central de

Marcação de Consultas e será avaliado pelo médico regulador ou pelo profissional da especialidade para posterior agendamento e comunicado ao paciente.

Quando não for caracterizada situação de urgência, a solicitação será referenciada para a Secretaria de Saúde do município de origem do paciente, e este aguardará o agendamento desta via sistema.

DATA/HORA DAS CONSULTAS:

A todos os pacientes serão fornecidas agendamento com data e hora personalizados, segundo os critérios pré-estabelecidos e de acordo com o perfil de cada grade ambulatorial, com intuito de evitar esperas desnecessárias e também maximizar a eficiência das consultas.

TEMPO DAS CONSULTAS

O tempo sugerido para primeiras consultas é de trinta minutos e para os retornos vinte minutos em média, de acordo com pactuação prévia das chefias junto à Gerência de Atenção à Saúde e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. Ambulatórios com perfil docente serão pactuados junto à Gerência de Ensino e Pesquisa e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, conforme necessidades da disciplina à qual se vinculam, definindo número, tempo de consultas e período de funcionamento.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Com o objetivo de reduzir o número de vagas ociosas, para atender as necessidades do serviço e a contratualização, as vagas que estão disponíveis no SISREG, não preenchidas pelas Secretarias de Saúde serão remanejadas e utilizadas como Interconsultas. As demais condições de atendimento com a situação "livre" no AGHU a Unidade de Regulação poderá realizar a gestão, alterando e remanejando para 14 as demais condições de atendimento, respeitando o número total de consultas do perfil de cada grade ambulatorial.

REPROGRAMAÇÃO DO PACIENTE QUE NÃO COMPARECEU

Retornos:

- Uma falta: a reprogramação será feita via secretaria da saúde;
- Duas faltas consecutivas: perde o vínculo com a especialidade e retorna agendamento via sistema;
- Em até seis (6) meses da consulta programada: se o paciente não justificar e solicitar retorno em até seis meses da última consulta programada perde o vínculo com a especialidade e retorna agendamento via Sistema.

INTERCONSULTA:

O não comparecimento do paciente nesta condição de atendimento será referenciado ao município de origem.

REPROGRAMAÇÃO NA FALTA DO PROFISSIONAL

Na falta do profissional, por afastamento legal programado, as consultas agendadas serão remarçadas pela Unidade de Regulação Assistencial para outras datas disponíveis, desde que cumpra as mesmas condições que teria asseguradas na data anterior: especialidade, tipo de consulta e profissional. Na falta do profissional, por afastamento legal não programado ou não comunicado, as primeiras consultas agendadas via sistema não poderão ser reagendadas, estas deverão ser atendidas por outro profissional da equipe.

As demais consultas serão remarçadas pela Unidade de Regulação Assistencial para outras datas disponíveis, desde que cumpra as mesmas condições que teria asseguradas na data anterior: especialidade, tipo de consulta e profissional. Na falta do profissional, por desligamento legal, as consultas agendadas serão redistribuídas entre os profissionais da equipe da referida especialidade, Férias, licenças, atestados Exoneração, demissão podendo em alguns casos ter sobrecarga de agenda até a adequação completa dos pacientes que estavam na agenda do profissional desligado

PROGRAMAÇÃO DAS VISITAS NÃO PRESENCIAIS:

Uma visita não presencial consiste em uma consulta feita pelo médico assistencial, por via telefônica ou telemedicina, com o paciente ou com a pessoa responsável por ele. Habitualmente é consulta para resultado de exames não alterados, em que não se faz necessária a presença física do paciente. Todos os serviços que podem realizar esse tipo de

consultas solicitarão a criação da agenda com este objetivo. Todas estas atividades devem ser agendadas e registradas no sistema como forma de atendimento “não presencial”.

SOLICITAÇÃO DOS EXAMES

A solicitação de exames deverá ser realizada pelo médico assistente via sistema. A solicitação será entregue ao paciente que se dirigirá o balcão correspondente para o agendamento.

EXAMES EXTERNOS:

Para os exames que não estão disponíveis, o médico faz a solicitação no Sistema e os pedidos são encaminhados para a Divisão Médica que avalia e autoriza ou não sua realização. O paciente com solicitação ambulatorial autorizada realiza o agendamento no hospital ou centro indicado para o exame.

GESTÃO DE AGENDA

PLANEJAMENTO DAS AGENDAS

O planejamento das agendas é necessário para evitar o mínimo de reprogramações. Por isso, nossa proposta de planejamento das agendas deve se ajustar aos seguintes critérios e prazos conforme quadro abaixo, ou seguindo o fluxo de encaminhamento da Secretária do Estado de Goiás.

Critério	Marco ou Período temporal recomendado
Planejamento de Agendas	Ativas durante os 12 meses seguintes e adequadas à demanda prevista.
Solicitações de ausências <i>pmgremedex (bioquímico)</i>	45 dias de antecedência (para garantir a estabilidade das agendas e a previsão das consultas comprometidas, sem repercussão na demora).
Planejamento dos plantões	Adequado ao quadro temporário de definição da agenda ou, na falta deste, elaborado com 45 dias de antecedência.
Períodos ou alterações de férias	Ao menos dois meses antes do início desse período. A agenda não deve estar sujeita a variações por mudanças de períodos de férias de última hora.

A finalidade da estabilidade da agenda é promover uma assistência acessível, ágil e de qualidade. Em consequência, as alterações na programação da atividade de consultas não notificadas nos prazos estabelecidos deverão ser assumidas pela chefia do Serviço na adoção das medidas necessárias para manter a programação ou reorganizá-la aumentando a atividade nos dias prévios ou posteriores de acordo ao expressado no item seguinte.

É de responsabilidade das chefias de cada serviço dos ambulatórios informar em tempo hábil, respeitando os prazos legais, quaisquer alterações, bloqueios e/ou reprogramações das grades/agendas ambulatoriais. As solicitações devem ser encaminhadas a Unidade de Regulação Assistencial para o e-mail.

Obs: As solicitações encaminhadas fora dos prazos legais e que acarretem prejuízo ao andamento dos serviços, não serão efetivadas no sistema e serão devolvidas ao solicitante para adequação.

CRIAR GRADE

Para realizar a gestão das grades de agenda é necessário que algumas informações sejam cadastradas no sistema. As informações de especialidade, unidade funcional (ala/sala), profissionais vinculados à equipe e formas de agendamento (autorizador, condição de atendimento). Criação e alterações em grades/agendas devem ser comunicadas pela equipe assistencial à Unidade de Regulação Assistencial - Ambulatorial. Essa comunicação deve ser realizada com 45 dias de antecedência, bem como das alterações a serem realizadas no período. Entende-se por alteração a criação de novas grades/agendas, a alteração da programação de agendas existentes e a alteração na disponibilidade das consultas. Além disso, periodicamente o processo é atualizado para revisão da programação das agendas ou para comunicação com o Gestor Estadual.

SOLICITAR ABERTURA DE NOVA AGENDA

Equipes/especialidades assistenciais solicitam a abertura de novas agendas na Unidade de Regulação Assistencial. A solicitação de criação de novas agendas deve ser aprovada pela Gerente de Atenção à Saúde e Chefe de Gestão do Cuidado.

A abertura de novas agendas está condicionada as necessidades institucionais e ocupação das salas utilizadas pelo serviço solicitante. Só após a aprovação, a equipe administrativa da Unidade de Regulação Assistencial realiza a gestão da nova grade e a inclui no sistema.

GERAR GRADE

As grades das agendas devem estar ativas por um período mínimo de 12 meses.

MODIFICAÇÕES DE AGENDA

A chefia do serviço solicita a alteração das agendas ambulatoriais na Unidade de Regulação Assistencial, em conformidade com a demanda dos serviços, bloqueios e ajustes da atividade entre áreas assistenciais e em geral, adaptações às situações não previstas no planejamento habitual.

A alteração/bloqueio de qualquer agenda ambulatorial fica condicionada aos resultados de produção dos respectivos serviços, com base nos relatórios disponibilizados pela UGA e a contratualização. Após aprovada, é preenchido o formulário de alteração/bloqueio das agendas. A chefia envia o formulário via e-mail para realizar a gestão operacional das grades/agendas realizando as alterações no sistema.

AVISO AO PACIENTE

Todos os pacientes deverão ser comunicados das marcações e alterações de datas e/ou horários de consultas, consideramos adequado definir os diferentes mecanismos de marcação e aviso ao paciente.

Referência aos deveres do paciente: compromisso de atualização dos dados administrativos de seu registro e outros que possam afetar à correta gestão de sua consulta (especialmente mudanças de endereço ou telefone, variações em sua decisão de se apresentar à consulta, etc.).

Programação: Primeiras consultas / Interconsulta: os responsáveis para avisar o paciente serão as Secretarias de Saúde dos municípios.

Retornos: Mediante critérios médicos, é responsabilidade de o paciente efetuar o agendamento na Central de Marcação de Consultas

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO E HOSPITAL DIA

Fluxo de encaminhamento pelo médico solicitante/assistente:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

URGÊNCIA:

São os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário;

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o Protocolo de Acesso para Atenção Especializada, e posteriormente à solicitação será classificada por cor conforme o Protocolo de Regulação utilizado pelo médico regulador na Regulação Estadual.

PRIORIDADE:

São aqueles encaminhamentos:

- Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida
- Cujas demoras impliquem em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.

ROTINA:

Estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato
- Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
- Prioridade 2 - Prioridade não urgente
- Prioridade 3 - atendimento eletivo.

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Necessidade de atendimento imediato. Tempo de espera: Até 15 minutos.	Atendimento mais rápido possível, após atender casos classificados como vermelho. Tempo de espera: 15 a 30 minutos.	Atendimento se dará após os atendimentos classificados como vermelho e amarelo. Tempo de espera: 30 a 120 minutos.	Consulta de rotina, atendimento será feito após os pacientes classificados em vermelho, amarelo e verde. Tempo de espera: 120 a 240 minutos.

PROTÓCOLOS

Drenagem de abscesso

Abscesso, por definição, constitui-se de coleção de pus na derme e tecidos profundos adjacentes. O furúnculo consiste na infecção de um folículo piloso, com material purulento se estendendo até as camadas mais profundas de derme e do tecido subcutâneo. O carbúnculo nada mais é do que a coalescência dos folículos severamente inflamados, resultando numa massa inflamatória com drenagem de secreção purulenta pelos vários orifícios.

Abscessos de pele, furúnculos e carbúnculos podem se desenvolver em pessoas hígidas, sem outras condições predisponentes, a não ser portar na pele ou na cavidade nasal o

Staphylococcus aureus. Fatores de riscos incluem a presença de Diabetes mellitus e alterações imunológicas.

Qualquer processo que resulta na quebra de solução de continuidade da pele ou alterações dermatológicas como traumas abrasivos

Manifestações clínicas:

Geralmente há sinais flogísticos locais como calor, rubor, edema e dor, além de nódulos eritematosos com sinais de flutuação. Pode ocorrer drenagem espontânea de secreção purulenta e adenopatia regional. Febre, calafrios, sinais de toxicidade sistêmica são incomuns.

Diagnósticos diferenciais: Foliculite, hidradenite supurativa, mifase, leishmaniose, blastomicose.

Indicações:

O tratamento de escolha para o abscesso, independentemente da localização, consiste na drenagem cirúrgica, para eliminar a dor e resolver o processo infeccioso. Atentar para locais especiais como face, principalmente para o triângulo formado pelo nariz e pela extremidade do lábio, pela facilidade de desenvolver flebite séptica e promover extensão para a região intracraniana, por meio do seio cavernoso. Faz-se necessário o uso de antibiótico associado e, às vezes, de avaliação de um cirurgião.

Outro lugar que merece atenção especial é a região perianal. A drenagem nesse local se faz com urgência para a avaliação de um cirurgião, não se espera apresentar sinal de flutuação, pois o risco de promover fascíte necrotizante (síndrome de Fournier) é elevado. Na dúvida quanto ao diagnóstico, encaminhe com urgência para a avaliação de um cirurgião.

Materiais necessários para a realização do procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento

- Pinça hemostática curva.
- Lâmina de bisturi nº 11
- Gaze
- Dreno de Penrose
- Fio de sutura nylon 3.0
- Luva esteril.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica (de insulina)
- Swab de cultura, se necessário.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

- Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização;
- Verifique se o abscesso possui flutuação.
- O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril;
- Usando a agulha 40 x12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica.
- Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro de maior sinal de flutuação, com o cuidado de injetar no subcutâneo. Afinal, a anestesia é para a pele, para a confecção da abertura, nada a mais.
- Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.

- Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a drenagem espontânea da secreção purulenta. Não adianta fazer pequenas incisões, pois isso pode levar à recidiva dos abscessos .
- Depois da drenagem espontânea, evite espremer a pele circunjacente, pois pode promover a proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente. Coloca-se a pinça hemostática na cavidade, a fim de quebrar as loculações e liberar quaisquer bolsas de material purulento residuais.
- Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
- Introduza uma gaze ou um dreno de Penrose no local, com 1 a 2 cm para fora da incisão, para permitir drenagem adequada e impedir que a incisão fique selada. Se necessário, pode ser fixado com um ponto simples frouxo de nylon 3.0.
- Curativo com gaze.

Complicações:

Recidiva do abscesso: se o tamanho da incisão não for grande o suficiente para drenagem adequada; local não explorado completamente, deixadas áreas loculadas;

Sangramento:

Disseminação sistêmica da infecção: endocardites, osteomielites, formação de abscessos pleurais, articulações etc.

Seguimento:

Pedir para o paciente retornar em um ou dois dias para remoção das gazes e do dreno, e para verificação da ferida.

Orientações para o paciente:

Associar compressas mornas no local, durante 15 minutos, 4x ao dia, até melhora.

Trocar os curativos diariamente.

Ficar alerta para sinais de infecção sistêmica.

A antibioticoterapia está indicada se houver celulite coexistente, se o paciente for imunocomprometido ou tiver um corpo estranho (enxerto vascular, telas, cateteres e válvulas).

Se necessário, os antibióticos utilizados são: penicilinas, cefalosporinas de 1º geração e quinolonas (nível ambulatorial).

Podem-se associar analgésicos e anti-inflamatórios para a dor pós-drenagem.

Observações importantes

- A incisão deve cicatrizar entre 7 e 10 dias.
- Incisão com drenagem apenas é a terapia adequada para um abscesso subcutâneo simples.

ÉXERE DE CISTOS, LIPOMAS E NEVOS

Decorre da oclusão do conduto de uma glândula sebácea, resultando em acúmulo de secreção (sebo). As áreas mais afetadas são: couro cabeludo, pescoço e face.

Geralmente é assintomático, tem crescimento lento e atinge tamanhos variados. Apresenta-se como uma elevação local, pouco consistente, arredondada, ligada à pele por ducto excretor que se abre num orifício por onde se extrai, por meio de pressão, material amorfo, caseoso e fétido. Pode infectar, apresentando sinais logísticos.

Tratamento:

O tratamento do cisto não infectado é a exérese cirúrgica (com retirada da cápsula). Já o cisto infectado tem indicação de drenagem de abscesso simples, uma vez que a tentativa de retirar a cápsula pode propiciar propagação de infecção.

Materiais necessários para a realização do procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor
- Campos estéil

- Dreno de Penrose
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica
- Tesoura reta
- Tesoura curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi n° 11.
- Soro fisiológico 0,9% 250 ml
- Gaze.
- Luva estéril
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica:

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização;
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional.

A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o meio da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.

4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar a cápsula do cisto.
6. Ressecção do cisto, sem romper a cápsula. Se a cápsula for rompida durante o procedimento, retira-se todo o material interno e segue-se a sua total remoção.
7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento. Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo com gaze.

Lipoma

Tumor benigno de células adiposas, podendo estar presente em qualquer área do corpo em que há tecido adiposo: nas regiões do pescoço, dorso, nádegas e região proximal de extremidades. É o mais frequente dos tumores benignos tecidos moles .

Geralmente é assintomático, mas pode apresentar

dor discreta local e, devido a seu tamanho, pode apresentar compressão de estruturas adjacentes. De acordo com o tamanho, a pele que recobre essa tumoração pode ter aspecto de “casca de laranja”.

Materiais necessários para a realização:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.

- Lidocaína 1% sem vasoconstritor
- Campos estéril
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi n° 11.
- Soro fisiológico 0,9 % 250 ml
- Gaze.
- Luva estéril
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção

Técnica:

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

2 O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.

3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o centro da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, de acordo com as linhas de força da pele, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar o lipoma.
6. Ressecção do lipoma.
7. Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura). Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo com gaze.
11. Enviar o material retirado para análise anatomopatológica.

Nevos

São manchas cutâneas compostas por depósitos de pigmento melânico. São vários os subtipos: pigmentados; epidérmicos; dérmicos; hipodérmicos; hipocrômicos. Encontram-se espalhados por todo o corpo. São lesões pré-cancerígenas em alguns casos e, por isso, a importância de sempre enviar o material para análise anatomopatológica.

Materiais necessários:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstritor

- Campos estéreis.
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica

- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi n° 11.
- Soro fisiológico 0,9 % 250 ml
- Gaze.
- Luva estéril
- Seringa de 5 ml
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção

Técnica:

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A

anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro da lesão, na sua circunferência, com o cuidado de injetar no subcutâneo.

4. Faz-se incisão elíptica simples, sem margens ao redor da lesão.

5. Hemostasia.

6. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento

7. Curativo.

8. Colocar a peça cirúrgica num frasco com formol. Identificá-la e encaminhá-la para análise anatomopatológica. Sempre descrever a lesão e os sintomas para auxiliar o patologista.

Remoção de molusco contagioso

O molusco contagioso é uma doença dermatológica causada pelo vírus do gênero *Molluscipoxvirus*, da família *Poxviridae*. Afeta crianças, principalmente as atópicas, pacientes imunossuprimidos e adultos sexualmente ativos. A transmissão ocorre por contato direto com pessoas infectadas, por meio de fômites ou autoinoculação. O período de incubação é variável, geralmente de três semanas a três meses.

Na infância, o pico de incidência situa-se entre 3 e 10 anos e as pápulas localizam-se na face, tronco ou extremidades. Em adultos, a transmissão costuma ser sexual e as lesões, portanto, geralmente limitadas à região anogenital. A presença de lesões múltiplas na face, pescoço ou disseminadas em adultos sugere imunossupressão, devendo se atentar para infecção pelo HIV.

O diagnóstico é clínico com base no aspecto da lesão e do material obtido à expressão das pápulas. As lesões características do molusco contagioso são pápulas semiesféricas com centro umbilicado, peroladas, róseas ou da cor da própria pele, medindo de 3 a 6 mm, isoladas e bem delimitadas. São facilmente removíveis, eliminando material esbranquiçado com partículas virais

Usualmente as lesões são assintomáticas, mas podem apresentar eczema e prurido ao redor delas.

Tratamento:

Em geral, nos indivíduos imunocompetentes, as lesões envolvem espontaneamente em um a dois anos, não se justificando tratamentos mais agressivos que possam deixar cicatrizes.

Quando se opta pelo tratamento, pode ser realizada a remoção mecânica por meio da curetagem com posterior aplicação de tintura de iodo em cada lesão. Deve-se alertar o paciente quanto à possibilidade do aparecimento de novas lesões, dado o curso natural da infecção, que pode durar vários meses e não desenvolver imunidade definitiva.

Técnica

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção.

Aplica-se espessa camada do creme anestésico* com aproximadamente 2,5 g por 10 cm². A aplicação deve ser feita sob bandagem oclusiva, com tempo de contato mínimo de 60 minutos.

Retira-se a bandagem e o creme anestésico e prepara-se a área afetada com um agente tópico disponível.

Procede-se à curetagem das lesões com uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, o que pode impedir o procedimento devido ao risco de infecção ou dor.

Após a curetagem, aplica-se álcool iodado em cada lesão.

* Geralmente são utilizados cremes à base de lidocaína 25 mg isolada ou associada à prilocaína (25/25 mg/g). A mistura eutética de anestésicos locais parece ser especialmente útil em crianças e para procedimentos cirúrgicos superficiais. Em crianças entre 3 e 12 meses de idade, a dose total não deverá exceder a 2 g, nem a área total de aplicação na pele deverá exceder a 16 centímetros quadrados, por um tempo máximo de quatro horas. Não está recomendado para crianças menores de três meses de idade.

Remoção de corpos estranhos

Quase todos os ferimentos causados por corpos estranhos têm o potencial de infecção e, devido ao pequeno orifício de entrada, devem-se considerar o bacilo do tétano e os organismos piogênicos comuns como os possíveis invasores. Assim, a profilaxia do tétano deve ser rotina no tratamento primário dos corpos estranhos nos tecidos moles.

O segundo problema diz respeito à questão sobre remover ou não o corpo estranho. Quando penetrado nos tecidos recentemente, ele é facilmente localizado e acessível. Nesses casos, no geral, tenta-se a remoção. Se, contudo, ele não determina quaisquer sintomas, é melhor deixá-lo permanecer. Esse julgamento é criterioso, e o paciente deve ser informado.

Quando se decide remover o corpo estranho, deve-se localizá-lo no tecido. Isso pode não ser difícil se o objeto é palpável, ou se é relativamente grande e o orifício de entrada estiver nitidamente visível. Se for pequeno e se localizar profundamente na gordura ou no músculo, a retirada é difícil. Particularmente quando não se pode localizá-lo com precisão nos tecidos, com ausência de referência a algum ponto na superfície da pele, que é válido para pequenos objetos pontiagudos, tais como agulhas, que podem migrar pelo tecido, como resultado da pressão local ou dos próprios movimentos.

Às vezes é necessário o uso de radiografias para determinar o local exato dos objetos.

Para retirada do corpo estranho, na maioria das vezes faz-se bloqueio anestésico local, tomando o cuidado com o edema formado, para não haver distorções anatômicas. Geralmente amplia-se o orifício de entrada, se for visível. Caso já esteja cicatrizado, faz-se nova incisão no local

Abaixo serão listados alguns procedimentos para retirada de alguns dos mais comuns corpos estranhos encontrados no dia a dia.

Farpas de madeira e metálicas

As farpas de madeira são muito comuns nos tecidos moles. Podem ser encontradas em qualquer parte do corpo, mas se apresentam mais frequentemente nas mãos, pés

e nádegas. Geralmente trata-se de um pedaço de árvore, parte de assoalho, palito de dente. Portanto, o potencial de tais feridas tornarem-se infectadas é alto, e o perigo para o tétano é real. Se a ferida estiver em bom aspecto, sem sinais flogísticos, não necessita uso de antibióticos. Como, na maioria das vezes, o objeto é pequeno, não há necessidade se suturar o ferimento, deixando a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

Pedras e roupas

São comumente encontradas nos tecidos de ferimentos acidentais, especialmente em crianças. Com frequência sua presença não é reconhecida no momento que a ferida primária é tratada. Como resulta- do disso, permanece encravada no tecido por tempo considerável. Por fim, determina uma fístula de secreção crônica, purulenta. O tratamento consiste na incisão e retirada dela.

Vidro

É visto mais frequentemente nas mãos e nos pés, resultado de acidentes com quebra de objetos de vidro. Nos acidentes automobilísticos, pode-se encontrá-lo estilhaçado em qualquer parte do corpo, geralmente na frente e na face. A menos que se possa vê-lo, palpá-lo ou demonstrá-lo na radiografia, em geral é prudente tratar a ferida primariamente como uma laceração. Depois da cicatrização, o vidro torna-se evidente pela dor causada quando é comprimido.

Nesse caso, pode-se fazer uma incisão sobre o ponto doloroso e removê-lo.

Projeteis de arma de fogo

Esses corpos estranhos são radiopacos, portanto, facilmente visualizados por raio X. Só se deve retirar na UBS se houver possibilidade de fazer radiografia para precisar a localização dos projéteis, estiverem superficiais e provocando sintomas. Quando retirá-los, não suturar o ferimento; deixar a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

Materiais necessários para o procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstritor
- Campos estéril

- Pinça hemostática curva
- Pinça anatômica
- Pinça dente de rato
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Fio de sutura nylon 3.0.
- Soro fisiológico 0,9 % 250ml
- Gaze.
- Dreno de Penrose.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.

- Agulha 40 x 12 (rosa).

- Agulha hipodérmica (de insulina).

- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Determine o local do corpo estranho.

O procedimento deve ser realizado de maneira as- séptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.

Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro do local do objeto. Cuidar com o edema que resulta, pois se podem perder os parâmetros da localização. Utiliza-se o orifício de entrada quando existente ou utiliza-se a cicatriz prévia como referência.

Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.

Uma vez realizada a anestesia, faz-se incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a retirada do objeto, com auxílio das pinças.

Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.

Se o ferimento permitir, e for necessário, pode-se confeccionar uma sutura com pontos simples como nylon 3.0.

- Curativo com gaze.

Corpo estranho subungueal

As farpas que ficam sob as unhas podem ser retiradas com o auxílio de uma agulha rosa, sem anestesia local. Se houver insucesso ou for um objeto mais profundo, orienta-se fazer um bloqueio do dedo para promover ressecção segmentar da unha acima da farpa com um bisturi. Após a retirada, basta um curativo digital até que a ferida cicatrizes.

Ferimento por prego

Necessita-se da certeza de que não restou nenhum corpo estranho no ferimento, nem mesmo um pedaço do calçado que o paciente utilizava, nos casos em que o ferimento por prego for no pé.

NORMAS REGULAMENTARES PARA OS PLANTÕES DE SOBREVISO

Os plantões de sobreaviso caracterizam-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados. O médico “de sobreaviso” está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado, para

atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Poucos hospitais, em geral localizados nos grandes centros urbanos, conseguem manter em seus plantões de emergência um contingente de 20 a 25 especialistas. Para a esmagadora maioria das unidades, uma decisão deste tipo tornaria inviável a prestação dos serviços, tanto do ponto de vista econômico quanto pela inexistência de profissionais disponíveis em todas as localidades.

DEFINIÇÃO

A modalidade de plantão médico de sobreaviso ou em disponibilidade de trabalho é ato médico e, só pode ser exercido por profissional médico devidamente registrado no CRM.

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

NORMAS

O médico em plantão de sobreaviso está disponível a qualquer momento em que for requisitado, mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, ele tem por obrigação estar à disposição para os atendimentos que, se não ocorreram, o impossibilitam de outras atividades.

Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a comparecer ao local de plantão, deve receber o valor correspondente ao plantão.

Não, poderá um profissional médico exercer de maneira concomitante o plantão de sobreaviso em duas unidades pois há risco de necessidade momentânea de urgência nas duas, o que certamente colocaria em risco a saúde/vida do paciente. Constitui-se infração ética a simultaneidade dos plantões de sobreaviso em mais de uma Unidade

O plantonista de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, em até sessenta minutos, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

O médico plantonista de sobreaviso só pode ser acionado por determinação do Diretor Técnico, da equipe médica ou do médico plantonista da Unidade Assistencial.

Ao acionar o médico plantonista, o médico que tomou tal decisão permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência

O profissional escalado deve comunicar, com antecedência, ao Diretor Técnico sua impossibilidade de cumprir a escala de sobreaviso, para que seja possível sua substituição no período evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento.

A falta ao plantão reveste-se de características de infração ética.

A montagem das escalas de sobreaviso deve obedecer a parâmetros bem definidos que atendam perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não eletiva, que não acarretem prejuízo ou riscos aos pacientes.

O plantonista de sobreaviso é suporte à emergência, tendo em vista que ele atua somente num segundo momento após a ação do clínico ou do cirurgião, que dariam o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições mínimas hemodinâmicas, inclusive com medidas preparatórias para a realização do procedimento.

Os seguintes serviços não poderão trabalhar com plantões à distância no HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ:

- Trauma
- Medicina Intensiva

Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva

O IBGC irá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados ao número de procedimentos (QUANTIDADE) executados na assistência oferecida aos usuários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

A produção realizada será encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO).

Para a composição das metas, considerou-se o perfil epidemiológico da região, a demanda de atendimentos e serviços identificada, a dificuldade de acesso à região, bem como a infraestrutura local, além da capacidade instalada no hospital, o tempo médio de funcionamento dos diversos setores da unidade, o tempo médio para realização de consultas, Inter consultas, exames, sessões de quimioterapia, cirurgias, cirurgias ambulatoriais, e internações.

São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

Internações Hospitalares

Clínica Médica;

Pediatria;

Cirúrgica;

Obstétrica.

Cirurgias Programadas

Cirurgias Ambulatoriais

Consultas Ambulatoriais

SADT Externo

Hospital Dia

Hospital Dia

Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, serão informados para a SES/GO mensalmente.

O IBGC atenderá todos os casos de urgência/emergência demanda espontânea, regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

As saídas cirúrgicas referente à Urgência/Emergência resultantes de internação hospitalar, os atendimentos do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém o IBGC deverá informar mensalmente a produção realizada.

Internações Hospitalares

A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 389 saídas hospitalares, sendo 78 saídas de Clínica Médica, 52 saídas de Pediatria, 207 saídas cirúrgicas e 52 saídas obstétricas com variação de $\pm 10\%$, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal	Meta 12 meses
Clínica Médica	78	936
Pediatria	52	624
Clínica Cirúrgica	207	2484
Obstétrica	52	624
Total	389	4668

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias; e os tempos médios de permanência (TMP) para clínica médica 4 dias, pediatria 2 dias, cirúrgica 2,5 dias, cirúrgica programada 2 dias e obstétrica 2 dias.

* Saídas Cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas e de urgência/ emergência.

As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

Cirurgias Ambulatoriais

Metas de cirurgias ambulatoriais para o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

Cirurgias Ambulatoriais	Meta mensal	Meta 12 meses
Cirurgia ambulatorial	88	1056

Obs.: Para o cálculo das cirurgias ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade

Cirurgias programadas

Cirurgias Programadas	Meta mensal	Meta 12 meses
Cirurgias Programadas	180	2160

Consultas Ambulatoriais

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó deverá realizar produção mensal de 2000 consultas médicas, 1074 consultas Multiprofissionais e 528 consultas médicas oncológicas, com variação de até $\pm 10\%$.

Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

Ambulatório	Meta mensal	Meta 12 meses
Consulta médica na atenção especializada	870	10440
Consulta multiprofissionais na atenção especializada	396	4752

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento

Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde.

SADT Externo

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames de eletrocardiograma, Raio- x, tomografia computadorizada e ultrassonografia/doppler, a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 20 exames de eletrocardiograma, 200 exames de Raio- x, 200 tomografia computadorizada, 100 exames de ultrassonografia/doppler, 200 ultrassonografia para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Metas de exames para o SADT Externo do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Lando

Exame	Meta mensal	Meta 12 meses
Eletrocardiograma	20	240
Raio X	200	24000
Tomografia	200	7200
Ultrassonografia	200	4800
Ultrassonografia/ Doppler	100	1200

Obs: Será monitorado e acompanhado a necessidade de inclusão caso seja necessário.

Hospital Dia

A Unidade Hospitalar deverá realizar **88** atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até $\pm 10\%$.

Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Metas de atendimentos para o Hospital Dia do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

Hospital Dia	Meta mensal	Meta 12 meses
Atendimentos	88	1056

ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (ÂMBITO HOSPITALAR)

O **IBGC** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários de demanda espontânea ou referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

Destaca-se que nos serviços ambulatoriais incluem-se os multiprofissionais contemplados na instituição:

- Farmácia Ambulatorial
- Psicologia
- Fonoaudiologia,
- Enfermagem;
- Terapia Ocupacional,

- Serviço Social,
- Nutrição
- Fisioterapia.

Observação: não consta o serviço de Nutrição no Anexo I do Termo de Referência do Instrumento Convocatório – Especificações Técnicas, todavia entende-se que tal serviço é imprescindível para a prestação de um serviço de assistência adequado aos usuários, de modo que é proposto por esse proponente como um incremento de atividade.

Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Quantitativo de Pessoal	Carga Horária
Assistente Social	8	30
Enfermeiro Diurno	40	36
Enfermeiro noturno	20	36
Farmacêutico Diurno	6	44
Farmacêutico Noturno	4	44
Fisioterapeuta diurno	14	30
Fisioterapeuta noturno	10	30
Fonoaudiólogo	8	30
Nutricionista	6	30
Psicólogo	8	30
Técnico de Enfermagem Diurno	45	36
Técnico de Enfermagem noturno	25	36
Técnico em Higiene Dental	2	20
Terapeuta ocupacional	5	30
Diretor Geral	1	44
Diretor Técnico	1	44
Diretor Administrativo	1	44
Gerente de Enfermagem	1	44
Coordenador de Enfermagem	6	44
Coordenador de Farmácia	1	44
Coordenador de Nutrição	1	44
Coordenador Multi	1	44
Coordenador de RH	1	44
Coordenador de Qualidade	1	44
Coordenador Administrativo	1	44
Coordenador Financeiro	1	44

Coordenador de Apoio Assistencial	1	44
Coordenador Operacional	1	44
Coordenador de Enfermagem	1	44
Analista de Departamento Pessoal	1	44
Analista de RH	1	44
Analista de Suporte de TI	1	44
Assistente Administrativo nível 1	10	44
Assistente Administrativo nível 2	20	44
Assistente de Almojarifado	2	44
Assistente de Farmácia Diurno	3	44
Assistente de Farmácia Noturno	2	44
Assistente de Faturamento	3	44
Biblioteconomista	2	44
Assessor Jurídico	1	30
Assessor de Compliance	1	30
Biomédico	4	20
Dietista/Técnico de Nutrição	8	20
Encarregado administrativo	2	44
Motorista	6	44
Supervisor de TI	2	44
Supervisor de Almojarifado	1	44
Supervisor de Apoio Administrativo	1	44
Supervisor de Faturamento	1	44
Supervisor de Nutrição	1	44
Supervisor de Prestação de Contas	1	44
Secretária Executiva	2	44
Técnico de Hemoterapia	4	44
Técnico de Segurança do Trabalho	4	44

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIA, UTI, CME, BLOCO
CIRÚRGICO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA

Conteúdo constante no anexo V.

INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

Quando se pensa na atividade de serviço social, é impossível dissociá-la do bem estar da coletividade.

Deste modo, cabe ao Assistente Social contribuir com a qualidade de vida e na saúde do usuário do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, visitantes, acompanhantes, além claro dos seus familiares.

O assistente social, traz consigo a competência da busca da justiça social, almejando sempre assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas e Políticas Sociais, bem como a sua gestão democrática. Aliás, trata-se esta competência, da busca pela observância aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

HORÁRIO DE ATUAÇÃO:

No Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó os profissionais do Serviço Social, atuarão na integralidade da carteira de serviços da unidade, nas 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento diário, em turnos de 6 (seis) horas, cumprindo jornada de trabalho semanal de 30 horas nos termos da Lei n° 12.317/2020.

ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

A Resolução n° 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regramento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

A Lei n° 12317/2010 determina a jornada de trabalho aplicável aos profissionais do serviço social, atribuindo-lhes uma carga horária de 30(trinta) horas semanais.

Recomenda-se que um assistente social, realize três consultas/hora/turno de atendimento,

Estimando-se que 10% dos pacientes que busquem a unidade a cada dia, acabam por levar alguma questão ao Serviço Social todos os dias.

Deste modo, teremos, seguindo as metas estabelecidas uma média de 64 atendimentos (somadas as metas de toda a carteira de serviços da unidade e dividida por 30 (trinta) dias de atendimento (mensal). Destes 70% buscarão atendimento nas doze horas dos plantões diurnos, ou seja 44 pacientes no intervalo das 7 – 19hs.

