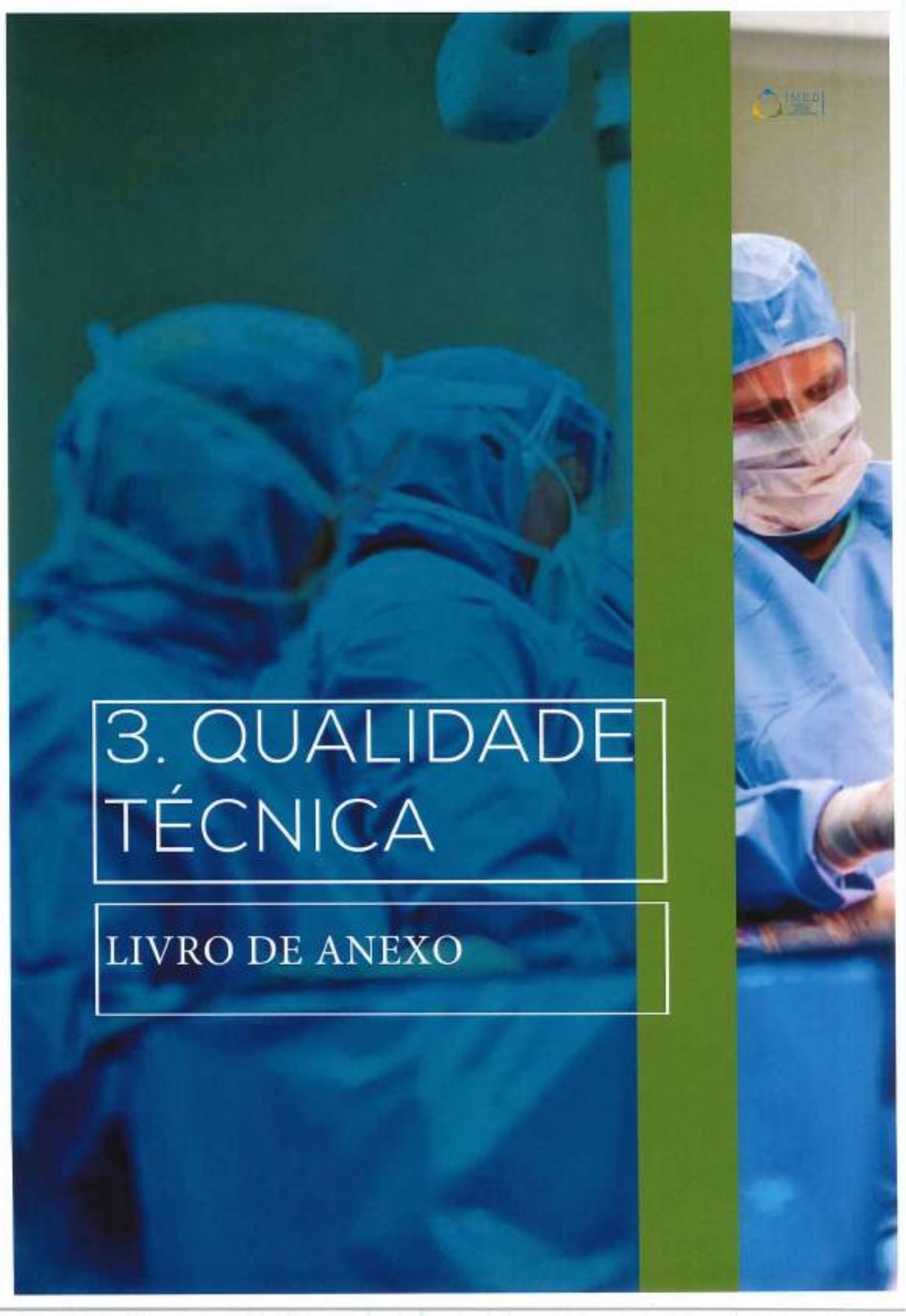


CAPÍTULO

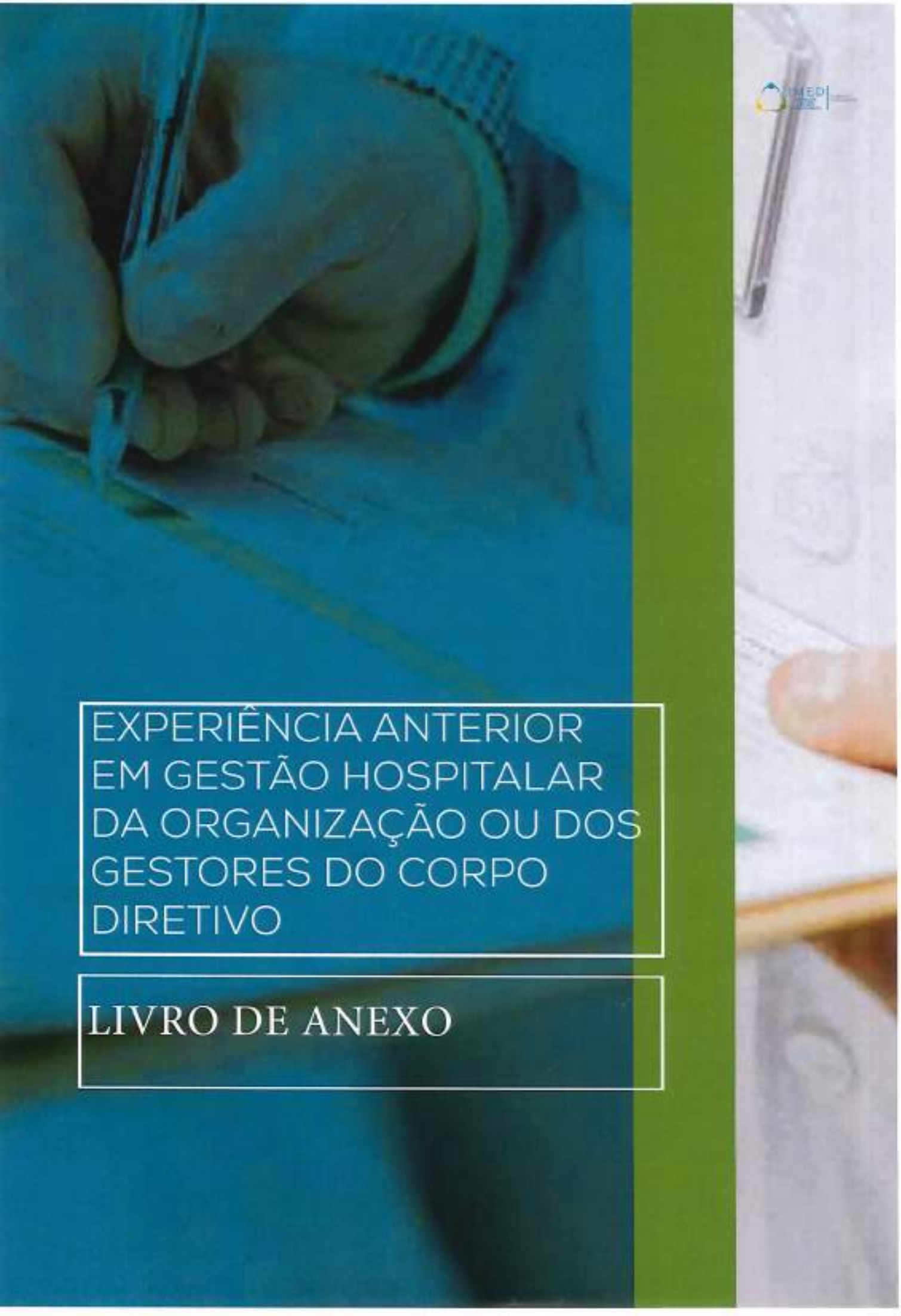
03





3. QUALIDADE TÉCNICA

LIVRO DE ANEXO



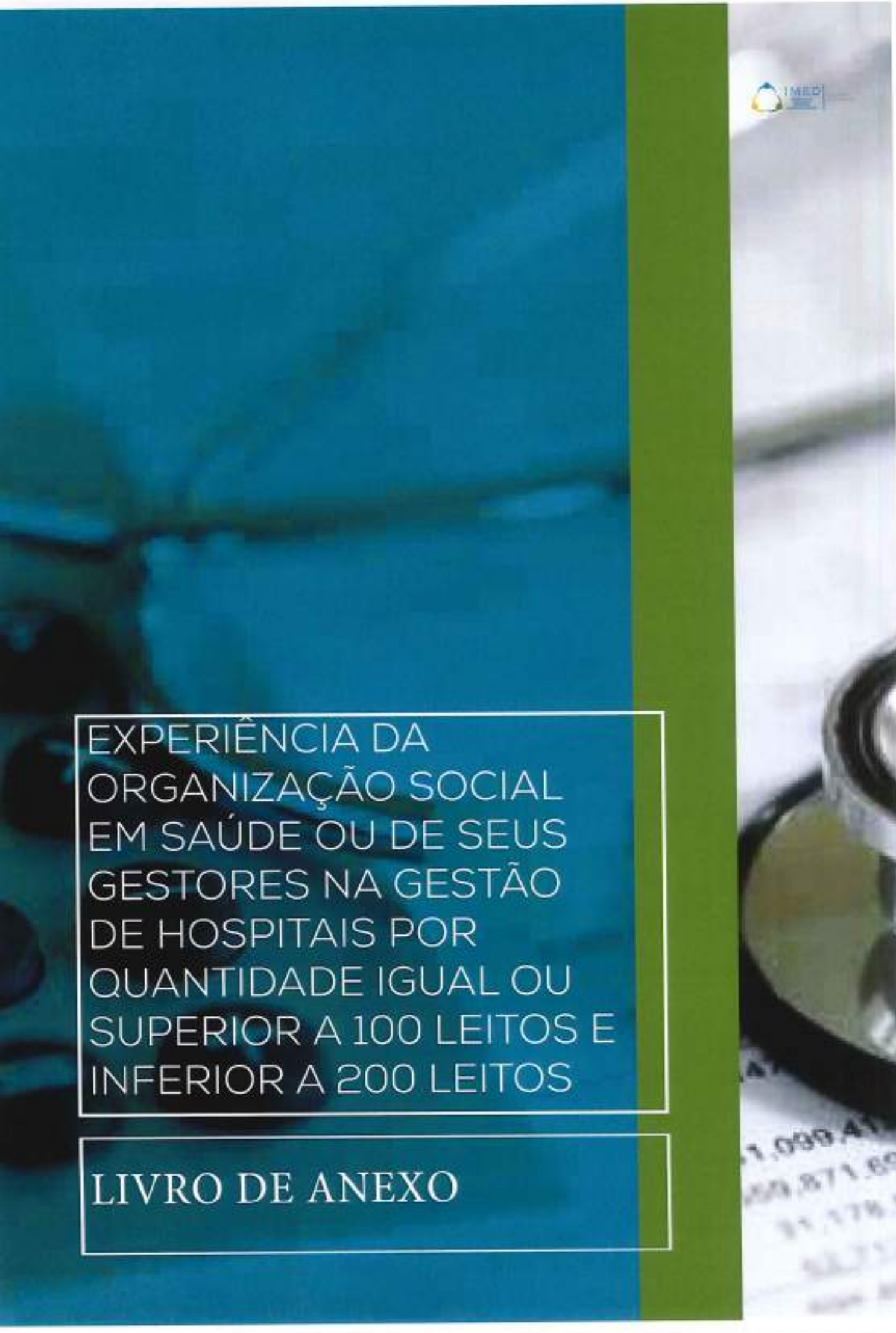
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA ORGANIZAÇÃO OU DOS GESTORES DO CORPO DIRETIVO

LIVRO DE ANEXO



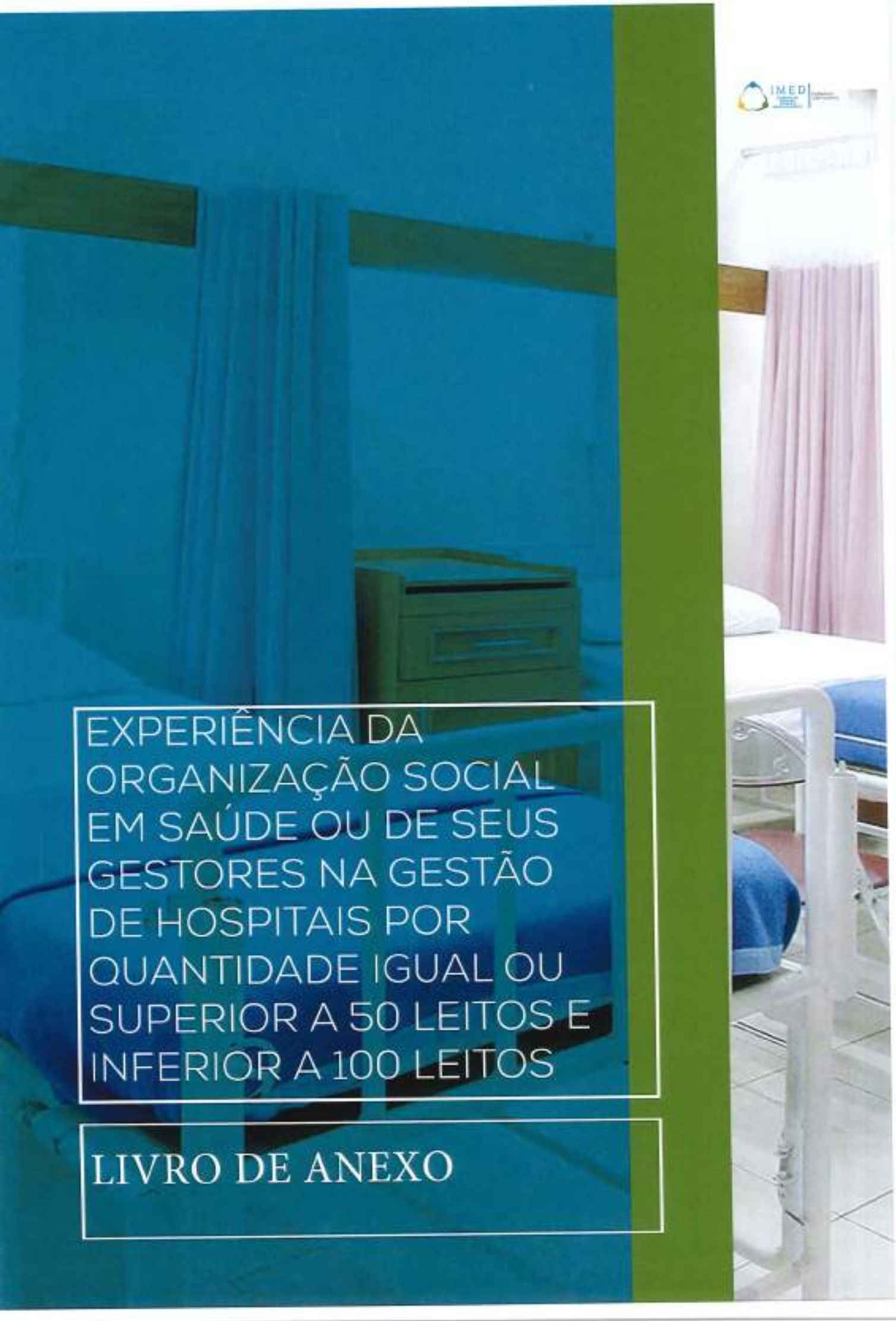
EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS

LIVRO DE ANEXO



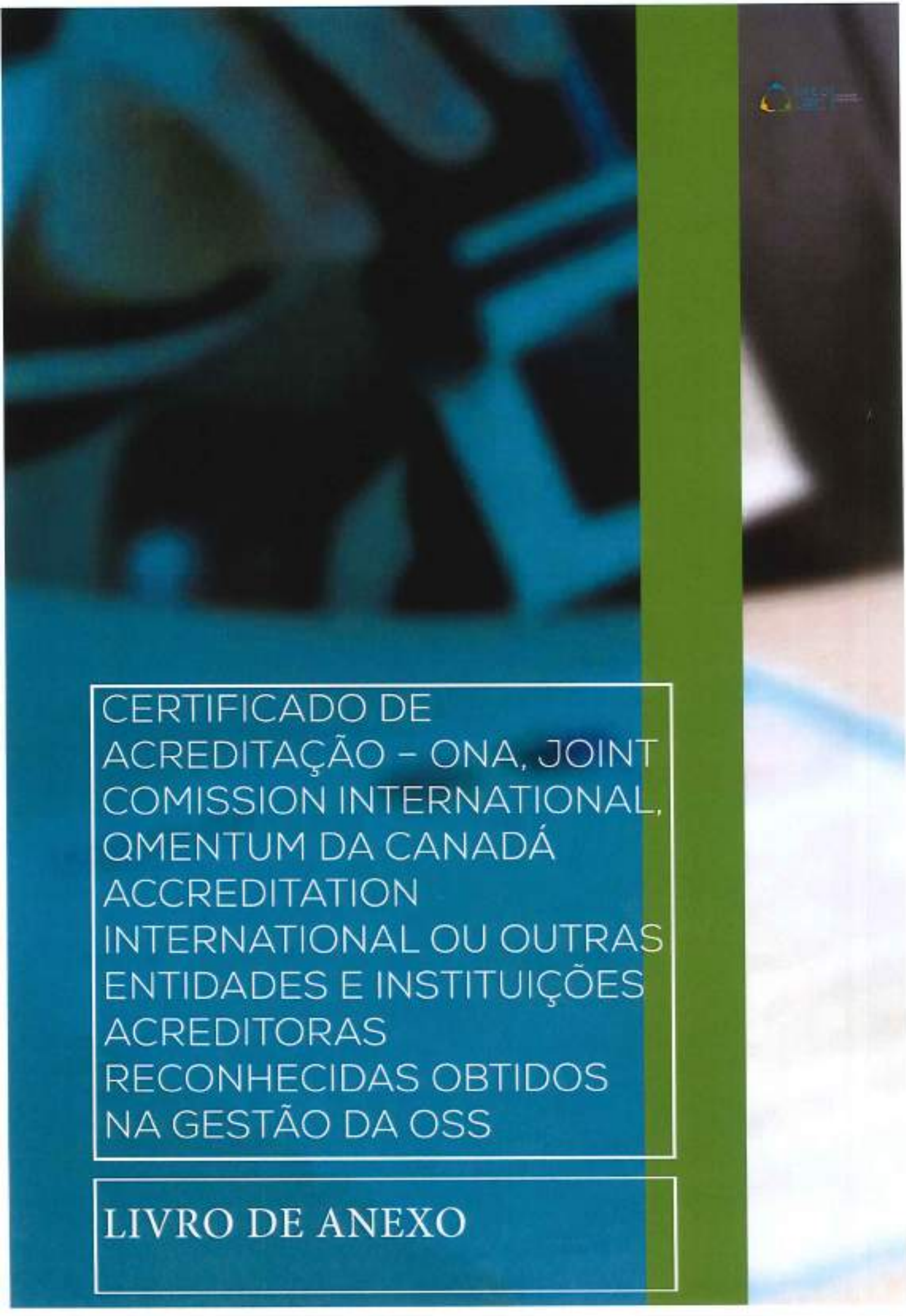
EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS

LIVRO DE ANEXO



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

LIVRO DE ANEXO

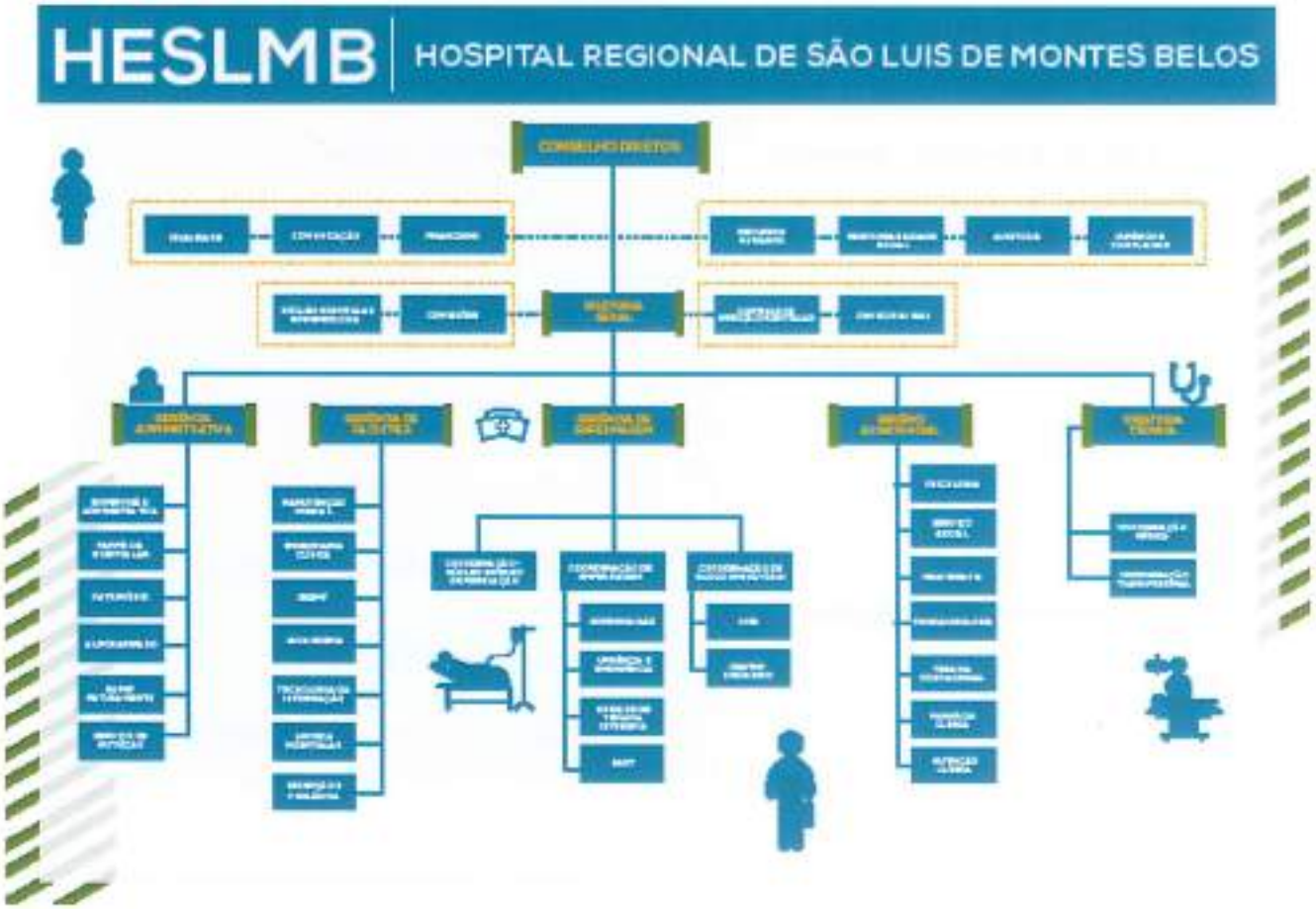


CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OU OUTRAS ENTIDADES E INSTITUIÇÕES ACREDITORAS RECONHECIDAS OBTIDOS NA GESTÃO DA OSS