Assim, propomos dois assistentes sociais no turno das 7 hs às 13 hs e outros dois das 13 às 19 h. Além de dois plantonistas por turno noturno (das 19:00 às 01:00 e outro das 01:00 às 07:00hs). Pensando na carga horária máxima e objetivando que os fins de semana também sejam contemplados pelo importante serviço prestado pelo assistente social, propomos 2 (dois) plantonista para o fim de semana, chegando-se assim à uma equipe de 8 (oito) profissionais do Serviço Social.

Requisitos para o exercício da função:

- Coordenador do Setor de Serviço Social: Bacharel em Serviço Social, devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Assistentes sociais: bacharel em serviço social devidamente registrado no Registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Os atendimentos sociais serão realizados na própria estrutura do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, nos consultórios destinados para a realização da avaliação social do paciente, assim como para a prestação de serviços de orientação e demais formas de encaminhamentos.

DESCRIÇÃO DO CARGO:

CARGO: ASSISTENTE SOCIAL

SUBORDINAÇÃO: DIRETORIA ADMINISTRATIVA

ÁREA: Serviço Social – Apoio a Assistência

5. Objetivo: Proporcionar atendimento de serviço social aos pacientes e aos seus familiares durante a permanência no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

6. Atribuições:

- Fazer os encaminhamentos corretos e acompanhar o paciente em suas demandas (referência e contra referência);
- Buscar intermediar contato entre o paciente e a rede de apoio e proteção social quando necessário;
- Proporcionar a recuperação do paciente e sua reintegração ao ambiente familiar e social;
- Nos assuntos que se referem a assistência social, estar sempre disposto a atender e orientar o paciente e seus familiares.

8. Experiência requerida: atuação em ambiente hospital ou ambulatorial

O Assistente Social, é um profissional de saúde, que tem como atribuições agir junto as questões de cunho social, cultural e econômicas, de modo a maximizar a eficácia da prestação de serviços na unidade, aumentando o nível de promoção e proteção à saúde.

O Assistente Social lotado no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, atuará na busca por direitos aos usuários dos serviços da unidade, sobretudo quando estes colidirem com as normas institucionais, sempre almejando a conciliação e cooperação.

A atuação do setor de Serviço Social, se norteia pelas diretrizes definidas no documento “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde”.

NORMATIVAS:

Das competências:

Compete ao Coordenador do Setor:

- Realizar estudos sobre as demandas do setor;
- Inspeccionar as atividades técnicas e administrativas do Setor de Serviço Social;
- Assessorar o Diretor Geral da unidade no que lhe competir;

- Planejar, inspecionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de atividades no setor;
- Propor ao Diretor Geral a necessidade de contratação ou dispensa de colaboradores sob sua responsabilidade;
- Participar de reuniões com temáticas que lhe forem pertinentes;
- Contribuir na contratação de recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Setor Social e fazer a distribuição destes;
- Manter articulação com os demais serviços da unidade; sempre almejando melhor atendimento;
- Fazer relatório e atividades mensal;
- Aprovar o Plano de Férias anual dos colaboradores do setor;
- Zelar pela guarda, controle e conservação dos equipamentos e materiais que utilizar.

Compete aos Assistentes Sociais:

- Desempenhar suas funções no Serviço Social;
- Prestar orientação aos usuários do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, bem como aos seus familiares;
- Realizar atendimento social, encaminhamento social, visita social, triagem social;
- Buscar a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;
- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais e pareceres sociais;
- Comandar e participar de pesquisas que proporcionem melhores condições de saúde aos usuários;
- Analisar o processo saúde-doença dos usuários e atuar com relação a situação econômica e cultural dos pacientes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Objetivar a integração entre os profissionais interdisciplinares no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, de modo que se interprete a problemática do paciente e a sua situação social;
- Atuar para a humanização do atendimento em saúde;
- Se responsabilizar por seus procedimentos técnicos;
- Supervisionar e avaliar os estagiários do serviço social;
- Buscar sempre a eficiência dos serviços;

- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

ROTINAS:

Atendimento do profissional Assistente Social no Ambulatório e SADT:

Tal documento, visa orientar a condução do profissional no exercício de seu ofício no atendimento externo, ambulatório e SADT.

- Estar sempre disponível para atender aos usuários;
- Acolher os usuários e seus familiares;
- Entrevistar ou proceder com estudo social, que vise entender a situação socioeconômica do usuário e de sua família, almejando intervir estrategicamente;
- Acompanhar o início das atividades dos setores;
- Fazer interlocução com a equipe multiprofissional, ou outras instituições objetivando proporcionar o atendimento necessário para a demanda;
- Formalizar o encaminhamento, quando necessário;
- Realizar o registro dos atendimentos no sistema da unidade, do paciente com o setor de Serviço Social, objetivando sempre compartilhar as informações, encaminhamentos e intervenções;
- Realizar todas as demais tarefas que surgirem no desempenho de sua função.

ATUAÇÃO FRENTE A CASO ATÍPICO DE ÓBITO:

Em casos como este, o profissional do Serviço Social tem papel essencial na condução da situação, agindo sobretudo do seguinte modo:

- Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
- Promover o acesso dos familiares aos sérvios disponíveis na rede de apoio social;
- Acolher a familiares e acompanhante de usuário que veio a óbito;

- Facilitar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação ao óbito;
- Contatar a rede de proteção social do município de residência do usuário para obter informações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para a obtenção de auxílio-funeral e os demais benefícios disponíveis;
- Orientação sobre trâmites legais para a obtenção da Certidão de Óbito, o qual é fornecido gratuitamente no cartório mais próximo no prazo máximo de 15 dias.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PRECEPTORES E RESIDENTES DE SERVIÇO SOCIAL:

Objetivo: Orientar a atuação de preceptores e residentes de serviço Social:

Preceptor Assistente Social:

- Orientar e supervisionar a execução das atividades no local onde ocorrem as atividades;
- Elaborar o planejamento da supervisão;
- Construir plano de trabalho em conjunto com a tutoria da universidade e os residentes;
- Executar atividades de orientação e supervisão de acordo com o planejamento e o plano de trabalho delimitados;
- Realizar as avaliações periodicamente e dentro das determinações do plano de trabalho;
- Participar das reuniões e eventos interdisciplinares;
- Participar periodicamente das capacitações para preceptores e tutores;
- Participar das reuniões de preceptoria e/ou tutoria;
- Atender ao processo de assistência do SUS, de planejamento e gestão institucional;
- Inserir-se de forma crítica positiva em processos coletivos de trabalho;
- Trabalhar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a perspectiva de integralidade do SUS;

- Realizar atendimentos individuais, familiares/rede de apoio social e coletivos de forma a considerar os impactos no processo saúde/doença na vida pessoal, familiar, social e profissional do indivíduo e das famílias;
- Ser dinâmico na articulação e acionamento dos recursos disponíveis nas redes de proteção social;
- Definir seu objeto de trabalho no âmbito das expressões da questão social direcionando suas ações profissionais à proteção social na forma de acesso e garantia dos direitos sociais;
- Ter capacidade de sistematizar, pesquisar e articular o seu processo de trabalho nas dimensões da educação e promoção em saúde, vigilância em saúde, sistemas de informação, saúde do trabalhador e controle social;

Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima

O cuidado em saúde com o usuário como é o caso do modelo do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, exige que o paciente seja visto e assistido sobre um enfoque multiprofissional e de maneira interdisciplinar.

Nesse sentido, definir atribuições gerais ao corpo de colaboradores multiprofissional, de forma a padronizar as situações e modos operacionais, e sobretudo garantir assistência segura aos pacientes é uma preocupação dessa proponente.

Compete aos serviços assistenciais:

- I – Observar e cumprir fielmente o presente regulamento;
- II- Observar as políticas definidas pela área de Gestão de Pessoas, tanto no processo seletivo, como na condução de sua atividade laboral;
- III- Estabelecer um fluxo de trabalho organizado, ampliando o atendimento e acesso;
- IV- Promover qualidade assistencial e segurança que observe os critérios legais e internamente estabelecidos pela unidade;
- V- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o atendimento ambulatorial, e procedimento ou exames na unidade;
- VI -Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos;
- VII - Elaborar, propor e analisar os indicadores e resultados do serviço, acompanhando, apresentando e definindo ações preventivas e corretivas, buscando melhorias contínuas e prestando suporte a análises e decisões estratégicas;
- VIII – Proporcionar integração da equipe multiprofissional, organizando reuniões periodicamente e debate dos casos clínicos a serem avaliados;
- IX- Estimular a prática da pesquisa científica ao campo de atuação de cada serviço;
- X – Observar e fazer cumprir as diretrizes e normativas e pautar sua ação profissional em tais documentos;
- XI – Atuar de modo a garantir a educação continuada entre os colaboradores, buscando sempre o aprimoramento de suas habilidades;
- XII- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;
- XIII – Proporcionar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para garantir qualidade na assistência;

XIV – Guardar e cuidar da manutenção de materiais e equipamentos, mantendo o controle e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários para o funcionamento da unidade;

XV – Demais atribuições inerentes ao desempenho eficiente de sua função.

No Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó serão consideradas a seguinte carteira de serviços e áreas de atuação da equipe multidisciplinar:

- Internação;
- Clínica Médica;
- Clínica Cirúrgica;
- Clínica Obstétrica;
- Clínica Pediátrica;
- Ambulatório;
- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT; exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Leito dia.

A equipe multiprofissional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó contará com a liderança e suporte de uma Coordenação Multiprofissional, que será coordenada por um profissional de enfermagem. À essa coordenação estará vinculada as seguintes áreas multiprofissionais:

- - **Psicologia**
- - **Serviço Social**
- - **Fisioterapia**
- - **Fonoaudiologia**
- - **Terapia Ocupacional**
- - **Farmácia**
- - **Nutrição**
- **Enfermagem.**

Caberá ao coordenador multiprofissional:

I – Orientar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas;

II- Coordenar em conjunto com os líderes das áreas que coordena as atividades, processos, almejando resultado eficientes e adequando condutas caso não sejam satisfatórios;

III - Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;

IV- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;

V- Incentivar o uso de sistema informatizado do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;

VI- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;

VII – Buscar aprimoramento no método de execução dos processos de auditorias que estiver em sua área de ação;

VIII - Cumprir atribuições contidas neste Regulamento, bem como os contidos em Regimento Interno de áreas que lhe sejam afetas;

A Coordenação Multiprofissional subordina-se à Gerência Assistencial.

Cabe a equipe multiprofissional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

I - Participar e cumprir toda as regras do processo seletivo em observância com as políticas e estratégias de Gestão de Pessoas da unidade;

II - Agir para uma melhora no relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;

III – Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;

IV - Encontrar as ameaças dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas

e procedimentos para prevenir, identificar e minimizar a ocorrência de eventos não esperados;

V - Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos clínicos da unidade;

VI - Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;

VII - Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes, familiares e colaboradores;

VIII – Proporcionar um ambiente de colaboração mútua entre todos os colaboradores facilitando a execução dos processos;

IX - Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras;

X- Conservar materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários;

XI Conservar materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

XII. Atuar em conjunto com o serviço de Controle de Infecção Ambulatorial relacionado à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

XIII - Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;

XIV - Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;

XV - Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;

XVI - Implementar ações para a promoção da saúde;

ENFERMAGEM

A unidade de Enfermagem, compete:

- Auxiliar na assistência de Enfermagem;
- Responder pelos mapas de medicamentos e entrega dos mesmos e outros mapas implantados pelo

Ministério da Saúde;

- Elaborar fluxograma de atendimento do serviço;
- Elaborar projetos que visem a melhoria da qualidade técnica e humana dos profissionais da equipe;
- Elaborar junto com a equipe, protocolos que visem a melhoria da assistência;
- Participar de treinamentos;
- Auxiliar o médico nos acompanhamentos dos pacientes atendidos quando for solicitado;
- Auxiliar na supervisão dos acadêmicos de Enfermagem;
- Realizar campanhas de prevenção de agravos conforme solicitado;
- Realizar orientações diversas e atendimentos aos usuários.

PSICOLOGIA

A Unidade de Psicologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Assistir psicologicamente a pacientes do ambulatório e famílias, em todo seu processo de adoecer, identificando e interferindo nos cursos dos desajustes emocionais, por meio de instrumentos/ programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família, tanto na forma individual como em grupo;

II - Participar de programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família;

III- Emitir relatórios, disponibilizando-os na forma eletrônica, em tempo hábil para uso de toda equipe de saúde as atualizações das ações e orientações decorrentes do acompanhamento psicológico;

IV - Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;

V - Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;

VI - Facilitar a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, de enfermagem e multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;

VII - manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com rotina estabelecida;

VII- manter banco de dados de recursos em saúde mental da comunidade para encaminhamento quando se fizer necessário;

VIII- Apresentar relatório mensal e anual de atividades;

IX- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessário;

X - Viabilizar as etapas previstas para a execução com qualidade dos planos de ensino e projetos de pesquisas;

XI - fazer a intermediação entre a Unidade de Psicologia com as instâncias internas pertinentes, bem como com os órgãos externos, no tocante a ensino e pesquisa;

SERVIÇO SOCIAL

A Unidade do Serviço Social, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Atender os pacientes e familiares, utilizando os instrumentais teóricos metodológicos;

II- Acompanhar a adesão ao tratamento de pacientes;

III - Agilizar recursos mediante a possibilidades de facilitar ou melhorar qualidade deste atendimento;

IV- Planejar ações em conjunto com as equipes com o objetivo de socializar a educação em saúde preventiva;

V- Informar, orientar e encaminhar o paciente a rede sócio- assistencial;

VI - Participar das reuniões de equipe para maior integração das mesmas;

VII - Supervisionar estagiário do Serviço Social;

VIII - Colaborar na elaboração de projetos,

IX - Realizar reuniões de grupo;

X- Realizar atividades grupais com pacientes e familiares para reflexão do processo saúde- doença;

XI - Realizar atendimento ao paciente dos Programas preestabelecidos;

XII - Esclarecer e interpretar ao paciente/ familiar, normas e rotinas institucionais;

XIII - - Esclarecer e refletir com o paciente e familiar as possíveis intercorrências que envolvam a sua participação e adesão ao tratamento médico proposto;

XIV - identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;

XV- Interpretar ao paciente/familiar, os programas de atendimento do hospital, visando otimizar a utilização dos recursos oferecidos;

XVI - Levantar situação que indique maus tratos e/ou negligência e conduzir conforme necessidade.

FISIOTERAPIA

A Unidade de Fisioterapia tem as seguintes atribuições:

I- Estabelecer, organizar e implementar os programas de assistência fisioterapêutica aos pacientes da unidade;

II- Identificar, planejar e coordenar ações de treinamento e desenvolvimento de pessoas, necessárias ao aprimoramento, manutenção e inovação do padrão de excelência na assistência fisioterapêutica, de acordo com as diretrizes institucionais;

III - Promover o estudo e a padronização de técnicas compatíveis com o desenvolvimento de novas tecnologias;

IV- Identificar, promover e coordenar ações de ensino e capacitação profissional na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas educacionais internas e externas;

V- Desenvolver ações de pesquisa e produção de conhecimento técnico-científico na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas internas e externas;

VI - Participar de projetos de pesquisa que requeiram o suporte da Fisioterapia;

VII - promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras e gestão dos sistemas de qualidade;

VIII - Observar os procedimentos definidos pela legislação pertinente;

IX - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

X - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

FONAUDIOLOGIA

A equipe de Fonoaudiologia tem as seguintes atribuições:

I - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial da instituição;

II - Cumprir e fazer cumprir as determinações técnico-assistenciais da Divisão de Fonoaudiologia;

III - Orientar e dar apoio aos responsáveis pelo processo de atendimento aos pacientes institucionais nas suas solicitações e em eventuais demandas de pacientes e/ou familiares em sua área de atuação;

IV - Operacionalizar fluxos, rotinas, protocolos e critérios para o atendimento e quaisquer outras que venham a ser constituídas onde houver atuação fonoaudiológica, visando à minimização dos impactos e riscos assistenciais;

V- Executar as tarefas, atendendo a Norma Regulamentadora 5.32 e promovendo a saúde e segurança ocupacional, dentro das diretrizes corporativas;

VII - promover a gestão da qualidade na prática operacional e assistencial;

VIII— propor medidas que visem ao aprimoramento técnico e científico das atividades desenvolvidas;

IX - Planejar, executar e controlar a produção e demais atividades técnicas das áreas;

X - Garantir a regularidade das atividades técnicas na Área;

XI- promover e apoiar as atividades de ensino e pesquisa na Área, de acordo com padrões estabelecidos pela Divisão;

XI- garantir o uso das tecnologias disponibilizadas para as rotinas diagnósticas dentro das especificações dos fabricantes;

XII — zelar pelo bom uso e preservação das instalações e dos recursos disponibilizados para a realização das atividades;

- XIII- - participar de comissões internas onde for designado;
- XIV - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.
- XV - Realizar a assistência fonoaudiológica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;
- XVI - Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;
- XVII - Prestar atendimento diário;
- XVIII - Prestar o primeiro atendimento frente ao pedido médico de interconsulta pelo sistema e deve acontecer nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o pedido de interconsulta, conforme quadro operacional;
- XIX - Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;
- XX - Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse.

TERAPIA OCUPACIONAL

O Setor Terapia Ocupacional tem as seguintes atribuições:

- I - Garantir assistência em suas várias formas aos pacientes e o tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos;
- II - Executar métodos e técnicas terapêutico ocupacionais, objetivando promover o desempenho ocupacional satisfatório do paciente, restaurando, desenvolvendo e conservando sua funcionalidade em todas as áreas de ocupação;
- III Realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes, utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;
- IV - Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;

- V Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;
- VI - Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;
- VII - participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- VIII - elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacionais padrão relacionados a sua área de atuação;
- IX - Desenvolver e participar de orientações, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal por meio de programas de educação continuada e/ou de cursos de aperfeiçoamento/especialização voltados à comunidade profissional;
- X - Desenvolver e participar de projetos de pesquisa na sua Unidade específica e/ou conjunta com outras disciplinas/unidades, visando à consecução dos objetivos da Unidade de Terapia Ocupacional;
- XI — Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;
- XII - Propor e observar normas para a utilização da Unidade no campo de ensino, primordialmente no desenvolvimento após a graduação, de profissionais psicólogos nas formas de aprimoramento, especialização e residência, participando da execução de programas de ensino;
- XIII - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

FARMÁCIA

Ao setor de Farmácia compete:

- I - Realizar orientações e entrega de medicamentos;
- II - Responder pelos mapas de medicamentos;
- III- Solicitar medicamentos e insumos;
- IV - Manter organizado a farmácia;
- V - Receber, estocar e controlar a medicações;
- VI – Zelar pela adesão e disponibilidade de medicamento ao paciente;
- VII - Remanejar medicações evitando perda por validade.
- VIII - Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;
- IX - Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes;
- X - Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;
- XI - Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional;
- XII - Participar de ações de ensino e pesquisa;
- XII - Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;
- XIII - Identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de Farmacovigilância e Tecno vigilância;
- XIV - Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;
- XV - Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar o atendimento das solicitações da Ouvidoria;
- XVI - Realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas.

NUTRIÇÃO

Ao setor de Nutrição compete:

- I - Avaliar o estado nutricional do paciente, a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;

- II- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do paciente, quando necessário;
- III - Prescrever complementos nutricionais, quando necessário;
- IV - Registrar em prontuário do paciente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e alta em nutrição;
- V - Promover orientação e educação alimentar e nutricional aos pacientes;
- VI - Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população;
- VII - Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;
- VIII- Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à área de atuação.
- IX - Garantir o registro claro e preciso, em prontuário único do paciente, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente e acompanhamento;
- X- Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;
- XI- Realizar projetos de pesquisa, visando atender aos objetivos da Área, da Unidade, da Instituição;
- XII - Prestar assessoria e consultoria técnica às demais estruturas organizacionais e órgãos externos;

HORÁRIO:

Os profissionais da equipe multidisciplinar atuarão em cargas horárias de 6 (seis) horas dias, de 7 às 13 hs e 13 às 19 hs , de 19:00 às 01:00, de 01:00 às 07:00 hs.

ABRANGÊNCIA, ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

FISIOTERAPIA: O serviço de fisioterapia integra o corpo de profissionais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Atuará também na internação e reabilitação de pacientes. Atuará junto aos pacientes nas diversas multi-especialidades, e permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção fisioterapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Contará com uma equipe formada por 24 (vinte e quatro) fisioterapeutas e realizarão atendimentos aos usuários, visitantes, acompanhantes, familiares/rede de apoio social. 14 profissionais no período diurno e 10 (dez) no período noturno.

FARMÁCIA: O serviço de farmácia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Atuará em toda a unidade, respondendo pelos mapas de medicamentos, solicitando medicamentos e insumos de prevenção; mantendo organizado a farmácia e trabalhando de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

Contará com uma equipe formada por 10 (dez) farmacêuticos e realizarão atendimentos aos usuários e setores, sendo 6 profissionais diuturnamente e 4 profissionais no turno noturno na unidade.

PSICOLOGIA: O serviço de Psicologia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção psicológica e possibilitará adequação da equipe

Para o serviço de Psicologia contará com equipe formada por 8 (oito) psicólogos. Destes, 5 (cinco) atuarão durante o dia e 5 (cinco) durante a noite.

NUTRIÇÃO: O serviço de Nutrição integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Atuará junto aos pacientes internados no cuidado alimentar dos mesmos. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção de nutrição e possibilitará adequação da equipe.

Nos termos da Resolução CFN nº 600 de 2018, sugerimos que o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó seja contemplado por 6 (seis) profissionais de nutrição.

Assim, teremos 4 (quatro) profissionais durante o dia, e 2 (dois) no turno noturno na unidade.

SERVIÇO SOCIAL: O Serviço Social integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: O serviço social contemplará pacientes nas diversas multi-especialidades, permitindo atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção, agindo com acolhimento e eficiência na resolução de demandas.

A Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regimento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

Assim, propomos oito assistentes sociais na unidade conforme já discriminado no tópico específico de funcionamento do serviço social nessa Proposta Técnica.

ENFERMAGEM: O serviço de Enfermagem integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Área de abrangência principal é Ambulatório (Clínica Médica), Clínica Cirúrgica, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, UTI, Unidade de Centro de Materiais (CME).

O serviço de Enfermagem integrará o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe formada por profissionais de Enfermagem para: 01 Diretoria Assistencial, 02 coordenação de clínica médica, 02 para Clínica Cirúrgica, 01 para UTI adulto, 01 Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, 01 para o Centro de Materiais Esterilizados, 01 para Serviço de Núcleo do Paciente, 60 enfermeiros assistenciais, e 70 técnicos de enfermagem.

TERAPIA OCUPACIONAL: O serviço de Terapia Ocupacional integra o corpo de profissionais da do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: A equipe oferecerá atendimento diferenciado e individualizado a pacientes clínicos, em cuidados paliativos, , adultos, pediátricos e geriátricos.

Na Clínica Médica e internação, a Terapia Ocupacional buscará enriquecer o tratamento oferecido na instituição, por meio de intervenções específicas nos deficits de componentes do desempenho como a sensibilidade, amplitude de movimento, tônus muscular, força muscular, reflexos, coordenação motora, destreza, cognição, percepção, interação social e orientando nas áreas de desempenho ocupacional: atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

A atuação dos profissionais estará voltada para prevenção e/ou redução da deterioração das habilidades e componentes necessários ao desempenho ocupacional do paciente, auxiliando na recuperação, por meio de atividades expressivas/construtivas e lúdicas, de estimulação percepto cognitiva e sensório motora controlada e humanização do ambiente.

O Serviço de Terapia Ocupacional contará com uma equipe formada por 5 (cinco) profissionais e realizarão atendimento aos usuários, sendo 3 (três) durante o dia e 2 (duas) durante a noite.

FONAUDIOLOGIA: O serviço de Fonoaudiologia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: ▪ Atendimento ambulatorial e acompanhamento de internação: São realizados atendimentos ambulatoriais tendo como ênfase os distúrbios da deglutição adulto, infantil e neonatal, afasias, disartrias e algumas alterações vocais. Os atendimentos são realizados por meio de interconsultas. No caso de pacientes internados, é realizado por indicação do profissional médico e realizado no leito do paciente.

O Serviço Fonoaudiologia contará com uma equipe formada por 8 (oito) profissionais, sendo 6 (seis) durante o dia e 2 (dois) durante a noite.

**NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM
ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA**

**NORMATIVAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL NO DESEMPENHO LABORAL NO HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

- Quando se menciona a atividade de administrar uma instituição, esta tem por características gerais a competência de planejamento, fiscalização, controle, coordenação, organização de variados setores de modo a permitir uma administração transparente e eficiente.

A estrutura da Diretoria Administrativa do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó se dá do seguinte modo:

- Coordenação Administrativa:

Recursos Humanos;

Tecnologia da Informação;

SAME;

Ouvidoria;

Compras.

- Coordenação de Operações:

NIR;

SESMET;

Engenharia Clínica;

Manutenção Predial;

Metas Contratuais;

Limpeza e Serviços Gerais.

- Coordenação Jurídica;

- Coordenação de Qualidade:

Comissões;

Comunicação e Relações Institucionais;

Núcleo de Ensino e Pesquisa

Já com relação a Diretoria Financeira:

- Contabilidade;

- Gestão de Custos;

- Prestação de Contas;

- Auditoria.

Para o bom funcionamento da unidade, devem haver normas e rotinas de trabalho que definam modo de atuação durante o desempenho das atividades que compõe a Administração Geral.

As normas devem ser do conhecimento de todos e treinamentos devem ser ofertados de modo a padronizar a atuação profissional.

FUNCIONAMENTO:

AMBULATÓRIO

O Ambulatório funcionará de segunda a sexta 07 às 19hs, 12 hs/dia.

CLÍNICA CIRÚRGICA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO: 24 horas/dia

SADT : 12 horas/dia, 5 dias por semana , de 2a a 6a feira de 7h às 19hs

RECEPÇÕES: As recepções do Hospital funcionarão da seguinte forma:
Recepção Administrativa 07 às 19 hs. Demais Recepções da unidade: 24 hs/dia

Equipe composta por recepcionista e vigilantes.

PORTARIA

A Portaria funcionará de todos os dias, 24 hs dia, sendo que será definido, em função do layout físico da Unidade como será distribuída a equipe pelas portas de acesso.

A equipe composta por seguranças.

SEGURANÇA

Funcionário 24h por dia, de domingo a domingo (7 dias por semana). Equipe composta por seguranças

ALMOXARIFADO

O Almojarifado funcionará de domingo a domingo, 24 hs/dia com sua equipe de colaboradores.

Equipe composta pelo Coordenador da Área , Auxiliares de almoxarifado e Agente Administrativo.

MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção Predial funcionará 24 h por dia.

Equipe composta por eletricitas, Coordenador da área, Auxiliares de manutenção, auxiliar administrativo.

ATIVIDADE DE ADMINISTRAÇÃO:

A estrutura administrativa do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, será estruturada conforme realidade e características da unidade, visando melhoria contínua e dar suporte para a implementação de um atendimento humanizado, bem como visa proporcionar atividades que alcancem as metas preestabelecidas, sendo que o modelo de gestão a ser implementado pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada objetiva adotar elementos e um modelo que busca o alinhamento com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS com a manutenção do atendimento ininterrupto dos pacientes e proporcionando condições de trabalho e segurança da equipe.

Cada setor terá supervisão do respectivo responsável, devidamente designado, bem como contará com estrutura e profissionais de apoio técnico-operacional e administrativa,

que acompanhará os horários de funcionamento já estabelecidos na presente proposta de trabalho e preconizados no Edital. Os serviços administrativos comuns funcionarão em dias úteis e dentro do horário comercial, à exceção das atividades cruciais que requeiram atendimentos em horários diferenciados (lavanderia, limpeza, farmácia, segurança, dentre outros).

A equipe mínima da unidade será estruturada conforme demanda de cada setor ligado a Administração Geral e como demonstrado no modelo proposto de Organograma constante na presente Proposta Técnica.

Além da estrutura técnico-operacional prestada diretamente pela Administração do IBGC, a Administração do Hospital também terá sua estrutura, no qual relacionamos a seguir e resumidamente apresentamos suas respectivas atribuições:

Gestão de Pessoas - responsável por todo tratamento documental e de atendimento relacionado aos profissionais da unidade;

Logística - na qual acompanhará toda a cadeia logística da unidade, inclusive recepção, bem como a gestão de contratos e os serviços de segurança e transporte;

Engenharia Clínica – acompanhamento, execução e gestão das manutenções preventivas e corretivas de todo parque tecnológico de equipamentos médico- hospitalares do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

Segurança e Saúde do Trabalhador – responsável por acompanhar a segurança e saúde dos profissionais, com alimentação de dados estatísticos, controle de documentos e implementações de ações visando a prevenção de acidentes.

Faturamento – acompanhará a produção e faturamento dos atendimentos realizados na unidade, devidamente descritos no Manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos; Material e Patrimônio – no qual controlará a gestão de materiais, móveis e equipamentos diversos, bem como dará o devido tratamento conforme normas de gestão patrimonial relacionados na presente proposta;

Manutenção Predial – responsável pela gestão estrutural da unidade, providenciando manutenções e intervenções para viabilizar a continuidade do atendimento aos pacientes e as atividades técnico-operacionais e administrativa do Hospital;

Hotelaria – acompanhará os serviços de lavanderia, rouparia, dedetização e controle de pragas, ajardinamento, limpeza e desinfecção hospitalar visando continuidade dos serviços da unidade, proporcionando segurança e conforto dos pacientes.

Farmácia – gestão de todo estoque, recebimento e distribuição de medicamentos, insumos e correlatos na unidade;

Documentação e Arquivo – acervo documental dos pacientes e do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó com base na Tabela de Temporalidade e legislação em vigor.

Abaixo segue um modelo de controle de acesso ao Hospital, onde serão implementadas normas que disciplinam a circulação de pessoas no interior do Hospital, cujos moldes inicialmente propostos seguem abaixo, porém, que poderão ser adequados para melhor se enquadrarem a necessidade da unidade.

ROTINAS:

A) Identificação de pessoas para acesso à unidade

Descrição: Registro no livro de ocorrências, o nome e documento identificador da pessoa, bem como fornecer crachá correspondente ao setor solicitado.

Responsável: Porteiro

B) Rondas periódicas

Descrição: o responsável fará rondas por toda a unidade de modo à localizar eventualmente pessoas sem crachá. De maneira suave, respeitosa e educada. Se houver alguma intercorrência nesse ato, deverá haver registro do mesmo.

Responsável: Segurança

C) Condução de veículos

Descrição: Conduzir o veículo, conferir combustível, óleo, água, anotar quilometragem. Caso necessário, requerer combustível ou outra demanda veicular.

Responsável: Motorista

D) Compra de materiais/suprimentos:

Descrição: Checar o memorando de solicitação e conferir a necessidade do pedido. Cotar com ao menos três fornecedores. Efetuar a compra pelo menor preço ofertado.

Responsável: Assistente Administrativo / Coordenador

**EQUIPE DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO
LANDÓ (VÍNCULO E CARGA HORÁRIA NA UNIDADE)**

1) Assistente Administrativo:

Subordinação: Diretor Administrativo

Função: Atribuições administrativas tais como: tirar cópias, lançar dados em sistema, conferir documentos, dentre outros:

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: não requer

2) Motorista

Subordinação: Diretor Geral

Função: Distribuir documentos externos à unidade; atender a demanda de setores, inspecionar cotidianamente o veículo, zelando pela sua conservação.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: CNH categoria “B” e 1 (um) ano de experiência comprovada na função.

3) Analista Financeiro:

Subordinação: Diretor Financeiro

Função: Realizar o planejamento de toda a rotina financeira; acompanhar recebimento e pagamentos efetuados, analisar fluxo de caixa e elaborar projeções de faturamento a fim de

identificar melhorias no desempenho econômico-financeiro da unidade; realizar o processo de contas a pagar.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 18 (dezoito) meses de experiência na função.

4) Analista de Gestão de Pessoal:

Subordinação: Coordenador de Recursos Humanos

Função: Se responsabilizar para orientar a unidade de saúde e auxiliá-la nos assuntos referentes à gestão de pessoas, analisar os de alterações de cargos, promoções, transferências, demissões e outros tipo de movimentação de pessoal, observando as normas e procedimentos aplicáveis, visando contribuir para a tomada de decisões nesses assuntos;

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

5) Analista de Compras:

Subordinação: Diretor Financeiro

Função: Acompanhar as requisições de compras, manter contato com fornecedores, negociar preços e fazer controle de pedidos e orçamentos na área, atuar com emissão de notas fiscais, realizar cotações diversas, emitir e acompanhar pedidos até sua entrega, acompanhamento dos pedidos, cadastro de novos fornecedores para consultas e cotações.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

6) Técnico em Segurança do Trabalho:

Subordinação: Diretor Geral

Função: Orientar e coordenar o sistema de segurança do trabalho, investigando riscos e causas de acidentes, analisando esquemas de prevenção; Inspeccionar locais, instalações e equipamentos

da unidade e determinar fatores de riscos de acidentes; Propor normas e dispositivos de segurança, sugerindo eventuais modificações nos equipamentos e instalações e verificando sua observância, para prevenir acidentes; Inspeccionar os postos de combate a incêndios, examinando as mangueiras, hidrantes, extintores e equipamentos de proteção contra incêndios; Comunicar os resultados de suas inspeções, elaborando relatórios; Investigar acidentes ocorridos, examinando as condições da ocorrência, para identificar suas causas e propor as providências cabíveis.

Intermediar junto aos serviços médico e social da instituição, visando facilitar o atendimento necessário aos acidentados; Registrar irregularidades e elaborar estatísticas de acidentes; Treinar os funcionários sobre normas de segurança, combate à incêndios e demais medidas de prevenção de acidentes; Coordenar a publicação de matéria sobre segurança no trabalho, preparando instruções e orientando a confecção de cartazes e avisos, para divulgar e desenvolver hábitos de prevenção de acidentes; Participar de reuniões sobre segurança no trabalho, fornecendo dados relativos ao assunto, apresentando sugestões e analisando a viabilidade de medidas de segurança propostas, para aperfeiçoar o sistema existente; Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática. Executar e apoiar outras tarefas para o desenvolvimento das atividades do setor, inerentes à sua função.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 1 (um ano) de experiência na função

7) Coordenador de Almoarifado:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Confere notas fiscais, confronta notas e pedidos, encaminha materiais para armazenamento. Cuida de prazos de entrega dos produtos, solicita reposição de estoque. Acompanha pedidos de compras, administra atendimento a requisições de materiais e controla níveis de estoque. Otimiza estocagem de material. Acompanha prazo de vencimento de validade dos materiais. Realiza o levantamento de inventário físico, emite solicitações de compra e controle diversos de expedição dos materiais.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

8) Coordenador de Custos

Subordinação: Diretoria Financeira

Função: Lançar todas as informações; calcular dados para a composição os indicadores de custos; calcular dados para a composição dos indicadores de custos; levantar mensalmente os gastos gerais da unidade para uma análise comparativa da diretoria; elaborar projeções orçamentárias e outras atividades inerente à sua atividade.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Administração ou Economia.