LIVRO DE ANEXO

3.2 – ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

3.2.1 - APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO



INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	DEPARTAMENTO	A QUEM SE REPORTA?	CLASSIF.	CLASSE	CBO
Diretor Geral	Administrativo	Conselho Diretor	L4	Líder	1312-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Administração, Economia ou afins	Pós-graduação	Mínimo de 5 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista;	1. Inteligência emocional;
2. Normas de segurança no trabalho;	2. Administração do tempo;
3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;	3. Relacionamento humanizado;
4. Gestão de pessoas e processos;	4. Visão sistêmica;
5. Gestão de Custos;	5. Foco no resultado;
6. Ferramentas da Qualidade;	6. Ética e honestidade;
	7. Direcionador de soluções;
7. Pacote Office Avançado.	8. Foco no cliente interno e externo;
	9. Tomada de decisão sob pressão;
	10. Gestão de Pessoas;
	11. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS

1. Integração	1. MV;
2. Protocolos internos;	2. E-mail;
	3. Internet;
3. NR 32.	4. Trello;
	5. Pasta fêmur.

ATRIBUIÇÕES
Executar as deliberações gerais do hospital, na área de competência;
Elaborar planejamento estratégico;
Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades de cada unidade do Hospital;
Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com 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 administrativos 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 em ata as decisões;
Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento e POP – Procedimentos Operacionais;

Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativos, utilizando os instrumentos pertinentes;
Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;
Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
Planejar as atividades administrativas, visando a satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-os, 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.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	DEPARTAMENTO	A QUEM SE REPORTA?	CLASSIF.	CLASSE	CBO
Diretor Técnico	Diretoria	Diretor Administrativo	L4	Lider	1231-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Medicina	Pós-Graduação	Mínimo de 5 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Legislação trabalhista;	1. Inteligência emocional;
2. Normas de segurança no trabalho;	2. Administração do tempo;
3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;	3. Relacionamento humanizado;
4. Gestão de pessoas e processos;	4. Visão sistêmica;
5. Gestão de Custos;	5. Foco no resultado;
6. Ferramentas da Qualidade;	6. Ética e honestidade;
	7. Direcionador de soluções;
7. Pacote Office Avançado.	8. Foco no cliente interno e externo;
	9. Tomada de decisão sob pressão;
	10. Gestão de Pessoas;
	11. Gerenciador de crise e conflito.

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração	1. MV;
2. Protocolos internos;	2. E-mail;
	3. Internet;
3. NR 32.	4. Trello;

ATRIBUIÇÕES
Cumprir e executar a política de gestão hospitalar definida pelo IMED juntamente com a SES;
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, moveis, 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 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 de 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 continuam da assistência prestada;
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 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 Conselho Regional de Medicina;
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 sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;
Estabelecer sistemas de supervisão médica, associando-os aos processos de controle e educação;
Avaliar as atividades dos componentes do Corpo Clínico quanto aos preenchimentos das AIH's, prontuários médicos, solicitações de exames e demais documentos relacionados ao atendimento dos pacientes;
Executar atividades de cunho assistencial e nelas buscar ampliar conhecimentos obre o funcionamento dos setores de acolhimento de pacientes e outras atividades afins;

Atender a convocação dos poderes públicos competentes, sempre que solicitado, para prestar informações;
Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

NFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	DEPARTAMENTO	A QUEM SE REPORTA?	CLASSIF.	CLASSE	CBO
Gerente Administrativo (a)	Administrativo	Diretor Administrativo (a)	L7	Líder	1421-05

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Administração ou afins	Desejável Pós-graduação Gestão Hospitalar	Mínimo 1 ano

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho;	1. Inteligência emocional;
2. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;	2. Administração do tempo;
3. Gestão de pessoas e processos;	3. Relacionamento humanizado;
4. Gestão de Custos;	4. Visão sistêmica;
5. Ferramentas da Qualidade;	5. Foco no resultado;
6. NR-32 (desejável)	6. Ética e honestidade;
	7. Direcionador de soluções;

7. Pacote Office Avançado.	8. Foco no cliente interno e externo;
	9. Tomada de decisão sob pressão;
	10. Gerenciador de crise e conflito.
	11. Gestão de Pessoas;

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração	1. MV;
2. Protocolos internos;	2. E-mail;
	3. Internet;
3. NR 32.	4. Pasta de área;

ATRIBUIÇÕES
Criar métodos de trabalho que garantam o bom funcionamento do hospital;
Interagir com todas as áreas do hospital, mantendo o bom ambiente e controle;
Planejar atividades diárias e rotinas do hospital;
Organizar o funcionamento dos vários setores do Hospital;
Garantir a perfeita circulação de informações e orientações;
Delegar funções evitar falhas de comunicação, escassez ou excesso de empregados;
Evitar custos desnecessários ou outros problemas que gerem desperdício, ineficiência, prejuízo à produção, déficit orçamentário;
Planejar, organizar e controlar as atividades administrativas do hospital;
Traçar estratégias e métodos de trabalho para administrar as situações de crise;
Reportar a Diretoria através de relatórios de controle sobre os processos sob seu controle;

Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

INFORMAÇÕES GERAIS					
CARGO	DEPARTAMENTO	A QUEM SE REPORTA?	CLASSIF.	CLASSE	CBO
Gerente de Enfermagem	Enfermagem	Diretor Administrativo	L5	Líder	1312-10

IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA
N/A	Superior em Enfermagem	Especialização em Gestão em Saúde, Gestão de Pessoas ou afins	3 anos

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
1. Normas de segurança no trabalho;	1. Inteligência emocional;
2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação;	2. Administração do tempo;
3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;	
4. Gestão de pessoas e processos;	3. Relacionamento humanizado;
7. Gestão de Custos;	4. Visão sistêmica;
6. Ferramentas da Qualidade;	5. Foco no resultado;
7. NR-32 (desejável)	6. Ética e honestidade;
	7. Direcionador de soluções;

8. Pacote Office Intermediário.	8. Foco no cliente interno e externo;
	9. Tomada de decisão sob pressão;
	10. Gerenciador de crise e conflito.
	11. Gestão de Pessoas;

TREINAMENTOS EXIGIDOS	ACESSOS NECESSÁRIOS
1. Integração	1. E-mail;
2. Protocolos internos;	2. Internet;
	3. Trello;
3. NR 32.	4. MV;
	5. Pasta da área.

ATRIBUIÇÕES
Elaborar escalas e dimensionamento de pessoal;
Assegurar a qualidade no atendimento e humanização assistencial;
Liderar equipes, garantir a escala adequada para o funcionamento dos setores de enfermagem;
Auxiliar nas rotinas e procedimentos das áreas;
Elaborar relatórios gerenciais;
Gerenciar fluxo de atendimento de pacientes;
Emitir parecer técnico referente ao processo de padronização, aquisição, distribuição, instalação e utilização de materiais;
Realizar o controle de solicitações e liberações de materiais;
Controlar os indicadores da área de atuação;

Atuar como multiplicador do conhecimento e gerenciar a assistência técnica prestada pela equipe de enfermagem;
Manter o sistema de avaliação continuo e realizar reuniões periódicas com os departamentos assistenciais;
Monitorar o desempenho e a produtividade da equipe;
Acompanhar o cumprimento das metas do contrato de gestão;
Participar de programas de controle de infecção hospitalar;
Revisar protocolos operacionais das áreas sob sua gestão;
Monitorar e atuar sobre os indicadores de qualidade e segurança do paciente;
Propor ações de melhoria continua;
Participar de campanhas de combate aos agravos da saúde;
Participar de programas e campanhas de saúde do trabalhador;
Participar da elaboração de projetos e políticas de saúde;
Acompanhar e organizar fluxo do setor de atuação;
Coordenar e acompanhar atividades da equipe técnica;
Realizar demais atividades inerentes ao cargo.



ITEM 3.2.2 - TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO/ GESTÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES

LIVRO DE ANEXO



ITEM 3.2.3 - EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO DA DIRETORIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO GERENCIAMENTO DE UNIDADE HOSPITALAR

LIVRO DE ANEXO

ITEM 3.3 - IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR

ITEM 3.3.1 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO E, QUANDO FOR O CASO, TÍTULO DE ESPECIALISTA DOS RESPONSÁVEIS PELOS SERVIÇOS (OBSERVAR A LEGISLAÇÃO PARA CADA CASO).

Setores

- Pronto Socorro – Atendimento às Urgências;
- Ambulatório;
- Centro Cirúrgico;
- SADT;
- Unidades de Internação
- UTI Adulto;
- Unidade de Internação Cirúrgica;

- Unidade de Internação Clínica;
- Unidade de Internação Obstétrica.



Atendimento às Urgências Hospitalares

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea, por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

APRESENTAÇÃO DOS HORÁRIOS DE ATIVIDADES MÉDICAS PARA O SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HESLMB			
Especialidades para a urgência a serem ofertados pelo HESLMB		Plantões Presenciais	
		07:00 - 19:00	19:00-07:00
1	Cirurgia Geral	1	1
2	Clínica Médica	3	3
3	Ginecologia/obstetrícia	1	1
4	Ortopedia e Traumatologia	1	1
totais		6	6

TURNOS	DIA	SEMANA	MÊS
Presenciais diurnos	6	42	189
Presenciais Noturnos	6	42	189

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 07H ÀS 19H, COM GRADE DEVIDAMENTE DISPONIBILIZADA AO COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL (CRE).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	MANHÃ 07:00 ÀS 13:00 HRS					TARDE 13:00 ÀS 19:00 HRS				
Consultas médicas nas seguintes especialidades médicas	Seg	ter	qua	Quin	Sex	Seg	ter	qua	quin	sex
Cardiologia - (risco cirurgico)	1				1					1
Cirurgia Geral - Ambulatório Pré e pós cirurgico	1			1		1			1	
Ginecologia/obstetria - Ambulatório Pré e pós cirurgico	1					1				
Ortopedia e Traumatologia - Ambulatório Pré e pós cirurgico			1		1			1		1
Hematologia		1					1			
Angiologia e cirurgia vascular - Ambulatório Pré e pós cirurgico		1					1			
Totais de plantões de seis horas	3	2	1	1	2	2	2	1	1	2

TURNOS	SEMANA	MÊS
Presenciais diurnos	9	41
Presenciais Noturnos	8	36

CIRURGIAS AMBULATORIAIS: 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. OS PACIENTES PODERÃO SER PROVENIENTES DE DEMANDA EXTERNA AO HOSPITAL BEM COMO DE CONSULTA AMBULATORIAL DE PACIENTES JÁ ACOMPANHADOS PELO HOSPITAL. EM AMBOS OS CASOS, TODAS AS CIRURGIAS AMBULATORIAIS DEVEM SER REGULADAS PELO COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL.

CIRURGIAS/ PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS					
Especialidades médicas para cirurgias/procedimentos ambulatoriais a serem oferecidas no HESLMB	Seg	ter	Qua	Quin	Sex
cirurgia vascular	1			1	

TURNOS	SEMANA	MÊS
Presenciais diurnos	2	9
Presenciais Noturnos	2	9

CENTRO CIRÚRGICO: CONSIDERAM-SE AS CIRURGIAS ELETIVAS PROGRAMADAS AS INTERVENÇÕES QUE ABRANGEM AS CIRURGIAS DE MÉDIO E ALTO PORTE, SOB EFEITO DE ANESTESIA E DE DIFERENTES ESPECIALIDADES. EXCETUAM-SE AQUI AS CIRURGIAS DE PACIENTES EM ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA. AS CIRURGIAS ELETIVAS PROGRAMADAS SERÃO REGULADAS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO EM SUA TOTALIDADE.

CIRURGIAS/ PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS					
Especialidades médicas para cirurgias/procedimentos ambulatoriais a serem oferecidas no HESLMB	Seg	ter	qua	Quin	Sex
Cirurgião Geral	2			2	
Ginecologista	2				
Ortopedista			2		2
Urologia		2			
Cirurgião vascular		2			
Anestesiologistas	2	2	1	1	1

PLANTÕES DE 12 HORAS	SEMANA	MÊS
Diurnos	21	95

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. O HESLMB DISPONIBILIZA PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA ATENDER CIRURGIAS DE EMERGÊNCIA NAS SEGUINTES ESPECIALIDADES: OBSTETRÍCIA, CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA.

Escalas de cirurgiões para atender Cirurgias de Urgências no HESLMB		Plantões presenciais no P.S.		Plantões Sobreaviso	
		07:00 - 19:00	19:00- 07:00	07:00 - 19:00	19:00- 07:00
1	Cirurgião Geral	1	1	1	1
2	Ginecologia/obstetrícia	1	1	1	1
3	Ortopedia e Traumatologia	1	1	1	1
4	Anestesiologista	1	1		
totais		4	4	3	3
Exceto o anestesiologista os demais plantonistas já estão inseridos no pronto socorro onde atenderão os pacientes de suas especialidades que chegam em situação d emergência					
O cirurgião que esta de plantão no pronto socorro ao receber o paciente cirúrgico se desloca para o C.C. e solicita a presença do Cirurgião, ou do Cirurgião de plantão nas unidades de internação					

TURNOS DE 12 HORAS	DIA	SEMANA	MÊS
Presenciais diurnos	1	7	7
Presenciais Noturnos	1	7	7
Presenciais diurnos	3	21	21
Presenciais Noturnos	3	21	21

O SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT) EXTERNO: CONJUNTO DE EXAMES E AÇÕES DE APOIO TERAPÊUTICO, SERÁ DISPONIBILIZADO À PACIENTES QUE ESTÃO SENDO ATENDIDOS EM OUTRAS UNIDADES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E QUE POSSUEM A PRESCRIÇÃO PARA REALIZAR O EXAME, SENDO TODOS ESSES PROCEDIMENTOS 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		MANHÃ 07:00 ÀS 13:00 HRS					TARDE 13:00 ÀS 19:00 HRS				
espaço físico	especialidades	Seg	ter	qua	Quin	Sex	Seg	ter	quo	quin	sex
sala de raio X	Radiologista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sala de Mamografia											
sala de ultrasom	Ultrasonografia			1					1		

TURNOS	SEMANA	MÊS
Presenciais matutinos	6	27
Presenciais Vespertinos	6	27

UNIDADES DE INTERNAÇÃO: AS DIVERSAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS, FUNCIONARÃO DURANTE 24 HORAS DO DIA, ATENDENDO A TODOS OS PACIENTES, REGULADOS OU AQUELES QUE BUSCARAM O SERVIÇO ATRAVÉS DO PRONTO SOCORRO E FORAM INTERNADOS NO HOSPITAL.

Durante as vinte e quatro horas do dia, esse setores serão cobertos por médicos na quantidade e especialidade adequada para proporcionar a melhor assistência possível, limitada pelo espaço físico disponível.

ESCALAS INTERNAÇÕES	MANHÃ 07:00 ÀS 13:00 HRS					TARDE 13:00 ÀS 19:00 HRS					NOITE 19:00 ÀS 07:00 HRS				
	Seg	ter	qua	Quin	Sex	Seg	ter	qua	quin	sex	Seg	ter	qua	quin	sex
UTI adulto capacidade 10 leito															
Médico plantonista 12 Horas diurno						1	1	1	1	1					
Médico plantonista 12 Horas Noturno											1	1	1	1	1

Médico diarista - Hospitalista - intensivista	1	1	1	1	1										
Médico responsável Técnico - Presencial 2 visitas semanais à distância disponibilidade 5 dias da semana	1	1	1	1	1										
Internações de Clínica médica 32 Leitos															
Médico plantonista 12 Horas diurno						1	1	1	1	1					
Médico plantonista 12 Horas noturno											1	1	1	1	1
Médico diarista - Hospitalista - Clínico	2	2	2	2	2										

ESCALAS INTERNAÇÕES	MANHÃ 07:00 ÀS 13:00 HRS					TARDE 13:00 ÀS 19:00 HRS					NOITE 19:00 ÀS 07:00 HRS				
	Seg	ter	qua	Quin	Sex	Seg	ter	qua	quin	sex	Seg	ter	qua	quin	sex
UTI adulto capacidade 10 leito															
Médico plantonista 12 Horas diurno						1	1	1	1	1					
Médico plantonista 12 Horas Noturno											1	1	1	1	1
Médico diarista - Hospitalista - intensivista	1	1	1	1	1										

Médico responsável Técnico - Presencial 2 visitas semanais à distância disponibilidade 5 dias da semana	1	1	1	1	1										
Internações de Clínica médica 32 Leitos															
Médico plantonista 12 Horas diurno						1	1	1	1	1					
Médico plantonista 12 Horas noturno											1	1	1	1	1
Médico diarista - Hospitalista - Clínico	2	2	2	2	2										

Internações de Clínica Neonatologista 2 Leitos															
Médico plantonista 12 Horas diurno - Médico Pediatra						1	1	1	1	1					
Médico plantonista 12 Horas noturno - Médico Pediatra											1	1	1	1	1
Médico diarista - Hospitalista - Pediatra	1	1	1	1	1										

Internações de Clínica Obstétrica 15 Leitos															
Médico plantonista 12 Horas diurno - Médico Obstetra						1	1	1	1	1					
Médico plantonista 12 Horas noturno - Médico Obstetra											1	1	1	1	1
Médico diarista - Hospitalista - Obstetra	1	1	1	1	1										

Internações em leitos de hospital dia 2 leitos															
Médico Plantonista (coberto pelo Plantonista da cirurgia)															

	TURNOS	DIA	SEMANA	MÊS
Plantões 12 Horas	Presenciais diurnos	5	35	158
	presenciais Noturnos	5	35	158
Plantões de 6 horas	Presenciais diurnos seis horas	5	35	158



ITEM 3.3.2 - PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA

1. ROTINAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMUNS AOS PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO:

Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

- 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 por ventura 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;
- 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;
- Elaborar, quando necessário, e avaliar periodicamente as ações de Enfermagem;
- 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 abono, 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;
- Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de

controle de infecção hospitalar;

- 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.

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, 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;

- Cumprir o regulamento e regimento internos, ordens de serviço e portarias institucionais, protocolos assistenciais, normas/



Ilustrativa | Internet

rotinas e POPs de Enfermagem;

- 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;

- Solicitar a desinfecção concorrente e terminal das salas e consultórios, conforme indicação;

- Executar outras tarefas, dentro das atribuições do enfermeiro, quando designadas pelo Coordenador de Enfermagem;

- Manter comunicação estreita com a equipe multiprofissional;

- Fornecer orientações sobre e protocolar a entrega de peças anatômicas ao paciente ou familiar, se for o caso;

- Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Gerência de Enfermagem;

- Participar de reuniões, quando solicitado, com os enfermeiros de todos os turnos e o Coordenador de Enfermagem da unidade, em datas previamente acordadas;

- Participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado e estimular a educação em serviço;

- Realizar a capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade e, se necessário, designar um profissional com habilidade para acompanhar o mesmo até sua adaptação;

- Participar da avaliação de

desempenho e auto avaliação por competência da equipe de Enfermagem sob sua supervisão;

- Registrar em sistema específico (ou livros) o empréstimo de equipamentos para outras unidades;
- Sensibilizar/orientar a sua equipe quanto ao uso racional dos insumos hospitalares ;
- Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- Orientar e preencher formulários de acidente de trabalho, conduzir o funcionário para atendimento conforme rotina preestabelecida, em casos de acidente de trabalho;
- Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de Enfermagem;
- Participar do controle sistemático de infecção hospitalar;
- Comunicar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica as suspeitas de doenças de notificação compulsória;
- Prestar informações à Coordenação da Unidade Ambulatorial sobre inconformidades no uso de salas, dentre outros efeitos que interfiram no bom andamento;
- Receber da Coordenação da Unidade Ambulatorial documentos relativos às pericias médicas com 1 (um) dia de antecedência;
- Encaminhar a respectiva documentação ao médico que irá realizar a pericia;
- Registrar presença do paciente que realizará pericia médica;
- Receber do médico os documentos pertinentes à pericia realizada;
- Entregar os documentos na Coordenação da Unidade Ambulatorial;
- Zelar pelo patrimônio da Instituição.

Técnico/Auxiliar de 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 disponivel 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: colposcópio, foco de luz, doppler, eletrocautério, 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;
- Marcar em livro próprio as biópsias encaminhadas e recebidas;
- Registrar em livro próprio toda coleta de citologia oncótica realizada e resultado recebido;
- Arquivar (pasta ou livro) as fichas de inserção de dispositivo intrauterino (DIU);
- 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;
- Após a realização de curativos contaminados solicitar ao profissional responsável pela Higienização que realiza e a limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
- 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.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 7.498/1986. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 159/1993. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/.

HULW. Manual de Normas e Rotinas 2018. 1ª Edição Revisada. 2018. EBSERH.

WERNECK, M. A. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço /Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf. Acesso em 10 de maio de 2021.