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

9) Analista de Gestão de Pessoas:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Realiza análise da área de Recursos Humanos, recruta e seleciona novos colaboradores, levanta necessidades de treinamento e avalia desempenho de pessoal. Desenvolve planos de carreiras e dissemina cultura organizacional.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Administração ou Psicologia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

10) Farmacêutico:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade; fazer cumprir as normas e regulamentos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó; Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais; Receber os medicamento e materiais em seu setor, providenciando a conferência da quantidade e espécie recebidas com os documentos de entrega e solicitação de compra; visar a documentação relativa à entrega dos medicamentos e materiais solicitados; distribuir os materiais e medicamentos de acordo com as requisições recebidas; Exercer outras atribuições que lhe competem;

Nível de ensino requerido: Formação superior em Farmácia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

11) Engenheiro – Setor de Manutenção:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Planejar, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas no setor de manutenção; Fazer cumprir as normas e regulamentos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó; Supervisionar as atividades e avaliar o desempenho de seus subordinados; Cumprir nos prazos estabelecidos pelo Diretor Administrativo; normatizar, organizar e priorizar as solicitações de manutenção, tendo em vista o bom andamento dos serviços da unidade; proceder com a manutenção do prédio, mantendo-o arejado, livre de vazamentos e ligações elétricas mal executadas; Manter estreito relacionamento com o Serviço de Manutenção terceirizado, tendo em vista a agilização dos atendimento às solicitações internas; Exercer outras funções que lhe competem.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Engenharia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

12) Arquivista para atuar no SAME:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Registrar e controlar toda a movimentação dos prontuários dentro da unidade; zelar pela clareza e exatidão dos prontuários médicos; colaborar em programas de ensino e pesquisa, cumprir normas e regulamentos da unidade; executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.

Nível de ensino requerido: Ensino médio completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	CARGA HORÁRIA
Diretor Administrativo	1	44 hs/semanais
Coordenador Administrativo	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo	1	44 hs/semanais
Motorista	6	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo	30	44 hs/semanais
Farmacêutico	10	30 hs/semanais
Auxiliar de Farmácia	5	44 hs/semanais
Coordenador de Almoxarifado	1	44 hs/semanais
Auxiliar de Almoxarifado	2	44 hs/semanais
Nutricionista	6	30 hs/semanais
Coordenador de Manutenção Predial	1	44 hs/semanais
Engenharia Clínica	1	44 hs/semanais
Coordenador de Tecnologia da Informação	1	44 hs/semanais
Técnico de redes	1	44 hs/semanais
Analista de Suporte	1	44 hs/semanais
Faturista	2	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Patrimônio	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para SAME	2	44 hs/semanais
Gerente de Gestão de Pessoas	1	44 hs/semanais
Analista de Gestão de Pessoas	2	44 hs/semanais
Técnico em Segurança do Trabalho	4	44 hs/semanais
Diretor Financeiro	1	44 hs/semanais
Tesoureiro	1	44 hs/semanais
Contador	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Diretoria Financeira	2	44 hs/semanais

Auxiliar Administrativo para Diretoria Financeira	1	44 hs/semanais
Analista de Compras	1	44 hs/semanais

NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO,
GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE
MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Termos e métodos:

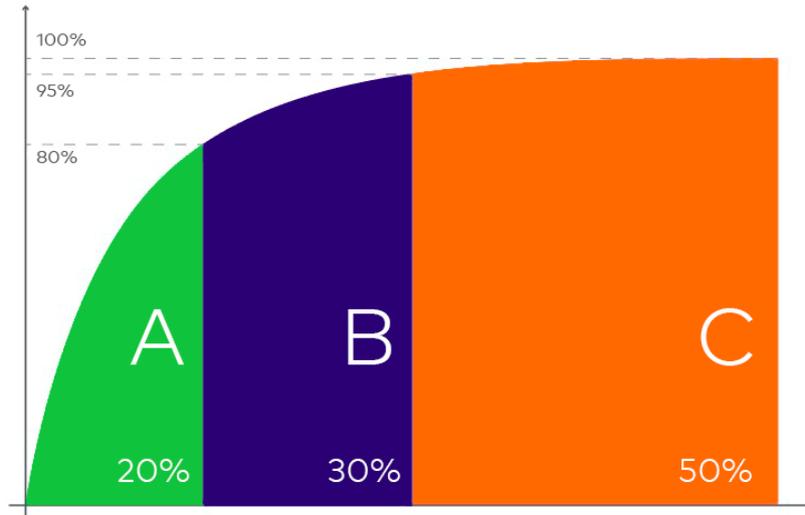
a) Curva ABC:

Na logística é empregada no controle de estoque para classificar e identificar a quantidade dos produtos e quais deles mais contribuem no faturamento ou que têm maior fluxo de movimentação.

Alguns produtos são mais importantes que outros e, por isso, precisam de maior atenção. Pode ser feita a separação dos itens no estoque seguindo algum critério, como: giro do produto, proporção sobre o faturamento, margem de lucro, custo do estoque ou outro parâmetro escolhido.

O termo ABC consiste em classificar os itens em 3 faixas:

- **Classe A:** 20% dos itens representam 80% do valor do estoque;
- **Classe B:** 30% dos itens representam 15% do valor do estoque;
- **Classe C:** 50% dos itens representam 5% do valor do estoque.



Agora basta identificar que: a **CLASSE A** é o grupo de itens mais importantes a serem trabalhados e administrados. Afinal, são as mercadorias de maior atenção pela alta porcentagem que representam no total do valor do estoque.

A **CLASSE B** é o grupo intermediário que possui boa margem de contribuição e precisa de uma gestão moderada.

A **CLASSE C** é o grupo de itens menos importantes em termos de movimentação, no entanto, requer atenção pelo fato de gerar custo para manter no estoque.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são

- 1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;
- 2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;
- 3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;

Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;

R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência;

d) Curva de análise XYZ

A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009)

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

- **X:** grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;
- **Y:** grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;
- **Z:** trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

- Auxilia no processo de tomada de decisão;
- Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;

- Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:

- Sofre influência de quem irá realizá-la;
- Necessita de avaliação criteriosa;
- Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
- Difícil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;
- Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização

e) PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in, First out.

Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo.

É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída.

As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros à serem comercializados, assim como o valor em que será vendido se baseará no seu preço de compra.

No lote seguinte se segue o mesmo padrão, colocando como padrão para precificação o preço de custo ou de aquisição do mesmo.

Esse método de contabilidade de custos, além de auxiliar com o giro de estoque, faz com que, ao se basear no preço de compra mais antigo, se mantenha o lucro real do produto.

Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

f) Custo médio ponderado

Também conhecido como preço médio ponderado, é o valor de cada item do estoque quando o total financeiro é dividido pelo número de mercadorias armazenadas.

Este **método de avaliação de estoque** é utilizado como uma ferramenta para administrar corretamente o estoque da empresa.

A fórmula do custo médio ponderado é:

$$\text{CMP} = \text{Valor total do estoque} / \text{Número de itens comprados e armazenados.}$$

g) Lead time em logística

É o tempo de espera, ou seja, o período para conduzir todo o ciclo de produção, desde o pedido até a entrega efetiva. Em outras palavras, é o tempo de provisionamento, o período entre o início de uma atividade e o seu término. A definição mais convencional para **lead time em logística**, no tocante ao Supply Chain Management, diz que é o tempo entre o momento do pedido do cliente até a entrega do produto.

Trata-se de um indicador importante para o crescimento e é óbvio que, quanto menor o **lead time em logística**, melhor.

Entre o que será mensurado, destacam-se o processamento dos pedidos, a resposta do fornecedor, o caminho dos insumos, os inventários, as linhas de montagem e produção, o trânsito.

No centro de distribuição o pedido passa por processamento e montagem; depois, para o transporte até a entrega ao cliente final. De qualquer forma, cada etapa entre o pedido recebido e a entrega leva tempo. O **lead time em logística** ajuda a estudar esse período e colabora nos ajustes para reduzir a espera.

Vale ressaltar os conceitos:

- **Lead time de compra:** tempo de espera decorrido entre o pedido de compra a um determinado fornecedor e a entrega do produto à fábrica;
- **Lead time de produção:** tempo de espera entre o primeiro pedido de compra e a finalização da fabricação do produto;
- **Lead time de preparação e entrega:** tempo desde o picking até a entrega ao cliente final.

Para que tudo dê certo, é necessário identificar as tarefas que consomem mais tempo e que poderiam ser melhoradas. Além disso, é preciso buscar formas de intervir na execução dos processos e implementar alternativas, como os sistemas de gestão integrada, para automatizar o trabalho da área de logística, por exemplo. Softwares de logística geram relatórios, compilam informações em tempo real e, dessa maneira, auxiliam executivos na comparação de dados e na tomada de decisão estratégica.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras deve ocorrer após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de novos insumos decorrentes do aumento ou de novas de demanda, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com a aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques;

Compra de emergência: insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

Compra de itens não padrão: insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. São produtos que não se mantem em estoque.

Cadastramento da relação de medicamentos e materiais padronizados

O cadastramento dos medicamentos e materiais no sistema de gestão hospitalar obedecerá a relação previamente entregue (apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares).

Levantamento inicial do quantitativo de medicamento e materiais necessários o funcionamento da Unidade será realizada com apoio das áreas técnicas de cada setor, obtendo como apoio o histórico de consumo médio do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Além disso a Comissão de Padronização de Medicamentos é responsável por selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

Já os materiais e equipamentos ficarão à cargo da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos que procederá por avaliar materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões, segundo critérios de eficácia, eficiência, clínica e custo.

Aquisição de insumos:

A aquisição de insumos e materiais será conduzida pelo setor de compras, que atenderá ao previsto no regulamento próprio de compras e contratações e será iniciado através da elaboração de Instruções e Elemento Técnico, onde contemplará: o objeto da contratação/aquisição, as justificativas para aquisição, a descrição técnica, o quantitativo, prazo de entrega, entre outras vertentes.

O processo de aquisição, ao final, será formalizado em um contrato, junto ao fornecedor que sagrar-se vencedor no processo.

Solicitação do Fornecedor:

A solicitação dos materiais e insumos será realizada através da Autorização de Fornecimento, informando a descrição do item, quantitativo, prazo de entrega, entre outras informações.

Recebimento externo:

O recebimento será realizado pelo setor de Almoxarifado, por profissional qualificado, onde deverá realizar o recebimento dos produtos, em posse da Autorização de Fornecimento original, preenchendo um Checklist de Recebimento e atestando o recebimento ao final.

Entrada do produto no estoque

A entrada do produto no estoque será após o recebimento e conferência dos produtos recebidos. Caso seja necessário a devolução de parte dos produtos, é na entrada do produto que será também executada a operação de devolução.

Nessa etapa é lançada as informações do produto para rastreabilidade, como lote, validade, valor, etc.

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específico conforme orientação do fabricante e das legislações específica, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão, produtos, etc.

Atendimento aos setores

Os pedidos de materiais e insumos deverão ser realizados através da requisição pelo Sistema de Gestão em Saúde por cada setor, onde serão distribuídos conforme os lotes com validade mais próxima do vencimento.

Ressuprimento do estoque

Com a informação do consumo dos materiais e insumos no sistema de gerenciamento de estoque em tempo real, juntamente com os alertas da duração do estoque de cada item, será possível recalcular o consumo real do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó no período, adequando os novos pedidos conforme o prazo de entrega máximo estipulado no Elemento Técnico.

APROVAÇÃO

As aprovações se dão de acordo com o valor da aquisição:

MAT/MED	CUSTO (R\$)	SOLICITAÇÃO			
		Coordenador ou responsável pelo setor solicitante	Diretoria Administrativa ou Coordenador Administrativo	Diretoria Administrativa ou Coordenador Administrativo	Diretoria Administrativa ou Coordenador Administrativo
Padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
Não padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES/PARCEIROS/ABASTECEDORES

O IBGC providenciará na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó um sistema de cadastro de fornecedores que se baseará nos padrões de qualidade, visando sempre garantir aquisição de insumos e serviços de padrão elevado.

O método adotado para o procedimento de cadastro de fornecedores será uma avaliação de todos aqueles que desejem participar de processos de cotação na unidade.

Cabe o destaque, quando da realização do cadastro, que o mero cadastramento do fornecedor, não será capaz de lhe assegurar a efetivação de nenhuma compra, uma vez que as mesmas só ocorrerão a partir dos processos de cotação e de avaliação.

É condicionante para participação dos processos de compra na unidade, o cadastramento prévio que visará verificar a capacidade de fornecimento dos produtos.

É direito do IBGC na sua gestão, selecionar e classificar de maneira livre seus fornecedores, dentro dos critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo departamento de compras e comissões envolvidas.

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa, procederá com a solicitação da documentação ao fornecedor. São documentos à serem requisitados;

- Ficha Cadastral fornecida pelo Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó;

- Contrato Social da empresa e suas últimas alterações (apresentação de certidão narrativa, comprovando ser o último);

- Cópia do cartão do CNPJ.

Tratam-se estes de documentos obrigatórios e simples para uma eventual contratação. A depender da atividade (medicamentos, nutrição enteral, materiais médicos hospitalares, saneantes, químicos e laboratório), gêneros alimentícios poderão ser requisitados mais documentações, tais como:

- Autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis ao tipo de produto.
- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

A depender do fornecedor/produto, poderá ser requerida documentações complementares como:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação;
- Cópia da inscrição estadual;
- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – Certidão Negativa de Débitos;
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- PMCSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Deverá ser preenchido o check list pelo setor de compras, para cadastro de fornecedor, para que se possa garantir a entrega e a conferência de toda documentação necessária para o cadastro acima mencionado.

Em nenhuma hipótese será admitida a negociação com fornecedores antes da apresentação de toda a documentação necessária para o cadastro completo.

Nenhum produto poderá ser adquirido no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó sem que haja o competente registro pelos órgãos equivalentes ao produto/material/medicamento.

Sabido que alguns documentos não carecem de registro junto ao Ministério da Saúde, deverá ser fornecida a cópia do documento que isenta tal produto do registro.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS COMPRAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, procederá com a aquisição, que terá seu marco inicial à partir de uma solicitação pelo responsável pelo setor demandante.

Quando da solicitação, deverá se ter em conta o consumo do item, giro de estoque, análise do método escolhido para controle (curva ABC, curva 123, curva PQR...).

Com o fito de se garantir a segurança da operacionalização na unidade, deve sempre nortear o processo de compra, a necessidade de manutenção de estoque de segurança.

Por diferentes modalidades, poderá se dar o pedido de compra junto ao fornecedor (skype, fax, e-mail, whatsapp, telefone), sendo sempre observada a necessidade da entrega e o meio mais célere ao atendimento do pedido.

Poderão ocorrer situações em que o produto requisitado não se encontre disponível. Nesse caso o fornecedor comunicará o setor de compras e esse comunicará o setor demandante, para que se possa verificar a possibilidade uma nova programação de entrega ou substituição por item equivalente ao solicitado.

A eficiência da comunicação interna do setor encarregado de aquisições com os demais setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é fundamental. Cabe a ele informar qualquer tipo de episódio, referente às compras inerentes àquele setor. O abastecimento do estoque, é, também, tarefa do setor de compras.

Há uma lista meramente exemplificativa de atribuições/responsabilidades mínimas à serem observadas pelo fornecedor:

- a) fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas NT's;
- b) responder as cotações dentro dos prazos estabelecidos pelo setor de compras;
- c) ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e prazos de entrega;
- d) cumprir a legislação pertinente ao processo de compra e venda;
- e) avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;
- f) responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos bens produzidos ou comercializados na sua empresa, até mesmo, por desvio de qualidade, qualquer que seja, que eventualmente seja identificado no ato do recebimento;

De outra lado, é responsabilidade do IBGC enquanto ocupa o papel de comprador da unidade de saúde do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó:

- a) Se guiar pelo princípio da transparência máxima nos seus processos de compra;
- b) guardar observância aos horários definidos para atendimento à representantes e/ou fornecedores;
- c) proceder com o detalhamento devido aos itens a serem adquiridos;

- d) Realizar sempre a melhor compra (vantajosidade na aquisição e qualidade);
- e) Em nenhuma hipótese, utilizar-se do cargo em que está lotado, para obter qualquer tipo de vantagem, seja para o colaborador ou outrem, no processo de compra e contratação;
- f) Não receber qualquer tipo de presente, brinde, favores ou oferta que tenha a capacidade de influenciar as decisões de negócio.

PROCESSO DE COMPRA- REGULARIDADE- NOTA FISCAL

Para o adimplemento da obrigação assumida pelo IBGC na gestão do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó junto aos seus parceiros, e regularidade do processo de compra é de extrema importância que a emissão da nota fiscal dos insumos adquiridos pelo fornecedor ocorra obedecendo a alguns critérios. Tais como:

- Prazo de pagamento previamente combinado;
- Número da ordem de compra;
- Descrição dos insumos (informações de quantitativo, embalagens, preços unitários e preço na totalidade do que foi entregue);
- Lote e validade (quando se tratar de medicamentos);
- Endereço, CNPJ e inscrição estadual da instituição.

Se for detectada qualquer não conformidade na nota fiscal pelo Setor de Compras, o procedimento adotado deverá ser o de contato com o fornecedor para que o mesmo proceda com a regularização da mesma.

Importante também a observação de que não poderão ser aceitas notas fiscais emitidas com data anterior à ordem de compra.

**HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE
SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almoxarifado	Segunda a Sexta-feira	07 às 17 hs.

Apesar dos horários pré-estabelecidos no quadro acima, todas as entregas, deverão ser realizadas e previamente combinadas com o Setor de Compras, evitando por exemplo choque de horários entre fornecedores.

ATESTES E ANÁLISE DE RECEBIMENTO

Antes da entrega dos insumos, o responsável pelo recebimento deverá proceder com a avaliação de alguns itens, tais como: se a entrega ocorreu no prazo previamente acordado; se o entregador do insumo estava adequadamente vestido para o trabalho; se o veículo em que a mercadoria foi transportada estava em perfeito estado de conservação e com documentação regular; se foi observada consonância entre o disposto na ordem de compra e o efetivamente entregue; se as embalagens estão em perfeito estado ou contém algum tipo de violação, sujidade ou rasura; o prazo de validade do produto está adequado; à depender do produto entregue, a temperatura de armazenamento do mesmo estava adequada no momento da entrega; a nota fiscal está sem rasuras, sujidade e legível.

Atestada qualquer não conformidade, o colaborador responsável comunicará o Setor de Compras para providências para a devolução total o parcial dos itens.

VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

Com a finalidade de garantir qualidade dos produtos oferecidos ocorrerão em São Luís de Montes Belos e região visitas técnicas a fornecedores.

Tais visitas ocorrerão por equipe técnica especificamente designada para o tipo de produto e fornecedor que se almeja analisar.

Ao longo da visita técnica, algumas informações comprobatórias de cumprimento dos requisitos para ser fornecedor, deverão ser realizadas através de documentação exigida e observação em campo das práticas de atuação do fornecedor.

Os itens serão classificados em críticos e não críticos e a partir daí será determinado a frequência e tipo de análise a ser realizada pela equipe técnica.

Criticidade	Frequência de visitação	Identificação do fornecedor
Críticos	Visitas deverão ocorrer anualmente.	Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Não críticos	Visitas ocorrerão conforme deliberação do gestor de cada área.	Fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente
Semicríticos	Visitas ocorrerão a cada 18 meses	Fornecedor de produtos e/ou serviços que impactam de maneira indireta na assistência.

Recomenda-se que além da equipe técnica previamente designada para a visita, haja acompanhamento, quando o caso recomendar, de componente da Comissão de Controle de

Infecção Ambulatorial, além de um componente do SESMT (Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho).

Quando, no curso da visita, forem identificadas não conformidades, deverá ser traçado plano de ação a ser apresentado a Diretoria Administrativa e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras.

É direito do fornecedor ser informado do resultado da análise in loco, além de orientações, se for o caso, conforme plano de ação, para adequações, sendo os prazos estipulados de comum acordo entre fornecedor e instituição.

PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias corridos, por meio de depósito bancário em conta corrente, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor responsável;

Sendo o pagamento realizado mediante depósito em conta corrente, o fornecedor não deverá fazer a emissão de boleto bancário, sob pena de haver cobrança indevida.

Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de nota fiscal devendo o contratado emitir uma nota fiscal específica para cada pedido/instrumento contratual e respectiva entrega efetuada.

Caso a nota fiscal ou fatura tenha sido emitida com inconsistências ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo para pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que esta for cumprida e não será devida atualização financeira.

Deverá conter o número de referência do instrumento contratual e da seleção de fornecedores.

Caso algum item constante na nota fiscal esteja não conforme, a instituição liberará a parte não sujeita à contestação, restando o restante do pagamento até que seja sanado a inconformidade.

ARMAZENAMENTO DE INSUMOS

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- verificação das condições de recebimento do material;
- identificação do material;
- guarda na localização adotada;
- informação da localização física de guarda ao controle;
- verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

No almoxarifado do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá ser observado o detalhamento a seguir:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com as superfícies (solo, teto, parede).
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pó), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados);
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS – o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);

- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Centralizar todo o controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e conseqüentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

Utiliza-se a contagem periódica de itens como uma forma de realizar os ajustes necessários no estoque físico e organização no sistema ao longo do tempo e minimizar eventuais inconformidades no decorrer dos meses

Tendo em vista a adoção da Curva ABC no que se refere ao inventário, deverá ser realizado mensalmente para os itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico da unidade.

Em caso de se localizar inconsistências entre os dados registrados e as informações da contagem física dos materiais, é preciso avaliar e definir um plano de ação com a finalidade de redução destes erros.

CONTROLE

A finalidade de se controlar o estoque é manter uma vigilância constante de todos os processos, com o objetivo de detecção precoce de eventuais desvios padrões de ações esperadas, e proceder com sua correção de forma imediata, agindo pedagogicamente e não com adoção de penalidades. Indicadores:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de conferência quantitativa e qualitativa.

CHECK LIST PARA CADASTRAMENTO DE FORNECEDOR

Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó	CHECK LIST PARA CADASTRO DE FORNECEDORES	Data:
		Código:
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:	Entregue:	Não aplicável ao item:
Ficha cadastral da empresa	()	Obrigatória
Contrato Social com certidão narrativa	()	Obrigatória
Cartão do CNPJ	()	Obrigatória
Nutrição Enteral, Medicamentos, Materiais médicos hospitalares, saneantes, laboratório e químicos		
Autorização de funcionamento pela ANVISA	()	()
Alvará sanitário de funcionamento (municipal)	()	()
Certificado de Responsabilidade Técnica do CRF ou outros	()	()
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manutenção	()	()
Gêneros alimentícios		
Licença de funcionamento exarado pela Prefeitura Municipal	()	()
Autorização do Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	()	()
Alvará sanitário municipal	()	()
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	()	()
Prestadores de Serviços		
Certidão Negativa de Falência e Concordata	()	()
Cópia da Inscrição Estadual	()	()
Certificado de Regularidade com FGTS	()	()
Certidão Negativa de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, e INSS.	()	()
Certificado de Regularidade com a Previdência Social/ INSS- CND	()	()
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	()	()
PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	()	()

() **Aprovado**

() **Reprovado**

Responsável: _____

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Razão Social:	
CNPJ:	Nº do Contrato

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
Nome completo:	
Cargo:	Setor:

Autorizo e informo que, a partir da presente data, começam a contar os prazos e condições de fornecimento acordadas.

Responsável pelo Setor de Compras/Diretoria Administrativa

Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó	CHECK LIST PARA RECEBIMENTO DE INSUMOS	Data:
		Código:
Item de Análise	Em conformidade:	Não aplicável ao item:
A entrega foi realizada no prazo determinado?	()	()
O entregador estava vestido de maneira adequada?	()	()
O veículo que transportou o item estava adequado? (conservação, limpeza e documentação)	()	()
A NF está com os dados corretos?	()	()
Existem não conformidades nas embalagens?	()	()
Existe lote e validade do produto em acordo com a NF e dentro do prazo para consumo?	()	()
As temperaturas estão adequados a necessidade do item?	()	()
Notas fiscais estão apresentadas em bom estado?	()	()

DATA: ____ / ____ / ____

Responsável pelo Setor

**DA DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES
BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

- É necessário, inicialmente, a definição de quem são os responsáveis setoriais que podem solicitar materiais;
- Deste modo, o sistema informatizado da unidade, criará um cadastro de usuário, que poderão requerer insumos e materiais de acordo com a especificidade de sua atuação profissional. Essa especificidade de insumos/materiais por setor e atividade laboral, será definida por uma comissão, criada especificamente para essa regulamentação interna.
- Realizar sistematicamente auditorias para analisar se há acúmulo ou carências de insumo nos locais de consumo.

APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS- HOSPITALARES

A padronização de insumos hospitalares é uma etapa fundamental para garantir a qualidade dos produtos ofertados e da assistência fornecida ao paciente, além de ser uma ferramenta estratégica na otimização da gestão financeira e logística da unidade de saúde.

Trata-se de um processo dinâmico e participativo gerido pela Comissão de Padronização de Medicamentos e Insumos (CPMI) que pode contar com a participação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS); a escolha dos produtos deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos, econômicos e levar em consideração a estrutura dos serviços de saúde oferecidos.

A padronização de medicamentos e materiais visa também proporcionar subsídios técnicos para promover assertividade dos processos de compra e ressuprimento conforme citado no Art.15 da Lei N° 8666/93 (Licitações e Contratos).

Dentre os objetivos da padronização estão:

- Racionalizar o uso de medicamentos;
- consumo;
- Racionalizar o espaço de armazenamento e os recursos humanos;
- Evitar aquisição de produtos não padronizados que podem demandar maior tempo e custo para a instituição;
- Minimizar risco de falta de insumos no estoque;
- Evitar perdas por vencimento e possibilitar melhor gestão dos recursos financeiros da instituição de acordo com a aplicabilidade da curva ABC sob os itens padronizados.

Todos os integrantes da Comissão de Padronização devem assinar um documento de ausência de conflito de interesse, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante/distribuidor de medicamentos e insumos, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

- Adquirir somente produtos com valor terapêutico comprovado e que atendam as demandas institucionais;
- Diminuir o número de produtos em estoque mantendo quantidades mínimas suficientes e estratégicas;
- Otimizar o controle de estoque e colaborar para melhores resultados nos indicadores de

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS:

Os critérios de seleção de medicamentos e materiais (inicial, inclusão e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas.

O corpo assistencial do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó terá a prerrogativa de solicitar a inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos e materiais na padronização, sempre que julgar necessário.

O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos e Materiais".

A Comissão deve emitir à Diretoria Geral parecer favorável ou não à alteração do arsenal terapêutico, com o preenchimento do Formulário "Roteiro de Análise e Parecer Técnico na Padronização de Medicamentos e Materiais".

Parágrafo único. Caso as recomendações e pareceres à Diretoria Geral não sejam aceitas para aprovação final, a CPMI deverá apresentar justificativa, por escrito, à Diretoria.

A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão e aprovação da diretoria geral e será entregue em até 10 dias corridos após o parecer da Diretoria Geral. No ato de entrega da Carta Resposta, o solicitante assinará em caderno protocolo para fins de documentação.

FLUXO DA SOLICITAÇÃO DA INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

1- Período de inclusão:

As solicitações de inclusão deverão seguir os critérios:

- Selecionar apenas medicamentos de valor terapêutico comprovado (eficácia e segurança), preferindo os de menor toxicidade, e aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
- Adotar a designação genérica do princípio ativo na lista de padronização conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
- Ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME;
- Evitar multiplicidade de princípios ativos e materiais destinados ao mesmo fim (a inclusão de um item deverá estar sempre atrelada à possibilidade de exclusão de um representante da classe, anteriormente padronizado);
- Preferentemente estar disponível no mercado nacional;
- Evitar, sempre que possível, as associações medicamentosas, priorizando medicamentos com um único princípio ativo, em que o médico possa associar os medicamentos considerados necessários nas doses convenientes para cada caso.

A padronização de associações de fármacos só se justifica quando:

- A documentação clínica justifica o uso concomitante de mais de um fármaco;
- O efeito terapêutico da combinação é maior que a soma dos efeitos de cada um isoladamente;
- O custo da combinação é menor que a soma dos custos dos produtos em separado;
- Facilita a posologia para o paciente.

Pedido de exclusão:

As solicitações de exclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos e Materiais. Indicar a referência ou anexá-la (em caso de indisponibilidade de consulta on-line será obrigatório seu envio), conforme item 7, do referido formulário.

As solicitações de exclusão deverão seguir os critérios:

- Eliminar da padronização os medicamentos e materiais que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional);
- Substituir medicamentos ou materiais que têm outro, correspondente, com vantagens terapêuticas, de custo ou aquisição;
- Despadronizar medicamentos ou materiais que, por doze meses, não apresentem consumo;
- Que justifique sua manutenção em estoque como padronizado;
- Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes internados ou materiais que apresentaram queixa técnica recorrente (três ou mais queixas em um período de até 3 meses);
- Comprovar toxicidade e/ou ineficácia do fármaco que será substituído/excluído.
- Comprovar que material não está sendo utilizado para o fim a que se destina representando risco ao paciente e que não possui evidência clínica ou recomendação oficial para tal uso.

As solicitações de substituição deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos e Materiais. Indicar a referência ou anexá-la (em caso de indisponibilidade de consulta on-line será obrigatório seu envio).

As solicitações de substituição deverão seguir critérios de superioridade terapêutica, logísticas e/ou financeiras sobre o itens já padronizados, tais como:

- Menor risco/benefício;
- Menor custo/tratamento;
- Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- Maior estabilidade ou segurança para o usuário;
- Propriedades farmacológicas ou manuseio mais favoráveis;
- Maior comodidade na administração e utilização;
- Facilidade de dispensação

Após a entrega do formulário devidamente preenchido e seus anexos ao Serviço de Farmácia, será apresentado em reunião da Comissão de Padronização de Medicamentos e Insumos (CPMI) para análise conforme Roteiro de Avaliação e Parecer Técnico da instituição. Se a Comissão julgar necessário, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

A resposta formal, ao solicitante, contendo a deliberação da Comissão e aprovação da Diretoria Geral, será encaminhada pelo membro secretário em até 10 (dez) dias úteis após a deliberação.

Após emissão e homologação do parecer da CPMI pelo Presidente da Comissão junto ao Diretor Geral, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas após decorridos doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

Após parecer da CPMI, fica o setor de Compras e Farmácia sujeitos ao cumprimento das decisões.

Em casos de padronizações de produtos que não representem risco de vida dos usuários envolvidos, será feita a utilização de todo o estoque já disponível na instituição até que todo o quantitativo seja consumido e não serão feitas aquisições posteriores. Em casos de padronizações de produtos para substituições de outro preexistente, serão disponibilizados primeiramente os que estiverem em estoque e posteriormente os produtos novos, afim de evitar perdas por vencimento.

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS DE USO HOSPITALAR PELA CLASSIFICAÇÃO ANATÔMICA TERAPÊUTICA QUÍMICA (ATC)

Contempla os medicamentos selecionados e padronizados no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, para serem utilizados na assistência ao paciente durante o período de internação, realização de procedimentos ambulatoriais e outras demandas internas como ações de limpeza e antissepsia.

Os fármacos listados foram descritos considerando a nomenclatura genérica de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB), seguidos pela dose ou concentração e forma farmacêutica e, estão ordenados conforme a classificação Anatômica Terapêutica Química (Anatomical Therapeutic Chemical - ATC), estabelecida pela Organização Mundial da Saúde

- OMS. ATC é um sistema de classificação de medicamentos, na qual os fármacos são distribuídos de acordo com o órgão ou sistema onde atuam e suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas.

Dentro deste elenco alguns medicamentos são classificados como potencialmente perigosos ou de alta vigilância, por apresentarem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em caso de falha na administração. Estes estão em destaque com letras maiúsculas em parte ou total do nome e na cor vermelha, conforme recomendação do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos

- ISMP Brasil.

Destacam-se ainda os medicamentos de uso restrito (R), os quais possuem indicação muito específica, potencial para indução de resistência microbiana e/ ou alto custo, e, aqueles sob regime especial de controle, indicando a lista {A1, A2, B1, C1 e C3} a qual pertencem conforme Portaria SVS/MS nº 344/98 e suas atualizações. (Anexo IV)

A padronização de materiais apresenta todos os materiais médico hospitalares utilizados na instituição por ordem alfabética e de acordo com a unidade de compra adotada.

**HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE
MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

**COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE
MEDICAMENTOS E MATERIAIS**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE:

Eu _____

Matrícula: _____

Cargo: _____

Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra natureza em alguma indústria farmacêutica, que poderá constituir um real, potencial ou aparente conflito de interesse em relação à sua participação nesta Comissão?

() SIM () NÃO

Você teve, durante os últimos 5 anos, qualquer emprego ou relação profissional com alguma organização que é fabricante de medicamentos ou que represente organizações deste tipo?

() SIM () NÃO

Se você respondeu SIM a uma das questões acima, por favor, explique no espaço abaixo os detalhes.

Existe algum outro tipo de conflito que afete sua objetividade ou independência em seu trabalho nesta Comissão?

Declaro que as informações acima são expressão da verdade e que nenhuma outra situação de conflito de interesse real ou potencial é conhecida por mim. Comprometo-me a comunicá-los sobre quaisquer mudanças nestas circunstâncias.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

**HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE
MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

**COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE
MEDICAMENTOS E MATERIAIS**

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

TIPO DE SOLICITAÇÃO

() Inclusão () Exclusão () Alteração

1.IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Nome genérico:

Apresentação (Forma farmacêutica e concentração):

Indicação terapêutica:

A indicação terapêutica está aprovada em bula? () sim () não () uso off-label

É produzido e comercializado no Brasil? () sim () não

2.ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO:

Dose pediátrica: usual: máxima: _ mínima: Dose adulta: usual:

máxima: mínima:

Duração do tratamento:

3.PREVISÃO DE CONSUMO:

Número de pacientes tratados mensalmente: _

Número de pacientes/mês que preenchem critérios para usar o novo produto.

JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO/EXCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO

6.0 PRINCÍPIO ATIVO SUGERIDO SUBSTITUI COM VANTAGENS OUTRO MEDICAMENTO PADRONIZADO? () sim () não

Qual(is) medicamento(s) já padronizado(s) poderá(ão) ser excluído(s)?

7.REFERÊNCIAS

Fica a critério do solicitante apenas indicar a referência ou anexá-la. Em caso de indisponibilidade de consulta on-line será obrigatório seu envio.

Referências de estudos clínicos: publicadas em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais que tenham política editorial seletiva e arbitrada pelos pares, preferencialmente de nível de evidência 1, grau A (revisões sistemáticas, metanálises ou ensaios clínicos randomizados).

Estudos farmacoeconômicos: preferencialmente estudo de custo-efetividade quando comparado com tratamentos consagrados.

Indicação de Diretrizes e Consensos Nacionais e Internacionais: Caso haja, o solicitante deverá informar o nome de cada sociedade de especialistas e a recomendação de utilização do medicamento com o nível de evidência.

8. SOLICITANTE

Nome completo/nº registro profissional): _____

Serviço: _____

Telefone: _____

e-mail: _____

9. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE:

Declaro não apresentar conflito de interesses na recomendação acima.

Assinatura e carimbo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo Chefe do Serviço: _____

Data:

USO EXCLUSIVO SERVIÇO DE FARMÁCIA OU COMPRAS

Custo mensal:

Relacionar medicamentos já padronizados pertencentes a mesma classe terapêutica:

PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO:

É NECESSÁRIA A INSTITUIÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO?

sim não

Obs: Em caso afirmativo o solicitante deverá encaminhá-lo ao Serviço de Farmácia no prazo de 30 dias, a contar da data de recebimento do parecer técnico da CPMI para sua apreciação e considerações.

Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do Presidente da CPMI
-------------------------	--

**HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE
MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

**COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE
MEDICAMENTOS E MATERIAIS**

**ROTEIRO DE AVALIAÇÃO E PARECER TÉCNICO NA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA
LISTA DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TIPO DE PROPOSTA

Inclusão Exclusão Alteração IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Nome Genérico:

Apresentação (Forma farmacêutica e concentração):

1. O produto está descrito adequadamente: sim não

Principais indicações terapêuticas: sim não não informou Contraindicações,
precauções e/ou toxicidade relacionadas ao uso deste medicamento: sim não não
informou

O medicamento possui registro na Anvisa: sim não

A indicação terapêutica está aprovada em bula: sim não uso o{{-f61bel Descreve Dose
Diária Definida: Pediátrica sim não Adulta sim não

O produto encontra-se disponível no mercado nacional? sim não não informou Duração
do tratamento: sim não não informou

2. Existem evidências (Estudos clínicos, Indicações de Diretrizes e Consensos, pareceres de
Câmaras Internacionais ou experiências na Instituição) de segurança, eficácia e efetividade que
justifique a alteração na padronização: sim não

Os dados estão referenciados? sim não

As cópias das referências estão anexadas? sim não

3. O custo efetividade do tratamento proposto frente aos disponíveis na instituição justifica a
alteração na padroniza- ção:

sim não

4. Existe necessidade de restrição na utilização do medicamento:

sim não Se sim, determinar:

Clínica (s):

Doença (CID): Médico (s) Prescritor (es): Solicitar Protocolo Clínico de uso

Outros

5. Existe necessidade de estudo de utilização do medicamento por tempo determinado com
apresentação de relatório de resultados para análise de continuidade de uso? sim não

Se sim, determinar tempo de utilização, número de pacientes a serem tratados e responsáveis

pela elaboração do relatório:

6. Em caso de EXCLUSÃO:

Avaliação do resumo das evidências clínicas, econômicas e/ou epidemiológicas que justifique uma solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contraindicações, precauções, toxicidade, custo/médio de tratamento, custo/benefício, etc) com as referências bibliográficas.

7. Sugestão da CPMI:

Incluir no arsenal terapêutico: { } sim () não Excluir do arsenal terapêutico: () sim () não Alterar do arsenal terapêutico: () sim () não

8. Comentários e/ou Justificativas:

Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do Presidente da CPMI
-------------------------	--

**HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS****PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS:**

- Medicamentos para úlcera péptica e doenças de refluxo gastroesofágico.

Omeprazol 20 mg, cápsula ou comprimido Omeprazol 40 mg, cápsula ou comprimido

Omeprazol 40 mg, pó liofilizado em frasco-ampola + diluente

- Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais

Atropina 0,25 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL BromoPRIDA 4 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 20 mL BromoPRIDA 10 mg, comprimido

Domperidona 1 mg/mL, suspensão pediátrica em frasco 100 mL Domperidona 10 mg, comprimido

Escopolamina 20 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL Escopolamina 10 mg + Dipirona 250 mg, comprimido

Escopolamina 4 mg + Dipirona 500 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL Metoclopramida 4 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 10 mL Metoclopramida 10 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

Simeticona 75 mg/mL, emulsão oral em frasco gotejador 10 mL

- Antieméticos e antinauseantes

Dimenidrinato 30 mg + Piridoxina 50 mg + Dextrose 1000 mg + D-frutose (levulose) 1000 mg/10 mL, solução injetável em ampola 10 mL

Ondansetrona (R) 4 mg, comprimido sublingual

Ondansetrona 8 mg, comprimido revestido

Ondansetrona 2 mg/mL, solução injetável em ampola 4 mL

- Terapia biliar

Ácido Ursodesoxicólico 150 mg, comprimido

- Medicamentos para constipação

Bisacodil 5 mg, drágea ou comprimido revestido

Fosfato de Sódio monobásico 16 g + Fosfato de Sódio dibásico 0 g, enema em frasco aplicador
130 mL Glicerina 12%, enema em frasco-ampola 500 mL + sonda

Lactulose 0,67 mg/mL, xarope em frasco 120 mL Óleo Mineral 100%, em frasco 100 mL

- Antidiarréicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais

Loperamida 2 mg, comprimido

Nistatina 100.000 UI/mL, suspensão oral em frasco 50 mL Neomicina, Sulfato 3,3%, solução oral
em frasco 100 mL Sulfasalazina 500 mg, comprimido revestido

Sais para reidratação oral (Cloreto de sódio 3,5 g + Cloreto de potássio 1,5 g + Citrato de sódio
2,9 g + Glicose 20 g), pó em envelope 27,9 g

Medicamentos utilizados em diabetes

Glibenclamida 5 mg, comprimido

Insulina Regular 100 UI/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL Insulina NPH 100 UI/mL,
suspensão injetável em frasco-ampola 10 mL Metformina 500 mg, comprimido

Metformina 850 mg, comprimido

Vitaminas

CalciTRIOL (Vit D3) 0,25 mcg, cápsula gelatinosa mole CalciTRIOL (Vit D3) 1 mcg, solução
injetável em ampola 1 mL

Polivitamínicos para Pediatria (Vit A 10.000UI + Vit D 800 UI + Vit B2 5 mg + Vit C 500mg +
nicotinamida (niacinamida) 100 mg + Vit B6 15 mg + dexpanthenol (pantanol) 25 mg + Vit E 50
mg/mL), solução oral em frasco gotejador 20 mL

Polivitamínicos para Adultos (Vit A 5000 UI + Vit B1 4 mg + Vit B2 2 mg+ nicotinamida (Vit PP) 10mg + Vit B6 1mg

+ Vit B5 10mg + Biotina (Vit H) 0,1mg + Vit C 50mg + Vit D 1000UI +Vit E 3mg/mL), solução injetável EV em ampola 10 mL Vitamina B1 (tiamina) 100 mg + Vit B6 (piridoxina) 100 mg + Vit B12 (cianocobalamina) 5000 mcg, solução injetável em ampola 3 mL

Vitaminas do Complexo B, drágea ou comprimido revestido Vitaminas do Complexo B, solução injetável em ampola 2 mL Vitamina B1 (tiamina) 100 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL Vitamina B6 (piridoxina) 100 mg, comprimido

Vitamina B12 (cianocobalamina) 1000 mcg, solução injetável em ampola 2 mL

SUPLEMENTOS MINERAIS

Cloreto de Potássio 60 mg {31,5 K+}/mL, xarope em frasco 150 mL Cloreto de Potássio 600 mg (315 mg K+), drágea

Oligoelementos para Pediatria (cobre 100 mcg + cromo 1 mcg + manganês 10 mcg + zinco 500 mcg/mL), solução

injetável em ampola 4 mL

Oligoelementos para Adultos (cobre 0,8 mg + cromo 10 mcg + manganês 0,4 mg + zinco 2,5 mg/mL), solução injetável em ampola 2 mL

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS

- **Agentes antitrombóticos**

Ácido Acetilsalicílico 100 mg, comprimido

Alteplase (R), 50 mg, pó para solúvel injetável em frasco-ampola 50 mL + diluente Clopidogrel 75 mg, comprimido revestido

Dipiridamol 10 mg, solução injetável em ampola de 2 mL Enoxaparina 40 mg, solução injetável SC em seringa 0,4 mL Enoxaparina 60 mg, solução injetável SC em seringa 0,6 mL Enoxaparina 80 mg, solução injetável SC em seringa 0,8 mL

EstreptoQUINASE(R) 1.500.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola Heparina 5.000 UI, solução injetável SC em ampola 0,25 mL

Heparina 5.000 UI/mL, solução injetável EV em frasco-ampola 5 mL Rivaroxabana (R), 15 mg, comprimido revestido

Tirofibana (R), 0,25 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 50 mL Varfarina 5 mg, comprimido

- **Anti-hemorrágicos**

Ácido Êpsilon Aminocapróico 4 g, solução injetável em frasco-ampola 20 ml Ácido Tranexâmico 250 mg, comprimido

Fibrinogênio (R) 5,5 mg + Trombina 2 UI, esponja 9,5 x 4,8 cm em envelope

Selante de Fibrina (R) (Fibrinogênio 70 a 110 mg + Aprotina 3000 KUI + Trombina 500 UI / mL após reconstituição) + diluente + sistema de diluição e aplicação, Kit para 5 mL

Vitamina K 1 (fitomenadiona) 10 mg, solução injetável EV em ampola 1mL

Vitamina K 1 (fitomenadiona) 10 mg solução injetável, IM em ampola 1mL

Vitamina K 1 (R) (fitomenadiona) 2 mg, solução micelar injetável EV, VO, IM em ampola 0,2 mL

- **Antianêmicos**

Ácido Fólico 5 mg, comprimido

Eritropoietina Humana 4000 UI, solução injetável em frasco-ampola ou seringa Eritropoietina Humana (R) 10000 UI, solução injetável, em frasco-ampola ou seringa Sacarato de Hidróxido Férrico 100mg Fe III, solução injetável em ampola 5 mL

Sulfato Ferroso 125 mg/mL (25 mg/mL de Fe⁺⁺/mL), solução oral em frasco gotejador 30 mL Sulfato Ferroso 300 mg (40 mg de ferro elementar), drágea ou comprimido revestido Vitamina B12 (cianocobalamina) 1000 mcg, solução injetável em ampola 2 mL

SUBSTITUTOS DO SANGUE E SOLUÇÕES PARA PERFUSÃO

Água para injeção, solução injetável em bolsa 500 mL Água para injeção, ampola 10 mL

Albumina Humana 20%, suspensão injetável em frasco-ampola 50 mL

Aminoácidos + Taurina 10%, solução injetável para neonatos em frasco-ampola 250 mL

Aminoácidos 10%, solução injetável em frasco-ampola 500 mL

Aminoácidos 8% solução injetável para hepatopatas em frasco ampola 500 mL Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução injetável em ampola 10 mL

Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução injetável em frasco-ampola 250 mL Cloreto de Potássio 19,1%, solução injetável em ampola 10 mL

Cloreto de Sódio 0,9% solução injetável em ampola 10 mL Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 100 mL Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 250 mL Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 500 mL Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 1000 mL Cloreto de Sódio 20%, solução injetável em ampola 10 mL

Concentrado para Hemodiálise, fração ácida em bombona 5 litros

Concentrado para Hemodiálise, fração básica em bombona 5 litros Fosfato de Potássio 2 mEq/ml, solução injetável em ampola 10 mL

Gelatina 3,5% + Cloreto de Sódio 0,85% + Cloreto de Potássio 0,038% + Cloreto de Cálcio 0,07%, solução injetável em bolsa 500 mL

Glicose 5% + Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 500 mL

Glicose 50%, solução injetável em ampola 10 mL Glicose 50%, solução injetável em ampola 500 mL Glicose 10%, solução injetável em bolsa 500 mL

Gluconato de Cálcio 10%, solução injetável em ampola 10 mL Hidroxietilamido 0%, solução injetável em bolsa 500 mL

Lipídios MCT/LCT 10%, emulsão injetável em frasco-ampola 500 mL

Lipídios MCT/LCT 20%, emulsão injetável em frasco-ampola 500 mL Manitol 20%, solução injetável em bolsa 250 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximada- mente 1300 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximada- mente 2000 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos), solução injetável periférico em bolsa com aproximadamen- te 1300 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução hiperprotéica injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL

NPT 2:1 (Aminoácidos + Glicose + Eletrólitos), solução injetável em bolsa com aproximadamente 1000 mL

Ringer com Lactato, solução injetável em bolsa 500 mL

Solução de Collins, solução para perfusão e preservação de órgãos em frasco 1.000 mL + ampola de eletrólitos com 20mL

Sorbitol 27 mg + Manitol 5,4 mg/mL, solução injetável em bolsa 1000 mL

Sulfato de Magnésio 50%, solução injetável em ampola 10 mL

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA CARDIOVASCULAR TERAPIA CARDÍACA

Adenosina 3 mg/mL solução injetável em ampola 2 mL

Alprostadil 20 mcg, pó solúvel injetável EV em frasco-ampola

AmioDARONA 200 mg, comprimido

AmioDARONA 50 mg/mL, solução injetável em ampola 3 mL

Deslanosídeo 0,4 mg, solução injetável em ampola 2 mL Digoxina 0,05 mg/mL, elixir em frasco 60 mL

Digoxina 0,25mg, comprimido

DOBUTamina 12,5 mg/mL, solução injetável em ampola 20 mL

DOPamina 5 mg/mL, solução injetável em ampola 10 mL

EFEDrina 50 mg, solução injetável em ampola 1 mL

EPINEfrina 1 mg, solução injetável em ampola 1 mL

ETILEfrina 10 mg, solução injetável em ampola 1 mL

Isossorbida 5 mg, comprimido sub lingual

Isossorbida 10 mg, comprimido

Lidocaína 2%, solução injetável em ampola 5 mL

NitroGLICERINA 50 mg, solução injetável em ampola de 10 mL

NOREPinefrina 2 mg/mL, solução injetável em ampola 4 mL

Sildenafil 5 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 10 ML

CloNIDina 100 mcg, comprimido

CloNIDina 150 mcg, solução injetável em ampola 1 mL

HidrALAZINA 25 mg, comprimido

HidrALAZINA 50 mg, comprimido

HidrALAZINA 20 mg, solução injetável em ampola 1 mL Metildopa 500 mg, comprimido

NitroPRUSSIATO de Sódio 50 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

- **Diuréticos**

Espironolactona 25 mg, comprimido

Furosemida 10 mg/mL, solução oral em frasco 120 mL Furosemida 40 mg, comprimido

Furosemida 10 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL HidroCLOROTiazida 25 mg, comprimido

- **Vasodilatadores periféricos**

Pentoxifilina 400 mg, comprimido

Pentoxifilina 20 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL

- **Vasoprotetores**

Oleato de etanolamina 50 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

- **Agentes betabloqueadores**

Atenolol 25 mg, comprimido

Atenolol 50 mg, comprimido

CarVEDilol 3,125 mg, comprimido

CarVEDdilol 6,25 mg, comprimido

CarVEDdilol 12,5 mg, comprimido

Metoprolol 50 mg, comprimido

Metoprolol 1 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL

Propranolol 40 mg, comprimido

- **Bloqueadores de canais de cálcio**

Anlodipino 10 mg, comprimido Diltiazem 60 mg, comprimido

NiFEDipina 20 mg, comprimido de ação retardada Verapamil 80 mg, comprimido revestido

Verapamil 2,5 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

- **Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina**

Captopril 12,5 mg, comprimido

Captopril 25 mg, comprimido

Enalapril 5 mg, comprimido

Enalapril 10 mg, comprimido

Losartana 50 mg, comprimido

Anlodipino 5 mg, comprimido

AGENTES QUE REDUZEM OS LIPÍDIOS SÉRICOS

Colestiramina 4 g, pó em envelope

Pravastatina 40 mg, comprimido

Sinvastatina 20 mg, comprimido

Sinvastatina 40 mg, comprimido

MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS

• Antifúngicos para uso tópico

Cetoconazol 20 mg/g, creme tópico em bisnaga 20 g

Nistatina 100.000 UI + Óxido de Zinco 200mg/g, creme tópico em bisnaga 60 g

• Emolientes e protetores

Óleo Dermoprotetor (Ácidos Graxo + Vit A + Vit D), loção oleosa em frasco 200 mL

Oxido de Zinco 150 mg + Vit A 5000 UI + Vit D 900 UI/g, pomada tópica em bisnaga 45 g

Vaselina pura em bisnaga 15 g

• Preparações para o tratamento de feridas e úlceras

Colagenase 0,6 UI/g, pomada tópica em bisnaga 30 g

• Antipruriginosos incluindo anti-histamínicos e anestésicos

Lidocaína 2%, gel tópico em bisnaga 30 g

Lidocaína 10%, solução aerossol em frasco 50 mL

• **Antibióticos e agentes quimioterápicos para uso tópico**

Neomicina 5 mg + Bacitracina 250 UI/g, pomada tópica em bisnaga 10 g SulfADIAZINA de prata 1%, creme tópico em pote 500 g

• **Corticosteroide de uso tópico**

DEXAmetasona 0,1%, creme tópico em bisnaga 10 g

Álcool Etílico 70% + Glicerina 2%, solução tópica em frasco dispensador 1000 mL

Clorexidina 0,2%, solução aquosa tópica em frasco dispensador 1000 mL

Clorexidina 0,5%, solução alcoólica tópica em frasco dispensador 1000 mL

Clorexidina 2%, solução degermante em sachê ou frasco dispensador 1000 ML

Nitrato de Prata 5% em bastão

PVPI 10% (1% iodo), solução aquosa tópica em frasco 100 mL

PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES

Abaixador língua espátula de madeira. Descartável - pct Absorvente feminino em abas - pct

Agulha de puncao de fistula arterio-venosa 16g - unidade

Agulha de puncao de fistula arterio-venosa 17g - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 13 x 4.5. Estéril - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 20 x 5.5. Estéril. - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 7.0. Estéril. - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 8.0. Estéril - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 30 x 8.0. Estéril - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 40 x 12.0 estéril - unidade

Agulha para anestesia raquidiana. 17g x 3.1/2 polegadas - unidade

Agulha para anestesia raquidiana. 18g x 3.1/2 polegadas – unidade

Agulha para anestesia raquidiana. 22g x 3.1/2 polegadas - unidade

Agulha para anestesia raquidiana. 25 g. 3.1/2 polegadas - unidade

Agulha para anestesia raquidiana. 27g x 3.1/2 polegadas - unidade

Algodão hidrófilo rolo com 500 gramas - unidade

Algodão hidrófilo, em bolas, pacote com 100 gramas - unidade

Almotolia em plástico rígido âmbar. 500 ml bico reto longo - unidade

Almotolia em plástico rígido transparente 500 ml bico reto longo - unidade

Aparelho de tricotomia descartável - unidade

Atadura tipo algodão ortopédico. 10cm x 1.0m - unidade

Atadura tipo algodão ortopédico. 12cm x 1.0m - unidade

Atadura tipo algodão ortopédico. 15cm x 1.0m - unidade

Atadura tipo algodão ortopédico. 20cm x 1.0m - unidade

Atadura tipo crepom. Medindo 06cm x 4.5m - unidade

Atadura tipo crepom. Medindo 08cm x 4.5m - unidade

Atadura tipo crepom. Medindo 10cm x 4.5m - unidade

Atadura tipo crepom. Medindo 12cm x 4.5m - unidade

Atadura tipo crepom. Medindo 15cm x 4.5m - unidade

Atadura tipo crepom. Medindo 20cm x 4.5m - unidade

Atadura tipo gessada rápida. Medindo 10cm x 3m - unidade

Atadura tipo gessada rápida. Medindo 12cm x 3m - unidade

Atadura tipo gessada rápida. Medindo 15cm x 3m - unidade

Atadura tipo gessada rápida. Medindo 20cm x 3m – unidade

Avental descartável em não tecido - unidade

Bolsa de colostomia adulto peça única drenável - unidade Bolsa de colostomia descartável 30mm - unidade

Bolsa de colostomia descartável 50mm - unidade

Bolsa de colostomia infantil peça única drenável - unidade Bolsa de colostomia para neonatologia - unidade

Cadarço sarjado achatado branco 12mm x 10m - unidade

Cal sodada em granulos alta capacidade de absorção de co2 - unidade Caneta eletrocirúrgica descartável - unidade

Cânula de guedel. N° 4 - unidade Cânula de guedel. N° 5 - unidade

Cânula de traqueostomia metálica. N° 00 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 01 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 02 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 03 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 04 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 05 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 06 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 07 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff ri° 2.0 - unidade Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 2.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff ri° 3.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 3.5 - unidade cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 4.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff ri° 4.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 5.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 5.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 6.0 -unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 6.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 7.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff ri° 7.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 8.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 8.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff ri° 9.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 3.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 3.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 4.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 4.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 5.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 5.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 6.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 6.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 7.0 – unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 7.S - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 8.0 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff ri° 8.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 9.0 - unidade

Cânula p/ aspiração de medula óssea c/ empunhadura ergonômica - unidade

Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semiautomático, tamanho 16g x 150mm - unidade

Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semiautomático, tamanho 18g x 200mm - unidade

- Capa descartável para proteção de equipamento de laparoscopia - unidade
- Capa para colchão ante escaras tipo caixa de ovo - unidade
- Carga para grampeador linear cortante tlc 75mm (azul tecido normal) - unidade
- Cateter curto periférico n° 14 - unidade
- Cateter curto periférico n° 16- unidade
- Cateter curto periférico ri° 18 - unidade
- Cateter curto periférico ri° 20 - unidade
- Cateter curto periférico n° 22 - unidade
- Cateter curto periférico n° 24 - unidade
- Cateter duplo lúmen para hemodiálise curvo 11,5fr x 15cm - unidade
- Cateter duplo lúmen para hemodiálise curvo 11,5fr x 20cm - unidade
- Cateter duplo lúmen para hemodiálise reto 11,5fr x 15cm - unidade
- Cateter duplo lúmen para hemodiálise reto 11,5fr x 20cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 30cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 42cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 09fr x 31cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 12fr x 37cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 42cm - unidade
- Cateter para embolectomia arterial com cuff n° 4.0 - unidade
- Cateter para embolectomia arterial com cuff n° 5.0 - unidade
- Cateter para embolectomia arterial com cuff ri° 7.0 - unidade
- Cateter para oxigênio tipo óculos, adulto - unidade
- Cateter para oxigênio tipo óculos, neo natal - unidade
- Cateter para punção venosa central. N° 16 - unidade

Cateter para punção venosa central. N° 19 - unidade

Cateter para punção venosa central. N° 22 - unidade

Cateter triplo lúmen, para hemodiálise curvo 12fr x 20 cm - unidade

Cateter triplo lúmen, para hemodiálise reto 12fr x 20 cm - unidade

Cateter umbilical número 3.5 - unidade

Cera para osso - envelope com 2.5 gramas - unidade

Clamp para bolsa de colostomia. Descartável. Plástico – unidade

Colchão ante escaras tipo caixa de ovo - unidade

Coletor de material perfuro cortante. Capacidade 13 litros - unidade Coletor de material perfuro cortante. Capacidade 7 litros - unidade Coletor de urina 24h retangular 2000m1 - unidade

Coletor de urina estéril 50ml - unidade Coletor de urina infantil unissex - unidade Coletor de urina não estéril 50ml - unidade

Coletor de urina para uso em incontinência n° 04 - unidade Coletor de urina para uso em incontinência n° 05 - unidade Coletor de urina para uso em incontinência ri° 06 - unidade Coletor de urina sistema aberto com barbante 2000m1 - unidade Coletor de urina. Sistema aberto frasco de 1200m1 - unidade

Coletor de urina. Sistema fechado estéril bolsa de 2000m1 - unidade

Compressa cirúrgica. Campo operatório 45cm x 50cm. Não descartável -unidade

Compressa de gaze aberta tipo queijo 91 cm x 91 m - unidade

Compressa de gaze hidrófila esterilizada 7.5cm x 7.5cm - pacote com 10 unidades unidade

Compressa de gaze hidró- fila não estéril. 7.5cm x 7.5cm - pacote com 500 unidades.

Curativo de carboximetilcelulose sódica 10cm x 10cm - unidade

Curativo de carboximetilcelulose sódica 15cm x 15cm - unidade

Curativo de filme transparente de poliuretano 10cm x 12cm - unidade

Curativo de filme transparente de poliuretano 6cm x 9cm - unidade

- Curativo de filme transparente de poliuretano 7cm x 8.5cm - unidade
- Curativo de filme transparente de poliuretano 8.5cm x 10.Sem - unidade
- Curativo de hidrocolóide sem borda 10cm x 10cm - unidade
- Curativo de hidrocolóide sem borda 20cm x 20cm - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f10 - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f5 - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo nuxo fó - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f7 - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f7 - uso único - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f8 - unidade
- Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.2cm - unidade
- Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.5cm - unidade
- Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.7cm - unidade
- Dosador oral 10ml com tampa – unidade
- Dreno de penrose nº 03 - unidade Dreno de penrose ri° 04 - unidade
- Dreno de sucção estéril 3.2mm x 1.8 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml - unidade
- Dreno de sucção estéril 4.8mm x 1.16 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml - unidade
- Dreno de sucção estéril 6.4mm x 1.16 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml - unidade
- Dreno tubular torácico nº 12 - unidade
- Dreno tubular torácico nº 14 - unidade
- Dreno tubular torácico nº 16 - unidade

Dreno tubular torácico nº 18 - unidade

Dreno tubular torácico nº 20 - unidade

Dreno tubular torácico nº 22 - unidade

Dreno tubular torácico nº 24 unidade

Dreno tubular torácico nº 26 - unidade

Dreno tubular torácico nº 28 - unidade

Dreno tubular torácico nº 30 - unidade

Dreno tubular torácico nº 32 - unidade

Dreno tubular torácico nº 34 - unidade

Dreno tubular torácico nº 36 - unidade

Dreno tubular torácico nº 38 - unidade

Dreno tubular torácico nº 40 - unidade

Eletrodo de monitor cardíaco adulto - unidade

Eletrodo de monitor cardíaco infantil - unidade

Eletrodo de monitor cardíaco redden neonatal - unidade

Eletrodo temporário bipolar p/ marca-passo - unidade

Equipo macro gotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão -
brasino k102 - unidade

Equipo macrogotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão -
hartmann – unidade

Equipo macrogotas p/ bomba de infusão celmunidade

Equipo macrogotas para infusão de soluções fotossensíveis com câmara de gotejamento flexível
e injetor lateral - unidade

Equipo microgotas com pinça rolete e injetor em y - unidade

Equipo microgotas. Câmara graduada de capacidade igual ou acima de 150 ml e injetor lateral - unidade
Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível - unidade

Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível - infantil - unidade

Equipo para medida de pressão venosa central com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral - unidade
Equipo para transfusão sanguínea - unidade

Escova dupla face para antissepsia das mãos e antebraços, com pvpi - unidade

Escova dupla face para antissepsia das mãos e antebraços, sem pvpi - unidade
esfigmomanômetro adulto – unidade

Esfigmomanômetro infantil - unidade

Eletrodo descartável, pacote com 50 unidades - pacote

Espadrapo impermeável 10cm x 4,5m - unidade

Estetoscópio tipo duo sonic - adulto – unidade

Estetoscópio tipo duo sonic - pediátrico - unidade
Extensão st para bomba de seringa 60 cm - unidade
Faixa smarch não estéril tam. 08cm - unidade
Faixa smarch não estéril tam. 10cm - unidade
Faixa smarch não estéril tam. 12cm - unidade
Faixa smarch não estéril tam. 15cm - unidade

Filtro com barreira total a bactéria e a vírus - unidade
Filtro de ar para incubadora vision 2186 - unidade

Fio cirúrgico algodão branco (fita) diam. 0 comp. 0,35 x 80cm - unidade

Fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 0/0 sem agulha - unidade

Fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 2/0 sem agulha unidade
fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 3/0 sem agulha - unidade

Fio cirúrgico catgut cromado 1/0 70cm ag.1/2 círc romba 90mm - unidade

Fio cirúrgico catgut cromado 1/0 75cm ag.1/2 circ robusta 40mm - unidade

- Fio cirúrgico catgut cromado 2/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc - unidade
- Fio cirúrgico catgut cromado 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc - unidade
- Fio cirúrgico catgut cromado 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 círc - unidade
- Fio cirúrgico catgut cromado diam. 0 comp. 70 c / ag 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut cromado diam. 1 comp. 70 c / ag 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut simples 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc - unidade
- Fio cirúrgico catgut simples 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 círc - unidade
- Fio cirúrgico catgut simples laçado 2/0 comp. 150cm 1/2 círc - unidade
- Fio cirúrgico linho 0/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc - unidade
- Fio cirúrgico linho 2/0 comp. 70cm agulha 3/8 círc - unidade
- Fio cirúrgico linho 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc - unidade
- Fio cirúrgico monosyn incolor 3/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc - unidade
- Fio cirúrgico monosyn incolor 4/0 comp. 45cm ag 3/8 triang - unidade
- Fio cirúrgico monosyn incolor 4/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc - unidade
- Fio cirurgico monosyn incolor 5/0 comp. 45cm ag. 3/8 triang - unidade
- Fio cirurgico monOSYn incolor 5/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc - unidade
- Fio cirurgico nylon monofilamentar preto diam. 10/0 comp. 30 c/ ag 3/8 círculo espátula 6,2 mm - unidade
- Fio cirurgico nYlon preto 0/0 comp. 45cm agulha 3/8 triang. - unidade
- Fio cirurgico nylon preto 2/0 comp. 45cm agulha 3/8 círc triang - unidade
- Fio cirurgico nylon preto 3/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade
- Fio cirurgico nylon preto 4/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade
- Fio cirurgico nylon preto 5/0 comp. 45cm agulha 3/8 círc triang - unidade
- Fio cirurgico nylon preto 6/0 comp. 45cm agulha 1/2 círc triang - unidade

Fio cirurgico nylon preto 8/0 comp. 30cm agulha 1/4 círc – unidade

Fio cirurgico premicron poliester verde 5/0 75cm ag.1/2 cir - unidade

Fio cirurgico premilene azul 0/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ - unidade

Fio cirurgico premilene azul 2/0 comp. 50 ag 3/8 circular - unidade

Fio cirurgico premilene azul 2/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc – unidade

Fio cirurgico premilene azul 3/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc - unidade

Fio cirurgico premilene azul 4/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc - unidade

Fio cirurgico premilene azul 5/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc - unidade

Fio cirurgico premilene azul 6/0 comp. 75cm 2xag. 3/8 círc - unidade

Fio cirurgico premilene azul 7/0 comp. 60cm 2xag. 3/8 círc - unidade

Fio cirurgico safil quinck incolor 4/0 70cm ag. 1/2 círc - unidade

Fio cirurgico safil violeta 4/0 ag 15mm 1/2 triang 45cm - unidade

Fio cirurgico safil incolor 4/0 45cm ag. 3/8 círc triang - unidade

Fio cirurgico safil incolor 5/0 45cm ag. 3/8 círc. Triang - unidade

Fio cirurgico safil violeta 0 70cm ag. 3/8 círc. Cil. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 0/0 90cm ag. 1/2 círc. Cil. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 1 90cm ag. 1/2 círc. Cil. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 1/2 círc. Cil. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 1/2 círc. Triang. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 3/8 círc. Triang. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 3/0 70cm ag. 1/2 círc. Cil. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 5/0 70cm ag. 1/2 círc. Retang. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 6/0 45cm ag. 1/4 círc. Esp. - unidade

Fio cirurgico seda preta 0/0 75cm ag. 3/8 círc. Cil. - unidade

Fio cirurgico seda preta 2/0 comp. 70cm ag. 3/8 círc. Cil. - unidade

Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 45cm ag. 1/2 círc. Triang. - unidade

Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 75cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade

Fio cirurgico seda preta 4/0 comp. 45cm ag. 3/8 círc. Cil. - unidade

Fio cirurgico seda preta diam. 1/0 comp. 10x75cm sem agulha - unidade

Fio cirurgico seda preta diam. 2/0 comp. 10x75cm sem agulha - unidade

Fio cirurgico synthofil poliéster verde 1/0 75cm ag. 1/2 triang. - unidade

Fio cirurgico synthofil poliéster verde 2/0 75cm ag 1/2 triang. - unidade

Fio cirurgico vicryl incolor diam. 7/0 comp. 45cm com 2xag 3/8 círculo espátula 65mm, - unidade

Fio de aço diam. 0, c/ ag. 26mm 1/2 círculo cilíndrica - unidade

Fio de aço diam. 2, sem agulha, 3 x 60cm - unidade

Fio de aço diam. 5 ces (8) fios, c/ ag. 48mm 1/2 triang. 45cm - unidade

Fio monocryl incolor 4/0 comp. 45 cm ag. 3/8 triang. 16mm - unidade

Fio pds ii violeta diam. 6/0 comp. 70 cm ag. 1/2 cilind. - unidade

Fio prolene azul 2 comp 50cm ag. 3/8 triangular 75mm - unidade

Fita adesiva hospitalar branca. 19mm x 50m - unidade

Fita microporosa 1,2cm x 10m - unidade

Fita microporosa 10cm x 10m – unidade

Fita microporosa 2,5cm x 10m - unidade Fita microporosa 5cm x 10m - unidade

Fralda descartável adulto tamanho g - unidade Fralda descartável adulto tamanho m - unidade

Fralda descartável adulto tamanho p – unidade

Fralda descartável infantil tamanho g - unidade Fralda descartável infantil tamanho m - unidade

Fralda descartável infantil tamanho p - unidade

Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 300ml - unidade Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 500ml - unidade Grampeador circular curvo 33mm {verde} - unidade

Grampeador linear cortante tlc 75mm (c/ carga azultecido normal) - unidade

Haste flexível em polipropileno. Com algodão hidrófilo nas extremidades - caixa hemostático absorvível aproximadamente 5,5cm x 7,5cm - unidade

Infusor 2 vias com clamp unidade infusor neo 2 vias com clamp - unidade Isolador condutor de pressão para hemodiálise - unidade

Kit de gastrostomia percutânea 20fr x 3,5cm - unidade

Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre lóg - Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 18g - Kit para aspiração sistema fechado n° 14 - unidade

Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 11 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 15 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 20 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável ri° 22 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 23 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 24 - caixa Lanterna clínica em metal - unidade

Lençol descartável. Em papel - unidade

Linha arterial 8mm com catabolhas para hemodiálise - unidade Linha venosa 8mm com catabolhas para hemodiálise - unidade Luva cirúrgica estéril n° 6.0 - par

Luva cirúrgica estéril n° 6.5 - par Luva cirúrgica estéril n° 7.0 - par

Luva cirúrgica estéril n° 7.5 - par Luva cirúrgica estéril n° 8.0 - par

Luva cirúrgica estéril n° 8.5 - par

Luva de procedimento em plástico - par

Luva de procedimento. Tamanho grande - caixa

Luva de procedimento. Tamanho médio - caixa

Luva de procedimento. Tamanho pequeno - caixa

Luva de vinil transparente, tamanho p - caixa

Madeira plástica c/ adaptador ao seio p/ retirada de leite – unidade

Malha tubular em tecido 08cm x 15m - unidade

Malha tubular em tecido 10cm x 15m - unidade

Malha tubular em tecido 12cm x 15m - unidade

Malha tubular em tecido 15cm x 15m – unidade

Malha tubular em tecido 20cm x 15m - unidade

Manta térmica para o controle de temperatura - unidade

Máscara cirúrgica. Descartável pct. C/ 100 und - pct

Máscara descartável específica para isolamento - unidade

Máscara laríngea ri° 3 - unidade

Máscara laríngea n° 4 - unidade Máscara laríngea n° 5 - unidade

Perfurador de membrana amniótica - unidade

Placa para eletrocautério - unidade

Protetor de cateter do tipo luer - lock - unidade

Protetor ocular para fototerapia tam. G - unidade

Protetor ocular para fototerapia tam. M - unidade

Protetor ocular para fototerapia tam. P - unidade

Pulseira identificação paciente adulto na cor branca - unidade

Pulseira identificação paciente infantil na cor branca - unidade

Saco para órbito tamanho grande 0.90cm x 2.10m - unidade

Saco para órbito tamanho médio 0.60cm x 1.50m - unidade

Saco para órbito tamanho neo 0.30cm x 0.60cm - unidade

Saco para órbito tamanho pequeno 0.50cm x 1.00m - unidade

Sapatilha descartável pacote c/ 100 und - pct

Scalp n° 19 - unidade

Scalp n° 21 - unidade

Scalp n° 23 - unidade

Scalp n° 25 - unidade

Scalp n° 27 - unidade

Seringa descartável 10ml - unidade

Seringa descartável 1ml unidade

Seringa descartável 20ml - unidade

Seringa descartável 3ml - unidade

Seringa descartável 5ml - unidade

Seringa descartável 60 ml - unidade

Serra de gigle. Em aço inoxidável. Com 50 cm para cirurgia ortopédica. Com excelente corte -
unidade

Sistema para drenagem mediastina de 2000ml - unidade

Sistema para drenagem mediastina de 500ml - unidade

Sonda folley 2 vias com cufi n° 06 – unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 08 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 10 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 12 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 14 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 16 – unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 18 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 20 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 22 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 24 - unidade

Sonda folley 3 vias com cuff n° 16 - unidade

Sonda folley 3 vias com cuff ri° 18 - unidade

- Sonda folley 3 vias com cuff n° 20 - unidade
- Sonda folley 3 vias com cuff n° 22 - unidade
- Sonda folley 3 vias com cuff n° 24 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 02 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 04 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 06 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 08 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 10 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 12 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 14 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 16 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 18 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 20 – unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 04 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 06 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 07 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 08 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 10 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 12 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 14 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 16 - unidade
- Sonda para nutrição enteral com fio guia 08fr - unidade
- Sonda para nutrição enteral com fio guia 10fr - unidade
- Sonda para nutrição enteral com fio guia 12fr - unidade

Sonda uretral n° 02 - unidade

Sonda uretral ri° 04 - unidade

Sonda uretral n° 06 - unidade

Sonda uretral n° 08 - unidade

Sonda uretral ri° 10 - unidade

Sonda uretral n° 12 - unidade

Sonda uretral ri° 14 - unidade

Sonda uretral n° 16 - unidade

Sonda uretral n° 20 – unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 180mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 250mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 180mm – unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 250mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 180mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 250mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 180mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 250mm unidade

Tampa para recirculação unidade termômetro clínico analógico - unidade

Termômetro clínico digital - unidade

Termômetro digital com alarme máxima e mínima - unidade

Tira reagente para teste de glicemia caixa com 50 unidades - caixa Torneira descartável de três vias - unidade

Touca cirúrgica descartável pacote c/ 100 und - pct Tubo de silicone n° 204 pacote com 15 metros - pct Tubo endotraqueal sem cuff n° 2.5 - unidade

Tubo endotraqueal sem cuff n° 4.0 - unidade Tubo endotraqueal sem cuff n° 4.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff ri° 4.0 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff ri° 4.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 5.0 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 5.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 6.0 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 6.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 7.0 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 7.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 8.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 3.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 3.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 4.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 4.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff ri° 5.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff ri° 5.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 6.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 6.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 7.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff ri° 7.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff ri° 8.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 8.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 9.0 - unidade

Tubo endotraqueal duplo lúmen (robert shaw), ri° 37 – unidade

Tubo endotraqueal sem cuff n° 3.0 - unidade

Tubo endotraqueal sem cuff n° 3.5 - unidade

Vessel loop - cadarço vascular (lx406mm) envelope com 2 und - unidade

**APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS
SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL NO HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ**

A contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial será executada em observância aos princípios administrativos tais como economicidade, publicidade e moralidade e utilizando como referência de preços os valores disponíveis no Portal de Compras do Governos Estadual e Federal.

Serão usados ainda como referências, os seguintes critérios:

HOTELARIA

A hotelaria hospitalar é composta pela junção de serviços com o objetivo de promover a satisfação de todas as necessidades do usuário, as quais envolvem o seu bem-estar, segurança, privacidade e respeito a valores.

Entre os principais serviços que podem ser disponibilizados pela hotelaria estão:

- lavanderia
- limpeza e higienização;
- segurança privada

Limpeza e Higienização

Em uma unidade de saúde, os serviços de limpeza e higienização são de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança, fluxo e assistência aos pacientes, visitantes, e pessoas que transitam em suas dependências.

A limpeza irá contribuir para diminuir as infecções ambulatorial, gerando benefícios a todos os envolvidos. Os pacientes, muitas das vezes debilitados, ao contraírem infecção tendem a ser hospitalizados e assim permanecerem, gerando desgastes aos mesmos e mais ônus para a Administração. Portanto se faz necessário manter a prestação continuada do serviço de limpeza e desinfecção de superfícies da unidade de saúde de maneira adequada, dentro das normas e legislações pertinentes.

Os serviços de limpeza e higienização serão terceirizados e realizados por empresa especializada e os serviços executados e os materiais fornecidos para a execução dos mesmos devem seguir as seguintes referências normativas Portaria n°15, de 23 de agosto de 1988 ANVISA; Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimento de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 1994; Resolução RDC n° 14, de 28 de fevereiro de 2007; Resolução RDC n° 13, de 28 de fevereiro de 2007; Manual Técnico de Limpeza e Desinfecção de Superfícies Hospitalares e Manejo de Resíduos. IBAM/COMLURB, 2010; Segurança do Paciente em Serviços de Saúde — Limpeza e Desinfecção de Superfícies - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA — 2010; RDC Nº 42, de 25 de outubro de 2010; Normas Regulamentadoras: NR 5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, NR 6 - Equipamento de Proteção Individual, NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, NR 24 - Condições Sanitárias e Conforto nos Locais de Trabalho, NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, instrução Normativa n°- 6, de 23 de dezembro de 2013.

O risco de infecção ao paciente está relacionado aos procedimentos aos quais ele é submetido, independentemente da área em que ele se encontra. Mas, a classificação da área auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecções, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde (Limpeza e Desinfecção de Superfícies — ANVISA — 2010). 4.3.1.

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos com maior risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó: UTI, Centro Cirúrgico, Laboratório de Análises Clínicas, Central de Material e esterilização (CME), Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e Farmácia.

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem e corredores.

Áreas não - críticas: são todos os demais compartimentos da unidade não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco.

São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria.

Descrição Do Serviço - Serviços de Limpeza

Prestação de serviços de Limpeza da unidade de saúde, visando à obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes, materiais de limpeza, equipamentos, papel higiênico, papel toalha, sacos de lixo, álcool gel, sabonete líquido, dispenses e papeleiras em quantidade suficiente para atender as necessidades da unidade.

A Limpeza da unidade de saúde consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas da unidade, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ou exaustor, inclusive camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações etc.

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando-se:

1. Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;
2. Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
3. Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;
4. Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;

5. Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área da unidade antes dos procedimentos de limpeza;
6. Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;
7. Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;
8. Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme norma ABNT NBR ISO 9001, ou similar, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial - CCIA; e,
9. Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos.
10. Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
11. Usar técnica de dois baldes sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágue;
12. Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas pela Direção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;
13. Realizar a limpeza de toda a fachada de vidro da unidade pelo menos uma vez por mês.

Obrigações e Responsabilidades da Contratada

A Contratada, além da disponibilização de mão-de-obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a

perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão-de-obra atacada para a prestação de serviços:

- Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando aqueles com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, o qual deve abordar todas as técnicas de forma teórica e prática, tais como: noções de fundamentos de higiene, noções de infecção ambulatorial, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros, em conformidade com os dispostos no Manual “Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies”, da Anvisa (2012).

A capacitação técnica e preventiva deve ser inicial e continuada, sendo obrigatória a comprovação dos treinamentos realizados, devendo constar em documento comprobatório: data; carga horária; conteúdo programático; nome e formação ou capacitação do instrutor; nome e assinatura dos trabalhadores capacitados.

Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPIs e produtos químicos;

Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando as orientações necessárias aos executantes dos serviços. Esses encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/ fiscal do Contratante e tomar as providências pertinentes;

Manter sediado junto ao Contratante durante os turnos de trabalho, indivíduos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;

Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPIs;

Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções; utilizando de forma correta os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme Portaria MTE no 485, de 11 de novembro de 2005 - NR 32.

Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza na unidade, conforme disposições contidas na NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do Contratante;

Exercer controle no que se refere à assiduidade e à pontualidade de seus empregados;

Manter a disciplina entre os seus funcionários;

Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações do Contratante;

Atender de imediato às solicitações do Contratante quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;

Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;

Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;

Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos;

Preservar e manter o Contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza, referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários.

Da execução dos serviços

Implantar de forma adequada, e em conjunto com o gestor de contratos e a CCIH, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;

Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, inclusive:

- sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2D00 da ABNT, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento;
- os sacos devem ficar contidas em recipiente de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento e garantir recipientes para coleta de perfurocortantes;
- todos os utensílios e equipamentos devem ter quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços.
- Dar ciência imediata e por escrito ao Contratante no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos;

Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do Contratante;

Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao Contratante, para que não haja interrupção dos serviços prestados;

Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento;

Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do Contratante, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.

Cabe à Contratada completar ou substituir a material considerado inadequado pela Contratante, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

Dos produtos utilizados

No início de cada mês, fornecer à Contratante todos os produtos necessários para a execução dos serviços de limpeza no período, em quantidade e qualidade adequada, para a aprovação pela fiscalização do contrato;

Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Resolução RDC no.1S/MS/SNVS, de 16/08/10- Fenólicos; quaternários de amônio; compostos orgânicos. e inorgânicos; iodo e derivados; álcoois e glicóis.

Respeitar a legislação vigente para o transporte, manuseio e armazenagem dos saneantes domissanitários e dos produtos químicos;

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou empregados de Contratada, ou com terceiros;

Utilizar produtos somente após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial - CCIA e autorização do gestor/ fiscal do Contratantes e

Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

b) Os cuidados em relação ao uso de produtos químicos que devem ser observados são:

- Estabelecer quais produtos podem ser utilizados.
- Adquirir somente produtos com notificação/ registro deferido no Ministério

da Dos equipamentos e utensílios utilizados;

Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de resíduos, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do Contratante;

Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;

3. Utilizar rótulos (símbolos e expressões), identificar os recipientes de acondicionamento, carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros referenciados na norma ABNT NBR 7500 que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos;

4. Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando a correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços;

Dos Resíduos

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade Contratante e demais exigências legais nos termos da Lei Estadual nº 12.300, de 16/3/06; dos Decretos Estaduais nº 54.645 de 5/8/09 e 55.565, de 15/3/10; da Resolução RDC nº 306 de 7/12/2004, da Resolução MMA nº 358 de 29/4/2005 e da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29/6/98, com o objetivo do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente; realizando a segregação no momento da geração do resíduo e destinando adequadamente os materiais perfurocortantes.

O procedimento de recolhimento dos resíduos de serviços de saúde deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento e transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e a legislação vigente;

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser elaborado pela unidade geradora do Contratante, contemplar todos os Grupos de Resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C, D e E), e atender integralmente ao estabelecido no roteiro constante da Lei Estadual nº 12.800, de 16/3/06; Decreto Estadual nº 54.645 de 5/8/09; Resolução RDC nº 306 de 7/12/2004 da ANVISA, Resolução MMA nº 358 de 29/4/2005 e na Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC n 1, de 29/6/98:

(a) Consideram-se o conceito cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante:

Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da norma NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 — devem constar em saco individual, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal nº 6.360/76, regulamentada pelo Decreto Federal n-º 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;

Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;

Os contêineres com mais de 400 l de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND - Serviço de Nutrição e Dietética, lavanderia e transporte de pacientes;

Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pelo Contratante;

Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e

Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Obrigações e Responsabilidades

- Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;
- Receber, do Contratante, informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem o meio ambiente;
- Responsabilizar-se pelo preenchimento do "Formulário de Ocorrências para Manutenção" por seu encarregado, que poderá ser fornecido pelo Contratante;
- Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao Contratante o "Formulário de Ocorrências para Manutenção" devidamente preenchido e assinado;

Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

- Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;
- Saboneteiras e toalheiros quebrados;
- Lâmpadas queimadas ou piscando;
- Tomadas e espelhos soltos;
- Fios desencapados;
- Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;
- Carpete solto, entre outras.

A Contratada deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso da água. Essa capacitação poderá ser feita por meio do material “O Uso Racional da Água”, oferecido pela SANEAGO em seu sítio na Internet. Os conceitos deverão ser repassados para equipe por meio de multiplicadores;

A Contratada deverá adotar medidas para se evitar o desperdício de água tratada, conforme instituído no Decreto Estadual nº 48.138, de 07/10/03;

Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da Contratada, esperadas com essas medidas;

Sempre que adequado e necessário, a Contratada deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão, por sua economicidade.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovam a redução do consumo de água.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo;

Durante a limpeza noturna, quando permitido, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar ao Contratante sobre equipamentos com mal funcionamento ou danificados como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas;

Sugerir os locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias etc.;

Ao remover o pó de cortinas e persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, o sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.;

Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas nos seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e nas escovas das enceradeiras. Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas;

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo Contratante.

Separar e entregar ao Contratante as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, ou aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que esses adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n-º 401, de 5/11/2008.

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral;

Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n-º 416, de 30 de setembro de 2009 e à Instrução Normativa do IBAMA n-º-01, de 18 de março de 2010.

Quando implantado pelo Contratante Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forma efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados pelo Contratante;

No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a Contratada deverá observar as seguintes regras:

a) Materiais não recicláveis:

Materiais denominados REJEITOS, para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento, dentre eles: lixo de banheiro; papel higiênico; lenço de papel e

outros como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; toco de cigarro; cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada); acrílico; lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado); papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas (acondicionadas em separado e enviadas para fabricante).

b) Materiais Recicláveis:

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável).

Quando implantadas pelo Contratante, operações de compostagem/ fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operações, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário;

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como a redução da destinação de resíduos sólidos;

Otimizar a utilização dos sacos de lixo, cujo fornecimento é de sua responsabilidade, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos;

Observar, quando pertinente, as disposições, da Lei Municipal, quanto à organização de sistemas de coleta seletiva nos grandes geradores de resíduos sólidos, bem como o recolhimento periódico dos resíduos coletados e o envio destes para locais adequados, que garantam o seu bom aproveitamento, ou seja, a reciclagem.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Resolução RDC nº 35, de 16 de agosto de 2010.

Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxicidade, livre de corantes e redução drástica de hipoclorito de sódio;

Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por esses realizadas.

Observar rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congêneres, no que se refere ao atendimento das prescrições do artigo 44, da Lei Federal nº - 6.360 de 23 de setembro de 1976 e do artigo 67, do Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, as prescrições da Resolução ANVISA nº 1, de 5 de junho de 2008, cujos itens de controle e fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante são os Anexos da referida Resolução: ANEXO I — Tipos/ Categorias de produtos de limpeza e afins; ANEXO II

- 3.4Z -Rotulagem para produtos de limpeza e afins.

Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme disposto no Decreto Federal nº8.077, de 14 de agosto de 2013, que regulamenta a Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976; Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme Resolução RDC nº 34, de 16 de agosto de 2010, e os anexos 4 e 5 da Portaria 321/MS/SNVS, de 08 de agosto de 1997, assim como o Artigo 4 da Lei Federal 12.236, de 2s de dezembro de 2015.

Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, somente aplicar saneantes domissanitários cujas substâncias tensoativas aniônicas, utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis, conforme disposições da Resolução RDC nº- 180, de 3 de outubro de 2006 que aprova o Regulamento Técnico sobre Biodegradabilidade dos Tensoativos Aniônicos para Produtos

Saneantes Domissanitários:

a) Considera-se biodegradável a substância tensoativa susceptível de decomposição e biodegradação por microrganismos; com grau de biodegradabilidade mínimo de 9096. Para essa finalidade específica, fica definido como referência de biodegradabilidade o n-dodecilbenzeno sulfonato de sódio. A verificação da biodegradabilidade será realizada pela análise da substância tensoativa aniônica utilizada na formulação do saneante ou no produto acabado;

b) O Contratante poderá coletar uma vez por mês, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais.

b.1) Os laudos laboratoriais deverão ser elaborados por laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada.

Quando da aplicação de álcool, deverá se observar a Resolução RDC n° 46, de 20 de fevereiro de 2002 que aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro;

Ficam terminantemente proibidos, na prestação de serviços de limpeza e higienização predial, o fornecimento, a utilização e a aplicação de saneantes domissanitários ou produtos químicos que contenham ou apresentem em sua composição:

Corantes — relacionados no Anexo I da Portaria n-° 9 MS/SNVS, de 10 de abril de 1987;

Saneantes Domissanitários de Risco I -listados pelo art. 5º da Resolução n° 336, de 30 de julho de 1999 e em conformidade com a Resolução ANVISA RE n-° 913, de 25 de junho de 2001;

Saneantes Domissanitários fortemente alcalinos - apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol), ou líquido para pulverização, tais como produtos desengordurantes, conforme Resolução o RDC n° 32, de 27 de junho de 2013;

Benzeno — conforme Resolução RDC n° 252, de 16 de setembro de 2003, e recomendações dispostas na Lei Federal n° 6.360, de 23 de setembro de 1976, pelo Decreto Federal n-° 8.077, de 14 de agosto de 2013 e pela Lei Federal n° 8.078, de 11 de setembro de 1990, uma vez que de acordo com estudos IARC —International Agency Research on Cancer, agência de pesquisa referenciada pela OMS - Organização Mundial de Saúde, a substância benzeno foi categorizada como cancerígena para humanos;

Inseticidas e raticidas - nos termos da Resolução Normativa CNS n° 01, de 04 de abril de 1979.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua classificação de risco, composição, fabricante e utilização, deverão ter notificação ou registro deferido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde, conforme Resolução RDC nº- S9, de 22 de dezembro de 2010. A consulta aos saneantes notificados e registrados está disponível na seção de Consulta ao Banco de Dados, no sítio da ANVISA:

<http://www.anvisa.gov.br/saneantes/banco.htm>.

Recomenda-se que a Contratada utilize produtos detergentes de baixas concentrações e baixos teores de fosfato.

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com empregados da Contratada, ou com terceiros.

Para seus equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel - Db(A), conforme Resolução CONAMA nº 020, de 07 de dezembro de 1994, em face do ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição.

A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

Resumo dos Materiais/equipamentos Utilizados a serem fornecidos pela contratada: Baldes plásticos de cores distintas (vermelho e azul) de 15 litros; Seladores e impermeabilizantes; Cálice graduado para diluição de desinfetantes; Pá de aço ou plástico para coleta de lixo; Panos para limpeza: tipo saco alvejado, multiuso e flanela Polidor de metais; Hipoclorito de Sódio a 196; Detergente desinfetante tipo desodorizador a base de quaternário de amônia; Detergente líquido neutro concentrado para pisos; Desentupidor de pias; Desentupidor de vaso sanitário; Desinfetante líquido a base de eucalipto; Rodos (40 e 60 cm em alumínio ou plástico resistente); Escovas para sanitários; Saco plástico branco leitoso tipo II NBR 9190: 40, 60 e 100 litros; Saco plástico preto NBR 9191: 40, 60 e 100 litros; Sacos de lixo de todos os tipos necessários, Cera antiderrapante; Álcool 70%; Álcool em gel e dispensers; Sabonete líquido e dispensers; Papel Higiênico e papeleiras, toalhas de papel e Porta Toalhas; Removedor de ceras; Palha e lã de aço; Disco para lustrar; Disco para lavar; Vassoura limpa teto; Esponja de limpeza;

Lustra móveis; Kit limpa vidros; Carro de limpeza; Carro fechado, lavável para transporte de lixo conforme orientado no Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde da Unidade Contratante; Carro plataforma; Enceradeira industrial; Escadas de tamanho diversos; Máquina lavadora com jato de água à pressão; Rastelo; Garfo; Enxada; Vassoura leque; Enceradeira alta rotação Highspeed; Vassoura tipo Mop seco e água + Cabeleiras; Luvas grossas de borracha nos diversos tamanhos em duas cores distintas; rádios comunicadores; Carriola e outros materiais e equipamentos para atender adequadamente as necessidades dos serviços. Todos os materiais e equipamentos deverão ser de primeira qualidade .

Quantitativo Estimado de Pessoal

Para a prestação dos serviços de limpeza, higienização e jardinagem, estima-se o seguinte quantitativo de pessoal:

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal	Quantitativo de Postos
Auxiliar de Serviços Gerais	44 hs semanais	Diurno	36	12
Auxiliar de Serviços Gerais	44 hs semanais	Noturno	18	12
Encarregada	44 hs semanais	Diurno	6	1
Encarregada	44 hs semanais	Noturno	3	1
Jardineiro	44 hs semanais	Diurno	4	1
Supervisor	44 hs semanais	Diurno	3	1

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA

Função dos Vigilantes:

- Fazer rondas internas e externas do edifício, durante o dia e à noite;
- Possibilitar o máximo de segurança possível contra roubo/furto e sabotagens em materiais, equipamentos e outros;
- Comunicar imediatamente, registrando por escrito, ao setor competente da Contratante, bem como à pessoa responsável pelo serviço, todo acontecimento entendido irregular e que atente contra a segurança, bem como qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter constante verificação de entrada e saída de público e colaboradores nos diversos setores do prédio;
- Controlar a entrada e saída de pessoas, fora do horário normal de expediente, conferindo listagem de colaboradores que tem livre acesso ao local;
- Conferir listagem de colaboradores que tem livre acesso ao prédio a qualquer hora, dentro ou fora do horário de expediente;
- Permitir o ingresso nas dependências internas somente de pessoas previamente identificadas e autorizadas pelo Contratante;
- Restringir a circulação de pessoas alheias ao serviço em prédio de serviços internos, sem a circulação de público;
- Fiscalizar a entrada e saída de objetos e equipamentos do prédio;
- Não permitir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados, bem como todas as atividades comerciais;
- Observar a movimentação de indivíduos suspeitos, adotando medidas de segurança necessárias para evitar qualquer eventualidade anormal;
- Recolher qualquer objeto encontrado nas dependências da Contratante e entregá-lo ao setor competente;
- Manter seus equipamentos de trabalho e armamento em perfeitas condições de uso;
- Seguir os horários fixados na escala de trabalho, baseada nos postos de vigilância estabelecidos;
- Manter afixado no posto de vigilância, em local visível, o número de telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de bombeiros, da Central Elétrica, da SANEAGO, dos

técnicos responsáveis pela assistência Técnica e dos responsáveis pela administração do prédio;

- Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial nas dependências da Contratante, facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- O vigilante deverá assumir diariamente o posto de vigilância devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados e limpos e manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres, principalmente para atender chamados e/ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros não autorizados;
- O Cassetete deverá ser utilizado somente em defesa própria ou de terceiros e na guarda de patrimônio do Contratante, depois de esgotados todos os meios para a solução eventual do problema;
- Cumprir a programação dos serviços de acordo com determinação do Contratante de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral que se façam presentes;
- Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas dependências onde os serviços estão sendo prestados, para impedir danos ou prejuízos ao Patrimônio Público;
- Observar as regras para a utilização de telefones ou equipamentos de propriedade do Contratante, responsabilizando-se pelo dano que porventura vier a causar;
- Recolher no pronto socorro sempre que solicitado, objetos de pacientes que não tenham condições de mantê-los consigo e que estejam desacompanhados e entregá-los no guarda volumes relacionando-os em formulário ou livro próprio;

Dos Serviços De Portaria

Os serviços portaria funcionam 24 horas nas dependências da unidade. Sem eles o controle e a supervisão da portaria social e portaria de fornecedores, ficariam prejudicados, resultando em sérios transtornos, podendo até comprometer o funcionamento regular da unidade de saúde.

Em uma unidade de saúde, a contratação de empresa para a execução dos serviços acima descritos, é de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança dos pacientes, colaboradores e demais pessoas que transitam em suas dependências.

Descrição Do Serviço

Os porteiros deverão executar os serviços conforme descrito a seguir:

- Executar serviços de portaria da unidade de saúde, baseando-se em regras de conduta, para assegurar a ordem no prédio e de seus ocupantes;
- Fiscalizar a entrada e saída de pessoas, observando o movimento das mesmas no saguão da portaria principal, nos corredores e pátios, procurando identificá-las, para vedar a entrada as pessoas suspeitas, ou encaminhar as demais ao destino solicitado;
- Manter serviço permanente de portaria contínua da unidade de saúde;
- Acender e apagar as luzes das partes comuns da unidade de saúde, observando os horários e/ou necessidades;
- Auxiliar no serviço de segurança interna da unidade de saúde;
- Encarregar-se da correspondência em geral e de encomendas de pequeno porte enviadas aos ocupantes do Edifício, recebendo-as e encaminhando-as aos destinatários, para evitar extravios e outras ocorrências desagradáveis;
- Vetar a entrada de vendedores, demonstradores, entregadores, etc., sem autorização.
- Desempenhar outras atribuições pertinentes ao cargo;

Os serviços deverão ser executados com o quantitativo mínimo descrito:

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal	Quantitativo de Postos
Porteiro	12 x 36	Diurno	12	5
Porteiro	12X36	Noturno	8	5

Os serviços serão executados em horários que sejam acordados e convenientes para o IBGC de forma que não cause perturbação, constrangimento ou atrapalhe os demais serviços do local.

Além das obrigações pactuadas contratualmente, o Participante deverá:

- a) responder pela supervisão, direção e execução técnica dos serviços;
- b) realizar os serviços utilizando profissionais capacitados, observando os princípios de qualidade, eficiência requeridos por serviços da espécie;

- c) admitir em seus quadros os referidos profissionais, os quais constituir-se-ão em empregados próprios da Participante, não se estabelecendo, com estes, nenhum vínculo empregatício perante o IBGC;
- d) fornecer a efetivo necessário à execução dos serviços, conforme contrato, substituindo aqueles que não se adaptarem às normas internas do IBGC;
- e) dar ciência ao IBGC, imediatamente e por escrito, de qualquer anormalidade verificada na execução dos serviços, bem como prestar esclarecimentos relativos a este, quando necessários;
- f) utilizar somente funcionários devidamente habilitados, uniformizados, treinados e identificados;
- g) conhecer, respeitar e fazer com que sejam cumpridos os procedimentos e Instruções de Trabalho elaborados em comum acordo com o IBGC;
- h) responder por qualquer dano ou prejuízo causado ao IBGC ou a terceiros, por ação ou omissão de seus prepostos e/ou empregados, em decorrência da execução dos serviços previstos neste instrumento;
- i) instituir mecanismos de mensuração da produtividade da equipe executora do contrato, gerando relatórios e prestando informações;
- j) substituir a qualquer tempo empregado ou preposto seu que não esteja agindo com urbanidade e cortesia, ou que coloque em risco a saúde do ambiente organizacional;
- h) cumprir todas as normas de segurança e medicina do trabalho atinentes à sua área de atuação;
- i) orientar seus funcionários de que estes deverão obedecer às regras, a fim de evitar desvio de função e subordinação direta com o IBGC;

DA MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção preventiva e corretiva nos sistemas, redes e instalações hidrossanitárias, elétricas e telefônicas, incluindo grupo gerador, barramento, bombas de água e esgoto, existentes ou que venham a ser instaladas é de fundamental importância para o funcionamento da unidade de saúde, podendo ser realizada por empresa especializada e deverá funcionar 24 horas por dia.

O serviço de manutenção preventiva, corretiva e preditiva deve abranger:

- a) os sistemas de prevenção e combate a incêndio que inclui o sistema de proteção contra descargas atmosféricas, o sistema de rede de hidrantes e extintores portáteis, o sistema eletrônico de detecção de fumaça e alarme contra incêndios, o sistema de iluminação de emergência e o sistema de sinalização de segurança e emergência, existentes ou que venham a ser instalados;
- b) Instalação, desinstalação, higienização, manutenção preventiva, corretiva e preditiva nos sistemas de refrigeração, envolvendo câmaras fria (cozinha), ar condicionado, compreendendo equipamentos de janela e Split, existentes ou que venham a ser instalados;
- c) Manutenção preventiva, corretiva e preditiva em obras civis, serralheria, soldagem, esquadrias, vidraçarias, gesso, forro (PVC e madeira) marcenaria, capotaria, persianas, pintura, alvenaria e divisória naval/especial;
- d) Limpeza e higienização, em conformidade com as legislações pertinentes e as normas técnicas, das caixas d'água e dos reservatórios inferiores e superiores, existentes ou que venham a ser instalados;
- e) Realização de serviços eventuais diversos relacionados aos sistemas mantidos, tais quais: instalação e remanejamento de circuitos elétricos, rede lógica e telefônicos; instalação e remanejamento de equipamentos de ar condicionado, instalação de luminárias, substituição de lâmpadas e equipamentos hidrossanitários, instalações hidráulicas, bem como reconstituição de partes civis afetadas.
- f) Acompanhamento de Serviços de Controle de Vetores e Pragas Urbanas, para dedetização, desinsetização, desratização, controle de pombos, e, morcegos.
- g) Gestão dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos elevadores.

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal
Engenheiro civil com especialização	44 hs semanais	Diurno	1

em Engenharia Clínica			
Engenheiro Civil	44 hs semanais	Diurno	1
Eletricista	44 hs semanais	Diurno	2
Técnico de Manutenção Predial	44 hs semanais	Diurno	3
Técnico de Manutenção Predial	44 hs semanais	Noturno	1

Para a execução dos serviços, a CONTRATADA deverá disponibilizar a quantidade de profissionais descrita nos quadros acima.

As atribuições mínimas dos profissionais componentes da equipe são:

ENGENHEIRO: Planejamento dos serviços a serem executados, análise de suprimentos para obra, acompanhamento de medições, a empresa deverá possuir em seu quadro técnico Engenheiro Civil, visando obter a melhor avaliação sobre os trabalhos a serem feitos sem danos a instituição.

TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL: Desenvolver as diversas atividades de marcenaria, alvenaria, hidráulica, serralheria, suporte no transporte manual de mobília e objetos inerentes a este setor. Realizar serviços de preparação de argamassa, transporte de agregados e utensílios para alvenaria, lixamento de parede, pintura, entre outras.

ELETRICISTA: Efetuar a manutenção nas instalações elétricas, redes de baixa tensão, quadros, subestação interna e outros, para o funcionamento adequado do sistema elétrico. Efetuar a manutenção preventiva de disjuntores, quadros de distribuição de força, equipamentos elétricos em geral, sistemas de comando, sinalização e proteção. Zelar pelo funcionamento adequado do sistema elétrico dos edifícios da unidade, observando os projetos executivos de eletricidade, dirimindo dúvidas com os engenheiros, observando os detalhes de segurança no

trabalho e propondo modificações necessárias às instalações em conformidade às normas e procedimentos técnicos de segurança, qualidade, higiene e preservação ambiental.

DA CONTRATAÇÃO

A contratação de empresas na área de prestação dos serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial para o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e destina-se a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, inclusive no que se refere a qualidade, e a evitar operações em que se caracterize sobrepreço ou superfaturamento, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, da eficiência, da economicidade, do desenvolvimento nacional sustentável, da obtenção de competitividade, do julgamento objetivo e do formalismo moderado.

A contratação de serviços pode ser aplicada em todas as áreas da empresa definida como atividade- meio e fim, por exemplo, as seguintes atividades: serviços de alimentação, serviços de conservação patrimonial e limpeza, serviço de vigilância, serviço de recepção, serviços de processamento de dados, administração de recursos humanos, administração de relações trabalhistas e sindicais e serviços especializados ligados a atividade-fim do tomador de serviços.

A condição para tornar-se um prestador do IBGC é estar em dia com suas responsabilidades fiscais, além de estar alinhado às políticas de gestão de prestadores como Compras, Planejamento e Logística e Compliance e ser aprovado tecnicamente, conforme os critérios de Compras para a categoria de serviços.

Os requisitos para o funcionamento da empresa de prestação de serviços a terceiros estão previstos no artigo 4º B, que foi inserido pela Lei 13.429/2017.

A saber :

- a) prova de inscrição no CNPJ;
- b) registro na Junta Comercial;
- c) capital social compatível com o número de empregados, observando-se os seguintes parâmetros, observando-se os seguintes parâmetros:

c1 – empresas com até dez empregados – capital mínimo de R\$ 10 mil reais;

c2 – empresas com mais de 10 empregados até 20 empregados – capital mínimo de R\$ 25 mil reais;

c3 – empresas com mais de 20 e até 50 empregados – capital mínimo de R\$ 45 mil;

c4 – empresas com mais de 50 e até 100 empregados – capital mínimo de R\$ 100 mil reais;

c5- empresas com mais de 100 empregados – capital mínimo de R\$ 250 mil reais.

APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

RELATO TEÓRICO SOBRE O TEMA:

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ATUALIDADE

A maneira como as organizações gerenciam as pessoas está passando por profundas transformações em todo o mundo, desde meados da década de 1980. Essas mudanças estão, em grande medida, relacionadas ao aumento da competitividade e à intensificação da globalização, que vêm provocando inadequações nos modelos tradicionais de gestão de pessoas no que diz respeito às demandas e expectativas das empresas e das pessoas (DUTRA, 2004).

A discussão sobre competitividade, reestruturação produtiva e mercado impulsionou mudanças na gestão das organizações e, especificamente, na gestão de recursos humanos, que passou a ser visualizada como um importante fator diferencial para alcançar os objetivos e expectativas das organizações (BARBOSA, 2005).

Surge, então, a necessidade de desenvolver uma gestão de pessoas cujos objetivos e orientações estejam perfeitamente alinhados com as prioridades estratégicas da organização e que conduzam suas ações e os comportamentos dos indivíduos de maneira coerente com estas prioridades. Ademais, a aproximação da gestão de recursos humanos com a estratégia organizacional perpassa o reconhecimento de que as macroestratégias organizacionais não podem ser definidas sem uma análise dinâmica da capacidade interna no que tange à dimensão humana (LONGO, 2007).

Toda essa transformação percebida na gestão de recursos humanos está inteiramente associada à valorização dos indivíduos enquanto ativos intangíveis da organização.

De acordo com Dutra (2004, p. 14) “quanto mais as organizações buscam flexibilidade e velocidade decisória mais dependem das pessoas”. Neste contexto, tem-se a necessidade de valorizar as pessoas e a percepção de que estas são fundamentais para o alcance dos resultados e para a vantagem competitiva, o que impacta a maneira de gerenciá-las e conduzi-las aos objetivos organizacionais.

Dentre as transformações sofridas pela gestão de recursos humanos nos últimos anos, talvez uma das mais importantes seja a adoção da atual concepção de políticas integradas de gestão de recursos humanos. Nesta concepção não é suficiente a mera definição de regras isoladas para recrutar, contratar, remunerar e capacitar. Para alcançar os atuais objetivos das

organizações, é necessário que as políticas de recursos humanos sejam formuladas tendo como base as mesmas premissas e princípios, caracterizando a integração e a conexão entre as mesmas (ALBUQUERQUE, 1987; MARCONI, 2003; LONGO, 2007).

Além da articulação dos diversos subsistemas e políticas de recursos humanos, a gestão integrada desta área caracteriza-se pela articulação destes subsistemas e políticas à estratégia organizacional, que, por sua vez, deve ser desdobrada na estratégia da área, refletindo os resultados almejados pela organização.

GESTÃO INTEGRADA DE RECURSOS HUMANOS E SEUS SUBSISTEMAS

Os enfoques e critérios usados para a categorização das políticas e subsistemas que compõem a gestão integrada de recursos humanos não são uniformes. Embora grande parte dos autores reconheça a existência das mesmas funções para a administração de recursos humanos, a terminologia e o agrupamento destas funções são realizados de maneiras diversas

Apontamos os seguintes subsistemas: planejamento de recursos; organização do trabalho; gestão do emprego; gestão do desempenho; gestão da compensação; gestão do desenvolvimento; e gestão das relações humanas e sociais (LONGO, 2007).

Subsistema de gestão do emprego: está diretamente relacionado à gestão dos fluxos, por meio do qual as pessoas entram na organização, se movimentam por ela e saem dela. Pode ser dividido em três áreas principais: gestão da incorporação, refere-se ao acesso dos indivíduos à organização e ao posto de trabalho; gestão da mobilidade que afeta os movimentos dos funcionários entre os postos de trabalho; e gestão da desvinculação, refere-se à extinção da relação empregatícia ou, mesmo, às medidas de caráter disciplinar (LONGO, 2007).