2. ROTINAS DA EQUPE DE ENFERMAGEM – HOSPITAL DIA:

Rotinas comuns a toda equipe:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Iniciar as atividades laborais no horário pré-estabelecido conforme escala de trabalho, paramentado com uniforme privativo do bloco cirúrgico, EPI's e sem adornos;
- 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;
- Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela



Ilustrativa | Internet

manutenção da organização da unidade e deverão zelar pelo patrimônio da instituição, de modo especial aos aparelhos, equipamentos e materiais do Bloco Cirúrgico, Unidades de Internação e Ambulatório;

- Todos os membros da Equipe de Enfermagem são responsáveis pelo registro de notificações de eventos adversos e queixas técnicas das não conformidades que possam acarretar danos ao serviço e usuários;

- Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos próprios ou sistema informatizado;

- Cumprir as normas de controle de infecção rigorosamente conforme recomendado pela OMS, ANVISA, VISA, SCHI e Protocolos institucionais;

- Lavar as mãos antes e após a assistência a qualquer paciente (o uso do álcool gel é recomendado quando não há sujidades e secreções evidentes) conforme preconizado pelo SCCIH;

- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, através de comportamento ético profissional;

- Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos das unidades.

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;

- 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 abono, dentre outros mais específicos;
- Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;
- Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto e longo prazo pelo serviço;
- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem;
- Assessorar a Gerência na tecno-vigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;
- Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas monitoramento dos indicadores de qualidade e gestão do Bloco Cirúrgico e Unidades de Internação dia;
- 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;
- Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;
- Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do setor;
- Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no setor;
- Orientar as unidades que receberão os pacientes operados quanto a rotinas e procedimentos técnicos específicos, visando a sincronia e a continuidade do processo de tratamento do paciente;
- Atuar diretamente no acompanhamento da agenda dos procedimentos e exames, diariamente;
- Promover e estimular clima amistoso entre a equipe multiprofissional;
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

Enfermeiro Assistencial:

- Receber e passar plantão,

assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem, cumprindo rigorosamente a escala de plantão bem como os horários pré-estabelecidos;

- Receber o paciente ambulatorial, aloca-lo em um leito e proceder a admissão do mesmo, prestando todas as orientações e esclarecimentos quanto a unidade. Entregar todos os pertences e registrar em prontuário;
- Transferir o paciente para a sala operatória ou sala de exames. Ajudar no posicionamento, se for o caso e permanecer junto ao paciente até o início do procedimento ou quando necessário;
- Aplicar o Protocolo de Cirurgia Segura (checklist de cirurgia segura) sempre que for necessário;
- Realizar as anotações de enfermagem nos impressos próprios do setor;
- Estar atendo ao tipo de exame/ procedimento e cuidar para que a alimentação seja oferecida de forma e em horário adequado;
- Estar atento aos procedimentos de alta do paciente, bem como todos os registros necessários;
- Realizar os procedimentos de enfermagem de maior complexidade e os privativos do enfermeiro, estabelecendo a SAE a todos os pacientes;
- Supervisionar as atividades da equipe, avaliando e propondo orientações, capacitações.

Técnico de 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 atividades de educação permanente e capacitações oferecidas pelo próprio setor e outros responsáveis pela Educação Permanente, com registro de presença em impresso específico;
- Cumprir escala de atribuição, pacientes e atividades diárias da unidade, conforme distribuição dos Enfermeiros Assistencial;
- Posto - Abastecer luvas, toucas e máscaras, manter bancadas limpas e organizadas, trocar a caixa de perfuro cortante quando necessário;
- Material - Guardar o material da unidade, abastecer seringas, agulhas e demais materiais das caixas e gavetas, abastecer e rotular as almotolias;
- Expurgo - Acondicionar o material nos sacos (bandejas, pinças, bacias, comadres e papagaios, materiais respiratórios (traqueias, umidificadores, kits de inalação etc), trocar a caixa de perfuro cortante, manter a pia organizada,

encaminhar o material para a CME;

- Livro de Ocorrências - Registrar a equipe do plantão e distribuição do serviço, revezamento do horário de repouso, falta de materiais ou medicações, ocorrências do serviço, realizar check-list de material permanente do posto em impresso próprio;

- Rouparia - Manter o armário de roupas organizado, solicitar roupa para abastecer o armário, distribuir kits para 24 horas (noturno), manter contato com a lavanderia sempre que necessário;

- Curativo - Abastecer a Clínica Médica com o material estéril da CME (bandejas, pacotes de curativo, pacotes de paramentação, realizar os curativos de pequena complexidade, auxiliar o enfermeiro nos curativos de média e alta complexidade.

- Realizar limpeza, conferência de validades e organização dos materiais e equipamentos da unidade;

- Realizar desinfecção concorrente das bancadas, equipamentos e leitos sob sua responsabilidade, conforme protocolo institucional;



Ilustrativa | Internet

- Registrar as informações inerentes ao plantão, materiais e equipamentos disponíveis do setor, escala de profissionais, admissões, transferências e altas, e temperatura da geladeira no livro de ocorrência dos Técnicos de Enfermagem;

- Realizar trocas dos circuitos de nebulizações e umidificadores de acordo com a padronização de horas da CCIHs;

- Esvaziar os frascos de aspiradores a cada passagem de plantão anotando o débito e trocar os frascos de acordo com a padronização de horas da CCIH;

- Esvaziar os coletores de diurese a cada passagem de plantão e anotar o débito;
- Realizar em todos os procedimentos e cuidados a tripla identificação do paciente (pulseira de identificação, identificação verbal do nome do mesmo e identificação do leito);
- Verificar a integridade da pulseira de identificação e identificação do leito periodicamente e informar qualquer dano ou perca e comunicar ao enfermeiro;
- Encaminhar materiais/ equipamentos contaminados à Central de Material e Equipamentos conforme rotina institucional;
- Comunicar ao Enfermeiro (a) as irregularidades e defeitos apresentados dos equipamentos hospitalares;
- Participar de treinamentos para manuseio de equipamentos e materiais adquiridos;
- Verificar a necessidade de medicamentos no início do plantão e comunicar aos Enfermeiro Assistencial para solicitar à Farmácia;
- Receber e passar o plantão de sua responsabilidade, dentro do horário estabelecido pela instituição;
- Executar e checar a Sistematização da Assistência de Enfermagem conforme prescrito pelo Enfermeiro Assistencial;
- Executar os Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente, tais como:
- Administrar medicamentos por todas as vias;
- Realizar curativos de feridas classificadas como estágio I e II, feridas operatórias, fixadores externos, drenos, cateteres intravasculares periféricos, traqueostomia, na ausência de complicações;
- Realizar troca de fixação de traqueóstomos e sondas após cuidados de higiene, conforme necessidade;
- Instalar dispositivos de oxigenoterapia de baixo e de médio fluxo e nebulização, conforme prescrição médica;
- Administrar enema e enteroclisma, conforme prescrição médica;
- Aplicar crioterapia e termoterapia, conforme prescrição médica;
- Executar os cuidados com o corpo após a morte;
- Preparar o paciente para procedimentos cirúrgicos e realização de exames conforme solicitado e/ou programado;
- Puncionar e identificar (data, hora, calibre do cateter e primeiro nome legível do profissional) o acesso venoso periférico sempre que necessário, observando os períodos de trocas ou

quando necessário, seguindo as recomendações da CCIH e/ou conforme apresentação de sinais flogísticos;

- Identificar os equipos de infusões (enteral e/ou parenteral) contínuas e/ou intermitentes com data e realizar as trocas seguindo as recomendações da CCIH ou quando necessário;
- Identificar as soluções infundidas com nome completo do paciente, enfermaria e leito, componentes da solução, volume, hora de início, vazão, data e primeiro nome legível do profissional, em impresso específico;
- Auxiliar e/ou oferecer alimentos via oral conforme prescrição médica ou quando necessário;
- Conferir as características das dietas enterais recebidas e comunicar ao enfermeiro as alterações;
- Instalar e monitorar a infusão de dieta enteral conforme prescrição médica, observar, reconhecer, registrar intercorrências durante o procedimento, realizar a lavagem da sonda após cada dieta ou medicação e realizar a troca de equipo de dieta diariamente;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente zelando por sua segurança e trocar roupas de cama, realizando a desinfecção do leito e equipamentos pela manhã após o banho e em qualquer horário conforme seja necessário;
- Explicar ao paciente e familiar o que será realizado antes de cada procedimento;
- Prestar informações e esclarecimentos sob sua competência aos pacientes e familiares durante as visitas;
- Atender aos chamados dos pacientes e dos acompanhantes;
- Orientar pacientes sobre banho pré-operatório com solução antisséptica;
- Verificar a necessidade de tricotomia de acordo com o local de incisão cirúrgica e prescrição do enfermeiro;
- Orientar e conferir sobre a importância do jejum pré operatório;
- Orientar pacientes, acompanhantes e visitantes quanto a retirada dos adornos e higienização das mãos;
- Preencher todos os documentos referentes a rotina pré cirúrgica e encaminhar junto ao paciente quando for para o bloco cirúrgico;
- Manter vigilância permanente aos pacientes, identificando suas necessidades objetivas e subjetivas;
- Desempenhar atividades que lhes forem delegadas, desde que sejam compatíveis com a sua função e competência;
- Executar cuidados para prevenção de lesão por pressão (mudar decúbito de 2/2 horas e de acordo com a necessidade, proteger proeminências ósseas e outros cuidados prescritos pelo Enfermeiro Assistencial de acordo com a Sistematização da

Assistência de Enfermagem);

- Verificar de sinais vitais de 6/6 horas e sempre que necessário e/ou de acordo com a prescrição médica, devendo ser registrado na ficha de relatório de enfermagem;
- Executar administração e checagem de medicamentos da prescrição médica e circular aqueles que não forem realizados, justificando o motivo tanto na prescrição quanto na ficha de relatório de enfermagem;
- Registrar os cuidados de enfermagem prestados, descrever o estado geral do paciente, as orientações realizadas e a presença de intercorrências no relatório de enfermagem de forma clara, concisa e objetiva, colocando o primeiro nome legível do profissional e carimbo do conselho de classe;
- Identificar impressos com nome completo do paciente e informações pessoais dos mesmos com letra legível;
- Auxiliar o Enfermeiro Assistencial e o médico no preparo e execução de procedimentos privativos;
- Encaminhar o material contaminado para o expurgo, só retornar para o posto com o material se não foi usado ou contaminado;
- Fazer a separação do lixo conforme determinado pela CCIH: comum ou contaminado;
- Retirar as prescrições vencidas, deixando a das últimas 48h;
- Retirar os excessos dentro das caixas de medicamentos do posto de enfermagem;
- Anotar resultados e fazer as correções de acordo com a prescrição médica;
- Montar os descartex e realizar troca quando necessário;
- Realizar limpeza e desinfecção das bandejas após uso;
- Passar o plantão com os pacientes com a higiene preservada;
- Não executar prescrição de Enfermagem ou Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional e registrar em prontuário as eventuais alterações consentidas.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 7.498/1986. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 159/1993. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/.

HULW. Manual de Normas e Rotinas 2018. 1ª Edição Revisada. 2018. EBSERH.

WERNECK, M. A. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço /Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf. Acesso em 10 de maio de 2021.

3. ROTINAS DA EQUPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Rotinas comuns à toda 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);
- 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;
- Prezar pelo respeito e privacidade dos usuários durante a assistência;
- 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;
- Solicitar junto à Central de Material e Esterilização (CME), receber, conferir e guardar material, atentando para validade e correto acondicionamento;
- Registrar abertura de chamado junto ao Setor Tecnologia da Informação – STI, caso identifique problema na área tecnológica;
- Registrar a abertura de chamado junto ao Setor de Engenharia Hospitalar caso identifique problemas estruturais;
- 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 Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, 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 Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos.



Ilustrativa | Internet

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;
- 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, lacre 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, auxilio 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.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 564/2017.

WERNECK, M. A. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço /Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf. Acesso em 22 de ago 2019.



ITEM 3.3.3 -PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTI NAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, E DE PEDIATRIA.

PROTOCOLO PARA SEPSE E CHOQUE SÉPTICO

DEFINIÇÃO

- Sepse: Presença de disfunção ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção.
- Choque Séptico: Presença de hipotensão não responsiva à utilização de fluído e lactato acima do valor de referência mesmo após reposição volêmica.

DIAGNÓSTICO (SINAIS E SINTOMAS)

Critérios de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS): pelo menos dois sinais abaixo:

- Temperatura central > 38,3°C ou < 36°C ou equivalente em termos de temperatura axilar;
- Frequência cardíaca > 90 bpm;
- Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaO2 < 32 mmHg;
- Leucócitos totais > 12.000/mm³; ou < 4.000/mm³ ou presença de 10% de formas jovens (desvio à esquerda).

Sepse: presença de disfunção ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção. Critérios de disfunção orgânica - pelo menos um critério:

- Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg;
- Oligúria (< 0,5mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (> 2mg/dL);
- Relação PaO2/FiO2 < 300 ou necessidade de O2 para manter SpO2 > 90%;
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
- Lactato acima do valor de referência;
- Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
- Aumento significativo de bilirrubina (>2X o valor de referência).

A presença de disfunção orgânica na ausência dos critérios de SIRS pode representar diagnóstico de sepse.

O qSOFA score (Quick Sequential Organ Failure Assessment Score) é uma ferramenta para se usar à beira do leito para identificar pacientes com suspeita/documentação de infecção que estão sob maior risco de desfechos adversos. Os critérios utilizados são:

- PA Sistólica < 100mmHg - 1 ponto;
- Frequência Respiratória > 22iRPM - 1 ponto;
- Alteração do estado mental (GLASGOW < 15) - 1 ponto
- Um escore maior ou igual a 2 indica um maior risco de mortalidade ou permanência prolongada em UTI.

CONDUTA

Pacote da primeira hora:

A. COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS:

- Gasometria e lactato arterial (resultado deste até em 30min), hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma;
- Hemoculturas: 2 amostras de sítios diferentes conforme rotina de coleta do laboratório e culturas de outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquor, urina), de preferência antes do início do antimicrobiano, não atrasando a infusão do mesmo para além da primeira hora;

B. INÍCIO DA INFUSÃO DO ANTIMICROBIANO (CEFTRIAXONA 2G EV) EM DOSE MÁXIMA, INDEPENDENTE DE FUNÇÃO RENAL, NAS PRIMEIRAS 24 HORAS, DE ACORDO COM O FOCO DE INFECÇÃO.

C. PARA PACIENTES COM HIPOTENSÃO (PAS < 90 MMHG, PAM < 65 MMHG OU EVENTUALMENTE, REDUÇÃO DA PAS EM 40MMHG DA PRESSÃO HABITUAL) OU COM SINAIS DE HIPOPERFUSÃO, ENTRE ELES NÍVEIS DE LACTATO

ACIMA DE DUAS VEZES O VALOR DE REFERÊNCIA, DEVE SER INICIADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA COM INFUSÃO IMEDIATA DE 30ML/KG DE CRISTALOIDES AINDA DENTRO DA PRIMEIRA HORA. USAR SOLUÇÃO RINGER LACTATO OU SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (SF 0,9%);

D. USO DE VASOPRESSORES PARA PACIENTES QUE PERMANEÇAM COM PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA (PAM) ABAIXO DE 65 MMHG (APÓS REPOSIÇÃO VOLÊMICA INICIAL). DROGA DE ESCOLHA NORADRENALINA 4 AMPOLAS + 234 ML SF 0,9% EV TITULADA EM BOMBA DE INFUSÃO CONTÍNUA (BIC) PARA META DA PAM REFERIDA ANTERIORMENTE. EM CASOS DE HIPOTENSÃO AMEAÇADORA A VIDA, PODE-SE INICIAR O VASOPRESSOR MESMO ANTES OU DURANTE REPOSIÇÃO VOLÊMICA;

E. SOLICITAR ACESSO VENOSO CENTRAL PARA INFUSÃO DAS DROGAS E VAGA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA;

F. PACIENTES COM LACTATO ALTERADO ACIMA DE 2 VEZES O VALOR DE REFERÊNCIA, A META É SEU CLAREAMENTO, SENDO SOLICITADO NOVAS DOSAGENS 2 A 4 HORAS APÓS O INÍCIO DA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA. PACOTE DAS 6 HORAS: (IDEALMENTE REALIZADO NA UTI)

A. MENSURAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC) B. VARIAÇÃO DA PRESSÃO DE PULSO (VVP);

C. VARIAÇÃO DA DISTENSIBILIDADE DA VEIA CAVA (ATRAVÉS DE ECOCARDIOGRAMA);

D. ELEVAÇÃO PASSIVA DE MEMBROS INFERIORES;

E. QUALQUER OUTRA FORMA DE AVALIAÇÃO DE RESPONSIVIDADE A FLUÍDOS (MELHORA DA PRESSÃO ARTERIAL APÓS INFUSÃO DE FLUIDOS, POR EXEMPLO);

F. MENSURAÇÃO DE SATURAÇÃO VENOSA CENTRAL;

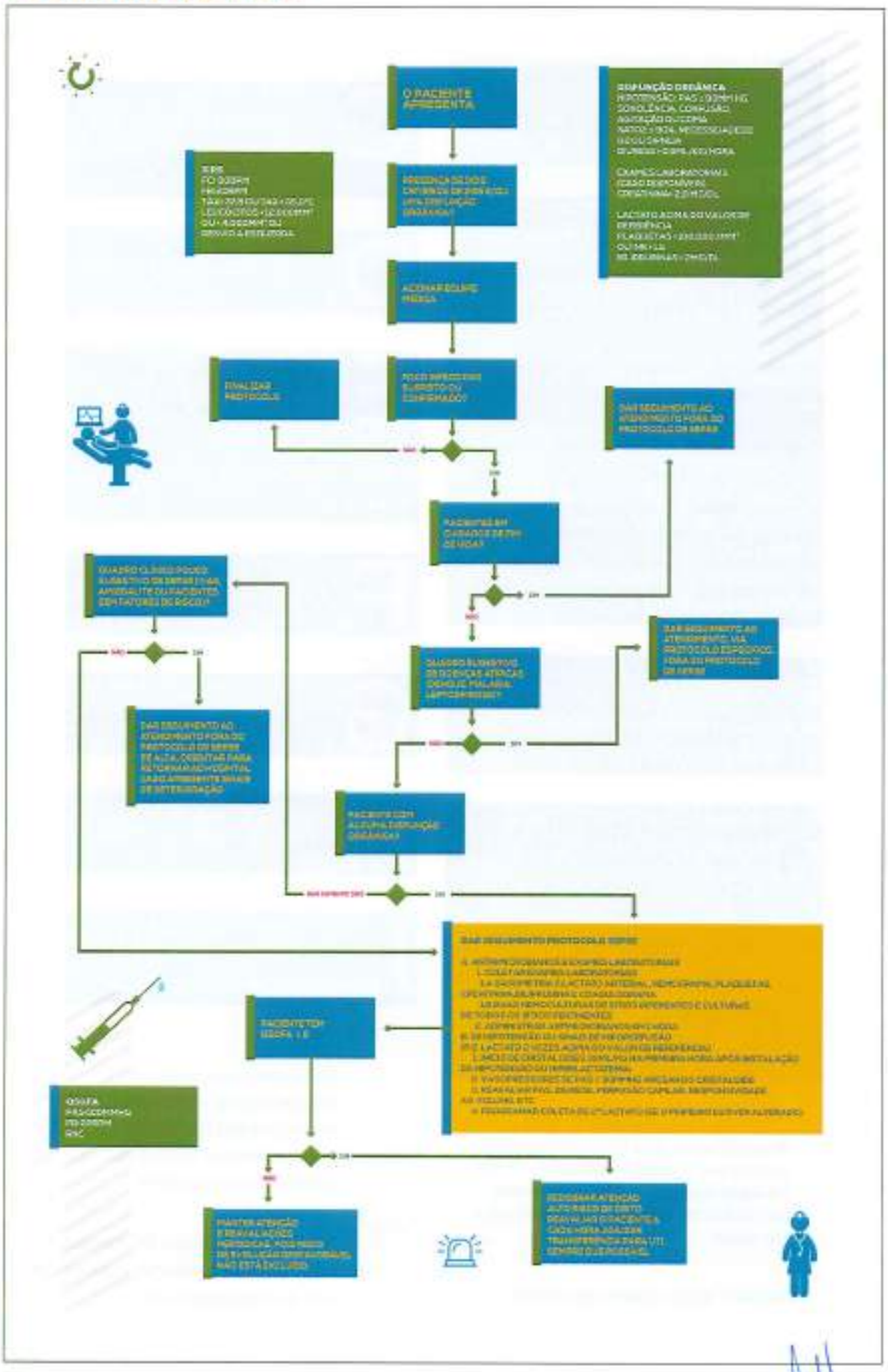
G. TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR;

H. PRESENÇA DE LIVEDO;

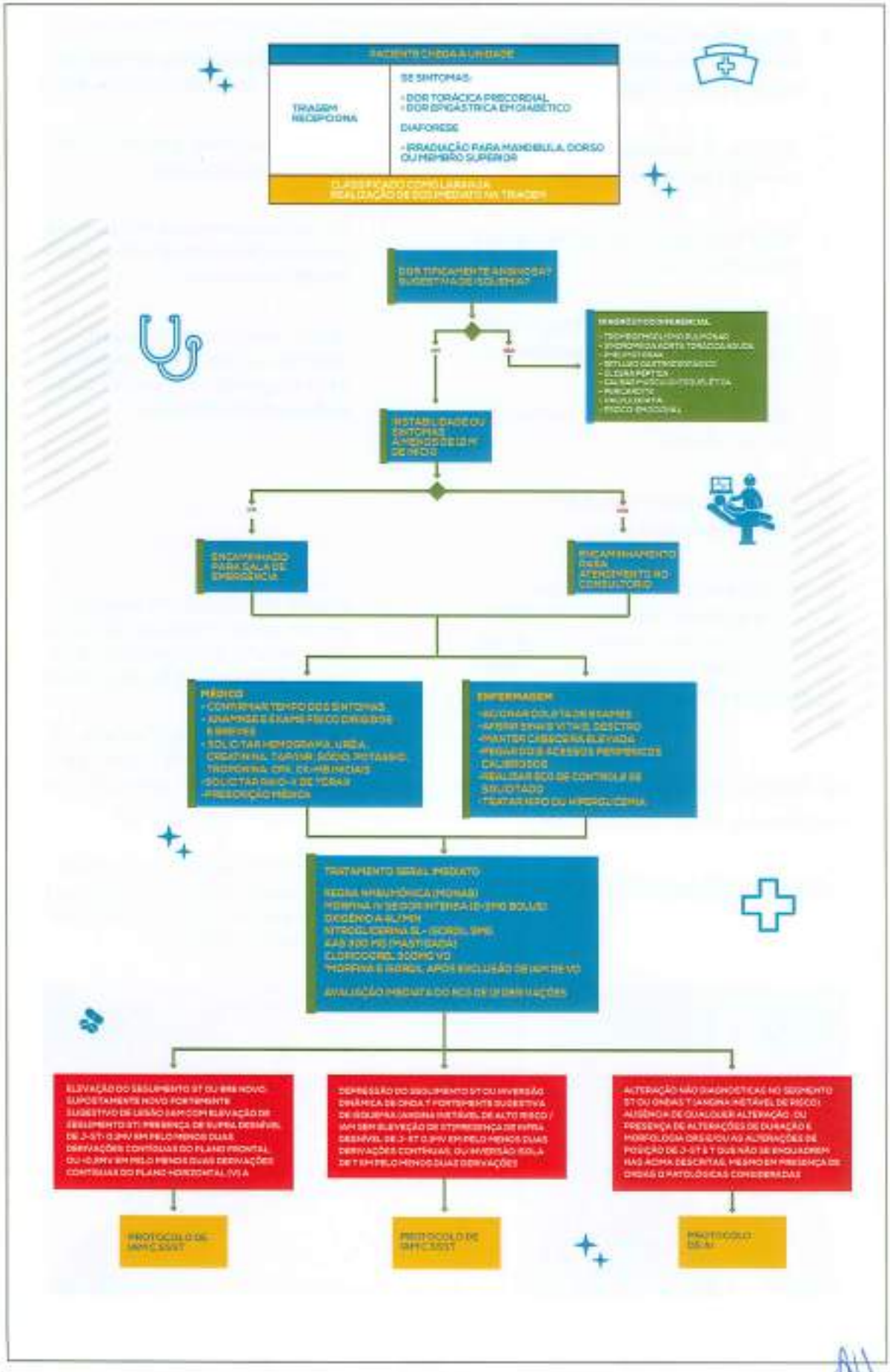
I. SINAIS INDIRETOS (MELHORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA OU PRESENÇA DE DIURESE).