Subsistema de gestão do desempenho: tem o propósito de influenciar e impactar o desempenho dos funcionários, provocando o alinhamento de suas ações às prioridades da organização e ampliando a contribuição de cada um à estratégia organizacional (LONGO, 2007). Pensando em um sistema integrado de gestão de pessoas, a gestão do desempenho deve estar conectada à gestão da compensação e do desenvolvimento. Assim, os resultados das avaliações de desempenho precisam estar alinhados com as compensações variáveis e com a oferta de capacitação e melhorias na formação dos funcionários (PONTES; 1996).

Subsistema de gestão da compensação: inclui o conjunto de compensações retributivas, salariais e extra-salariais, e não retributivas que a organização oferece aos seus funcionários (LONGO, 2007). Sua importância torna-se evidente diante da necessidade de

conceder ao funcionário um salário que o recompense, conforme contribuição à organização, sem que os custos desta compensação ofereçam riscos à competitividade da empresa ou sem que comprometa o orçamento público ou os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Subsistema de gestão do desenvolvimento: tem como objetivo incentivar o crescimento profissional das pessoas, conforme o potencial de cada um, estimulando o aprendizado individual e organizacional, e definindo os itinerários de carreira que associem as demandas da organização às necessidades e expectativas individuais (LONGO, 2007). Deve responsabilizar-se também pela capacitação adequada dos funcionários, no intuito de complementar sua formação inicial e de promover sua constante atualização dos conhecimentos, possibilitando seu desenvolvimento profissional.

Subsistema de gestão das relações humanas e sociais: se dedica ao gerenciamento das relações firmadas entre a organização e seus funcionários que possuem caráter coletivo. Contempla a importância das relações sociais na organização e, conseqüentemente, a relevância das ações dos dirigentes diante das relações sociais e grupais. Parte do pressuposto de que “uma pessoa nunca pode dissociar aquilo que é da sua relação com os outros” (AMBLARD et al., 1989, p. 45). Abrange ainda o fato de que o indivíduo possui necessidades sociais, de estima e realização pessoal (MASLOW; 1954). Segundo Longo (2007), pode ser subdividido em gestão do clima organizacional, gestão das relações trabalhistas e gestão das políticas sociais.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

RECURSOS HUMANOS

O setor de Recursos Humanos são, de acordo com as teorias de administração de instituições, uma das fontes de riqueza mais importantes já que são os responsáveis pela execução e desenvolvimento de todas as tarefas e atividades que precisam para o bom funcionamento da mesma.

A gestão de Recursos Humanos possui um conjunto de ações que visam planejar, recrutar e selecionar pessoas, integrar indivíduos, análise descrição de cargos e funções, avaliação do desempenho no trabalho, planos de cargos e salários, remuneração e benefícios,

higiene e segurança no trabalho, formação e desenvolvimento profissional, análise, controle e auditoria em recursos humanos.

Sempre visando o desenvolvimento humano e como consequência, atingindo os objetivos almejados pela instituição.

ESTRATÉGIAS DE RECURSOS HUMANOS

O objetivo estratégico da instituição é garantir a qualidade em seus atendimentos oferecidos à sociedade e para isso, os Recursos Humanos, como parte desta engrenagem, buscam capacitar os profissionais, garantindo a geração de novos conhecimentos.

O acolhimento a novos profissionais, também faz parte das estratégias do setor de Recursos Humanos. E a garantia da segurança do trabalhador em seu ambiente profissional, é parte importante das estratégias deste setor com visões humanizadas.

MISSÃO, VISÃO E VALORES

O IBGC acredita que é preciso garantir que todas as pessoas que fazem parte da unidade de saúde, na condição de colaboradores, independentemente do cargo que ocupem, sigam alguns valores, que pautem suas atitudes. Nesse sentido temos missão, visão e valores:

A missão deste setor visa oferecer a excelência na gestão das atividades humanas, com responsabilidade na geração de conhecimentos e da responsabilidade social.

A visão é ser referência pelo reconhecimento da qualidade dos serviços prestados, visando à promoção da gestão de serviços, apoiada nas melhores práticas de excelência em âmbito nacional.

Os valores são pautados na Humanização, Trabalho em equipe, Ética, Credibilidade, Responsabilidade Socioambiental, Disciplina, Confiança, Inovação em Excelência, Transparência, Foco estratégico no cliente, Parcerias entre as diversas esferas do governo, Qualidade.

Qualidade Da Gestão

A melhoria da Qualidade da Gestão será desenvolvida no fortalecimento da Governança com a instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuada com a Gestão Estadual e com o controle social. Compreende:

- Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde;
- Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças em direção às Redes de Atenção à Saúde;

- Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos;
- Estabelecer estratégia para o desenvolvimento e formação de Recursos Humanos. Outro aspecto relevante é a confiança dos trabalhadores que se evidenciará pela possibilidade de realizar a prestação do serviço dentro de um ambiente satisfatório, com o amparo de insumos e equipamentos suficientes para a realidade local para a realização da atividade profissional, sem riscos para as partes, bem como com a segurança institucional de validação das ações.

A construção de um bom clima organizacional perpassa tanto as condições físicas e operativas, quanto as condições psicológicas do ambiente de trabalho.

DA GESTÃO DE PESSOAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

Para o IBGC, só é possível falar em desenvolvimento de ações e uma política de recursos humanos eficientes, pensando-se em formas integradas que possibilitem oportunidades, gestão, controle social, ampliação do conhecimento, utilização de tecnologias.

Deste modo é preciso pensar ações estratégicas que resultem em resultados eficazes para uma boa política interna de recursos humanos no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. Descreveremos algumas a seguir:

USO DA METODOLOGIA OKR

Essa metodologia corresponde a um modelo de gestão com foco em resultados. Para isso, são estabelecidos OKR's – sigla para objetivos e resultados-chave (key results) – que devem ser cumpridos para contribuir com a estratégia da instituição.

É fundamental que todos os colaboradores estejam a par e entendam esse conjunto de metas de forma clara, o que elimina dúvidas, aumenta a produtividade, promove o engajamento em torno dos resultados mensuráveis de uma instituição.

De modo simplificado, o criador dessa metodologia estabeleceu a fórmula para definir metas sendo como:

“Eu vou” (Objetivo)

“medido por” (conjunto de resultados-chave)

Ou seja, nos OKRs nós temos dois principais componentes:

Objetivos (O): declaração concisa da direção desejada pela instituição. Um bom objetivo tem que ser vividamente descrito para que as pessoas possam imaginar o quão impactante será alcançá-lo.

Resultados-chave (KR): metas com impacto direto no atingimento do objetivo caso seja alcançado com sucesso.

O objetivo é qualitativo e os KRs (na maioria das vezes entre 2 e 5 para cada objetivo) são quantitativos.

Enquanto os objetivos devam ser concisos, claros e aspiracionais para estarem sempre na cabeça dos colaboradores, os key results são usados para indicar se o objetivo foi atingido até o final de período – normalmente trimestre para OKRs táticos e anual para OKRs estratégicos.

Eles são usados como uma ferramenta de gestão e comunicação muito eficaz, pois auxiliam na criação de foco e alinhamento do esforço de toda a equipe em torno de um objetivo desafiador.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE LÍDERES

A liderança pode ser vista como algo nato, ou construída. Em ambos os casos, em uma instituição é fundamental que haja capacitação e aperfeiçoamento da mesma, bem como personalização de tipos de lideranças, a depender do setor de atuação profissional.

Os líderes de uma instituição são um valioso capital humano, uma vez que a missão, valores, princípios de uma organização são por eles disseminados. Ademais, são eles os responsáveis por definir e acompanhar o cumprimento dos objetivos e metas.

Líderes/gestores bem treinados, reverberam nos resultados da instituição.

CAPACITAÇÃO CONTINUADA

Conforme demonstrado no tópico correspondente, a formação continuada será abordada pelo IBGC como uma forma de aprimoramento das ações profissionais.

Uma instituição que possui uma equipe bem preparada e segura no desempenho de seu ofício, certamente encontra entre a mesma a sensação de satisfação, por se sentir capaz, conhecedora de suas atividades e reconhecida pela instituição que à capacita continuamente.

PLATAFORMA IBGC DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

O IBGC desenvolverá uma plataforma para atender todos os colaboradores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, com o objetivo de realizar minicursos, lives, palestras, seminários virtuais, para o desenvolvimento de competências e habilidades dos trabalhadores.

RESPEITO, RECONHECIMENTO E APONTAMENTOS NECESSÁRIOS

Os gestores trabalharão voltados para uma cultura permanente de respeito ao colaborador, reconhecimento e apontamentos necessários de forma à corrigir condutas e estimular a prática profissional.

O reconhecimento se dará por meio de e-mails institucionais de agradecimento, bem como destaques em mural de colaboradores com parabenizações.

As correções, quando necessárias, serão feitas reservadamente, de modo à oportunizar o contraditório ao colaborador, estimula-lo à apontar suas deficiências e buscar, conjuntamente, saná-las.

APRESENTAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ÁREAS SEMESTRALMENTE

Há cada 6 (seis) meses os colaboradores da unidade, passarão por uma semana de conhecimento sobre as áreas e atividades desempenhadas por outros setores, de modo à compreender às demais áreas e evitar gargalos na execução da prestação dos serviços de saúde.

CONFRATERNIZAÇÕES E CELEBRAÇÃO DE DATAS

No fim do ano, bem como em datas específicas (Dia das mulheres, dia das mães, dia dos pais) buscaremos confraternizar (café da manhã, coffe break, entrega de lembrancinha elaborada pela própria equipe da Diretoria Administrativa) de modo à fazer com que o colaborador se sinta bem querido e reconhecido, além de ter um momento de descontração na unidade.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E ALINHAMENTOS

A cultura das reuniões em demasia, é algo combatido pelo IBGC, uma vez que excesso de reuniões, acaba por acarretar, na maioria das vezes, em ausência de resultados concretos. Mas pontualmente (a cada 120 dias) serão realizadas reuniões nas instituições, com todo corpo de colaboradores, após o horário de expediente, de modo a apresentar todas as conquistas do período anterior, bem como propor adequações para eventuais melhorias.

PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

De acordo com um estudo realizado pela Michael Page, engajar os colaboradores é o principal desafio das instituições.

Os profissionais de RH e os gestores devem sempre buscar formas de manter um bom clima organizacional, com os profissionais motivados, alinhados com os valores da instituição e satisfeitos com os benefícios e com o ambiente de trabalho como um todo.

Tudo isso sem impactar demasiadamente o orçamento da instituição e sem gerar desequilíbrios entre os colaboradores. Parece uma equação difícil de fechar, e é mesmo.

A melhor forma de fazer isso, de modo eficiente e econômico, é ouvindo os próprios colaboradores constantemente. Isso deve ser feito através de pesquisas de clima organizacional. O Objetivo da pesquisa de clima organizacional é medir o nível de satisfação dos colaboradores com relação aos diferentes aspectos do ambiente da instituição e a maneira como os colaboradores interagem uns com os outros.

DA PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Antes de aplicar o questionário de clima organizacional o IBGC observará as seguintes ações:

1. Incentivo a participação

Para que a pesquisa dê resultados, é importante incentivar a participação dos colaboradores e engajá-los no processo da pesquisa. Ao enviar um e-mail com o link da pesquisa, explicaremos quais são os nossos objetivos com aquelas perguntas e como a participação de todos é importante.

2. Confidencialidade

Algumas perguntas podem ser consideradas muito delicadas para os colaboradores e eles podem se sentir desconfortáveis ao respondê-las. Por isso, deixaremos claro que as respostas serão avaliadas de forma coletiva e que nenhuma participação será avaliada individualmente. Utilizaremos uma ferramenta que de fato não permita a visualização individual de cada resposta e garanta a confidencialidade dos nossos colaboradores.

3. Não obrigatoriedade da participação

As respostas devem ser sinceras e espontâneas, por isso, as pessoas precisam se sentir à vontade para respondê-las. Deixaremos claro que a participação na pesquisa é voluntária e que não haverá nenhum tipo de penalização para quem não responder.

4. Divulgaremos os resultados

Todos os colaboradores gostam de se sentir inseridos nos processos. Por isso, divulgaremos os resultados para toda a instituição.

5. Planejando as ações

Com os resultados da pesquisa em mãos, planejaremos ações, proporemos mudanças e melhorias e estabeleceremos metas. Os colaboradores perceberão em nossa gestão que as opiniões dele são levadas em consideração e que as sugestões são ouvidas.

6. Periodicamente faremos a pesquisa

É importante que as pesquisas de clima sejam feitas periodicamente, para que os resultados das ações possam ser medidos e avaliados. Com pesquisas periódicas, fica fácil identificar quando alguma mudança não é bem aceita pelos colaboradores e tomar ações antes de ter uma equipe desmotivada ou, o que é pior, ter perdas no time. Estimamos a cada 6 (seis) meses realizar a pesquisa.

7. Envolvimento da Diretoria

Em nossa gestão os diretores estarão diretamente envolvidos nas pesquisas de clima organizacional. Tal envolvimento é de suma importância para que não haja surpresas com nenhum resultado negativo ou ação proposta. Isso também serve para que eles saibam que a instituição está muito preocupada com a valorização do ambiente de trabalho e dos colaboradores. Além disso, sempre que for pertinente, serão eles também convidados pelo IBGC a responderem às pesquisas.

DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Indicadores:

- Número de colaboradores que aderiram ao projeto;
- Porcentagem de colaboradores satisfeitos;
- Porcentagem de colaboradores insatisfeitos.

RESULTADOS:

Finalmente, os resultados da avaliação serão mapeados e apresentados a Diretoria de cada área, aos gestores e aos colaboradores tendo como foco o levantamento

dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

**PROPOSTA DE ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO
DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA
COMBATER ABSENTISMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO**

A gestão de pessoas é um processo sofisticado e integral voltado à motivação e avaliação das pessoas que trabalham nas organizações. Antigamente, o “funcionário” não era visto como uma “pessoa” na empresa, era somente um número e nada mais. A principal preocupação do RH era a folha de pagamento.

Processar a folha de pagamento e demais tarefas do departamento pessoal é coisa do passado. Atualmente se espera da área de recursos humanos das organizações é o controle sobre os recursos humanos, e a promoção de uma administração mais humana.

Isso ocorre não porque as organizações tenham, de repente, se tornado “boazinhas”, mas porque perceberam os benefícios subjacentes dessa política.

Além de manter as rotinas de departamento pessoal, imprescindível para a organização, cuida do desenvolvimento, do crescimento, do reconhecimento e envolvimento do funcionário com os objetivos organizacionais e com os seus próprios objetivos.

Cargas horárias:

- Carga horária da área assistencial – 8 horas/dia
- Técnicos radiologistas – 4 horas /dia
- Cargos administrativos – 8 horas/dia
- Área de Apoio – 8 horas/ dia
- Laboratório – 8 horas/ dia

**RECRUTAMENTO E SELEÇÃO
NORMAS DO IBGC**

**REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL
CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1.º – Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde unidade assistencial da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Art. 2.º – O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

**CAPITULO II
DO PROCESSO DE SELEÇÃO
Título I – Das Competências**

Art. 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - Aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal.

II - Aos Gerentes e Coordenadores da unidade assistencial:

- a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;
- b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica.
- c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - à área Recursos Humanos da unidade assistencial:

- a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal.
- b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

V – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4.º – O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores da unidade assistencial, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

Parágrafo Primeiro. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

Parágrafo Segundo. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

Parágrafo Terceiro. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

- I - Substituição de um colaborador.
- II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II

Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5.º – O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Art. 6.º – O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

II – Segunda Etapa: os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações:

a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário.

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos.

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa: os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

IV – Quarta Etapa: os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7.º - As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

DA CONTRATAÇÃO

Art. 8º Os candidatos serão convocados por ordem de classificação, pela área responsável pelo recrutamento e seleção, por meio de informativo no sítio eletrônico do instituto, e-mail, telefone, mensagem de texto ou correspondência.

Art. 9º A inobservância, por parte do candidato, de qualquer prazo estabelecido para sua contratação, referente à entrega de documentos e realização do exame médico admissional, implicará exclusão do processo de seleção e admissão.

Art. 10º A contratação do candidato aprovado será feita no regime de Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, por um período de experiência de até 90 (noventa) dias.

Art. 11º É vedada a recontração de empregado demitido por justa causa, no prazo de 10 (dez) anos da demissão.

Art. 12º Para os candidatos aprovados que já façam parte do quadro de pessoal do IBGC, as novas funções serão assumidas no prazo de 30 (trinta) dias, período em que serão promovidas as devidas alterações no contrato de trabalho e registro na carteira de trabalho.

Art. 13º O candidato, no procedimento de contratação, assinará DECLARAÇÃO em que conste a inexistência de qualquer impedimento no cumprimento da jornada de trabalho, estabelecida pelo IBGC.

Parágrafo único: Os profissionais de saúde que tiverem outros vínculos de trabalho poderão acumular um ou mais cargos com o do IBGC, desde que haja compatibilidade de horários e que a soma da jornada de trabalho mensal de todos os vínculos não ultrapasse a 60 (sessenta) horas semanais (para os cargos permitidos na legislação), ressalvados os plantões extras e escalas de sobreaviso.

Art. 14º O candidato que tiver empregatício com outra empresa, entidade ou órgão somente poderá ser contratado pelo IBGC se houver compatibilidade de horário, devendo apresentar declaração emitida pelo outro empregador, informando jornada e horário de trabalho.

CAPITULO III

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 15º O regime jurídico do pessoal do IBGC será o da legislação trabalhista e previdenciária.

Art. 16º A elaboração, organização e execução do processo seletivo poderá ser realizada por empresa ou entidade especializada, desde que respeitados os preceitos deste Regulamento.

Entrevista de Seleção

É a primeira entrevista que se aplica ao candidato ao emprego. Devemos observar o seguinte ao iniciar a entrevista:

- O candidato está à procura de satisfazer as suas necessidades, logo, procura formar uma cadeia de forças de autoproteção - defesa de suas fraquezas.
- Seu objetivo é vencer a batalha da entrevista, o candidato sente seu "eu" ameaçado pelo entrevistador, que lhe afigura como um investigador de sua vida privada. Seu mecanismo de defesa é manipular as informações sobre si mesmo, simulando um personagem que

ele não é (tende falsificar as informações). Também a sua memória tende a esquecer fatos desagradáveis, ou modificar e distorcer inconscientemente situações passadas, tornando-as mais agradáveis e mais próprias à imagem do "eu".

- É por isso que deve ser norma desenvolver uma entrevista só após criado o ambiente favorável - o entrevistador deve ser cordial e sincero para obter a confiança. Uma vez obtido o ambiente favorável, deve ser mantido durante todo o decorrer da entrevista.
- A pergunta é a principal ferramenta do entrevistador e requer anos de prática para ser perfeitamente executada (requer técnica, perfeição e treinamento), o entrevistador deve ser claramente o seu objetivo para perguntar, deve ter amplo vocabulário e saber usar as palavras em precisão.
- Antes de perguntar é preciso saber o que e até onde se deseja medir.
- A linguagem do entrevistador deve estar à altura do candidato - não usar linguagem técnica para o homem comum ou linguagem simples junto ao candidato superior.
- Embora deva ser espontânea, deve-se ter algum controle para evitar que o candidato fale livre e caoticamente desperdiçando tempo. A entrevista dirigida é o termo médio das duas, e evita os excessos das mesmas.

O tempo na entrevista é um dos fatores a controlar. Deve-se consultar o relógio discretamente.

Durante a entrevista recebemos dois tipos de informação: descritiva e valorativa. A primeira geralmente é digressão ou estória. A segunda, permite penetrar no passado do candidato - experiência de chefia, maturidade emocional, sua prática no grupo.

Como Preparar uma Entrevista:

- Obter a descrição e análise da função para o qual vai selecionar.
- Observar problemas dessa função (cooperação, tipo de supervisão, disciplina, etc.).
- Preparar um esquema de desenvolvimento (tempo por assunto).
- Elaborar perguntas analíticas e descritivas (não pergunta tipo "sim e não").
- Manter a entrevista sob controle: não permita divagações do candidato nem falar (o entrevistador) mais de 10% do tempo.

Roteiro de Entrevista

- Histórico Profissional - 40% do tempo - avalie por ordem cronológica a história profissional do candidato, observando: progresso nos conhecimentos, habilidades, gostos, aversões e fracassos.
- Histórico Educacional – 20% do tempo – avalie por ordem cronológica a formação cultural e o treinamento, observando orientação vocacional, matérias preferidas, tipo de vida social na escola, atividades extracurriculares.
- Histórico Familiar – 20% do tempo – avalie os antecedentes familiares, temperamento e caráter dos pais, status socioeconômico, tipo de educação recebida, como passou a infância, adolescência e juventude.
- Ajustamento Social Atual – 20% do tempo – avalie o homem em face a sua família, à sociedade e a determinados grupos sociais, políticos e religiosos, sua classe social, estabilidade econômica e atividades associativas.

Integração e Acolhimento

Grupo de trabalho é uma pequena sociedade e logicamente o novo funcionário sente-se como um “vizinho novo”, não basta apresentar o novato ao grupo.

É preciso sensibilizar os sentimentos do novato. Tanto supervisor quanto colegas tem responsabilidade pela sua adaptação.

A integração ocorre com a cooperação das pessoas que recebem o novato, e do supervisor sob cujas ordens trabalhará.

Recepção e Apresentação:

- Receber com cordialidade e tratando pelo nome.
- O responsável apresentará ao coordenador e colegas.
- Apontarão seu lugar, equipamentos e instalações.

Informação e Motivação

- Falar da seção.
- Falar das normas e regulamentos unidade.
- Falar das tarefas e funções.
- Falar dos contatos que terá fora da seção.

- Falar das facilidades, benefícios e oportunidades.

CARTA DE RECEPÇÃO AOS NOVOS COLABORADORES

A Carta de recepção deverá ser entregue aos novos colaboradores quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

Agora que você faz parte da nossa família é importante que conheça
nossa instituição, que se sinta integrado e feliz entre nós.

Seja bem-vindo!

Acreditamos que um bom ambiente de trabalho é fundamental e
precisamos do trabalho em equipe com colaboração e profissionalismo
para conseguirmos atingir nossos objetivos. Esperamos que você vista
nossa camisa e fortaleça ainda mais a nossa equipe

IBGC

Uso do Crachá

O uso do crachá de identificação funcional é obrigatório. Através dele você poderá ser facilmente identificado por colegas de trabalho, sua chefia e pacientes, melhorando o relacionamento interpessoal e evitando constrangimentos. Em caso de perda do seu crachá, comunique imediatamente ao à Coordenação de Recursos Humanos, que providenciará a sua reposição. Em caso de desligamento da unidade o crachá deverá ser devolvido.

DO CONTRATO DE TRABALHO:

A contrato individual de trabalho é o documento por meio do qual se constitui uma relação de emprego entre duas partes. Através deste instrumento, o contratado – dito empregado – concorda em trabalhar para o contratante – denominado empregador -, prestando-lhe determinados serviços de maneira habitual.

No contrato individual de trabalho, estarão especificadas a função ocupada pelo trabalhador, o local de exercício do trabalho, a sua remuneração e a sua jornada de trabalho, dentre outras questões.

É possível ainda incluir neste contrato cláusulas especiais, tais como a de confidencialidade, a de vedação à concorrência e a de exclusividade.

Esse modelo é aplicável tanto às relações trabalhistas firmadas por prazo indeterminado, quando não há um momento fixado para o seu final – quanto àquelas estabelecidas por prazo determinado (incluindo o contrato de experiência), ou seja, os contratos que tem duração já previamente combinada pelas partes.

Igualmente, estão incluídas neste momento tanto os trabalhos a tempo parcial quanto a tempo integral.

Contrato de Trabalho

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes:

O **Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada** pessoa jurídica, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o Nº 21.236.845/0001-50, com Endereço na Rua João de Abreu, nº 192, quadra F8, lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74120-110, que por força do presente contrato passa a ser denominado EMPREGADOR;

..... (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), titular do CPF nº (.....), RG (.....), residente à Rua..... (endereço) doravante designado EMPREGADO;

Firmam o presente CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO, nos termos da Artigo 456 da Consolidação das Leis Trabalhistas, e seguintes cláusulas assim pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Do salário:

1.1 O EMPREGADO receberá a remuneração R\$ XXX,XX por mês.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da prestação dos serviços:

2.1 O horário de trabalho será anotado na ficha de registro e a eventual redução da jornada por determinação da EMPREGADORA, não inovará este ajuste, permanecendo sempre integra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário/turno que for determinado, observando o limite legal.

2.2 Obriga-se o EMPREGADO a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA na forma prevista em Lei. Na hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordinárias com acréscimo legal, salvo ocorrência de compensação, com consequente redução da jornada de trabalho em outro dia.

2.3 Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em qualquer dos turnos de trabalho, isto é, tanto durante o dia como à noite, desde que sem simultaneidade, observadas as prescrições legais, reguladoras do assunto, quanto a remuneração.

2.4 Fica ajustado nos termos que dispõe o Parágrafo 1º do artigo 469, da Consolidação das Leis Trabalhistas, que o EMPREGADO acatará ordem emanada da EMPREGADORA para prestação de serviços tanto na localidade do Contrato de Trabalho, como em qualquer outro município dentro do território nacional.

2.5 O EMPREGADO fica ciente do Regulamento da EMPREGADORA E das Normas de Segurança que regulam suas atividades na EMPREGADORA e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob a pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes a segurança e medicina do trabalho.

CLÁUSULA TERCEIRA – Demais disposições

3.1 Em caso de dano causado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo.

E por estarem assim contratados, nos termos de seus respectivos interesses, mandaram as partes lavrar o presente instrumento que assinam na presença de 02 (duas) testemunhas, para as finalidades de direito.

IBGC

EMPREGADO

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é uma ferramenta utilizada pelo RH, mais especificamente pela área de gestão de pessoas, para mensurar a performance dos colaboradores ou áreas de uma instituição. Ela pode ser realizada periodicamente de acordo com as necessidades da organização.

Essa metodologia também ajuda a entender se o colaborador está abaixo, atende ou excede o desempenho esperado pela organização e, a partir de uma análise de hard skills e soft skills, ou seja, de habilidades técnicas e comportamentais, é possível traçar um plano estratégico de acordo com a necessidade daquele colaborador ou equipe, como treinamentos, promoção, bonificação, desligamento, etc.

Além disso, a avaliação de performance auxilia em uma visão estratégica para a instituição, pois coloca em evidência pontos fortes e pontos de melhoria, tanto no que diz respeito a cada funcionário quanto no que concerne às equipes. Dessa forma, fica mais fácil visualizar formas de aprimorar processos e gerar mais resultados.

Entre os objetivos mais comuns, estão o **desenvolvimento**, a **melhoria** e a **inovação**. Os três pontos de atenção geram diferentes tipos de cobrança para o profissional ao serem desdobrados em metas.

Essas metas ajudam a mensurar o progresso e auxiliar no direcionamento do colaborador. Conheça algumas delas a seguir:

1. Metas de desenvolvimento

Correspondem ao crescimento profissional ou pessoal. Aqui se identifica o potencial do colaborador e busca a promoção das competências-chave para concretizá-lo.

2. Metas de melhoria

São os casos de corrigir o desempenho. Isso ocorre quando os relatórios apontam uma performance aquém dos padrões e requisitos esperados, e o RH deve acompanhar a evolução dos indicadores.

3. Metas de inovação

Consiste na criação de novas funções para aumentar a entrega de produtividade. É um fator determinante para o sucesso da empresa, porque, como o mundo vem se transformando rapidamente, as organizações são constantemente chamadas a inovar.

4. Metas Smart

Escolhendo as metas de desenvolvimento, melhoria e inovação, ou focando em outro aspecto, será importante estabelecer **níveis de exigência** adequados. A metodologia smart pode auxiliar bastante, uma vez que estabelece que as metas devem ser:



- algo claramente identificável e particularizado (específicas);
- aferíveis em termos quantitativos ou qualitativos(mensuráveis);
- um patamar dentro das possibilidades, forças e recursos dos destinatários (atingíveis);
- um fator realmente importante para empresa (relevantes);
- concretizáveis dentro de um prazo (definidas no tempo).
- ao considerar os cinco critérios, você promoverá a transparência nas avaliações de desempenho.

Ao considerar os cinco critérios, se promoverá a **transparência** nas avaliações de desempenho. Afinal, todos saberão quais são as expectativas, e elas serão justas.

Para medir a avaliação de desempenho, o IBGC adotará em sua gestão dois tipos de pesquisas, tais como o próprio governo do Estado de Goiás realiza, quais sejam: autoavaliação e avaliação de desempenho 180°.

Autoavaliação:

Esse é um tipo que pode ser muito vantajoso quando se tem uma equipe madura e engajada na melhoria dos resultados. Além disso, é uma excelente forma de fazer com que os colaboradores se sintam como parte importante dos processos de melhoria pretendidos pela gestão para alcançar os resultados esperados.

Na autoavaliação, o próprio colaborador é incentivado a listar suas fraquezas e pontos fortes. Em uma segunda etapa do processo, ele discute essa autoanálise com seu líder. Assim, juntos, colaboradores e gestores podem procurar as soluções para eliminar possíveis gargalos e melhorar os processos.

O uso dessa ferramenta é um estímulo para que os profissionais possam refletir sobre a sua performance, promovendo seu autoconhecimento e oferecendo a chance de eles mostrarem seu grau de amadurecimento e sua capacidade de entender os feedbacks repassados pela gestão rumo à melhoria contínua.

Um ponto de atenção para a equipe de Recursos Humanos está em verificar a imparcialidade do colaborador e do seu líder no momento da análise. É fundamental que o diálogo seja transparente e que os resultados não sejam fruto apenas do atendimento aos interesses individuais dos profissionais que participam da autoavaliação.

Avaliação de desempenho 180°

A avaliação de desempenho 180° é um meio tradicional, em que o desempenho individual do colaborador é averiguado pelo seu gestor direto, que acompanha de perto suas tarefas de rotina. Entre seus benefícios, está a garantia da padronização nos critérios de análise, o que possibilita que todos sejam avaliados sobre os mesmos tópicos.

Uma forma de minimizar problemas nesse tipo de avaliação é a calibragem de avaliação de desempenho. A partir dela, todos os relatórios são submetidos a um comitê composto pelo gestor de pessoas, por representantes do RH e por profissionais de diferentes níveis hierárquicos.

A ideia é analisar os critérios utilizados pelos líderes para deixar o nível de exigência mais uniforme e evitar a contaminação dos relatórios por problemas pessoais entre líder e liderado.

A importância do feedback

O feedback ou retroalimentação, é a principal ferramenta para a percepção dos itens avaliados, pois através dele o avaliador comunica ao avaliado sua posição. Seja ela satisfatória ou não.

Portanto, o IBGC juntamente com a administração da unidade e o seu setor de Recursos Humanos, informará o avaliado e buscará aperfeiçoamento, traçando um plano de desenvolvimento.

Sendo a comunicação o mais importante para avaliar o desempenho, o feedback é a principal ferramenta para construir a união da organização e seus colaboradores, pois permite clara negociação de objetivos, portanto, todos saem ganhando quando as metas são atingidas.

Segundo Pontes (2005), para consolidar um modelo cooperativo entre a administração e os colaboradores, é necessário a construção de uma via de mão dupla, na qual ganhem a organização e os funcionários.

Todo colaborador deve ter um pleno conhecimento de sua avaliação. Através do feedback é possível que ele mesmo trace metas para alcançar seus objetivos pessoais. Através do feedback o colaborador poderá planejar o seu futuro dentro da organização, atingindo suas expectativas.

METAS

A avaliação de desempenho permite estabelecer metas de desempenho para o período imediatamente superior. Deste modo deverá ser verificado após o fim deste período se as metas foram atingidas, atribuindo-lhes pontuação de acordo com o grau de cumprimento das mesmas pelo colaborador ou equipe.

As notas serão de (um) à (cinco), assim delineadas:

- 1) Não entregou as metas definidas no início do ciclo;
- 2) Entregou parcialmente as metas definidas;
- 3) Entregou todas as metas definidas;
- 4) Superou as metas definidas;
- 5) Excedeu nos resultados das metas definidas.

Sugestões de condutas para combater o absenteísmo dos colaboradores

Sucintamente absenteísmo é o quantitativo de faltas ou atrasos dos colaboradores. Se em qualquer empresa isso já é um problema, em um ambiente de saúde, uma ausência inesperada de um colaborador, maximiza e muito a problemática da questão.

Essa ausência, por vezes se dá por adoecimento do servidor (motivos alheios ao trabalho ou até por questão de saúde ocupacional). Não só por doença isso ocorre, existem também os motivos de ordem legal, tais como: casamento, luto, doação de sangue, acompanhamento de dependente em médico, etc.

Uma cultura de engajamento, com práticas gerenciais bem delineadas e que combate o comportamento prejudicial é a prática a ser adotada pelo IBGC junto aos colaboradores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

A primeira ação é a identificação dos fatores que motivam o absenteísmo, tais como ausência de reconhecimento, sensação de não ser desafiado no ambiente laboral, excesso de carga de trabalho trazendo sensação de sobrecarga, ausência de um líder capacitado (tecnicamente e em habilidades de gestão), ruídos e falhas na comunicação interna.

Para o IBGC a motivação do colaborador é fator decisivo e buscado continuamente. A gestão humanizada, motivadora, acolhedora e estimulante possibilita um ambiente propício para a satisfação profissional.

Ademais, ouvir o colaborador, lhe dando voz, permite que o mesmo se sinta ouvido e que suas demandas (quando justas) sejam acolhidas, minimizando assim o absenteísmo.

CONHECER PARA ENFRENTAR:

É preciso conhecer as razões de ausências para criar mecanismos de enfrentamentos a elas. Para isso é preciso aferir as causas e montar estratégias de controle.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO:

Uma estratégia de enfrentamento bastante usual e muito eficaz é a bonificação por assiduidade do colaborador, atribuindo-lhe uma importância pecuniária junto ao seu salário, como “prêmio” por ter cumprido sua carga horária na totalidade.

O aniversário também é uma data em que, via de regra, as pessoas não desejam passar trabalhando, deste modo, criar uma bonificação com folga no dia do aniversário, é ação eficaz para estimular a assiduidade dos colaboradores.

Ademais, nos processos de promoção, será levado em conta atrasos e faltas como critério de classificação, gerando assim entre os colaboradores a noção de que para crescer na unidade é necessário ser diligente com sua carga horária.

TIPOS DE ABSENTEÍSMO:

- **Absenteísmo voluntário:** é a falta do colaborador por motivos alheios, não justificados e nem amparados por lei;

- **Absenteísmo por doença:** ausências justificadas pela doença ou necessidade de intervenções do colaborador;

Absenteísmo por doença laboral: faltas explicadas por acidente de trabalho ou doença laboral;

Absenteísmo compulsório: definido como impedimento de comparecer ao trabalho, ainda que por motivo alheio à sua vontade, tais como prisão e suspensão administrativa.

Técnicas para estímulo da produtividade:

Educação continuada (treinamento de equipe)

Quando uma equipe sabe bem as suas funções e o que é necessário fazer, ela se sente mais confiante e conseqüentemente deslancha e se torna bastante produtiva. Por isso, faremos constantes treinamentos com a equipe.

Documentando os aprendizados de cada processo

Quando erramos em algo, é quase automático nos sentirmos frustrados. Mas devemos lembrar que cada erro gera um aprendizado, e para que isso fique claro, devemos documentar quais foram esses aprendizados, e onde podemos melhorar para evitar que o erro se repita.