- Reavaliação das 6 horas feito em pacientes que se apresentam com choque séptico, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual;
- Avaliar marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais;
- Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7mg/dL devem receber transfusão o mais rapidamente possível;
- Monitorização com PA invasiva, enquanto os pacientes estiverem em uso de vasopressores.

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM PARA PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À DOR TORÁCIC



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;
- 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 hipoglicemimiante;
- 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:

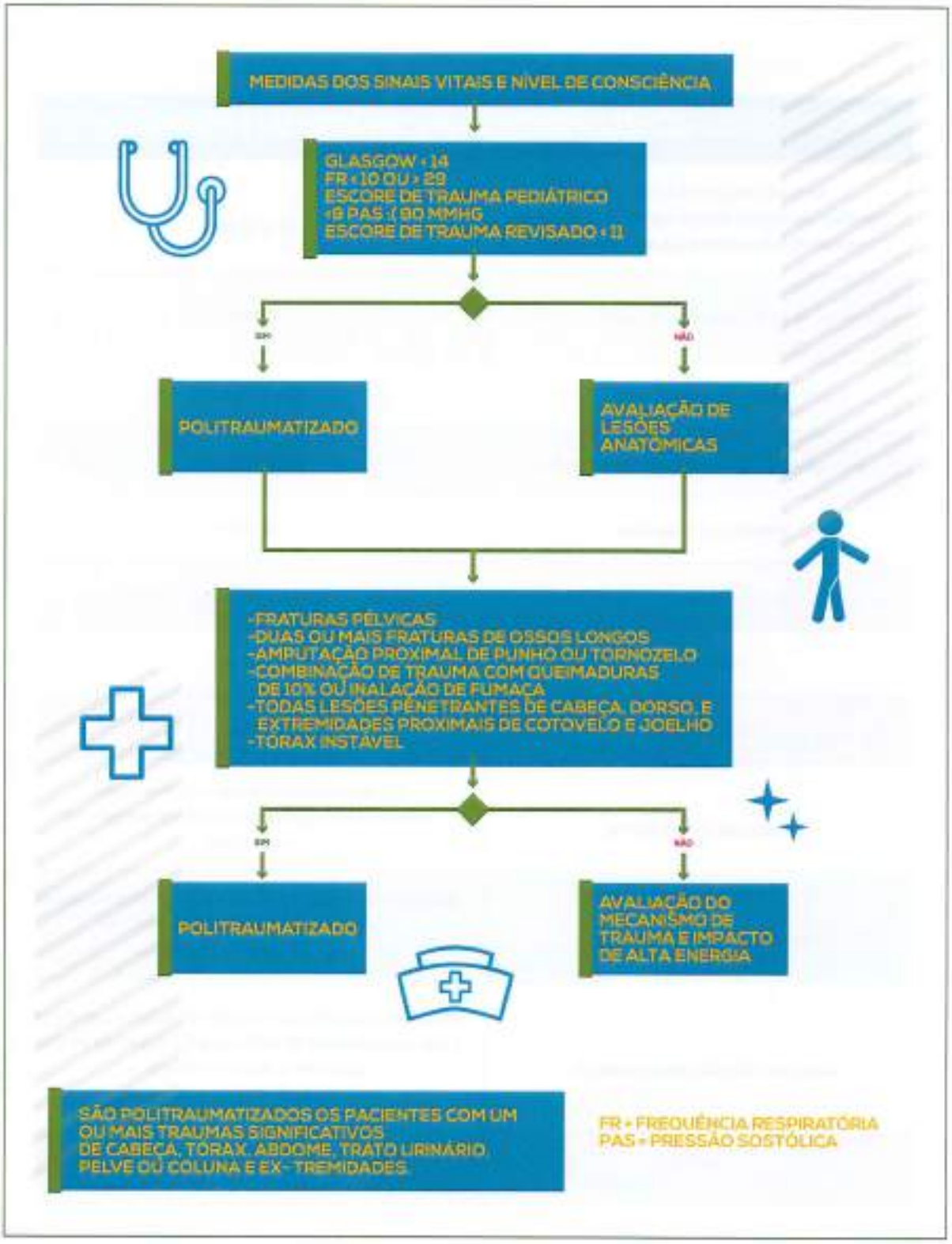
- Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível;
- Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum;
- Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.



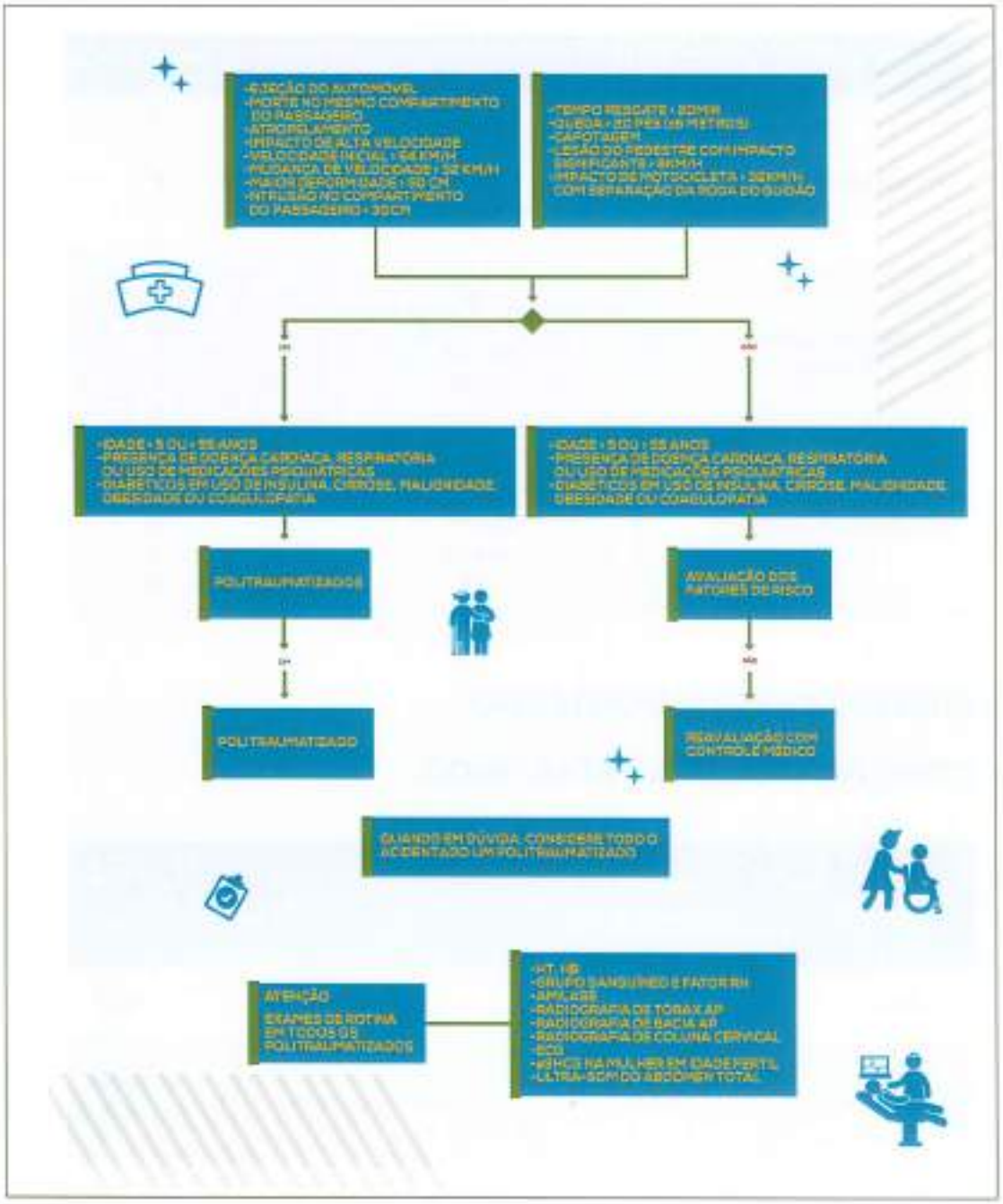
MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PRÉVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo triciclico – 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 baixasdoses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se ≤ 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 tratamento1 a 7 dias após cirurgia.

POLITRAUMATIZADO I (IDENTIFICAÇÃO)



POLITRAUMATIZADO II (IDENTIFICAÇÃO)





ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIAVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24 25 a 35 › 36 1 a 9 0	4 3 2 1 0
Pressão Sistólica mm Hg	› 89 70 a 89 50 a 69 1 a 49 0	4 3 2 1 0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15 09 a 12 06 a 08 04 a 05 ‹ 04	4 3 2 1 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	› 90 mmHg	50 a 90 mmHg	‹ 50 mmHg
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

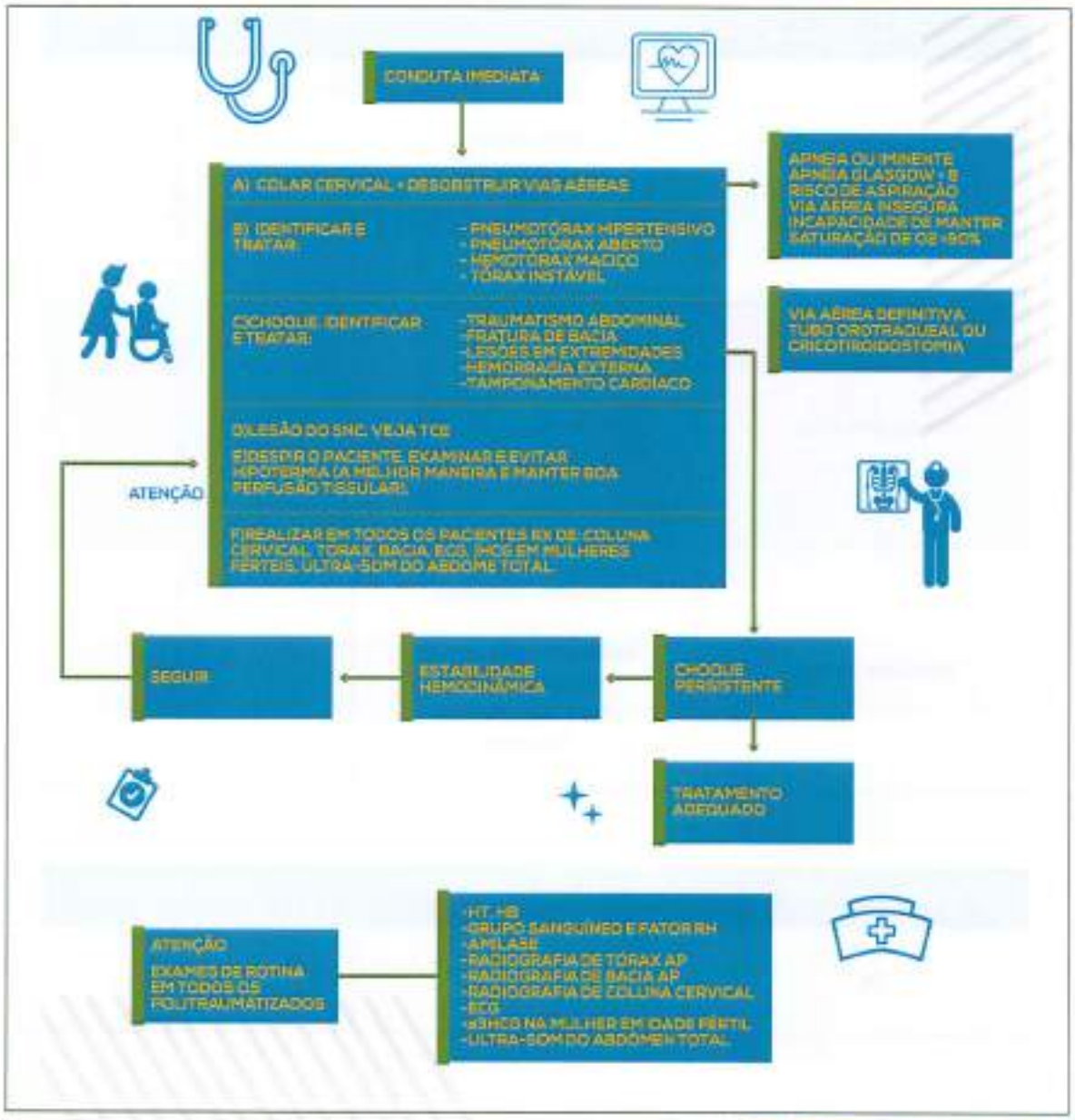
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nehuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 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 - BHCG na mulher em idade fértil - Ultra-som do abdômen total

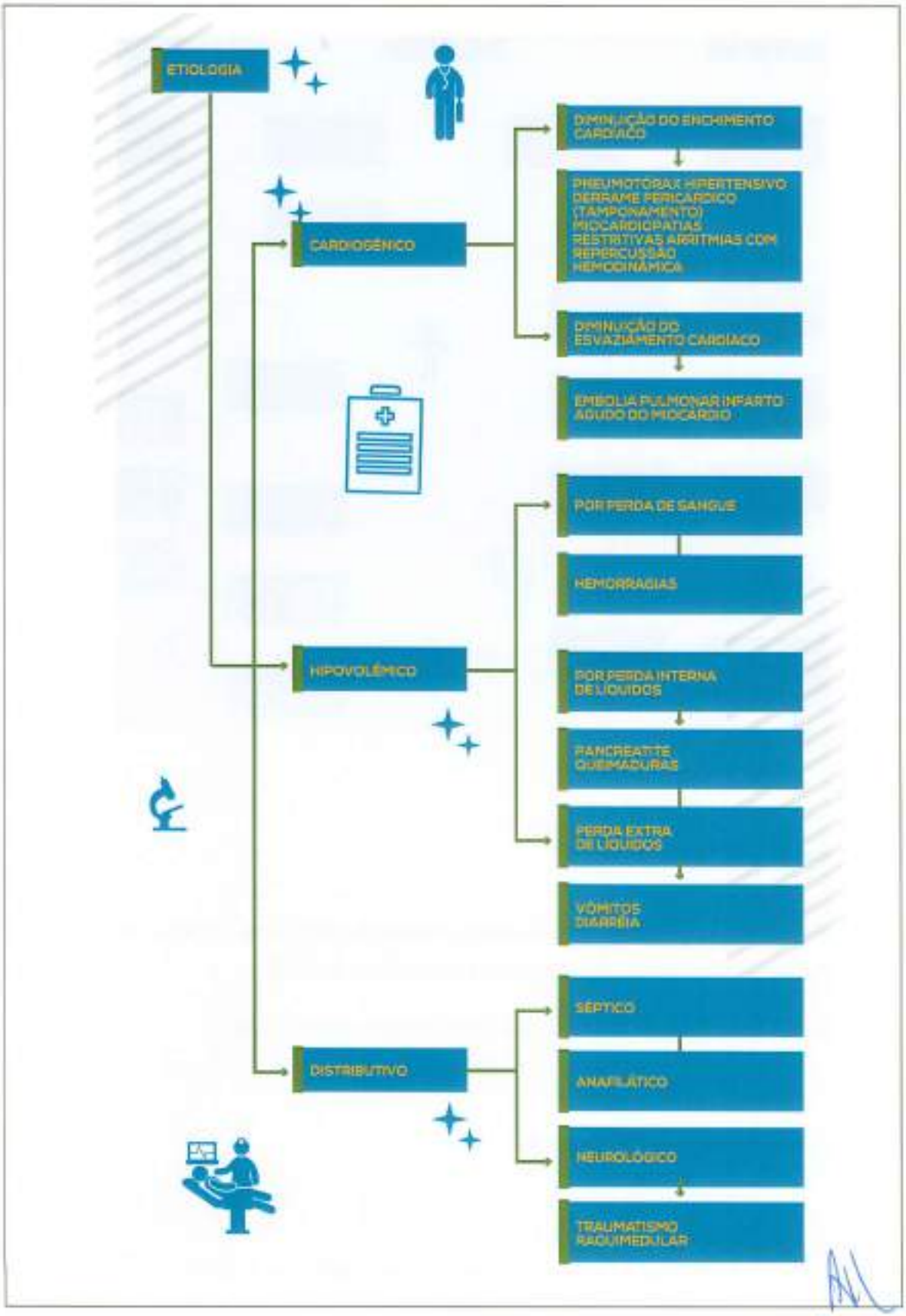
POLITRAUMATISMO



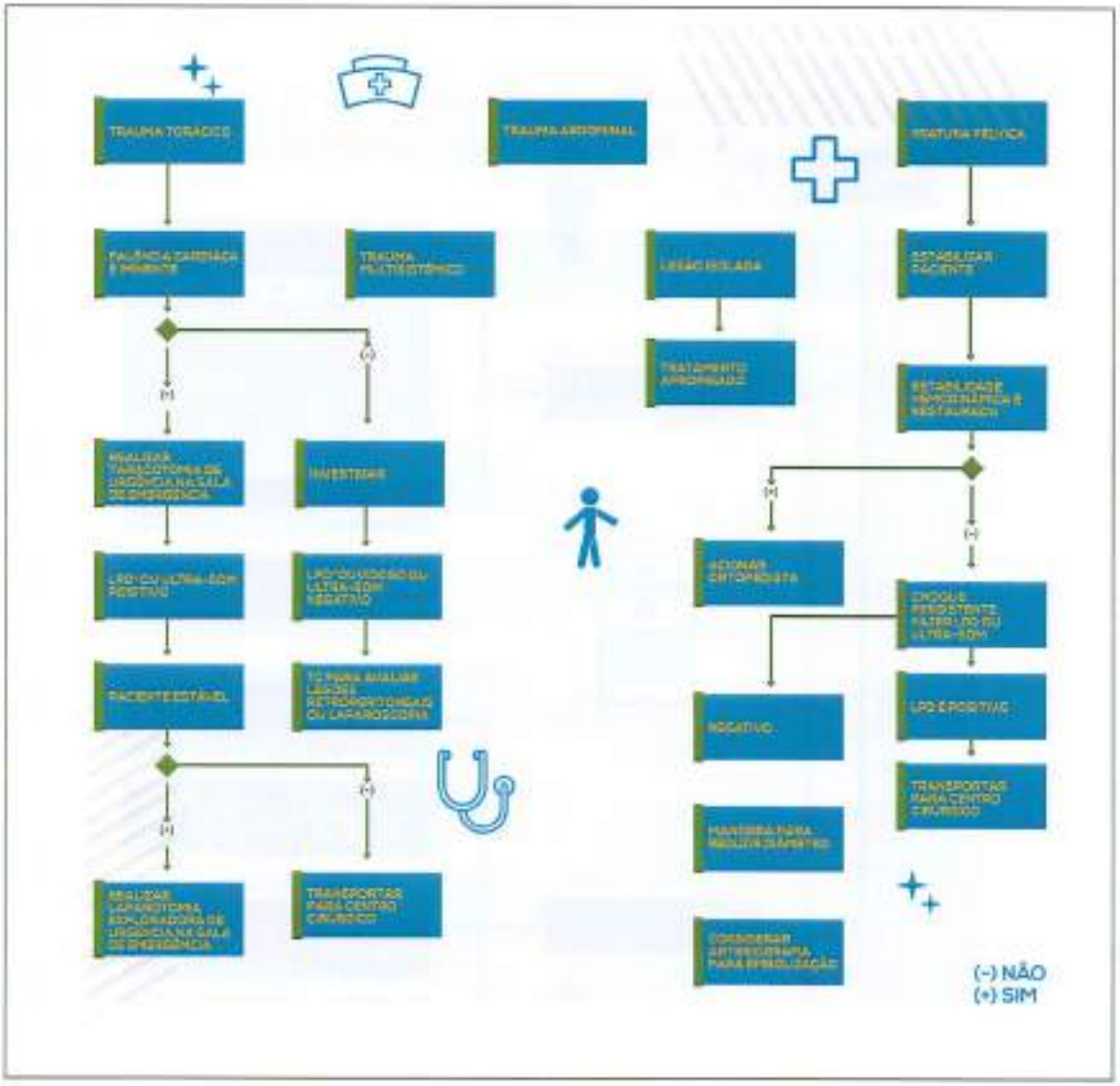


CHOQUE

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



CHOQUE HIPOVOLÊMICO I



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 cristalóideNão melhorou, usar sangue