Quando tudo isso é documentando, fica fácil gerenciar o processo na unidade e tornar qualquer erro, fator de ser ainda mais produtivo.

Desenvolvimento de fluxos:

O fluxo do trabalho é a lógica dos processos da equipe. Por exemplo, se determinada atividade começa em uma equipe e termina em outra. Será que esse fluxo está funcionando ou está gerando retrabalho?

Se essa atividade estiver gerando atrasos, é preciso entender qual é o gargalo no processo, e então montar um plano de ação para resolver esse problema. Ir testando algumas formas até tornar o trabalho ágil e eficiente para todos.

Incentivos e ambiente acolhedor:

Como já mencionado, o estímulo por meio de incentivos, sejam eles financeiros, de reconhecimento ou de algum benefício como uma folga, é um estímulo ao aumento da produtividade.

Além disso o ambiente de trabalho humanizado e acolhedor, permite ao colaborador se sentir confortável, e com bem – estar de modo que a produção aumentada se torna um fator natural nesse processo.

REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO

Josh Bersin, guru de RH e fundador da Bersin by Deloitte disse para Forbes em Dezembro de 2017:

Assim como muitas estratégias disruptivas transformaram empresas de viagens, varejo e outras indústrias, devemos essencialmente “transformar “nosso pensamento de RH com a adoção de soluções digitais.

Cada vez mais as instituições estão descobrindo que o principal ativo de um negócio são os colaboradores. Assim, entre as atividades de recursos humanos que vão muito além de fechamentos e contratações, entraram também plano de carreira, treinamentos, elaboração de estratégias, entre outros.

Somado a todo esse contexto temos a recente reforma trabalhista. São diversas vertentes que o profissional de RH deve estar atento.

Métodos antigos, pilhas de papéis e trabalhos manuais não acompanham mais o ritmo deste departamento em uma instituição.

Em meio a tantas atribuições importantes, o fechamento não pode mais ser a principal preocupação de um setor tão estratégico.

Enquanto existem entidades que gastam quase uma semana para realizar esta função, outras que já automatizaram a gestão de ponto fazem isso em apenas um dia. Assim, organizações atualizadas, ganham vantagem competitiva.

O controle de ponto online, proposto pelo IBGC, pode trazer diversos benefícios para um gerenciamento eficiente. abaixo listamos algumas dessas vantagens:

Estrita observância à legislação:

Os softwares são configurados de acordo com as exigências das Portarias 1510 e 373 do Ministério do Trabalho referentes ao controle de ponto e gestão de jornada. Assim, ao adotar o ponto eletrônico evitam-se erros e previnem os principais problemas enfrentados em processos trabalhistas.

CONTROLE EM TEMPO REAL

Permite que o gestor seja o primeiro a saber os atrasos de sua equipe e quem está fazendo horas extras. Todas as informações da jornada de forma rápida e prática, podendo ser acessado de forma online, onde e quando for necessário.

O sistema proposto pelo IBGC é o de reconhecimento biométrico, evitando fraudes, e garantindo ainda mais segurança numa unidade de saúde como é o caso do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

Pensando-se na segurança à ser oferecida ao parceiro público (SES/GO) tal sistema, proporciona ainda uma garantia extra para a segurança das documentações em caso de auditoria.

RELATÓRIOS GERENCIAIS E INDICADORES

Quando os dados ainda são manuais, os relatórios costumam ser desatualizados e dependem muito tempo para gerar os indicadores. Em sistemas automatizados como o proposto pelo IBGC, tanto relatórios, gráficos quanto indicadores estão sempre com as últimas informações registradas, prontos para serem utilizados na tomada de decisão.

CONTROLE DE PESSOAL

INFORMAÇÕES GERAIS

A adoção da Planilha de Escalas de Trabalho é uma importante medida de controle que auxilia na visualização dos profissionais escalados mensalmente.

Tem como importância principal a fácil visualização por pacientes, familiares e fiscalizações de órgãos competentes, sendo uma planilha de auxílio ao controle de pessoal da Unidade de Saúde.

A elaboração da escala é de responsabilidade das Coordenações e deverá ser entregue ao Departamento de Recursos Humanos assinadas e carimbadas pelos mesmos e seus colaboradores.

INSTRUÇÃO DE SERVIÇO

Todos os profissionais contratados pelo IBGC devem ser incluídos nas escalas de trabalho com as informações de matrícula, CPF, setor de trabalho e nome completo.

Afastamentos:

Todo Afastamento seja por férias ou INSS deverão ser informadas nas planilhas a fim de justificar as ausências dos colaboradores.

Modelo de escala:

Dias semana	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S
Funcionários / Dias	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
08:30 - 09:30 até 10:30 - 120 minutos																														
Colaborador 1 - (Operador)				D			D							D																D
Colaborador 2 - (Operador)	D							D							D															D
Colaborador 3 - (Operador)		D							D							D														D
Colaborador 4 - (Operador)			D														D													D
Colaborador 5 - (Operador)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Colaborador 6 - (Operador)						D																								D
Colaborador 7 - (Operador)							D																							D

Interrupções

Banca de Horas
 DSR
 Férias
 Licença

Turnos

Selecione um turno

PROGRAMA DE ACOLHIMENTO

1. APRESENTAÇÃO

Diante do início de qualquer profissional em uma Instituição, há o desconhecimento, sobretudo das normativas e estrutura organizacional, além de desconhecer também os processos de trabalho já estabelecidos.

Essa lacuna na formação do novo trabalhador afeta negativamente o serviço como um todo, frustrando as expectativas da equipe que o aguarda e as deste em relação ao novo serviço que inicia.

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos novos profissionais à Unidade que, será traçado neste programa, estratégias de acolhimento para o profissional que inicia suas atividades nesta Instituição, proporcionando-lhe um espaço de apreensão de conhecimento nos âmbitos operacionais e comportamentais, para que o mesmo desenvolva uma visão contextualizada da Instituição e, após este processo de informação, possa sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL Desenvolver ações que facilitem o acolhimento do novo profissional ao Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, possibilitando ao profissional o conhecer da estrutura, dos valores e das normas da Instituição a qual passa a fazer parte, conhecer ainda as expectativas da organização em relação a ele, às suas atribuições e ao seu papel nos processos de trabalho, permitindo ao recém-admitido prestar um atendimento com qualidade aos usuários do SUS.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I – promover o acolhimento e integração dos profissionais;

II – buscar uma melhor relação entre funcionário e a Instituição, diminuindo os temores e ansiedades que são vivenciados pelos recém-admitidos;

III - possibilitar ao recém-admitido informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da instituição, os benefícios que ela oferece, além de informações sobre a gestão de pessoas, avaliação do desempenho e remuneração.

IV - facilitar a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem

desenvolvidas e aos procedimentos de segurança padronizados e exigidos de cada setor;

V - proporcionar uma melhor adaptação do profissional à equipe de trabalho.

3. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a forma como a instituição recebe seus novos funcionários e os integra à sua cultura, ao seu contexto e ao seu sistema de trabalho, é muito importante porque traz em seu bojo os elementos que contribuirão para definir o desempenho do novo funcionário (CHIAVENATO, 1999).

Os principais objetivos a serem alcançados pela integração são redução da ansiedade das pessoas, redução da rotatividade, economia do tempo e adequação das expectativas à realidade da empresa (CHIAVENATO, 1999).

A rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde representa um grande problema enfrentado principalmente pelos gerentes de enfermagem e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (Nomura;Gaidzinski;2005).

Reter e comprometer os profissionais em seus postos de trabalho, manter a qualidade da assistência, promover motivação e envolvimento aos novos funcionários, proporciona ganho tanto para o campo institucional quanto para o individual, diminuindo custos na contratação e treinamento. Assim, faz-se necessário a criação de estratégias para o aumento do grau de satisfação dos profissionais em relação ao treinamento recebido para a execução do trabalho e do acompanhamento da chefia em relação ao trabalho.

Ao facilitar a adaptação do novo funcionário, a instituição eleva as chances de sucesso na contratação realizada, aumentando a capacidade de resposta do funcionário para atender às necessidades do serviço de maneira mais rápida e autônoma sobre seu trabalho, estimulando o relacionamento mais próximo e saudável entre ele e a equipe.

O Programa de Acolhimento justifica-se na busca de proporcionar ao profissional o sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho auxiliando na maior assertividade do processo seletivo.

4. PÚBLICO-ALVO

Os profissionais recém-admitidos de todos os vínculos que desempenharão suas atividades no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

5. AÇÕES

O Programa de Acolhimento do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó será desenvolvido pela Gerência de Recursos Humanos, a qual será composta

por dois profissionais que coordenarão as ações e treinamentos, utilizando o corpo clínico e profissionais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó para o desenvolvimento do acolhimento dos novos profissionais, devendo o mesmo ser implementado nas seguintes linhas de ação:

5.1. ACOLHIMENTO INICIAL

5.1.1. Finalidade Receber o funcionário e fornecer informações iniciais relevantes sobre a Instituição da qual passa a fazer parte.

5.1.2. Responsáveis Recursos Humanos em parceria com o SESMT (Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho) local, experiência da área de atuação do novo profissional.

5.1.3. Atribuições de cada setor

5.1.3.1 Recursos Humanos

a) apresentar ao funcionário informações iniciais relevantes sobre a Instituição, suas normas e diretrizes de forma objetiva e sucinta;

b) responsável pela conferência da documentação necessária para a instrução do dossiê funcional e pelos cadastros biométricos para o acesso à Unidade.

c) apresentar ao recém-admitido para ciência, termo de comprometimento e recebimento do kit acolhimento:

- Regulamentação de Trabalho;
- Normas Gerais de Funcionamento
- Folders explicativos: NR32 e Ergonomia e bloco de anotações;
- Descrição do cargo que ocupará e carta de orientação sobre o acesso eletrônico ao seu Perfil de Competências exigidas.

d) responsável pelo encaminhamento do funcionário ao gerente de sua área de atuação e ao SESMT local.

5.1.3.2. SESMT

Local Responsável em fornecer informações inerentes à NR 32 e demais temas inerentes à Segurança e Medicina no trabalho.

5.1.3.3 Gerência do setor de lotação (chefia imediata)

a) responsável na habituação, orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas e às rotinas e procedimentos adotados no setor.

b) responsável na criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, contemplando os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas adotadas em cada setor.

5.2. TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

5.2.1 Finalidade da ação

Proporcionar aos novos profissionais um conjunto de orientações que objetivem promover a integração ao seu contexto de trabalho, instrumento desenvolvido para auxiliar os profissionais na assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

5.2.2. Responsável

Ação implementada pelo Recursos Humanos.

5.2.3. Recepção ao evento

Os novos profissionais receberão cartão de boas-vindas com a descrição da Missão, Visão, Perfil e Valores da Instituição e bolinha “anti-stress”.

5.2.4. Metodologia

Realização de palestras com informações pertinentes à: Estrutura Organizacional, Humanização, Controle de Infecção, Gestão da Qualidade, Educação Continuada e Projetos, Recursos Humanos e Regulação em Saúde/SUS.

5.2.5. Competências a serem trabalhadas

Assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

5.2.6. Objetivo

Instrumentalizar a socialização organizacional dos recém-admitidos.

5.2.7. Público-alvo

Novos funcionários do IBGC.

5.2.8. Carga horária

06 horas.

5.2.9. Periodicidade

Grupos quinzenais para os profissionais admitidos no período.

5.2.10. Resultados esperados Assimilação da cultura organizacional.

5.2.11. Avaliação do Treinamento Avaliação de Reação aplicada ao profissional.

5.3. TREINAMENTO INICIAL PARA O EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES

5.3.1 – Finalidade Promover a formação e a integração inicial de novos funcionários, facilitando a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança exigidos de cada setor, para o atendimento das necessidades do serviço de maneira mais rápida, autônoma e segura, e ainda estimular o relacionamento mais próximo e saudável entre o novo profissional e a equipe.

5.3.2. Responsáveis Ação implementada pela Gerência da área de lotação do novo profissional.

5.3.3 Competências a serem trabalhadas

- a) orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas e procedimentos adotados no setor;
- b) criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, promovendo os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas em cada setor;

5.3.4. Metodologia

- a) Os profissionais passarão pelo Treinamento Inicial para o Exercício das Funções composto por um programa teórico-prático estruturado para atender as necessidades de cada seção, conduzido pelo setor de Educação Permanente e pela gerência de lotação do novo funcionário. (Duração mínima de 7 dias).
- b) Orientação e acompanhamento por profissional mais experiente. O funcionário será acompanhado pelo supervisor da área. O treinamento deverá ser estruturado de acordo com as peculiaridades de cada área de modo a proporcionar ao funcionário maior segurança no desempenho das funções inerentes ao cargo. As atividades serão realizadas gradativamente, conforme o desempenho demonstrado no dia a dia.

5.3.5. Objetivos

- a) preparação desse novo profissional para a aplicação prática dos conhecimentos às atividades inerentes ao seu cargo;
- b) orientação e acompanhamento do novo funcionário quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas, protocolos e procedimentos adotados no setor;
- c) treinamento sobre políticas e protocolos institucionais: política de gerenciamento de riscos, protocolo de higienização de mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão.

5.3.6. Público-alvo Novos profissionais.

5.3.7. Carga horária

O treinamento a ser definido conforme as necessidades de cada gerência e quantidade de participantes por turma, deverá ter uma programação mínima de 7 dias, com carga horária mínima de 42 a 60 horas.

5.3.8. Periodicidade De acordo com a admissão de novos profissionais.

5.3.9. Resultados esperados

Os resultados esperados serão norteados pela melhora dos requisitos de conhecimento, atitudes, habilidades e eficácia organizacional:

- a) melhor adaptação do novo funcionário às rotinas e competências exigidas ao desempenho de suas funções;
- b) maior compreensão da importância do emprego dos protocolos em serviços de saúde da rede pública na construção do processo de trabalho e do modelo de atenção em saúde, com o estabelecimento de uma aprendizagem significativa;
- c) utilização efetiva dos protocolos institucionais no dia a dia;
- d) diminuição da rotatividade e de custos com seleção de pessoal.

5.3.10. Avaliação A avaliação do treinamento em serviço será realizada por meio de instrumentos padronizados:

- a) avaliação inicial do funcionário: onde se mede o nível de conhecimento pré-existente do profissional;
- b) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 45 dias de experiência (contratação) (pós treinamento): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função;
- c) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 90 dias de experiência (contratação): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função, porém com grau de complexidade mais elevado alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos;

6. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação do Programa ocorrerá por meio do controle de indicadores específicos realizados anualmente:

- Média do aproveitamento teórico prático do treinamento admissional da equipe (avaliação inicial, avaliação do supervisor (gerente) com 45 e com 90 dias (avaliação do alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos)

- Avaliação do profissional sobre o programa de acolhimento (satisfação quanto ao programa oferecido e quanto aos condutores do treinamento).
- Turn - over no período de experiência (90 dias) e suas causas de desligamento.

O programa de acolhimento deverá ser validado através de ação conjunta dos gestores de todas as do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, pois o sucesso do mesmo depende da co-participação de todos os envolvidos no processo, que devem garantir que o funcionário se sinta pertencente ao seu grupo de trabalho no seu ambiente de atuação.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa traçado será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS

O planejamento é essencial para alcançar o êxito, pois determina onde uma instituição quer chegar e como ela fará para executar o seu objetivo.

Para que um planejamento dê certo, é preciso envolver pessoas de vários níveis, se comunicar claramente, garantir que todos conheçam os seus objetivos e coordenar as atividades da organização para que as coisas aconteçam.

Para isso, é preciso entender os principais níveis de planejamento: **estratégico, tático e operacional**, que se diferenciam no prazo das ações, nos níveis hierárquicos envolvidos e como cada planejamento influencia no resultado geral da organização.

Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico é o começo de tudo, é a visão do futuro da organização, que se estrutura nos fatores ambientais externos, e nos fatores internos, onde definimos os valores, visões e missão da organização.

As decisões tomadas no planejamento estratégico são de **responsabilidade da alta administração da mesma**.

As ações são criadas pensando em longo prazo, normalmente feitas para o período de 5 a 10 anos, que buscam uma visão ampla da organização sem ações muito detalhadas, pois seria difícil acertar tantos detalhes para um período tão longo.

É importante lembrar que devido as ações de longo prazo, o planejamento deve ser revisado e atualizado continuamente, para que as informações sejam mais reais e sirvam como fatos e dados para tomada de decisão.

Este passo é essencial para que não haja grandes variações entre o que foi planejado e o que foi executado.

Planejamento Tático

Enquanto o planejamento estratégico se desdobra para toda a organização, o planejamento tático tem um envolvimento mais limitado, a nível setorial, envolvendo às vezes apenas um processo de ponta a ponta.

O planejamento tático é o responsável por criar metas e condições para que as ações estabelecidas no planejamento estratégico sejam atingidas.

Por se tratar de um planejamento mais específico, as decisões podem ser tomadas por pessoas que ocupam os cargos entre a alta direção e o operacional, como executivos da diretoria e gerentes.

Outra característica que diferencia o planejamento tático é o tempo que as ações são aplicadas, geralmente no período de 1 a 3 anos mensurando ações para um futuro mais próximo do que o visado no planejamento estratégico, ou seja, médio prazo.

Aqui os planos começam a ser mais detalhados, e **podemos dizer que o planejamento tático é a decomposição do planejamento estratégico**, ele traduz e interpreta o plano estratégico para transformá-lo em planos concretos, onde vamos desenvolver o plano de produção, pessoal, dentre outros.

Planejamento Operacional

O planejamento operacional é de onde saem as ações e metas traçadas pelo nível tático para atingir os objetivos das decisões estratégicas.

Neste planejamento os envolvidos são aqueles que executam as ações que são aplicadas em curto prazo, geralmente no período de 3 a 6 meses.

Aqui, todos os níveis da organização estão envolvidos e cuidam do acompanhamento da rotina, **garantindo que todas as tarefas e operações sejam executadas**, de acordo com os procedimentos estabelecidos, preocupando-se em alcançar os resultados específicos.

É importante destacar que um planejamento estratégico não vai sair do papel se os planos do nível tático e operacional não forem bem estabelecidos, pois **é um processo integrado e interdependente**.

Todos os níveis são necessários: o estratégico para o orientar a visão, o tático para desdobrar essa visão em planos de ação menores, e o operacional para levar os planos a execução. Por isso, os planejamentos devem envolver todos do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó e é um incentivo para que as pessoas se comprometam com os resultados.



OBJETIVO DO PROJETO:

Primordialmente o objetivo do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó é proporcionar o bem – estar, saúde, dignidade e cidade às pessoas por intermédio de profissionais que prestem serviços humanizados, com excelência, de forma ética.

Tal visão se alinha com a do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, á medida que, trata-se essa proponente, de uma organização social em saúde, que almeja proporcionar bem estar à população, alinhados seus valores nos preceitos do Sistema Único de Saúde.

O edital do Chamamento Público em tela aponta que o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, funcionará 24 horas e realizará atendimentos de Urgência e Emergência porta aberta e referenciada de baixa e média complexidade, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste, mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões

Além disso o sustentáculo da parceria à ser realizada entre IBGC e SES/GO para gestão e operacionalização do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó se dá do seguinte modo:

- Lei 8080/90, princípios e diretrizes do SUS;
- Observância da legislação sanitária e ambiental;
- Gestão da unidade baseada em indicadores mensuráveis;
- Busca de certificação de qualidade em saúde.
- Política de Educação Permanente em Saúde do SUS;
- Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO IBGC NA GESTÃO DA UNIDADE:

1) Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial:

- Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população a unidade hospitalar e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.
- Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade;
- Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.
- Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências/emergências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.
- Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.
- Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual e Local de Saúde e setores envolvidos.
- A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó.

2) Ferramentas Da Qualidade

Criar espaços com finalidade de construir a rede de relações nas equipes assistenciais e demais equipes de apoio e da unidade, de forma a romper com a linearidade, torná-la aberta, descentralizada, dinâmica e horizontal e que seja capaz de auto regular-se, para o isso a unidade propõe o uso das seguintes ferramentas:

- Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.
- Diagrama de Dispersão: fornecer dados estatísticos das variáveis dependentes e independentes de um processo produtivo.

- Diagrama de causa efeito ou Diagrama de Ishikawa: identificar a semelhança entre o resultado e todas as causas de um problema.
- Gráfico de Pareto: favorecer a identificação, a medição e a prioridade dos problemas mais constante de um processo.
- Carta de Controle: acompanhar a variabilidade por meio da medição e o tempo do processo e é um gráfico.
- Folha de Verificação: numerar as constantes ocorrências de um processo produtivo, em um determinado período de tempo.
- Histogramas: colaborar por meio da união dos dados, a medição e tornar visível a flexibilidade de um determinado processo e é representado por um gráfico.
- Matriz de GUT: representar os problemas ou riscos potenciais por meio das prioridades, visando diminuir os efeitos.
- Brainstorming: detalhar as percepções em relação a um determinado assunto, buscando assim diferentes opiniões a partir da criatividade coletiva.
- 5'S: colaborar na modificação comportamental dos colaboradores, a fim de ter um senso de organização conservando o ambiente agradável e abolindo os desperdícios.
- 5W2H: representar e unificar os processos, na organização de planos de ação e na afirmação de métodos adjuntos aos indicadores, sendo assim de cunho gerencial.

Nesse contexto, é importante destacar que algumas ferramentas são utilizadas com menor assiduidade e outras são aplicáveis em determinadas atividades.

3) CUMPRIMENTO DE METAS E INDICADORES

O IBGC informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho serão encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	Meta
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Índice de Retorno Médico	< 20%
Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

4) CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE

O IBGC se propõe a adotar os princípios de Gestão da Qualidade que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos, ou seja, serão levantados os processos considerados principais de impacto e suas relações internas, e os processos de apoio da Instituição.

Essa prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos, aumentando assim a satisfação do usuário pelo atendimento sistemático dos seus requisitos.

As estruturas administrativas a serem adotadas estarão estabelecidas em um macro processo a ser elaborado com as sequências e interação das atividades de forma coerente aos requisitos da certificação pela ONA, segundo o apoio disponibilizado pela SES/GO, em prol da excelência e melhoria contínua, e comporá um rol de documentos a serem formatados em manuais e institucionalizados.

Portanto, dentre os modelos e certificações de qualidade a que propõe implantar no curso do contrato de gestão, cita-se:

- A avaliação pelo ONA que é realizada pelas Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação. A certificação pode ocorrer em três níveis:
- Acreditado (Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Válido por dois anos).
- Acreditado Pleno (Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Válido por dois anos).
- Acreditado com Excelência (O princípio deste nível é a “excelência em gestão”. Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. Válido por três anos)

5) Implantação de todos os serviços da unidade:

Objeto de implantar todos os serviços da unidade, de acordo com a carta de serviços contida no Termo de Referência no Chamamento Público em tela, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias.

Planejamento Estratégico	Planejamento Tático	Planejamento Operacional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Implantação de todos os serviços da unidade	Planejamento prévio	Planejamento de todas as frentes do projeto	X	X																
		Diagnóstico inicial da unidade	X	X																
		Carteira de serviços ambulatorio	X	X	X	X														
		Carteira de Serviços SADT	X	X	X	X	X													
		Carteira de Serviços Centro Cirúrgico	X	X	X	X	X	X												
		Carteira de serviços demais serviços previstos e pactuados	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Cumprimento de Metas e Indicadores pactuados	Definição de indicadores de produção	Desempenho no ambulatorio e demais serviços.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						

	Definição de indicadores de desempenho	Desempenho no faturamento, regulação e atendimento ao usuário			X	X	X	X	X	X	X	X								
Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial	Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade	Alinhar com equipe gargalos do acesso ao serviço da unidade		X	X	X	X	X	X	X										
	Identificar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.	Reunião de equipe para desenvolvimento de metodologia		X	X	X	X													
Ferramentas Da Qualidade	Fluxogramas : proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.	Definir método a ser utilizado			X	X	X	X	X	X										
CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE	Implantação de processos	Alinhamento com equipes para definição de cronograma interno para certificação em 18 meses						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

CUSTOS: Os custos dos projetos alinhavados acima pelo IBGC já são embutidos na própria proposta financeira para a unidade, tendo em vista serem custos sobretudo com recursos humanos e processos assistenciais da unidade.

RESULTADOS FACTÍVEIS:

- **Implantação de serviços:** implantação integral dos serviços em até 6 (seis) meses;
- **Cumprimento de metas e indicadores contratuais:** Cumprimento de 90% no mínimo de metas pactuadas entre a SES/GO e o IBGC e 100% dos indicadores de desempenho.
- **Certificação ONA 1:** Implantação integral de todos os projetos e certificação ONA em no máximo 18 (dezoito) meses de gestão;
- **Ferramentas Da Qualidade:** Definição e utilização da melhor ferramenta de mensuração de qualidade, a partir de uma análise inicial da unidade (3 primeiros meses);
- **Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial:** identificar e superar barreiras de acesso ao serviço da unidade e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

**PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E
DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO**

Para se atingir o planejamento estratégico é necessário desmembrar as ações à nível tático e operacional, à fim de se obter êxito.

Deste modo cada tópico do planejamento estratégico será esmiuçado em subprogramas dentro de um Projeto Tático de Ação. Cada projeto contará com a figura de um supervisor de projeto que abordará as ações em um nível operacional.

Para um acompanhamento eficaz, serão delimitadas ações e definidos indicadores, além de programação de reuniões periódicas que permitam acompanhar de perto a evolução.

Planejamento Tático	Planejamento Operacional	Prazo	SUPERVISOR DO PROJETO
Planejamento prévio	Planejamento de todas as frentes do projeto	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL
	Diagnóstico inicial da unidade	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL
	Carteira de serviços ambulatorio	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL
	Carteira de Serviços SADT	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL

	Carteira de Serviços Centro Cirúrgico	Início em 30 dias após o contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL
	Carteira de serviços dos demais serviços previstos e pactuados	Início em 90 dias após o contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL
Definição de indicadores de produção	Desempenho no ambulatório e demais serviços.	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Definição de indicadores de desempenho	Desempenho no faturamento, regulação e atendimento ao usuário	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade	Alinhar com equipe gargalos do acesso ao serviço da unidade	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Identificar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.	Reunião de equipe para desenvolvimento de metodologia	A partir de 30 dias após o contrato de gestão	A partir do primeiro dia do contrato de gestão

<p>Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.</p>	<p>Definir método a ser utilizado</p>	<p>A partir de 30 dias após o contrato de gestão</p>	<p>SUPERVIDOR ASSISTENCIAL</p>
<p>Implantação de processos</p>	<p>Alinhamento com equipes para definição de cronograma interno para certificação em 18 meses</p>	<p>Início à partir de 120 dias do Contrato de Gestão</p>	<p>SUPERVISOR DO NÚCLEO DE QUALIDADE DO PACIENTE</p>



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO – HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ

PROPOSTA TÉCNICA

HOSPITAL
ESTADUAL DE SÃO
LUÍS DE MONTES
BELOS DR.
GERALDO LANDÓ

DOCUMENTAÇÃO DA
PROPONENTE



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Mara Rubia Gonsalves de Souza, inscrita no CPF sob o nº 136.046.208-21, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão 131/2012 SES/GO

- ✓ Período: 15/09/2014 a 06/01/2017
- ✓ Função: Diretora Operacional – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 217 (duzentos e dezessete)

Contrato de Gestão 096/2016 SES/GO

- ✓ Período: 09/01/2017 a 29/08/2020
- ✓ Função: Diretora Geral – Hospital de Urgências de Aparecia de Goiânia – HUAPA
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 95 (noventa e cinco)

Contrato de Gestão 108/2018 SMS/Contagem

- ✓ Período: 14/09/2020 a 10/06/2021
- ✓ Função: Diretora Geral das UPAS do Município de Contagem
- ✓ Quantidade Leitos Contratualizados: 417 (quatrocentos e dezessete) – Complexo Hospitalar de Contagem
- ✓ Quantidade de UPAs Contratualizadas: 5 (cinco)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho operacional. Cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, operacional, gerencial até a presente data.

Goiânia, 08 de setembro de 2.021.


INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH
CNPJ 11.858.570/0001-33
JOEL SOBRAL DE ANDRADE
SUPERINTENDENTE





Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 27/07/2021

Nome Civil: **MARA RUBIA GONSALVES DE SOUZA**

CPF: **136.046.208-21**

Data de Nascimento: **22/01/1971**

Sexo: **Feminino**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nome da Mãe: **MARLUCE MARIA DE SOUZA**

Contratos de Trabalho

● 14/09/2020 - 10/06/2021

INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH

CNPJ: **11.858.570/0001-33**

Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**

Salário Contratual: **R\$ 17.595,00**

Remuneração Inicial: **R\$ 19.000,00**

Última Remuneração Informada: **R\$ 6.333,33** (06/2021)

Anotações

14/09/2020 - Admissão

10/06/2021 - Rescisão Contratual

● 09/01/2017 - 29/08/2020

INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH

CNPJ: **11.858.570/0001-33**

Ocupação: **131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE**

Salário Contratual: **R\$ 16.866,72**

Remuneração Inicial: **R\$ 15.750,00**

Última Remuneração Informada: **R\$ 24.065,86** (08/2020)

Anotações

09/01/2017 - Admissão

21/10/2019 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 04/11/2019

16/12/2019 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 30/12/2019

01/03/2020 - Salário alterado para R\$ 17.592,00

29/08/2020 - Rescisão Contratual



Carteira de Trabalho Digital

● 15/09/2014 - 15/01/2017

INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH

CNPJ: 11.858.570/0002-14

Ocupação: 131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE

Remuneração Inicial: R\$ 8.544,80

Última Remuneração Informada: R\$ 17.993,98 (01/2017)

Anotações

15/09/2014 - Admissão

01/01/2016 - Ocupação alterada para DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE

15/01/2017 - Rescisão Contratual

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Sara Gardenia Fausto Teixeira de Souza, inscrita no CPF sob o nº 673.865.635-15, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão: 131/2012 SES/GO

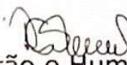
- ✓ Período: 10/02/2016 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 207 (duzentos e sete)

Contrato de Gestão: Termo de Transferência de Contrato 001/2013 SES/GO

- ✓ Período: 02/01/2017 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica - Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – HMSL
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 39 (Trinta e nove)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho, cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, assistencial, gerencial até a presente data.

Goiânia, 06 de outubro de 2021.


Instituto de Gestão e Humanização – IGH
Rita de Cassia Leal de Souza
Diretora Regional Goiás




MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL
 PIS-PASEP
124.07514.95-7
 Nº INSCRIÇÃO: **5895097** Nº EMPREGO: **001-0** UF: **GO**
Aderrone Vieira Mendes
 ASSINATURA DO TITULAR



02 QUALIFICAÇÃO CIVIL
BRASILEIRO
 27/01/1972
 NOME: **ADERRONE VIEIRA MENDES**
 LOCAL DE NASCIM.: **GOIÂNIA - GO**
 FUNÇÃO: **OLIVEIRA MENDES MOREIRA NAIR CAXIAS VIEIRA**
 DOC. APRESENTADO: **RG 2057100 SSP-GO**
 ESTADO CIVIL: **CASADO**
 LEI Nº 548, DE 18 DE JUNHO DE 1966
 RG: **2057100** CNR: **01179455703** CPF: **548.771.301-44**
 T. ELEITOR: **028047801023** SEÇÃO: **0047** ZONA: **148**
 LOCAL DA BASE: **SERVIÇO NACIONAL DE EMPREGO**
 Baseado: **15/03/2005**
 Assinatura do Titular

CONTRATO DE TRABALHO 041 07
 EMPRESA: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIÂNIA**
 ENDEREÇO: **RUA CAMPINAS N 1135**
 BAIRRO: **AMERICANO DO BRASIL**
 CIDADE: **GOIÂNIA - GO**
 CARGO: **Administrador de Empresas**
 DATA DE ADMISSÃO: **24 de Setembro de 2014**
 REGISTRO: **15.500,00**
 SALÁRIO: **R\$ 15.500,00 (quinze mil e quinhentos reais)**
 Assinatura do Empregador: *Robson Ferreira Ramos*
 Assinatura do Empregado: *Aderrone Vieira Mendes*

08
 Matr: **5687**
 ENDEREÇO: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIÂNIA**
 CNPJ: **01619790/0001-60**
 RUA CAMPINAS N 1135
 Bairro: **AMERICANO DO BRASIL**
 GOIÂNIA - GO
 Cargo: **SUPERINTENDENTE ADM/FINANCEIRO**
 CBO: **123110**
 DIAdm: **01/04/2014**
 Tipo Sal: **1 Sal R\$ 15.500,00**
(QUINZE MIL E QUINHENTOS REAIS)
 Assinatura do Empregador: *Robson Ferreira Ramos*
 Assinatura do Empregado: *Aderrone Vieira Mendes*

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIGA
AUTENTICAÇÃO
 CERTIFICO que esta cópia é verdadeira e fiel do original. DOU
 FE
 Colônia, 17 de Fevereiro de 2015
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE
 Selo Digital nº 80772102113100105491247
<https://seu.sgo.jus.br/tusca/>


CARTA DE APRESENTAÇÃO

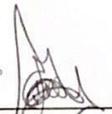
Atendendo as diretrizes da Alta Gestão dessa Organização, cumpre-me apresentar como Médico Radiologista, Rafael Soares Lemos regularmente registrado no CRM-GO sob o nº 12794, com ampla experiência na área.

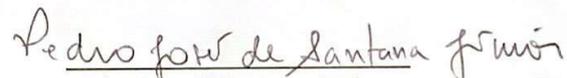
Acreditando que minhas qualificações médicas e profissionais estão de acordo com as exigências e critérios para ocupação da função, descrevo a seguir meu recente histórico profissional.

Atualmente ocupo o cargo de Diretor Técnico há mais de 4 (quatro) anos na Clínica Matri - Clínica de Diagnóstico por Imagem de Trindade, uma clínica conceituada sendo a mesma uma policlínica, contando hoje com consultórios com várias especialidades médicas, sendo referência em Ortopedia, Radiologia e Imaginologia, dentre várias outras e modalidades de exames como: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Radiografia, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Mapa e Holter.

Trindade, 29 de setembro de 2021.

Para os devidos fins, atesto ser verídica as informações relatadas,


1º OFÍCIO
Patrícia Cássia Cordeiro Mendes
Gestora Administrativa


Pedro Jose de Santana Junior
Diretor Administrativo
CRM-GO: 12821



28.690.130/0001-12
CLINICA DE DIAGNOSTICO
POR IMAGEM DE TRINDADE LTDA
Av. Manoel Monteiro nº 40 Qd. 11 Lt. 02
Jardim Salvador CEP: 75.388-454
Trindade - GO



FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Marilda Francisca Faria de Melo

de nacionalidade brasileira, nascida em 07 de setembro de 1980, portadora do RG. nº. 4.286.438/SSP/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em **Gestão Estratégica na Área de Saúde**, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 16/06/2020 a 11/06/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.

Lapa, 11 de junho de 2021

Marilda Francisca Faria de Melo
Pós-Graduada


Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de Validação: <https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado>

Aluna: 162402543 - Marilda Francisca Faria de Melo
 Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro: 1000 Livro: 100 Folha: 41
 Data do Registro: 11 de junho de 2021

Diretrizes dos Pactos pela Saúde: Saúde, Vida, Defesa do SUS e de Gestão	30	Renata Pasine Rodero	Mestra	9,0	A	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Osniir José Jugler	Mestre	8,0	B	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Ética nas Políticas Sociais	30	Eliane Granzotto	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Programas: Saúde do Cidadão, Física e Mental	30	Benilda Luiza de Carvalho Klingeltus	Especialista	8,0	B	100%
Gestão e Liderança de Pessoal	30	Ivan Bim Requena	Mestre	8,0	B	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	30	José Guilherme Silva Vieira	Doutor	8,0	B	100%
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Competências	30	Gesiane de Almeida Pleim Batista	Mestra	9,0	A	100%
Orçamento, Despesa Pública, Plano de Contas e Patrimônio	30	Walmir Thomé	Mestre	10,0	A	100%
Planejamento em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Doutor	8,0	B	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Giselli Aparecida Felisbino	Mestra	8,0	B	100%
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Ester Fogel Paciornik	Doutora	9,0	A	100%
Vigilância em Saúde: Vigilância Ambiental, Epidemiológico, Sanitária e Saúde do Trabalhador	30	Adriana Ribas Bianchini	Especialista	9,0	A	100%

Carga Horária Total: 360,00

Legenda	A: 9,0 a 10,0	B: 8,0 a 8,9	C: 7,0 a 7,9	D: Insuficiente
----------------	---------------	--------------	--------------	-----------------

FAUCULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Recredenciada pela Portaria nº 197 de 2016. Publicada no D.O.U. n.º 68 de 11 de abril de 2016, seção 1, pg. 25.
 Recredenciamento para oferta de cursos em EAD: Portaria nº 756 de 2017, publicada no D.O.U. n.º 119 de 23 de junho de 2017, seção 1, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicado no D.O.U. nº 67 de 09/04/2018, seção 1, pg. 43.

Lapa, 11 de junho de 2021



Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 11/06/2021 às 18:28:11 (data e hora de Brasília).
 Dados do Assinante: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LAPA S A - CPF/CNPJ: 02.558.975/0001-65
 Código de Verificação: 6d4c4b303454304d444446b3d





FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA
Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

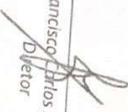
O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais, certifica que

ISABELLA MEDEIROS DE MELO BARCELOS

de nacionalidade brasileira, nascida em 14 de julho de 1979, portadora do RG. nº. 3687558/SSP/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em **Gestão Estratégica na Área de Saúde**, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 08/06/2020 a 07/07/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 04/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.

Lapa, 07 de julho de 2021

ISABELLA MEDEIROS DE MELO BARCELOS
Pós-Graduada


Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de Validação: <https://frael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado>



CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
CERTEFICADO que esta copia e reprodução fiel do original. DOU
Colônia, 15 de Setembro de 2021
DANIEL RODRIGUES DE SOUZA -
ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00722109124319409491214
https://see.tjgo.jus.br/buscas/AA369393

Aluno: 16242544 - ISABELLA MEDEIROS DE MELO BARCELLOS
 Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro: 10511 Livro: 100 Folha: 423
 Data do Registro: 07 de julho de 2021

Disciplina	CH	Docente	Titulação	Média	Conc.	Freq.
Diretrizes dos Fatores pela Saúde: Saúde, Vida, Defesa do SUS e de Serviços	30	Renata Patrino Rodero	Mestra	20,0	A	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Osair José Jugler	Mestre	20,0	A	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Ética nas Políticas Sociais	30	Eliane Granotto	Mestra	8,0	B	100%
Gestão de Programas, Saúde do Cidadão, Física e Mental	30	Bianilda Luza de Carvalho Kingeliff	Especialista	9,0	A	100%
Gestão e Liderança de Pessoal	30	Ivan Bin Requeena	Mestre	20,0	A	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	30	João Guilherme Silva Vieira	Doutor	8,0	B	100%
Projetos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Complexidades	30	Geiziane de Almeida Priem Batista	Mestra	9,0	A	100%
Orçamento, Despesa Pública, Plano de Contas e Petrininho	30	Walmir Thomé	Mestre	20,0	A	100%
Planejamento em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Doutor	20,0	A	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Giullli Aparecida Fróisino	Mestra	7,0	C	100%
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Estier Fogel Pradenik	Doutora	7,0	C	100%
Vigilâncias em Saúde: Vigilância Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Saúde do Trabalhador	30	Adriana Ribas Bianchini	Especialista	20,0	A	100%

Nota TCC:

Carga Horária Total: 360,00

Legenda	A: 9,0 a 10,0	B: 8,0 a 8,9	C: 7,0 a 7,9	D: Insuficiente
---------	---------------	--------------	--------------	-----------------

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA - Recredenciada pela Portaria nº 97 de 2016, Publicada no D.O.U.n.º 68 de 11 de abril de 2016, seção 4, pg. 25
 Recredenciamento para oferta de cursos em EAD, Portaria nº 756 de 2021, publicada no D.O.U.n.º 119 de 23 de junho de 2021, seção 4, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da
 Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicado no D.O.U nº 67 de 09/04/2018, seção 1, pg. 43.

Lapa, 07 de julho de 2021

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
 Fundação de História
AUTENTICAÇÃO
 Colônia, 15 de setembro de 2021
DANIEL RODRIGUES DE SOUZA -
ESCREVENTE.
 Selo Digital nº 00772109124319409491213
<https://see.tigo.ius.br/buscas>
 AAS69388



Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 07/07/2021 às 14:11:38 (data e hora do Brasília).
 Dados do Assinante: SOCIEDADE TÉCNICA EDUCACIONAL DA LAPA S.A. - CPF/CNPJ: 02.558.975/0001-65
 Código de Verificação: 795552443344646487871733d
 Valide esse documento em: <https://sei.edu.br/institucional/validacao-de-certificado> Informando o código de verificação.





FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

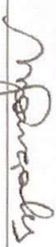
Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Gizelly Angello Vieira Santiago Cabral

de nacionalidade brasileira, nascida em 18 de janeiro de 1985, portadora do RG: nº 7337040/PC/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em **Gestão Estratégica na Área de Saúde**, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizada no período de 17/06/2020 a 15/01/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.

Lapa, 12 de fevereiro de 2021.


Márcia Helena Gonçalves
Secretária


Gizelly Angello Vieira Santiago Cabral
Pós-Graduada


Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de Validação: <https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado>

Aluna: 16240356 - Gizelly Ângello Vieira Santiago Cabral
Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro: 5232 Livro: 100 Folha: 210
Data do Registro: 15 de janeiro de 2021

Disciplina	CH	Docente	Título	Nota	Conc.	Freq.
Diretrizes dos Pactos da Saúde: Saúde, Vida, Defesa do SUS e de Gestão	30	Renata Pasine Rodero	Mestra	8,0	B	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Osnir José Jugler	Mestre	9,0	A	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Ética nas Políticas Sociais	30	Eliane Granotto	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Programas: Saúde do Cidadão, Física e Mental	30	Benilda Luiza de Carvalho Kingelfus	Especialista	7,0	C	100%
Gestão e Liderança de Pessoal	30	Ivan Bim Requena	Mestre	10,0	A	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	30	José Guilherme Silva Vieira	Doutor	9,0	A	100%
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Competências	30	Gestiane de Almeida Pierin Batista	Mestra	8,0	B	100%
Orçamento, Despesa Pública, Plano de Contas e Patrimônio	30	Walmir Thomé	Mestre	10,0	A	100%
Planejamento em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Doutor	7,0	C	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Giselli Aparecida Felisbino	Mestra	8,0	B	100%
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Esther Fogel Paclornik	Doutora	7,0	C	100%
Vigilâncias em Saúde: Vigilância Ambiental, Epidemiológico, Sanitária e Saúde do Trabalhador	30	Adriana Ribas Bianchini	Especialista	9,0	A	100%

Carga Horária Total: 360,00

Legenda

A: 9,0 a 10,0

B: 8,0 a 8,9

C: 7,0 a 7,9

D: Insuficiente

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Recredenciada pela Portaria nº 197 de 2016. Publicada no D.O.U. nº 68 de 11 de abril de 2016, seção 1, pg. 25.

Recredenciamento para oferta de cursos em EAD: Portaria nº 756 de 2017, publicada no D.O.U. nº 419 de 23 de junho de 2017, seção 1, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicado no D.O.U. nº 67 de 09/04/2018, seção 1, pg. 43.

Lapa, 12 de fevereiro de 2021.



Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 12/02/2021 às 20:51:32 (data e hora de Brasília).
Dados do Assinante: SOCIEDADE TÉCNICA EDUCACIONAL DA LAPA S.A. - CPF/CNPJ: 02.558.975/0001-65
Código de Verificação: 4f676127a5875504d568b3d
Valide esse documento em: <https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado> Informando o código de verificação.





Certificado

A Faculdade Unyleya, com base na legislação em vigor e seus Estatuto e Regimentos, certifica que

CRISTIANE ALVES DE MENESES CARVALHO

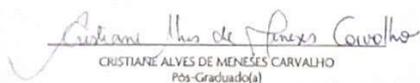
Identificação: 3856036 - SSP/GO

concluiu com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*,
Especialização, com 420 horas, em

MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

Área de conhecimento: Administração

Rio de Janeiro, 6 de agosto de 2018


CRISTIANE ALVES DE MENESES CARVALHO
Pós-Graduado(a)


MARCOS IZIDRO GONÇALVES
Diretor Acadêmico

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas

AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original - DOU
FE
Goiânia, 05 de Outubro de 2021
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE. AA593493
Selo Digital nº 00772110012811409491513
["https://see.tigo.jus.br/buscas"](https://see.tigo.jus.br/buscas)



Pe. do J.º - Rua 8 s/n, o Rio João de Abreu, 1131, Ed. Aze, 2a. C/ta, Goiânia-GO, CEP 74120-010, Fone: 62 3663 8100 - www.cartorioindioartiga.com.br

FACULDADE UNYLEYA - HISTÓRICO ESCOLAR

CRISTIANE ALVES DE MENESES CARVALHO

Pós-Graduação *Lato Sensu* MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

Período de Realização (W3438): 22 de dezembro de 2016 a 04 de julho de 2018 - Carga Horária: 420 horas

Disciplina	Carga Horária	Conceito	Nome e Titulação do Corpo Docente
METODOLOGIA DA PESQUISA E DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA	40	Bom	DENISE MARIA DOS SANTOS PAULINELLI RAPOSO - MESTRE
GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	40	Bom	ARQUILEIA ITAIR PEIXOTO GONÇALVES - MESTRE
BIOESTATÍSTICA E EPIDEMIOLOGIA	40	Ótimo	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
MARKETING HOSPITALAR	40	Ótimo	CESAR AUGUSTO LEITÃO - ESPECIALISTA
PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	40	Ótimo	EVANDRO TSUFA LEPLETER GUIMARÃES - MESTRE
GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	40	Ótimo	EVANDRO TSUFA LEPLETER GUIMARÃES - MESTRE
LOGÍSTICA E GESTÃO DE MATERIAIS	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
AUDITORIA E GESTÃO DE QUALIDADE	40	Bom	CESAR AUGUSTO LEITÃO - ESPECIALISTA
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E INFORMATIZAÇÃO	40	Ótimo	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	60	Bom	CESAR AUGUSTO LEITÃO - ESPECIALISTA

Título do TCC: **GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NA INGLATERRA: DISSIPARIDADES E SEMELHANÇAS**

Os presentes certificados de Pós-graduação estão em conformidade com os preceitos da Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007.

A FACULDADE UNYLEYA é credenciada pelo MEC, através da Portaria Ministerial nº 1.663 de 05/10/2006, Portaria SCSu nº 727 de 31/03/2011 e reconhecida pela Portaria Ministerial Nº 720, de 20/07/2016.

Registrado sob nº 51934 - 420009 / LINV - B





FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Rosana Resende Nogueira Chaves

de nacionalidade brasileira, nascida em 19 de janeiro de 1967, portadora do RG: nº. 497.510/SSP/MS, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em **Gestão Estratégica na Área de Saúde**, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 07/05/2020 a 02/02/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 02/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.

Lapa, 02 de março de 2021.

Márcia Helena Gonçalves
Secretária

Rosana Resende Nogueira Chaves
Pós-Graduada

Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de Validação: <https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado>



Aluna: 162402479 - Rosana Resende Nogueira Chaves
 Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro: 5865 Livro: 100 Folha: 235
 Data do Registro: 01 de fevereiro de 2021

Disciplina	CH	Docente	Titulação	Nota	Conc.	Freq.
Diretrizes dos Pactos pela Saúde: Saúde, Vida, Defesa do SUS e de Gestão	30	Renata Pasine Rodero	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Osniir José Jugler	Mestre	10,0	A	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Ética nas Políticas Sociais	30	Eliane Granzotto	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Programas: Saúde do Cidadão, Física e Mental	30	Benilda Luiza de Carvalho Klingelfus	Especialista	10,0	A	100%
Gestão e Liderança de Pessoal	30	Ivan Bim Requena	Mestre	10,0	A	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	30	José Guilherme Silva Vieira	Doutor	10,0	A	100%
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Competências	30	Gesiane de Almeida Pienn Batista	Mestra	10,0	A	100%
Orçamento, Despesa Pública, Plano de Contas e Patrimônio	30	Walmir Thomé	Mestre	10,0	A	100%
Planejamento em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Doutor	10,0	A	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Giselli Aparecida Felisbino	Mestra	10,0	A	100%
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Ester Fogel Paciornik	Doutora	10,0	A	100%
Vigilâncias em Saúde, Vigilância Ambiental, Epidemiológico, Sanitária e Saúde do Trabalhador	30	Adriana Ribas Bianchini	Especialista	10,0	A	100%

Carga Horária Total: 360.00

A: 9,0 a 10,0

B: 8,0 a 8,9

C: 7,0 a 7,9

D: Insuficiente

Legenda

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Recredenciada pela Portaria nº 197 de 2016. Publicada no D.O.U. nº 68 de 11 de abril de 2016, seção 1, pg. 25.
 Recredenciamento para oferta de cursos em EAD: Portaria nº 756 de 2017, publicada no D.O.U. nº 119 de 23 de junho de 2017, seção 1, pg. 16.

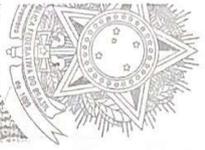
O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicado no D.O.U nº 67 de 09/04/2018, seção 1 pg. 43.

Lapa, 01 de março de 2021.



Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 02/03/2021 às 15:36:06 (data e hora de Brasília).
 Dados do Assinante: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LAPA S A - CPF/CNPJ: 02.558.975/0001-65
 Código de Verificação: 42557061504648387331633d
 Valide esse documento em: <https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado> Informando o código de verificação.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública

Resoluções: CNE/CES nº 01, de 08/06/2007; CEPEC nº 742, de 05/07/2005; CEPEC nº 774, de 07/03/2006

Certificamos que **Douglas Araújo Falcão** concluiu o curso de Especialização em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, ministrado pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 01 de setembro de 2010 a 28 de setembro de 2011.

Goiânia, 03 de abril de 2012.

Paula Cardoso
 Prof.ª Dr.ª Divina das Dóres de Paula Cardoso
 Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

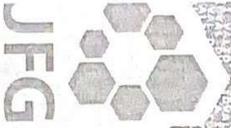
Douglas Araújo Falcão
 Douglas Araújo Falcão
 Concluinte

M. Regina
 Prof.ª Dr.ª Regina Maria Bringel Martins
 Diretora de Unidade

Cartório Flávio Tomim
 4º REGISTRO CIVIL E
 TABELIONATO DE NOTAS
 Av. Tocantins, 203, Centro
 CEP 74415-010, Goiânia - GO
 Telefone: 62 3212.1000

4º REGISTRO CIVIL
 DAS PESSOAS FÍSICAS E
 JURÍDICAS E NOTAS
 Cartório Flávio Tomim

AUTENTICAÇÃO
 A presente cópia CONFERE o original. Dou fe
 0155 - GOIÂNIA, CE: 581.389-11, Goiânia, 24 de setembro de 2012.
 Diógenes Machado Andrade de Oliveira
 Escritor
 Selo: 40092109210260509490906
 Confira em http://see.tpo.jus.br/selo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Nome: Douglas Araújo Falcão

CPF: 004.171.091-64

Data de Nascimento: 29/07/1984

Disciplinas	Legenda situação: AP: Aprovado AD: Aproveitamento de disciplina	RMA: Reprovado por média RF: Reprovado por falta	Carga horária (h)		Docente responsável	Nota	Freq.	Situação.
			Prática	Total				
A História e as Políticas de Saúde no Brasil			0	12	Prof. Ms. Fausto Jaime	9,00	100%	AP
Epidemiologia			0	40	Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira Prof.ª Dr.ª Nazarete Elias da Silva Nascimento Prof.ª Ms. Juliana Brasiel da Silva Prof. Dr. Cristina Laval	8,00	90%	AP
Estado, Sociedade e as Políticas Sociais			0	12	Prof. Dr. Ivan José Maciel	8,70	88%	AP
Financiamento e Orçamento do S U S			0	28	Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira Prof.ª Dr.ª Edsaura Maria Pereira Prof. Dr. Pedro Célio Alves Borges	9,50	85%	AP
Gerência de Compras			0	16	Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho	8,30	85%	AP
Gerência de Custos e Princípios e Base de Economia em Saúde			0	16	Prof. Esp. Dante Garcia de Paula	8,60	85%	AP
Gerência de Matéria			0	20	Prof. Esp. Dante Garcia de Paula	9,20	95%	AP
Gerência de Qualidade			0	12	Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa	7,50	85%	AP
Gerência de Recursos Humanos em Saúde			0	32	Prof. Ms. Fausto Jaime	9,00	90%	AP
Mecanismo de Pactuação, Regulação e Controle Social em Sa			0	36	Prof.ª Dr.ª Janete Lima de Castro	8,50	86%	AP
Metodologia de Investigação de Sistema de Saúde			0	40	Prof. Ms. Fernando Passos Cupertino de Barros Prof. Ms. Fausto Jaime Prof.ª Dr.ª Edsaura Maria Pereira	8,00	87%	AP
Modelo de Atenção à Saúde e de Gerência Social			0	28	Prof.ª Dr.ª Erika Fernandes Soares	8,20	86%	AP
Os Planos de Gestão do S U S			0	12	Prof. Ms. Fausto Jaime	9,60	85%	AP
Planejamento em Saúde			0	28	Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira Prof. Dr. Ivan José Maciel	8,50	100%	AP
Seminários			0	45	Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira	9,00	100%	AP
Sistema de Informações em Saúde			0	28	Prof. Dr. Thaliba Libânio de Morais Neto Prof.ª Dr.ª Ruth Minamisava Prof. Ms. William Álvares Prof. Esp. Dante Garcia de Paula	10,00	88%	AP

MEC UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Certificado registrado sob nº. 6595 Data do registro: 03/04/2012

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.
Carga horária total: 405 horas. Período: 01 de setembro de 2010 a 28 de setembro de 2011.

Título da monografia: A política de Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos como estratégia de Qualificação Gerencial no Hospital Geral de Goiânia - Dr. Alberto Rassi / SES.

Data de aprovação: 10 de novembro de 2011. Avaliação: Aprovado

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Edsaura Maria Pereira
Prof. Dr. Ivan José Maciel
Coordenador de Curso

Confere: Solange Rocha Caetano
Assistente em Administração, no exercício da CERD
VISTO: Prof.ª Dr.ª Valquíria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica



FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA
Estado do Paraná
Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentares certifica que

Wanderlan César de Oliveira Miranda

de nacionalidade brasileira, nascido em 03 de fevereiro de 1973, portador do RG. nº 1905900/SSP-GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em Gestão Hospitalar Estratégica, Área de Conhecimento Ciências Sociais, aplicação e duração, realizado no período de 30/11/2020 a 11/06/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 450 (Quinhentas e Sessenta) horas.


Wanderlan César de Oliveira Miranda
Pós-Graduação

Lapa, 11 de junho de 2021


Alexandre Sato
Diretor

Sua de homologação encontra-se disponível no endereço eletrônico da instituição.

Alcance del estudio - Seleccionar Círculo de Clientes Estimado
 Círculo de Clientes - Requisitos y Frecuencia

Requisitos	SI	No	Indefinido	Frecuencia	SI	No	Indefinido
Definir una lista de clientes requeridos	80			9.0	4		100%
Definir un tiempo de disponibilidad requerido	80			10.0	4		100%
Definir los servicios de tecnología requeridos	80			9.0	4		100%
Definir los requisitos de seguridad requeridos	80			10.0	4		100%
Definir los requisitos de cumplimiento de regulaciones	80			8.0	4		100%
Definir los requisitos de integración	80			8.0	4		100%
Definir los requisitos de interoperabilidad	80			8.0	4		100%
Definir los requisitos de escalabilidad	80			9.0	4		100%

Requisitos - Seleccionar los requisitos de Clientes de Requisitos - 17 de agosto de 2017

Legenda	A 100% SI	B 75% SI	C 50% SI	D Indefinido
---------	-----------	----------	----------	--------------

FAEL (C) 2017. Todos los derechos reservados. Este documento es propiedad de FAEL. No se permite la reproducción o distribución de este documento sin el consentimiento escrito de FAEL. Este documento es propiedad de FAEL. No se permite la reproducción o distribución de este documento sin el consentimiento escrito de FAEL. Este documento es propiedad de FAEL. No se permite la reproducción o distribución de este documento sin el consentimiento escrito de FAEL.



Este documento es propiedad de FAEL. No se permite la reproducción o distribución de este documento sin el consentimiento escrito de FAEL. Este documento es propiedad de FAEL. No se permite la reproducción o distribución de este documento sin el consentimiento escrito de FAEL.



Universidade Pitágoras Itaporá

Referenciada pela Portaria Ministerial nº 959 de 14 de Setembro de 2010 - Publicada no D.O.M. nº 179 de 17 de Setembro de 2010.

Referenciada pela Portaria Ministerial nº 654 de 22/03/2019 D.O.M. nº 57 de 25/03/2019.

Certificado

O(a) **Reitor(a)** da Universidade Pitágoras Itaporá, no uso de suas atribuições legais, certifica que

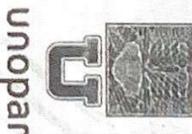
Aderrone Vieira Mendes

Brasileiro(a), natural de Goiânia-GO nascido(a) em 27/03/1972, portador do RG: 2057100 SSP-GO CPF: 5487130144 concluiu o curso de **MBA em Administração Hospitalar - área de conhecimento: Ciências Sociais, Negócios e Direito**, de Pós-graduação lato sensu, com duração de 400 horas, de acordo com a Resolução Nº 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CEB - D.O.M. de 06 de abril de 2018.

Itaporá-PR, 18 de Maio de 2019

Aderrone Vieira Mendes
Coordenador

José Carlos Regal
Reitor(a)



unopar



CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original DOU
FE
Goiânia, 17 de Fevereiro de 2021
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE.
Selo Digital nº 00772102118100189931245
"https://see.tiqo.jus.br/buscas"



CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução de cópia
autenticada DOU FE
Goiânia, 15 de Setembro de 2021
DANIEL RODRIGUES DE SOUZA -
ESCRIVENTE.
Selo Digital nº 00772109124319409491245
"https://see.tiqo.jus.br/buscas"



Histórico escolar de Aderrone Vieira Mendes
 Período de realização: 09/11/2018 a 10/05/2019. Carga horária: 400 horas.
 Polo/Unidade: Polo Unopar Goiânia (Central)



2040122

Disciplinas	Corpo Docente	Turma	CH	Frequência	Conceito	Resultado
Língua Portuguesa e avaliação empresarial	Marcos Habermann	Doutrina	40	100	10	Aprovado
Empreendedorismo	Francisco André Simião	Doutrina	40	100	10	Aprovado
Auditoria Hospitalar	Marcos Habermann	Doutrina	40	100	10	Aprovado
Gratuito de avaliação e acreditação hospitalar	Thais Solano	Materiais	40	100	10	Aprovado
Fundamentos de administração geral e hospitalar	André Paula Keller de Makiy	Materiais	40	100	10	Aprovado
Gratuito de saúde de suplementos e revisão de saúde	Luz Anderson Cavaleiro Júnior	Especiais	40	100	8,1	Aprovado
Atualização legal e normatização em saúde	Almy Ticiano Rodrigues	Doutrina	40	100	10	Aprovado
Gratuito de informações em serviços hospitalares	Alina Kelyne Rodrigues	Materiais	40	100	8,1	Aprovado
História da Pesquisa Científica	Fernanda Maria de Miranda	Doutrina	40	100	10	Aprovado
	Rita Elaine Mattar	Doutrina	40	100	10	Aprovado

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
 4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
 CERTIFICO que esta cópia e reprodução de cópia autenticada. DOU FE.
 Goiânia, 15 de Setembro de 2021
DANIEL RODRIGUES DE SOUZA
ESCREVENTE.
 Selo Digital nº 00772109124319409491244
 "https://see.tjgo.jus.br/buscas/"

RA569404

Pol. do Sul - Rua F - Quad. 5 - Rua João de Abreu, 1135, Ed. Altus B1, Centro, Goiânia-GO, CEP 74121-010, Fone: (62) 3088-9999 | www.cartorioindiogoiaria.com.br

Certificado registrado sob o nº 1610, Livro 02, nos termos da Resolução Nº 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CES - D.O.U. de 06 de abril de 2018, e de acordo com as Normas Internas da Instituição sobre a matéria. Londrina - PR 18 de Maio de 2019

412769
 Lorrany Tomaz Lourenço
 Secretária de Documentos e Registros de Certificados
 Emissão de Documentos e Registros de Certificados
 Secretária de Pós-Graduação

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
 CERTIFICO que esta cópia e reprodução de cópia autenticada. DOU
 FE
 Goiânia, 17 de Fevereiro de 2021.
ROBSON FERREIRA RAMOS - **ESCREVENTE.**
 Selo Digital nº 00772102113100189491246
 "https://see.tjgo.jus.br/buscas/"

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Sara Gardenia Fausto Texeira de Souza, inscrita no CPF sob o nº 673.865.635-15, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão: 131/2012 SES/GO

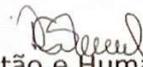
- ✓ Período: 10/02/2016 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 207 (duzentos e sete)

Contrato de Gestão: Termo de Transferência de Contrato 001/2013 SES/GO

- ✓ Período: 02/01/2017 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica - Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – HMSL
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 39 (Trinta e nove)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho, cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, assistencial, gerencial até a presente data.

Goiânia, 06 de outubro de 2021.


Instituto de Gestão e Humanização – IGH
Rita de Cassia Leal de Souza
Diretora Regional Goiás



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Mara Rubia Gonsalves de Souza, inscrita no CPF sob o nº 136.046.208-21, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão 131/2012 SES/GO

- ✓ Período: 15/09/2014 a 06/01/2017
- ✓ Função: Diretora Operacional – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 217 (duzentos e dezessete)

Contrato de Gestão 096/2016 SES/GO

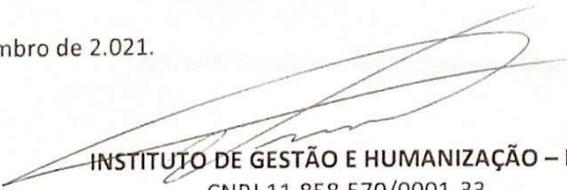
- ✓ Período: 09/01/2017 a 29/08/2020
- ✓ Função: Diretora Geral – Hospital de Urgências de Aparecia de Goiânia – HUAPA
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 95 (noventa e cinco)

Contrato de Gestão 108/2018 SMS/Contagem

- ✓ Período: 14/09/2020 a 10/06/2021
- ✓ Função: Diretora Geral das UPAS do Município de Contagem
- ✓ Quantidade Leitos Contratualizados: 417 (quatrocentos e dezessete) – Complexo Hospitalar de Contagem
- ✓ Quantidade de UPAs Contratualizadas: 5 (cinco)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho operacional. Cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, operacional, gerencial até a presente data.

Goiânia, 08 de setembro de 2.021.


INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH
CNPJ 11.858.570/0001-33
JOEL SOBRAL DE ANDRADE
SUPERINTENDENTE





HOSPITAL DE NEUROLOGIA
SANTA MÔNICA

■ ESPECIALIDADES

Cardiologia
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia da Obesidade
Cirurgia Geral
Cirurgia Laparoscópica
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Hematologia
Infecologia
Neftrologia
Neurocirurgia
Neurologia Clínica
Neurorradiologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Psicologia
Radiologia Intervencionista
Urologia
UTI - Adulto

DECLARAÇÃO

DECLARO QUE ANDRÉ LUIS MARQUES PALMEIRA MODESTO, CPF: 71282432168, RG :3702053 SSPGO, MÉDICO, CARDIOLOGISTA, CRMGO 12157, RQE 11020, É DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL DE NEUROLOGIA SANTA MÔNICA DESDE 2018 ATÉ A PRESENTE DATA. A INSTITUIÇÃO CONTA COM 93 LEITOS, SENDO 10 LEITOS UTI, 55 ENFERMARIA E 28 APARTAMENTOS.

APARECIDA DE GOIÂNIA, 24/08/2021

■ DIAGNÓSTICOS

Análises Clínicas
Análises Patológicas
Angiografia Digital
Raio - X
Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada



Assinado de forma digital
por HAIKAL YASPERS
HELOU:98308769772
Dados: 2021.08.24
13:23:18 -03'00'

DR. HAIKAL YASPER HELOU(DIRETOR TÉCNICO)

■ PRONTO-SOCORRO

Atendimento 24 horas



Fone: (62) 3282-8000 . Fax: (62) 3282-7454
Rua EM 01 Qd. Área Lt. 002 s/n . Vila Sul
Aparecida de Goiânia - GO - 74910-520
contato@hsmonica.com.br
www.hsmonica.com.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
124.07514.95-7

NÚMERO 5895097 SERVIDOR 001-0 UF GO

Aderrone Vieira Mendes
RUBRICADA EM 03/03/2015
POR [Assinatura]




02 **QUALIFICAÇÃO CIVIL**

BRASILEIRO

27/03/1972
NASCIMENTO

27/03/1972
CPF: 548.771.301-44
ZONA 146

GOIÂNIA - GO
FLUXO OLIVEIRA MENDES MOREIRA
NAIR CAXIAS VIEIRA
DOC. APRESENTADO: RG 2057100 SSP GO

ESTADO CIVIL: CASADO
DATA DE MATRIMÔNIO: 18 DE MAIO DE 1995
RG: 2057100
T. ELEITOR: 026047801023 SEÇÃO 0047

LOCAL DA DÍPLOMA: SERVIÇO NACIONAL DE EMPREGO.
PIS/PAJ: 18/03/2005

CONTRATO DE TRABALHO 07

EMPREGADOR: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIÂNIA
EMPREGADO: AGIR

LOCAL: RUA CAMPINAS N 1135
INDRETO: 74.052-230

GOIÂNIA - GO
MUNICÍPIO: GOIÂNIA - GO

ESP. DO ESTAB. DESTINADO: Hospitalar
Cargo: Administrador de Empresas

DATA DE ADMISSÃO: 24 de Setembro de 2014
REGISTRO: 15/10/2014

EMPREGADOR: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIÂNIA
EMPREGADO: AGIR

DATA DE ASSINATURA: 20/10/2014
Assinatura: Roberto D'Almeida

Mat: 5687

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIÂNIA

CNPJ: 01619790/0001-50

RUA CAMPINAS N 1135

Bairro: AMERICANO DO BRASIL

GOIÂNIA - GO

Cargo: SUPERINTENDENTE ADM/FINANCEIRO
CBO: 123110
DtAdm: 01/04/2014

Tipo Sal: 1 Sal: R\$ 15.500,00
(QUINZE MIL E QUINHENTOS REAIS)

Assinatura: Jesus Daniel de Carvalho
Contador Dentista Pessoa Física
Santa Casa de Misericórdia

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original DOU
FE
Colônia, 17 de Fevereiro de 2021
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE
Selo Digital nº 0077212211310105491247
<https://seu.tigo.jus.br/tuscar>



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Atendendo as diretrizes da Alta Gestão dessa Organização, cumpre-me apresentar como Médico Radiologista, Rafael Soares Lemos regularmente registrado no CRM-GO sob o nº 12794, com ampla experiência na área.

Acreditando que minhas qualificações médicas e profissionais estão de acordo com as exigências e critérios para ocupação da função, descrevo a seguir meu recente histórico profissional.

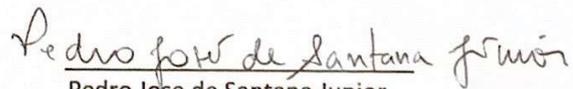
Atualmente ocupo o cargo de Diretor Técnico há mais de 4 (quatro) anos na Clínica Matri - Clínica de Diagnóstico por Imagem de Trindade, uma clínica conceituada sendo a mesma uma policlínica, contando hoje com consultórios com várias especialidades médicas, sendo referência em Ortopedia, Radiologia e Imaginologia, dentre várias outras e modalidades de exames como: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Radiografia, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Mapa e Holter.

Trindade, 29 de setembro de 2021.

Para os devidos fins, atesto ser verídica as informações relatadas,

1º OFÍCIO


Patrícia Cássia Cordeiro Mendes
Gestora Administrativa


Pedro Jose de Santana Junior
Diretor Administrativo
CRM-GO: 12821



28.690.130/0001-12
CLINICA DE DIAGNOSTICO
POR IMAGEM DE TRINDADE LTDA
Av. Manoel Monteiro nº 40 Qd. 11 Lt. 02
Jardim Salvador CEP: 75.388-454
Trindade - GO

ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICA

O Instituto Alcance Gestão em Saúde, inscrito no CNPJ: 27.949.878/0001-24; com endereço na AV. T-10, nº 208, Sala 1311, Edifício New Times Square Urban Office, Setor Bueno, Goiânia-GO; vem através do seu Presidente do Conselho de Administração Sr. Valdomiro Amaral Garay Naimayer, CPF: 019.624.671-71, atestar que o Médico Dr. Alexandre Detlef Richter Filho exerceu a função de Superintendente Técnico desta Instituição no período de julho de 2018 a Dezembro de 2019. Neste, o Instituto Alcance administrava unidade de São Miguel do Araguaia, Hospital Municipal Adailton do Amaral com 42 leitos.

Registre-se que a função exercida pelo mesmo foi com qualidade, excelência e bom desempenho, e nada consta a desabonar o profissional.

Goiânia, 24 de Setembro de 2021.

VALDOMIRO AMARAL Assinado de forma digital por
GARAY VALDOMIRO AMARAL GARAY
NAIMAYER:01962467171 NAIMAYER:01962467171
Dados: 2021.09.24 17:30:08 -03'00'

Presidente Conselho de Administração

Valdomiro Amaral Garay Naimayer

DECLARAÇÃO

Declaro por meio desta para os devidos fins legais de direito que ADRIANO ALVES DE MENESES, inscrito no CPF sob o nº. 853.837.671-34, residente e domiciliado na avenida Ministro Fernando Costa, nº.1000, Centro, Ceres/GO, CEP 76.300-000, ATUA COMO DIRETOR TECNICO E EXECUTA SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, desde o ano de 2011 de maneira satisfatória, no HOSPITAL ORTOPÉDICO DE CERES, Nº de leitos: 19 leitos de enfermarias, 12 leitos de apartamentos, 10 leitos de UTI e 05 SEMI UTI, cumprindo com todas as suas responsabilidades não restando nada que o desabone.

Hospital Ortopédico de Ceres, 21 de setembro de 2021
01.790.070/0001-53

Hospital Ortopédico de Ceres



+55 (62) 3323-1431
+55 (62) 3323-1305
+55 (62) 9 8432-8763

hoceres@gmail.com

hospitalortopedicocodaceres

Rua 7 Nº 499, Centro - Ceres - Goiás - CEP 76300-000