*LPD - Lavagem Peritoneal Diagnóstica

CHOQUE HIPOVOLÊMICO II

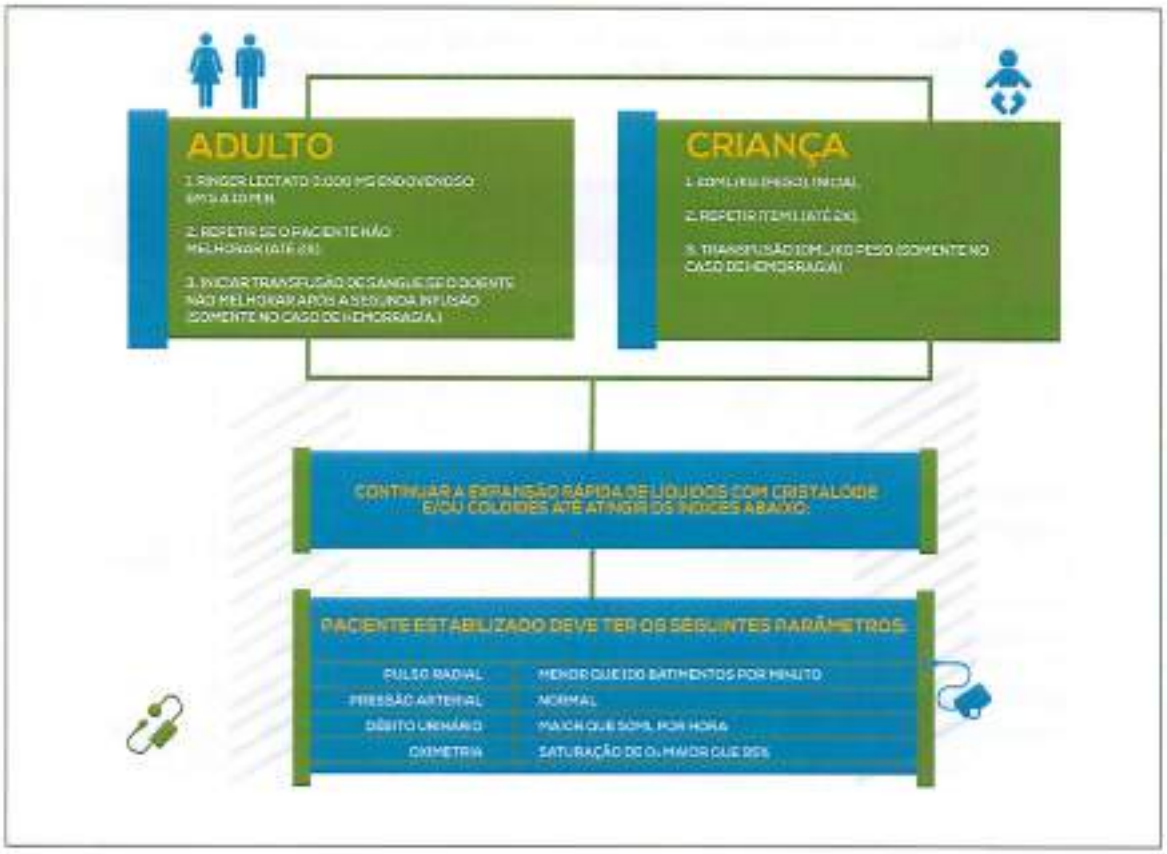
ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

	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%
Freqüência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguinea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Freqüência 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

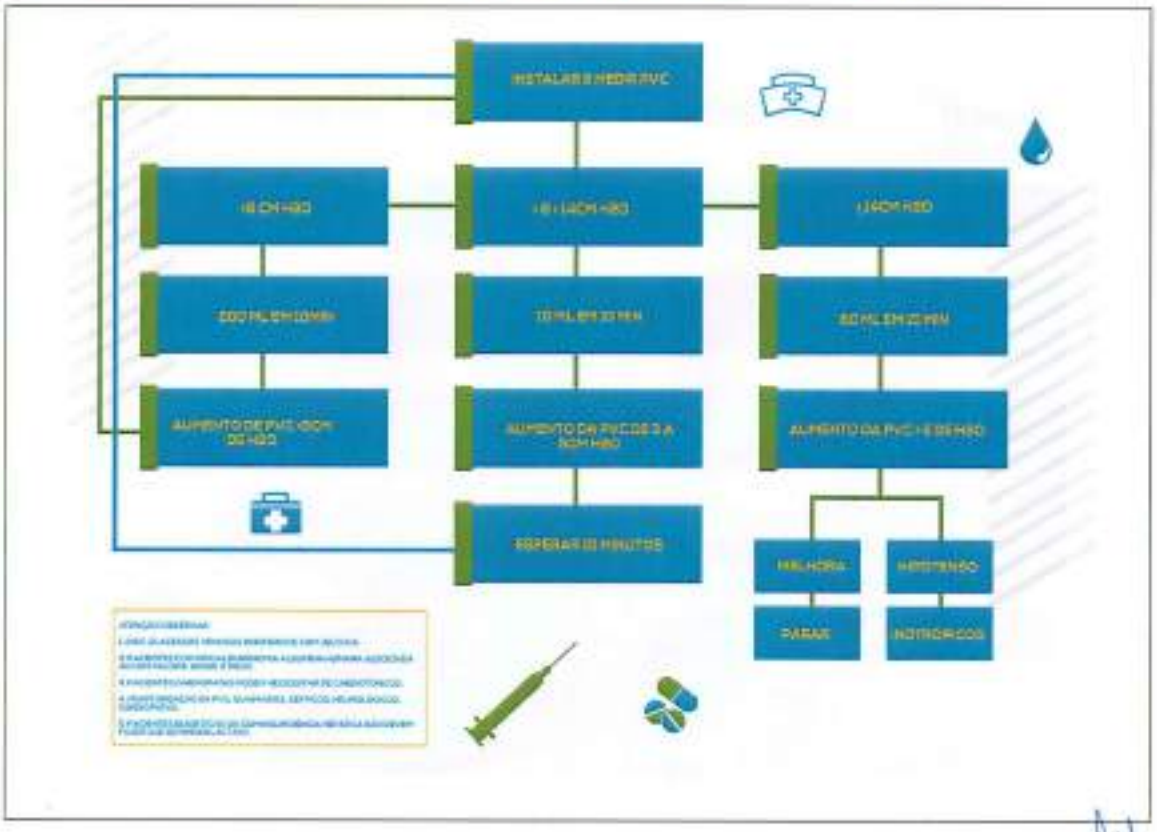
- Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguinea.



CHOQUE HIPOVOLÊMICO
REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA
PRESSÃO COLOIDOSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS

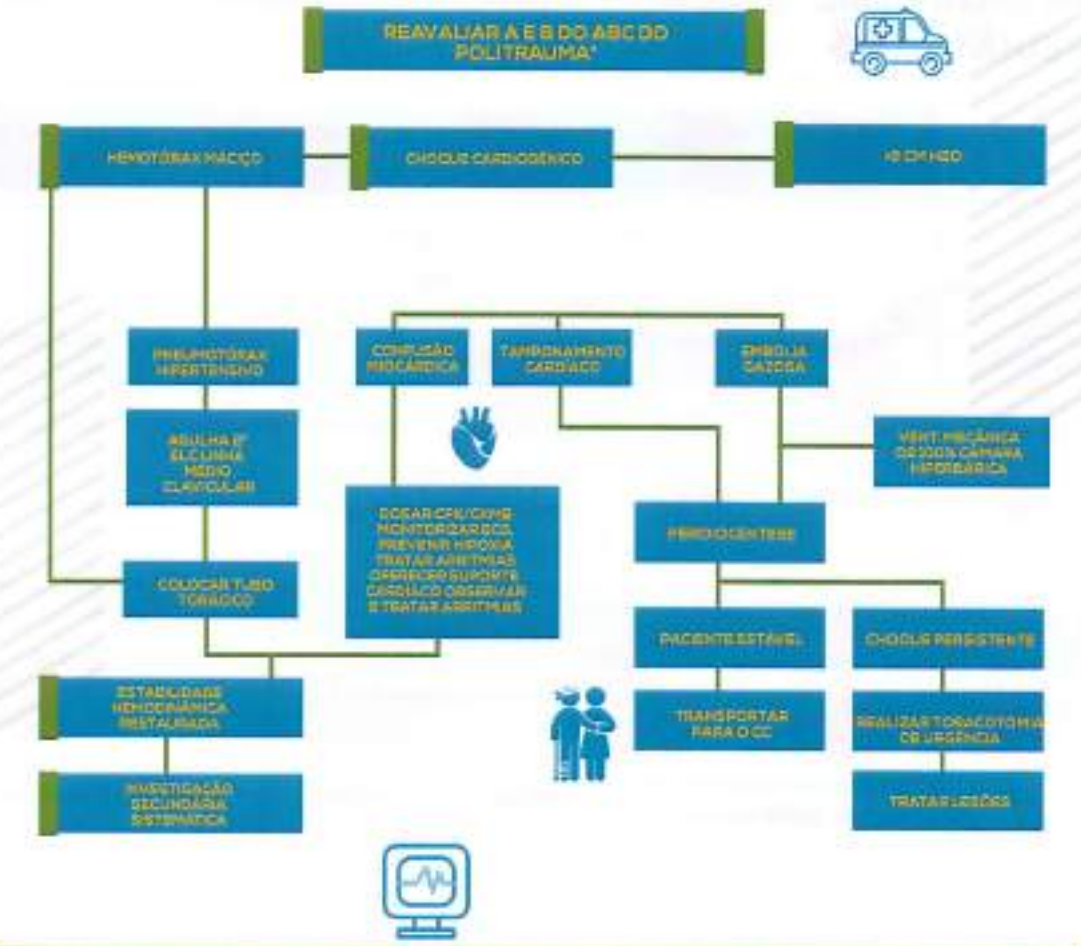
RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

	PERDA DE VOLUME SANGUÍNEO		
	< 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

	Freqüência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica(mmHG)	Freqüência 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;

CONTROLE DA CIRCULAÇÃO ATRAVÉS DO CONTROLE DE HEMORRAGIAS, E SE NECESSÁRIO, INFUSÃO DE SOLUÇÕES;

DÉFICT 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 PREVINDO-SE A HIPOTERMIA.

* INTUBAR, HIPERVENTILAR SE GLASGOW CAIR APÓS INTUBAÇÃO MANTENDO PACO2 ENTRE 25 E 30

- 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 aalto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possivel penetração cerebral	
	Possivel 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

- PALS / ATLS;
- Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória;
- Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra;
- Decúbito elevado a 30º, se não houver instabilidade hemodinâmica;
- Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg);
- Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo;
- Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV;
- Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões;
- 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

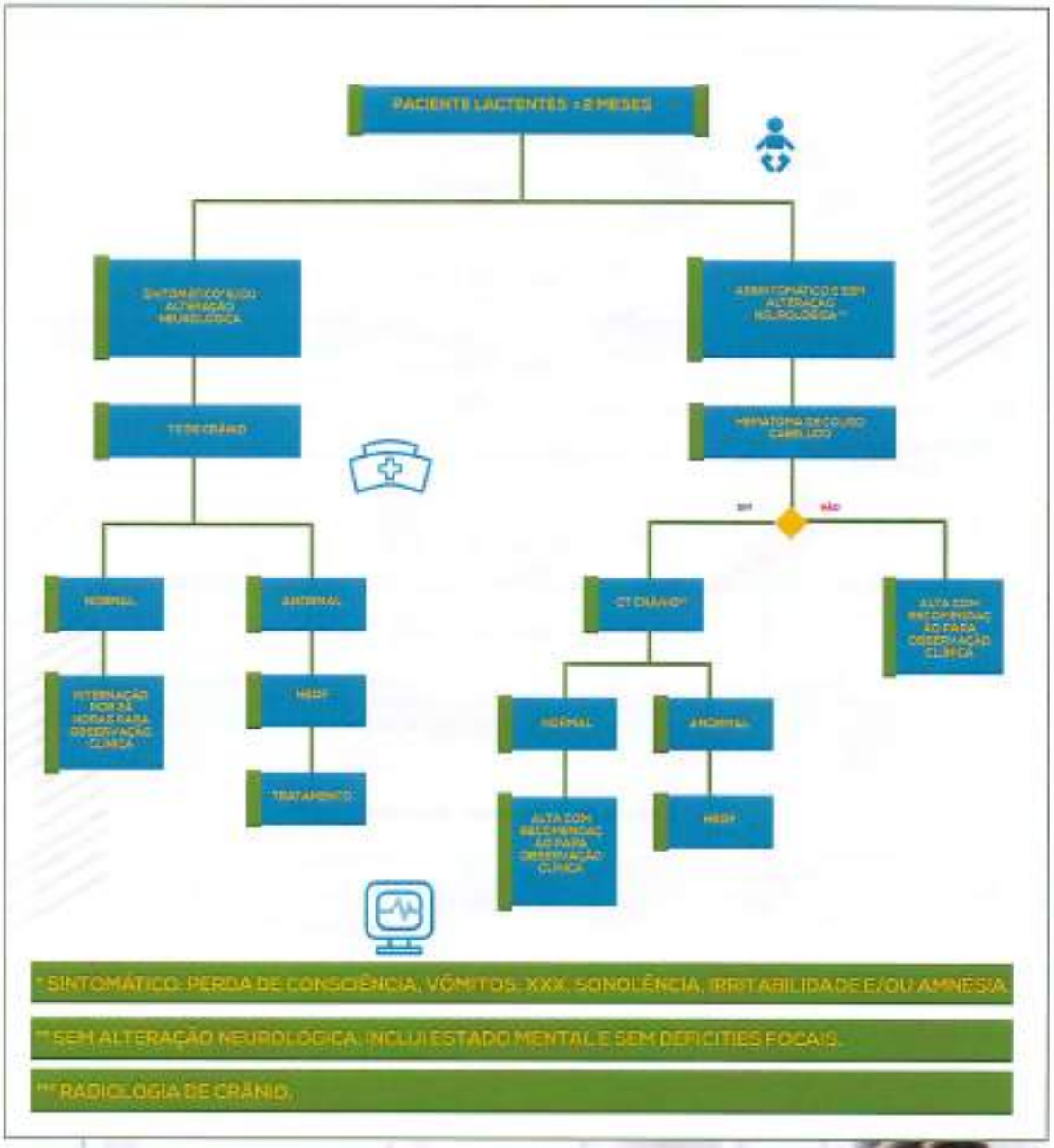
Melhor resposta verbal	Balbucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
	Total	15

FATORES PREDITIVOS DE LESÃO INTRACRANIANA (LIC)

- Mecanismo de trauma;
- Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo;
- Fontanela tensa e abaulada;
- Amnésia prolingada;
- Perda da consciência maior que 5 minutos;
- Déficits neurológicos;
- Vômitos incoerciveis;
- Cefaléia intensa ou moderada;
- Fratura craniana e fratura de base de crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária);
- Rionorréria, otorréia e hemotimpano;
- Alteração do diâmetro pupilar;
- Suspeita de maus-tratos.

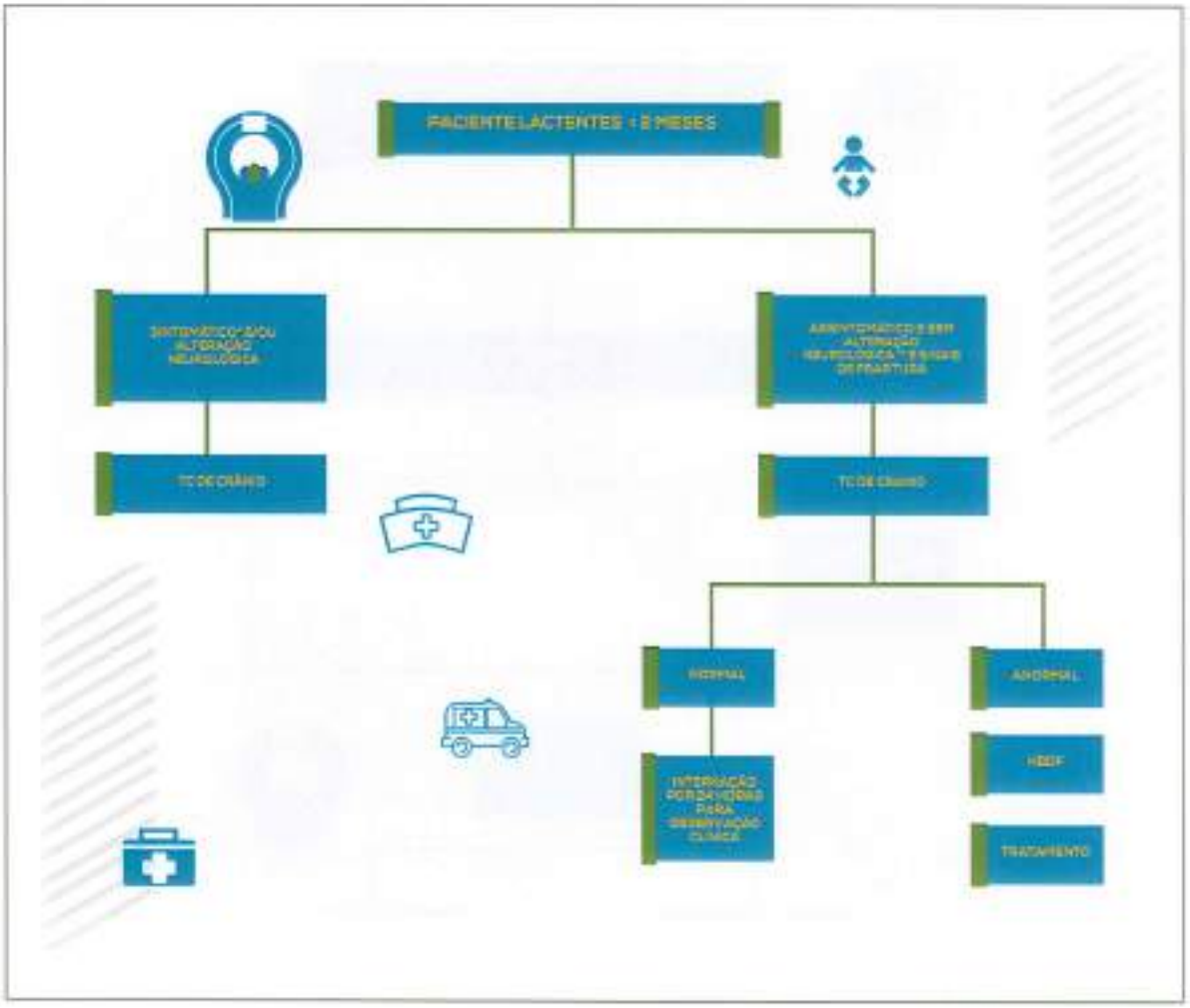
Observação: Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.

TCE LEVE (GLASGOW 15-14)





TCE LEVE (GLASGOW 15-14)

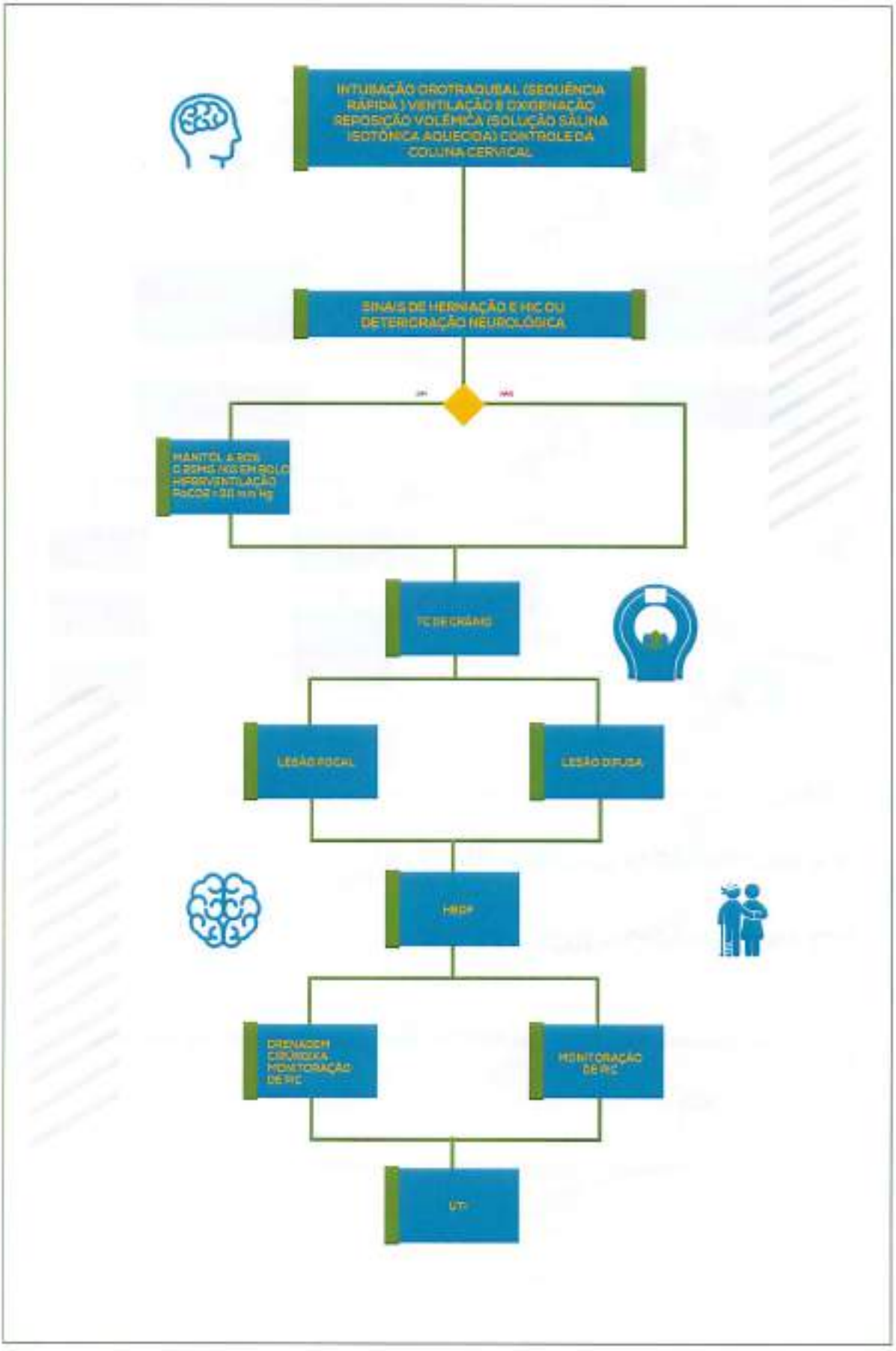


TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

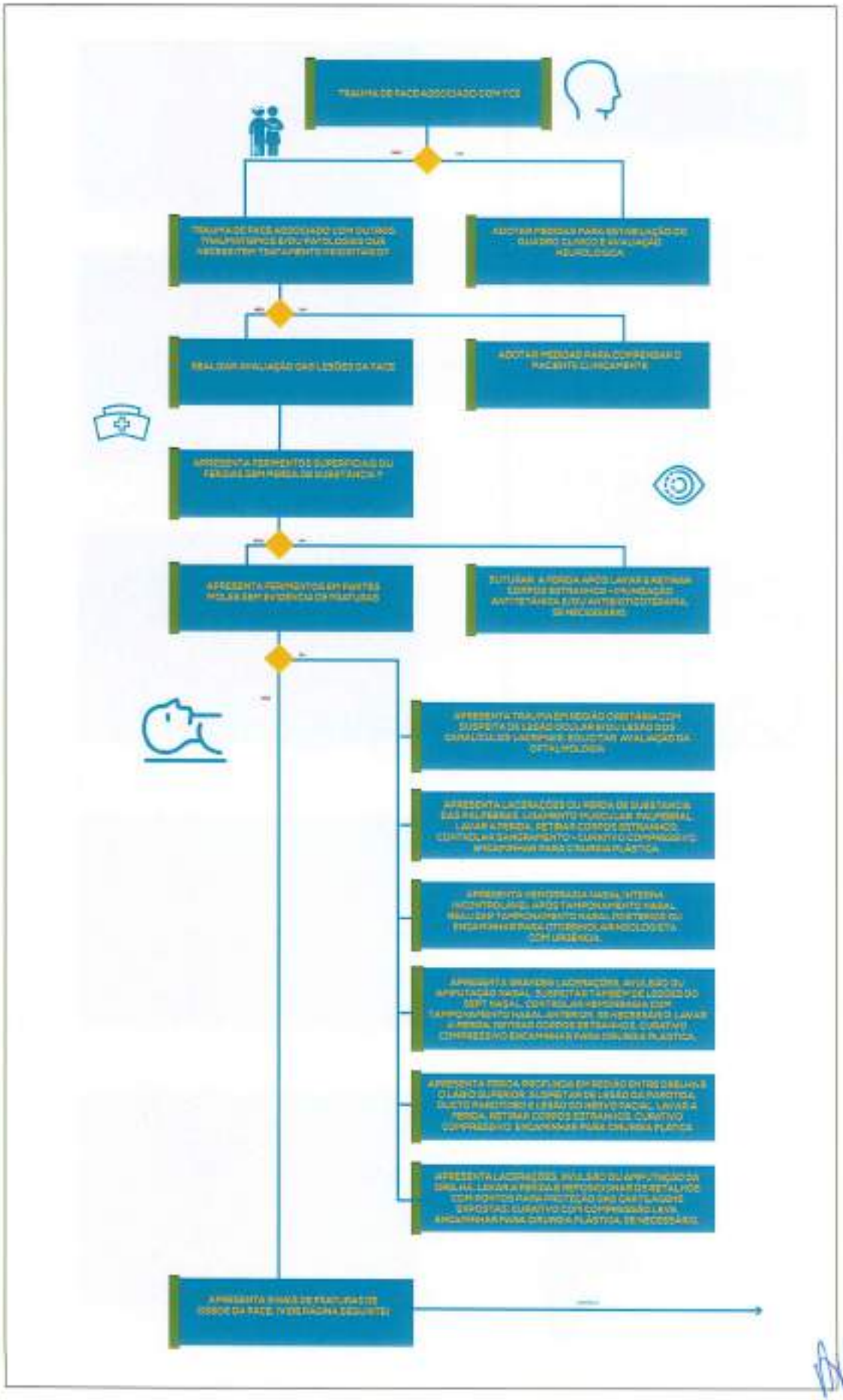
TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

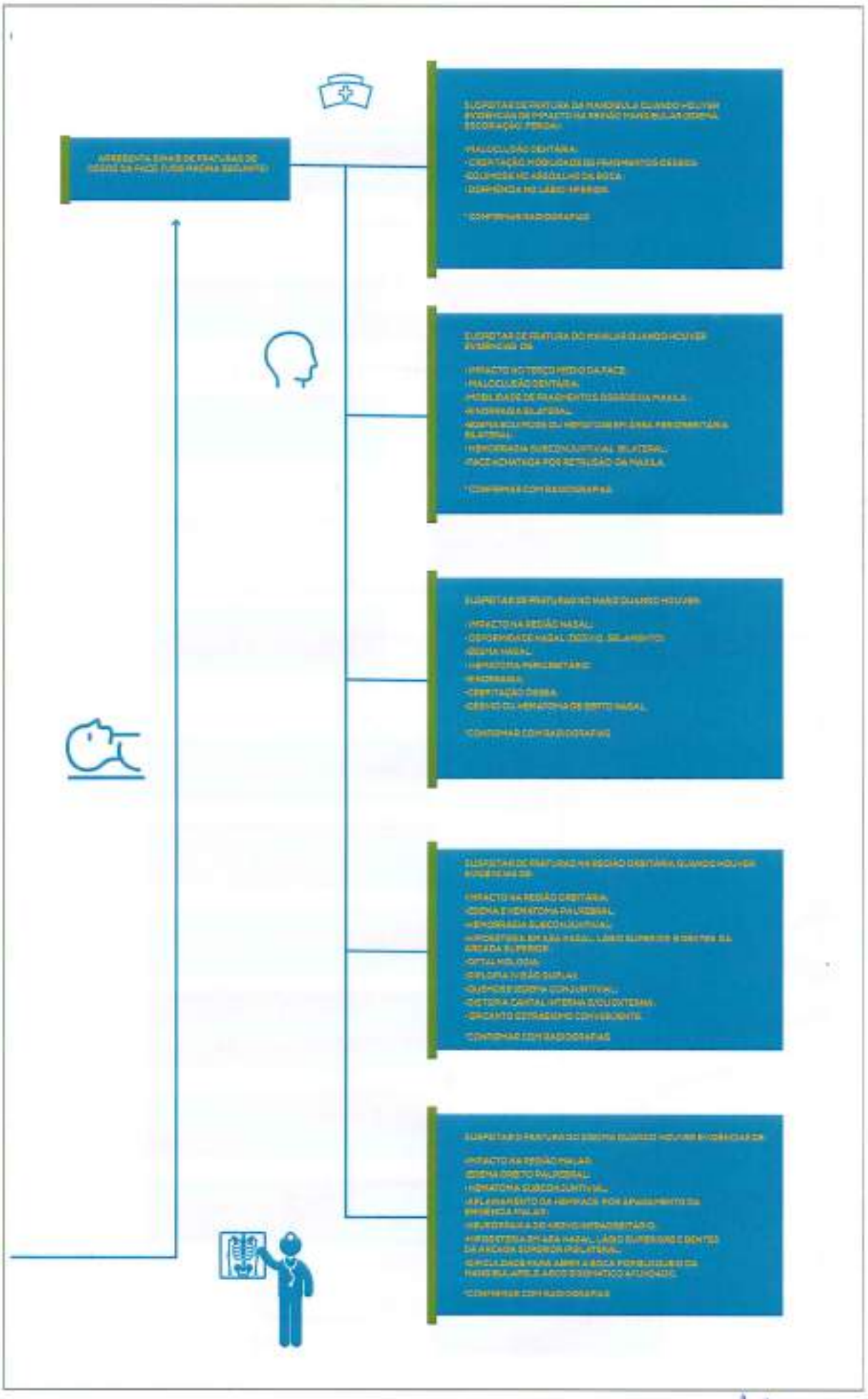
- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3

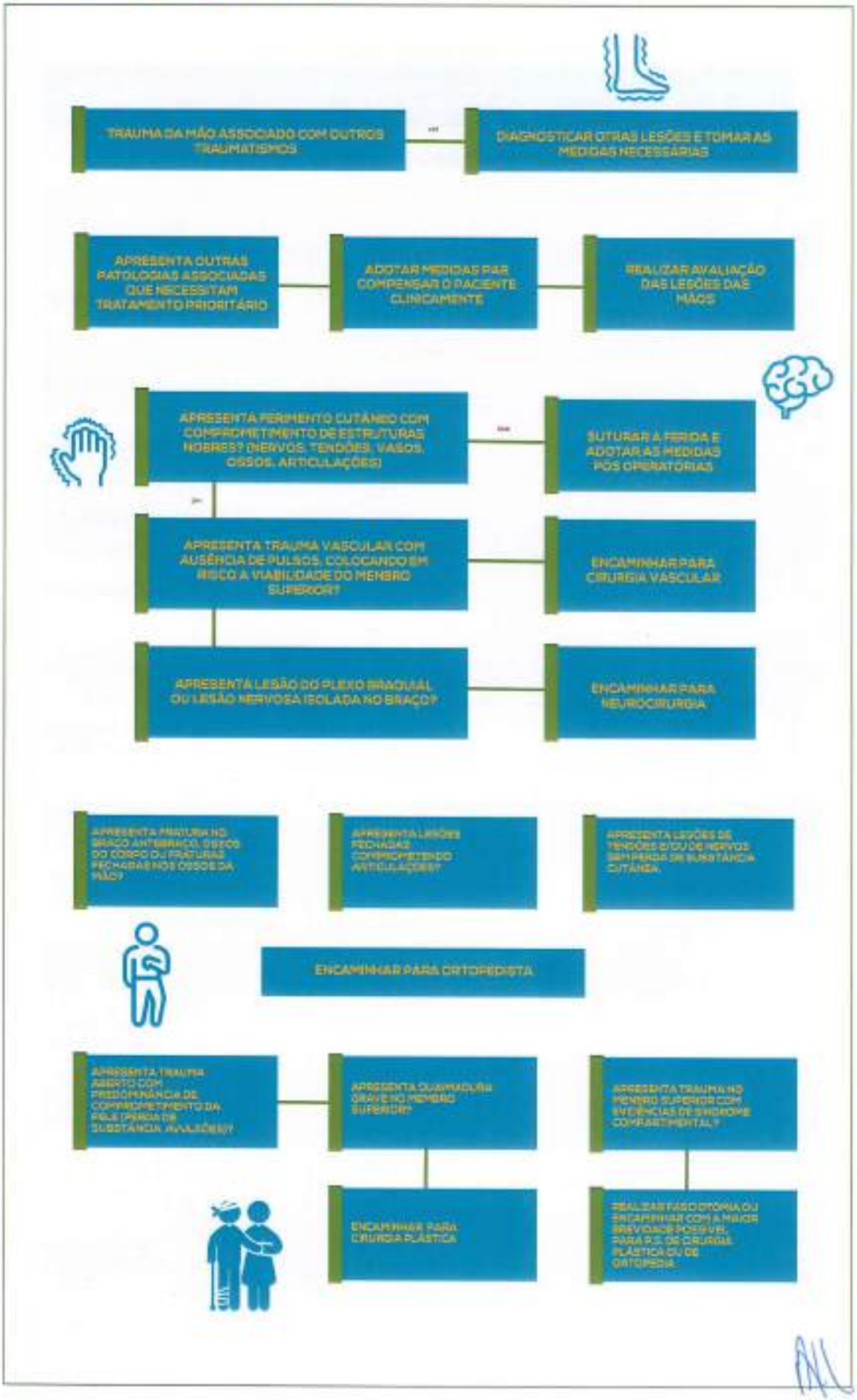


TRAUMATISMO DA FACE(PARTES MOLES E FRATURAS)




APRESENTA SINAIS DE FRATURAS DE OSSOS DA FACE? (USE PARA SEGUINTE)
SUSPEITAS DE FRATURA DA MANDÍBULA QUANDO HOUVER EVIDÊNCIA DE IMPACTO NA REGIÃO MANDIBULAR OU DEFORMAÇÃO FACIAL:
-MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA
- CREPITAÇÃO E/OU LOCAIS DE FRAGMENTOS ÓSSEOS
-EQUIMOSE NO ASSOALHO DA BOCA
- DORMÊNCIA NO LÁBIO INFERIOR
* CONFIRMAR RADIOGRAFIAS
SUSPEITAS DE FRATURA DO MALAR QUANDO HOUVER EVIDÊNCIAS DE:
- IMPACTO NO TERÇO MÉDIO DA FACE
- MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA
-MOBILIDADE DE FRAGMENTOS ÓSSEOS DA MAXILA
-HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL
-ASSIMETRIA E/OU PERDA DA PROEMINÊNCIA MALAR
- HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL BILATERAL
-FACE ACHATADA PÓS REDUÇÃO DA MAXILA
* CONFIRMAR COM RADIOGRAFIAS
SUSPEITAS DE FRATURA NASAL QUANDO HOUVER:
- IMPACTO NA REGIÃO NASAL
- DEFORMIDADE NASAL DEVIDO AO EDEMA/DOR
-DOR NASAL
- HIPEREMIA PERICORNEAL
-EPISTAXE
-CREPITAÇÃO ÓSSEA
-DESVIO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL
*CONFIRMAR COM RADIOGRAFIAS
SUSPEITAS DE FRATURA NA REGIÃO ORBITÁRIA QUANDO HOUVER EVIDÊNCIAS DE:
-IMPACTO NA REGIÃO ORBITÁRIA
-DOR/HIPOSTESIA E HEMATOMA PALPEBRAL
-HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL
-HIPOESTESIA EM ÁREA NASAL, LÁBIO SUPERIOR E DENTES DA ARCADA SUPERIOR
-DIPLOPIA
-DIPLOPIA EM VISÃO OBLIQUA
-QUEMOSE (EDEMA CONJUNTIVAL)
-DISTOPIA CAPILAR INTERNA E/OU EXTERNA
-RECUO GLOBULAR/ENOFTALMIA
*CONFIRMAR COM RADIOGRAFIAS
SUSPEITAS DE FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO HOUVER EVIDÊNCIAS DE:
-IMPACTO NA REGIÃO MALAR
-EDEMA PALPEBRAL
-HEMATOMA SUBCONJUNTIVAL
-APLANAMENTO DA PROEMINÊNCIA MALAR
-HEMORRAGIA NO SEIO MAXILAR
-HIPOESTESIA EM ÁREA NASAL, LÁBIO SUPERIOR E DENTES DA ARCADA SUPERIOR PALPEBRAL
-DIPLOPIA AO OLHAR PARA ABRIR A BOCA POR LIMITAÇÃO DA PARTE BLAND E AOS MOVIMENTOS
*CONFIRMAR COM RADIOGRAFIAS

TRAUMATISMO DE MÃO



PADRONIZAÇÃODACLASSIFICAÇÃONEUROLÓGICADALESÃO 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							Ápice 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 Poplítea
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Área Perianal
TOTAL							



ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORESNÍVEIS

NÍVEL: _____

ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS

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 segmentossacros 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



CONTROLE DOS ESFÍNCTERES	ADMISSÃO ALTA
CONTROLE VESICAL	
CONTROLE ESFÍNCTER ANAL	

LOCOMOÇÃO	ADMISSÃO ALTA
CAMINHAR	
CADEIRA DE RODAS	
ESCADA	

CUIDADOS PESSOAIS	ADMISSÃO ALTA
ALIMENTAÇÃO	
CUIDADOS COM APARÊNCIA	
BANHOS	
VESTIR PARTE SUPERIOR DO CORPO	
VESTIR PARTE INFERIOR DO CORPO	
ASSEIO	

MOBILIDADE	ADMISSÃO ALTA
TRANSFERÊNCIA: CAMA, CADEIRA DE RODAS	
BANHEIRO	
BANHEIRA, CHUVEIRO	

LOCOMOÇÃO	ADMISSÃO ALTA
COMPREENSÃO	
EXPRESSÃO	
COGNIÇÃO SOCIAL	
INTERAÇÃO SOCIAL	
SOLUÇÃO PROBLEMAS	
MEMÓRIA	

MIF TOTAL: _____

ESCORES DE TRAUMA

Obs: Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospilalar e na comparação de resultados de protocolose 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	09-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula: *ETR= 0,9368 x GCS + 0,7359 x BPM + 0,2908 X FR

Para um valor total máximo de 7,84

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 sobrevida.

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.

ÌNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISSINJURY 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 = 49

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 éde 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 prognostica quanto do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente

ESCALA, ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

Pontuar lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo om 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	CONTUSÃO	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	Laceraçãocom-pleta	Extravasamento do contraste no local da lesão semvisualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceraçãocom-pleta	Transecção com separação dos segmentos maiorque 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 ouintraperito-neal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical outrigono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvacularização	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 TORÁCICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESÃO		AIS – 90
1	Contusão Laceração Fratura	Qualquer localizaçãoPele e subcutâneo Menos de 3 costelas, fechadoClavícula alinhada e fechada	1 1 1-2 2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutâneo e músculo 3 ou mais costelas, fechada clavícula aberta ou desalinhada Esterno alinhada, fechada Corpo da escápula	1 2-3 2 2 2
3	Laceração Fratura	Total, incluindo pleura Esterno, aberta, desalinhada ou instável Menos de 3 costelas com segmento instável	2 2 3-4
4	Laceração Fratura	Avulsão dos tecidos da parede com fratura expostade costela. 3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	4 3-4
5	Fratura	Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMÃO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão Laceração	Unilateral in lobo Pneumotórax simples	3 3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo Escape persistente de via aérea distal mais de 72horas Intraparenquimatoso sem expansão	3 3-4 3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar) Intraperenquimatoso em expansão Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	4-5 4-5 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 acimaHemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2 2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície Intraparenquimatoso com menos de 10cm dediâmetro 1 a 3cm de profundidade com até 10cm decomprimento	2 2 2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ouem expansão Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ouem expansão Maior que 3cm de profunndidade	3 3 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 Coinaud em um lobo Lesões justahepáticas, i.é, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5 5
6	Vascular	vulsão 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 Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2 2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia doparênquima	2 2 2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ouem expansão. Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ouem expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veiastrabeculares	3 3 3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvacularização (>25% do baço)	4
5	Laceração Vascular	Destruição total do baço Lesão do hilo vascular com desvacularização do baço	5 5

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

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão Hemato-ma	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2 2
2	Hemato-maLace-ração	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitôneo renalProfundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2 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 do córtex renal, medular e sistemacoletor Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	4 5
5	Laceração Vascular	Destruição renal total Avulsão do hilo renal com desvocularização renal	5 5

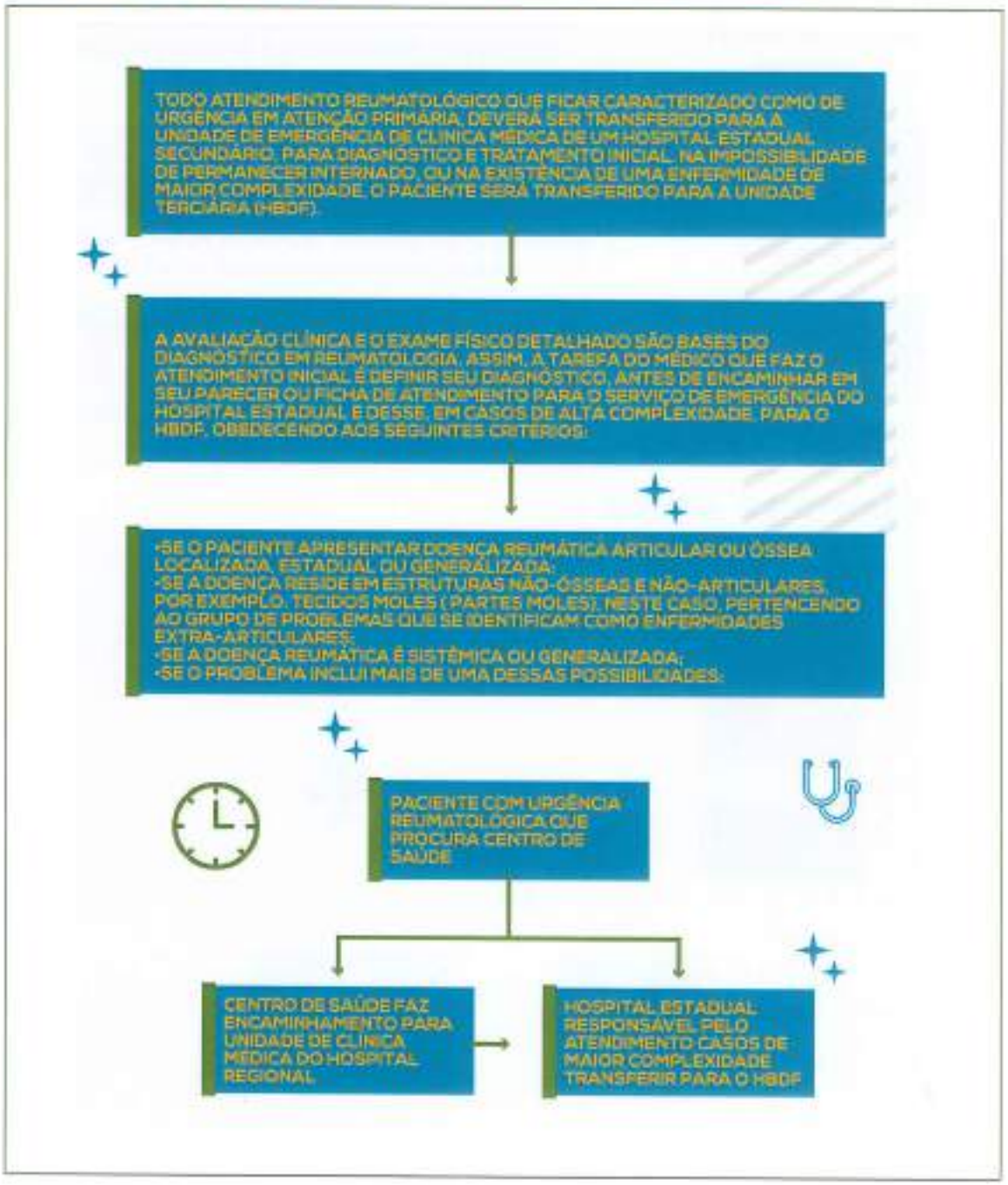
Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

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 gonadalArtéria e veia ovariana Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	0
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerdaArtéria e veia esplênicas Artéria gástrica esquerda ou direitaArtéria 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 superiorArtéria e veias renais Artéria e veias ilíacas Artéria e veias hipogástricas Veia cava infra-renal	3 3 3 3 3
4	Artéria mesentérica superiorEixo celíaco Veia cava supra-renal, infra-hepáticaAorta 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	2-3
	Artéria e veia mamária interna	2-3
	Artéria e veia brônquica	2-3
	Artéria e veia esofágica	2-3
	Artéria e veia hemiázigos	2-3
	Artéria e veia inominada	2-3
2	Veia ázigos	2-3
	Veia jugular interna	2-3
	Veia subclávia	3-4
	Veia inominada	3-4
3	Artéria carótida	3-5
	Artéria inominada	3-4
	Artéria subclávia	3-4
4	Aorta torácica descendente	4-5
	Veia cava inferior intratorácico	3-4
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar	3
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	3
5	Aorta torácica ascendente e arco	5
	Veia cava superior	3-4
	Artéria pulmonar, tronco principal	4
	Veia pulmonar, tronco principal	4
6	Transseção total incontida da aorta torácica	5
	Transseção total incontida do hilo pulmonar	4



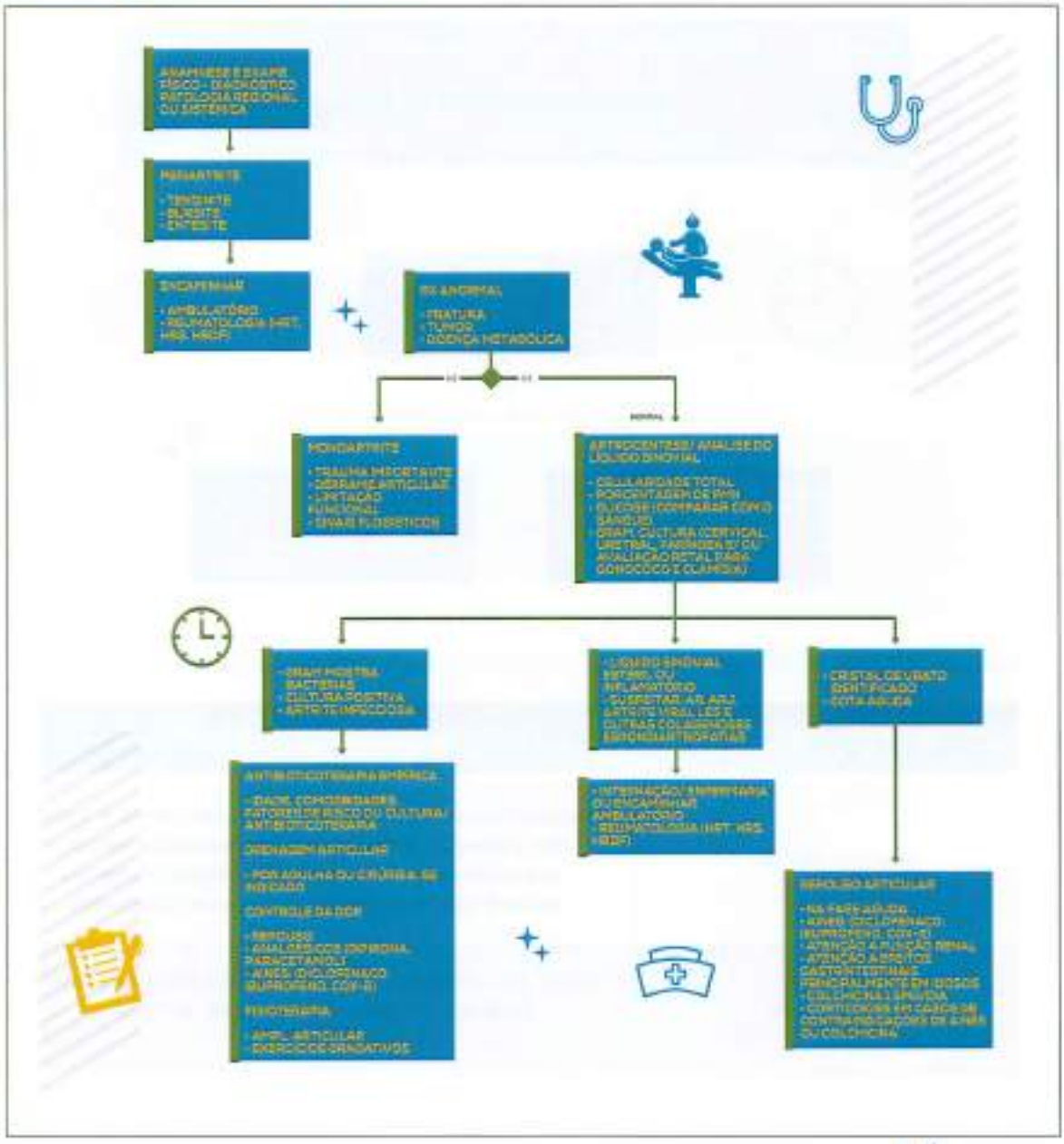
ATENDIMENTODE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA



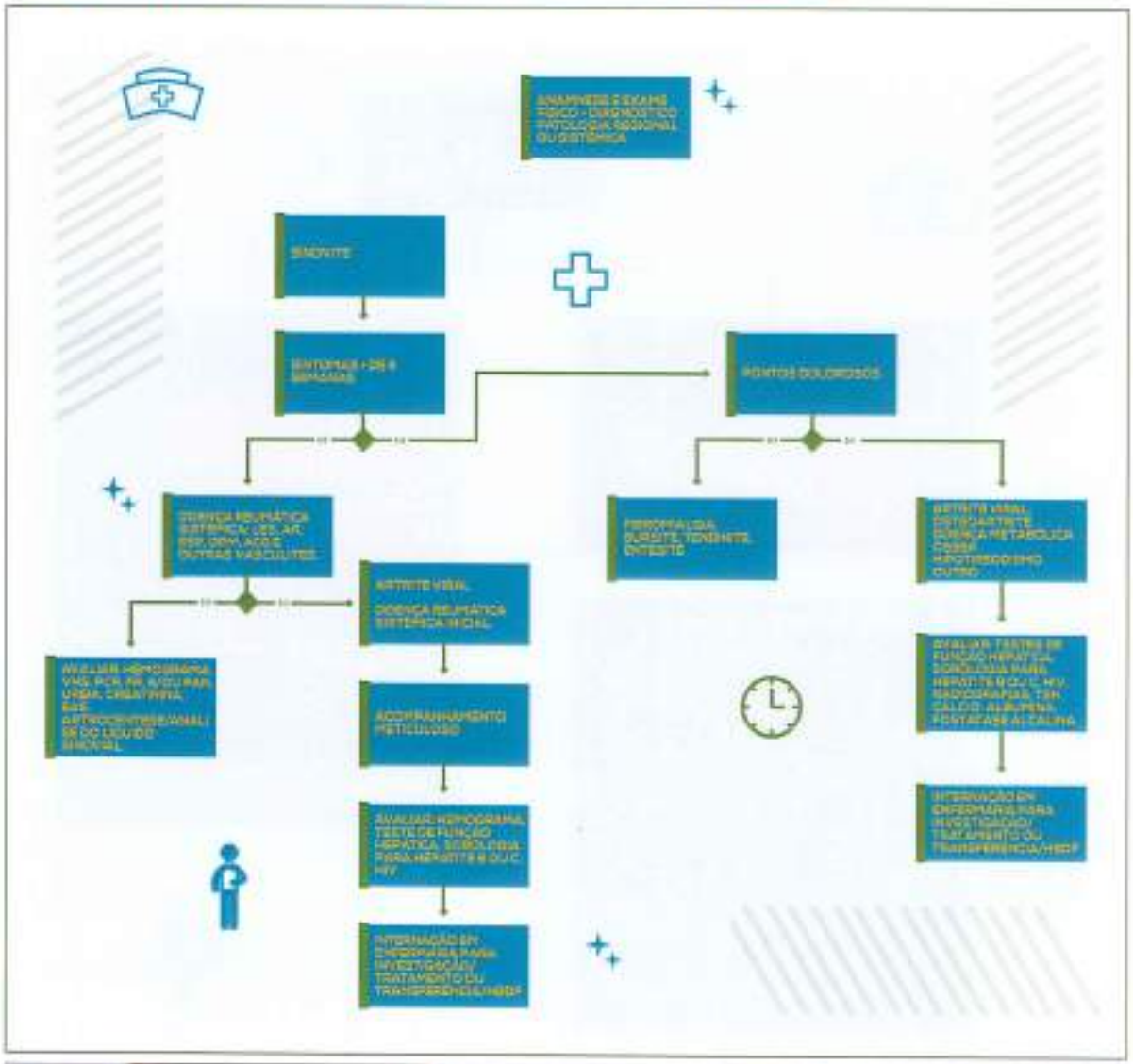
CAMINHAMENTO	CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	Encaminhar com história concisa informando o tipode dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofias e deformidades.

Exames complementares essenciais:	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:	Enumerar. Definir se patologia localizada, regional ousistêmica.
Tratamento:	Detalhar os tratamentos realizados anteriormentee os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	Detalhar os motivos do encaminhamento aomédico clínico ou especialista.
Contra-referência:	Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.

MONOARTRITE AGUDA



POLIARTRALGIAS OUPOLIARTRITES AGUDAS





LOMBALGIA AGUDA



LOMBALGIA POSTURAL

QUADRO AGUDO DE DOR NA REGIÃO LOMBAR ASSOCIADO A ESFORÇO REPETITIVO, ESPASMO MUSCULAR PARA VERTEBRAL, SOBREPESO CORPORTAL, ESTRESSE SEM DEFILIA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICO NOS MEMBROS INFERIORES.

SINAIS E SINTOMAS

LOMBALGIA AGUDA: ESPASMO PARA VERTEBRAL, APÓS ESFORÇO FISICO OU TRAUMA RECENTE, DOR IRRADIADA PARA A COXA OU PERNA, MARCA ALTERADA, DOR AUMENTADA COM A FLEXÃO ANTERIOR DA COLUNA E SINAL DE LASEGUE NEGATIVO.

LOMBALGIA CRÔNICA: DOR REGIÃO LOMBARCE BAIXA INTENSIDADE, AUSÊNCIA DE TRAUMA RECENTE OU ESFORÇO FISICO, HISTORIA DE DOR PERIÓDICA ASSOCIADA A EXERCÍCIOS FÍSICOS DA COLUNA, AUSÊNCIA DE ALTERAÇÃO DOS DERMÁTOMOS 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 REUMATOIDE, ANA E VHS

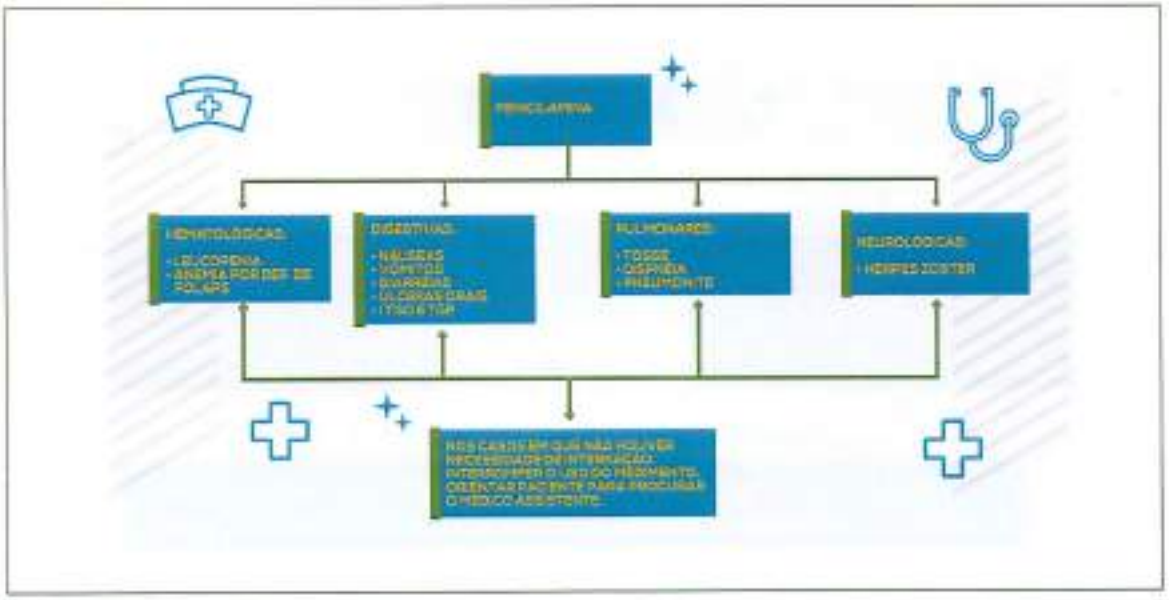
DOR EM CÓLICA: ULTRASONOGRAFIA, AMILASE E UTOCULTURA

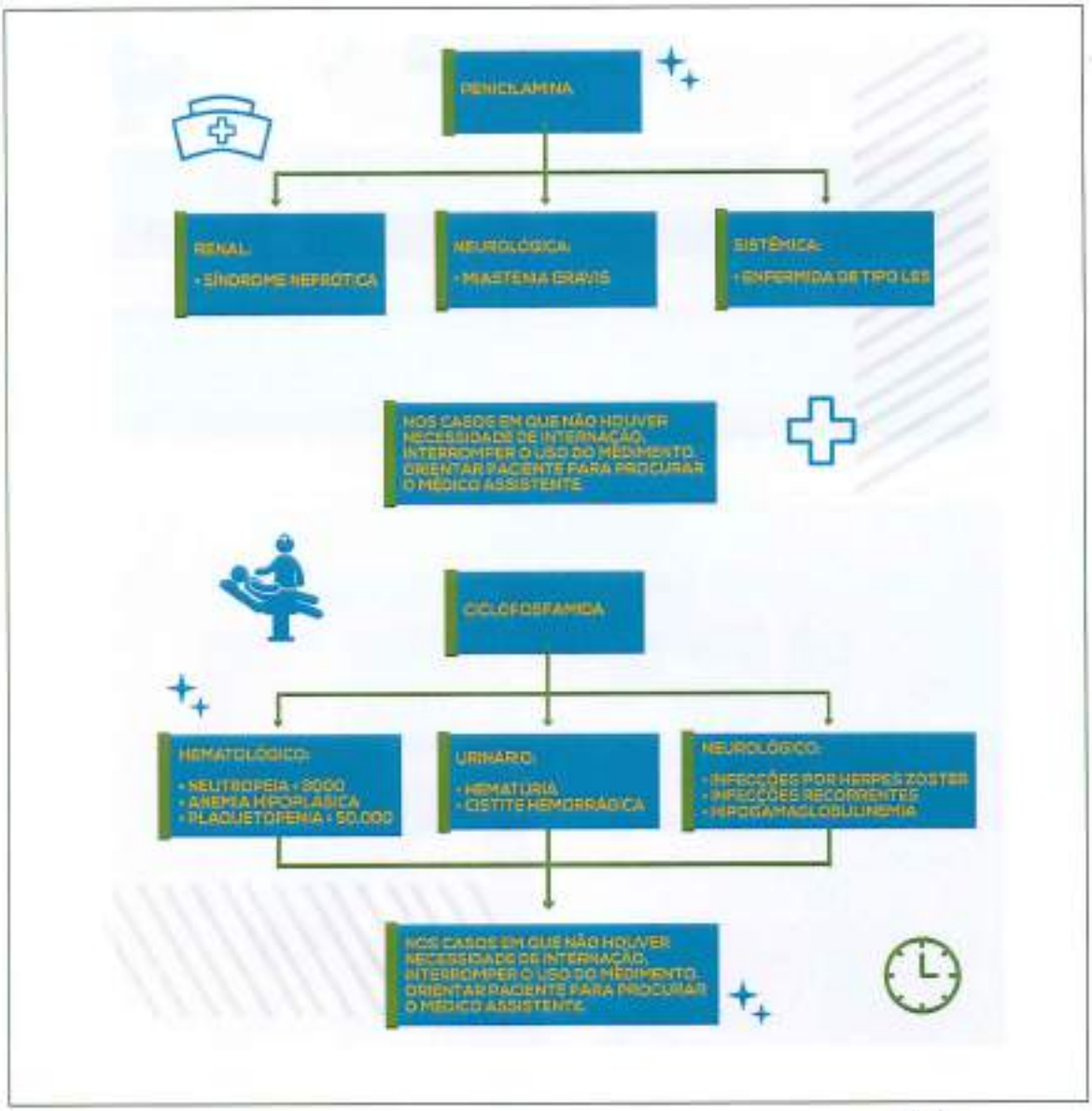
EXAMES RADIOGRÁFICOS EMERGENCIAIS NÃO ESTÃO INDICADOS EXCETO EM CASOS DE TRAUMA EVIDENTE.

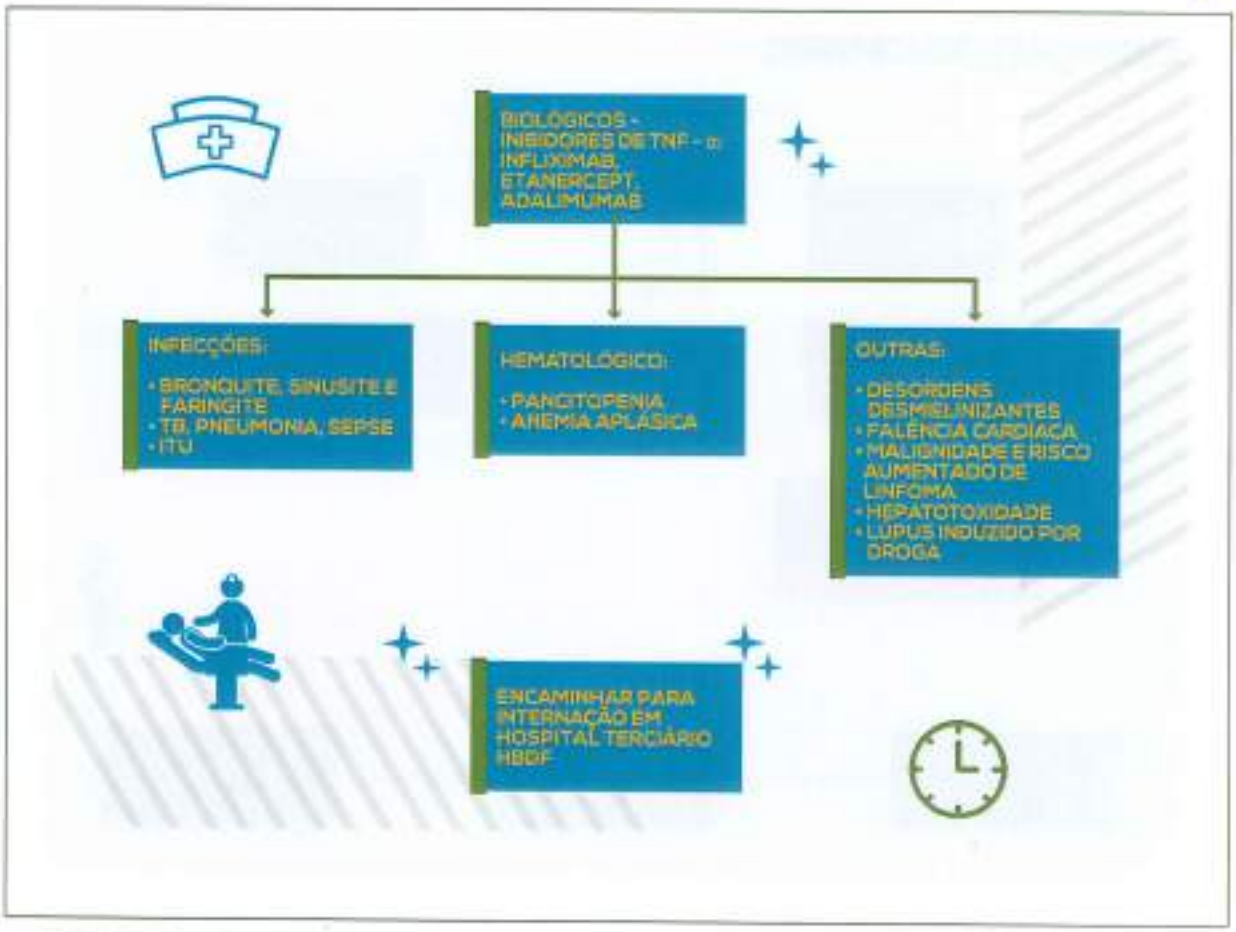
TRATAMENTO: A MAIORIA DOS PACIENTES APRESENTA MELHORA PROGRESSIVA EM PERÍODO DE SEIS A OITO SEMANAS. NOS SINTOMAS AGUDOS PRESCREVER DICLOFENACO 75MG IM (DOSE ÚNICA) E PARACETAMOL 250MG DE 8/8 HORAS OU DICLOFENACO DE POTÁSSIO 50MG DE 8/8 HORAS. REDUÇÃO OU ABSTENÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA COM REPOUSO NO LEITO POR PERÍODO DE 48 HORAS, UTILIZAR AINDA CALOR LOCAL TRÊS VEZES AO DIA. NOS SINTOMAS CRÔNICOS, PESQUISAR ALTERAÇÕES NEUROLÓGICOS EVENTUAIS, PRESCREVER DICLOFENACO 50MG DE 8/8 HORAS E ENCAMINHAS PACIENTE PARA REABILITAÇÃO POSTURAL.



REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLOGICOS

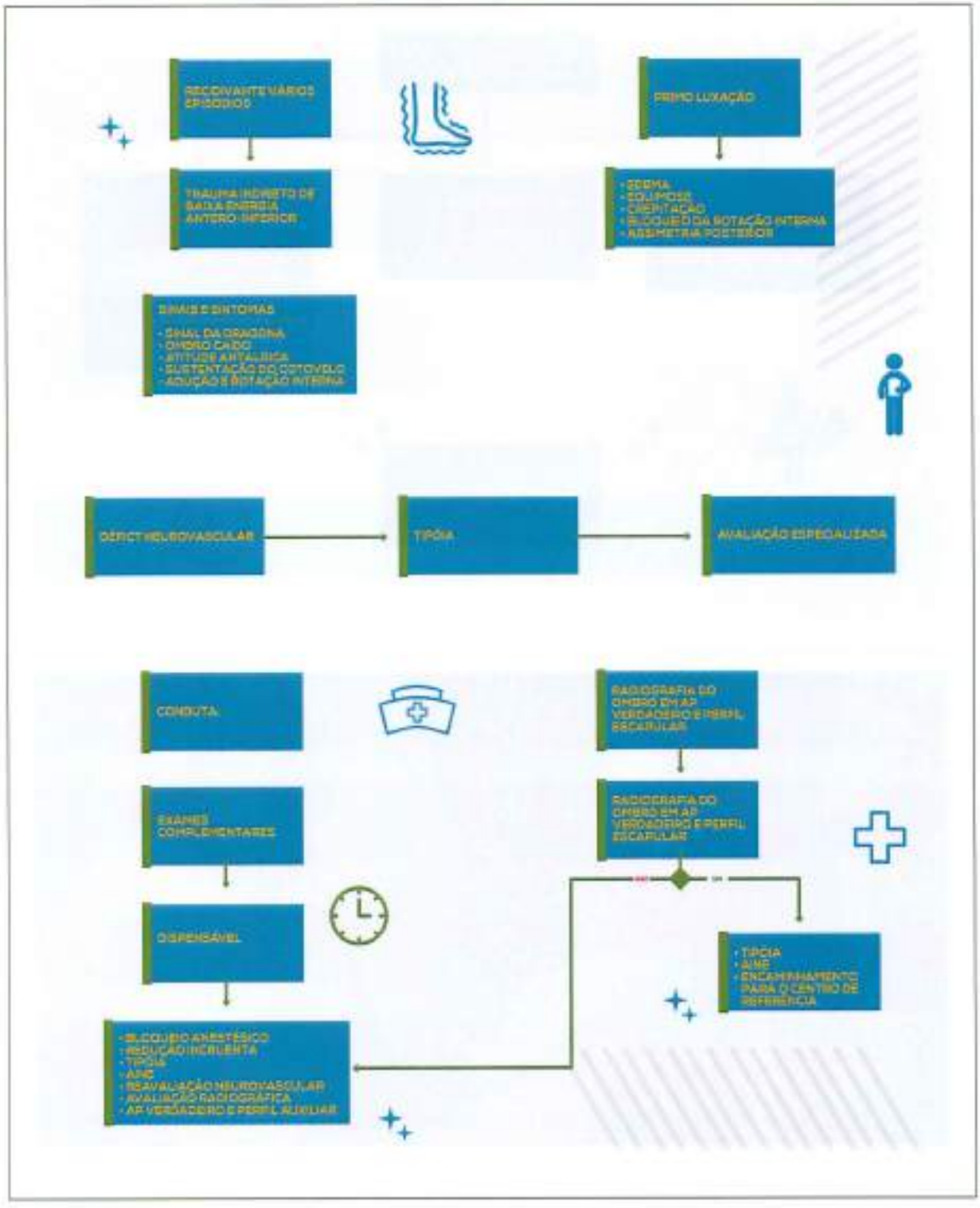




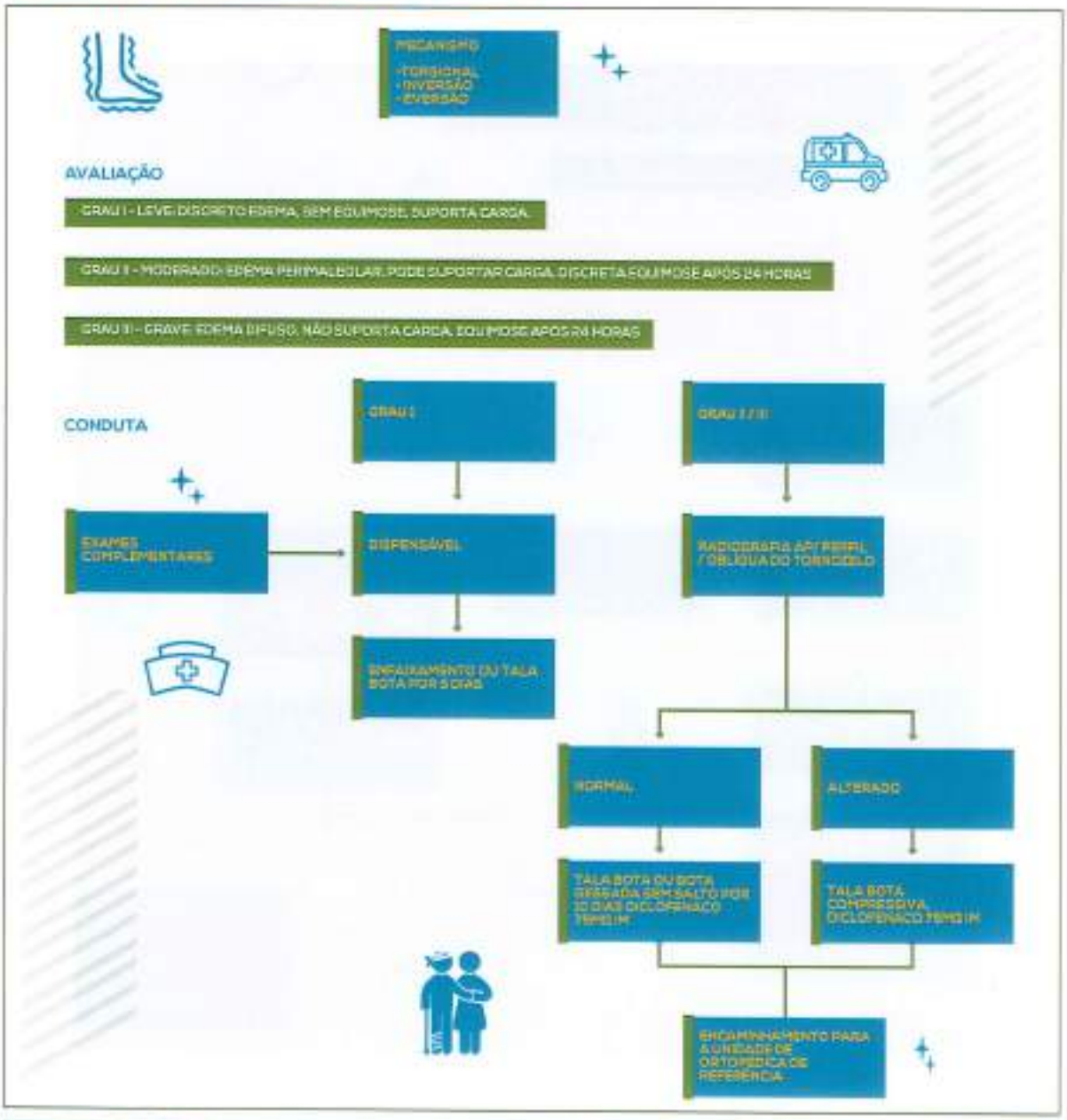

BIOLÓGICOS - INIBIDORES DE TNF - α: INFLIXIMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB
INFECÇÕES:
• BRONQUITE, SINUSITE E FARINGITE
• TB, PNEUMONIA, SEPSE
• ITU
HEMATOLÓGICO:
• PANCITOPENIA
• ANEMIA APLÁSICA
OUTRAS:
• DESORDENS DESMIELINIZANTES
• FALÊNCIA CARDÍACA
• MALIGNIDADE E RISCO AUMENTADO DE LINFOMA
• HEPATOTOXIDADE
• LUPUS INDUZIDO POR DROGA
ENCAMINHAR PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL TERCIÁRIO HBDF



LUXAÇÃO DO OMBRO



ENTORSE DO TORNOZELO
LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR





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 À FLEXÃO E/OU ROTAÇÃO DA COLUNA CERVICAL MATINAL OU ESFORÇOS LABORAIS CARACTERIZADO POR EPISÓDIO DE DOR À PALPAÇÃO NA BAINHA DO MÚSCULO ESTERNO CLEIDO MASTOIDEO, OU DISTÚRBIOS DA NUCA TRISMA-FARINGEO, PRESENÇA DE INTENSO ESPASMO MUSCULAR COM LIMITAÇÃO EVIDENTE DOS MOVIMENTOS CERVICAIS E DOR OCASIONAL IRRADIADA PARA MEMBRO SUPERIOR, AUSÊNCIA DE DÉFICT NEUROLÓGICO.

EXAMES COMPLEMENTARES

INFECCIOSO
HEMOGRAMA COMPLETO E VHA

POSTURAL
DISPENSÁVEL

PÓS-TRAUMÁTICO
RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR E PERFIL VISUALIZANDO TODA COLUNA CERVICAL INCIDÊNCIA DO NADADOR E TRANS-ORAL

CONDUTAS:
AVALIAÇÃO DA ORL

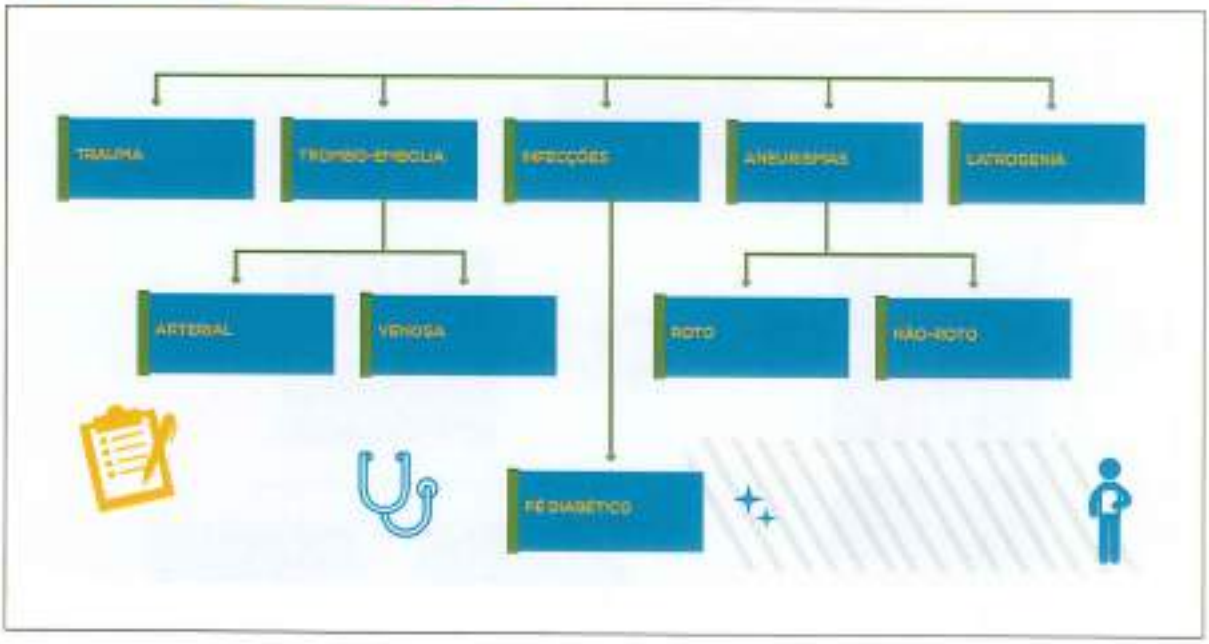
ALTERAÇÕES RADIOGRÁFICAS

IMOBILIZAÇÃO COM COLAR PROVISÓRIO DE ESTOQUINETE E ALGODÃO ORTOPÉDICO ASSOCIADO A REPOUSO LABORAL POR 48/72 HORAS, DOSE ÚNICA DE 75MG IM DE DICLOFENACO E MANUTENÇÃO COM 50MG ORAL POR 48 HORAS.

IMOBILIZAR COM COLAR CERVICAL RÍGIDO COM APOIO MENTONIANO E ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO PELA NEUROCIRURGIA, DOSE ÚNICA DE 75MG IM DE DICLOFENACO.

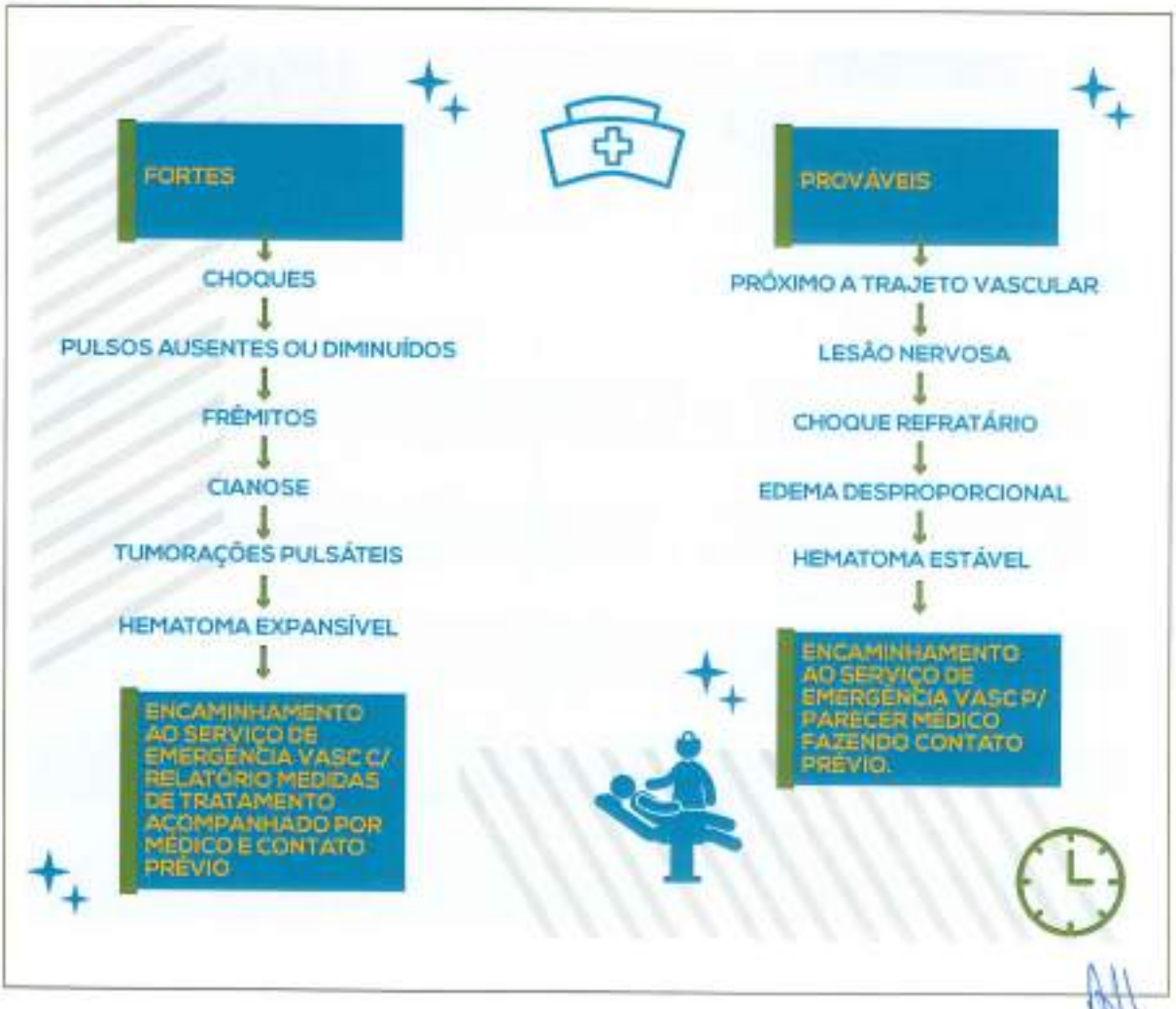


URGÊNCIAS VASCULARES

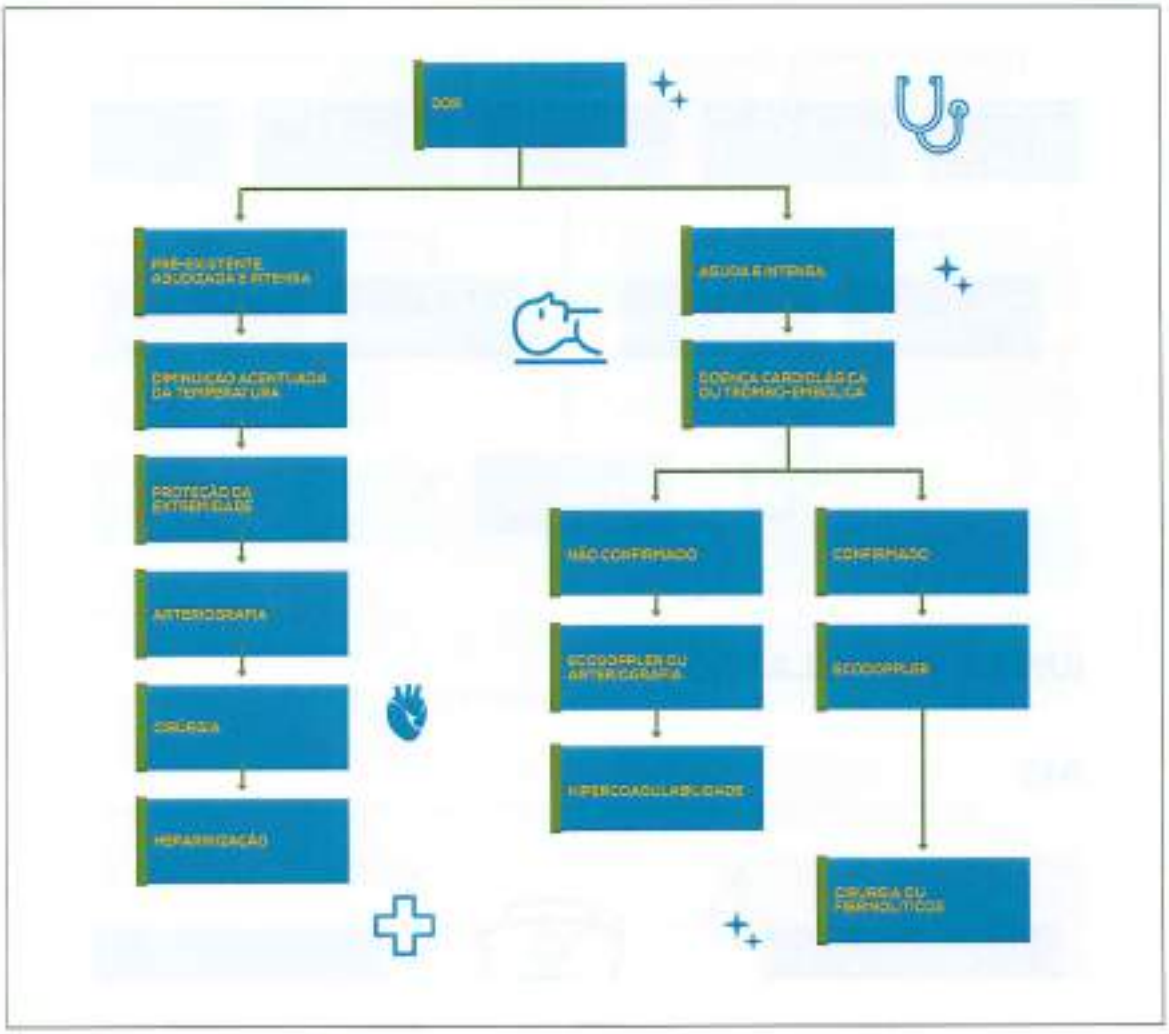


TRAUMAS VASCULARES

SINAIS



TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

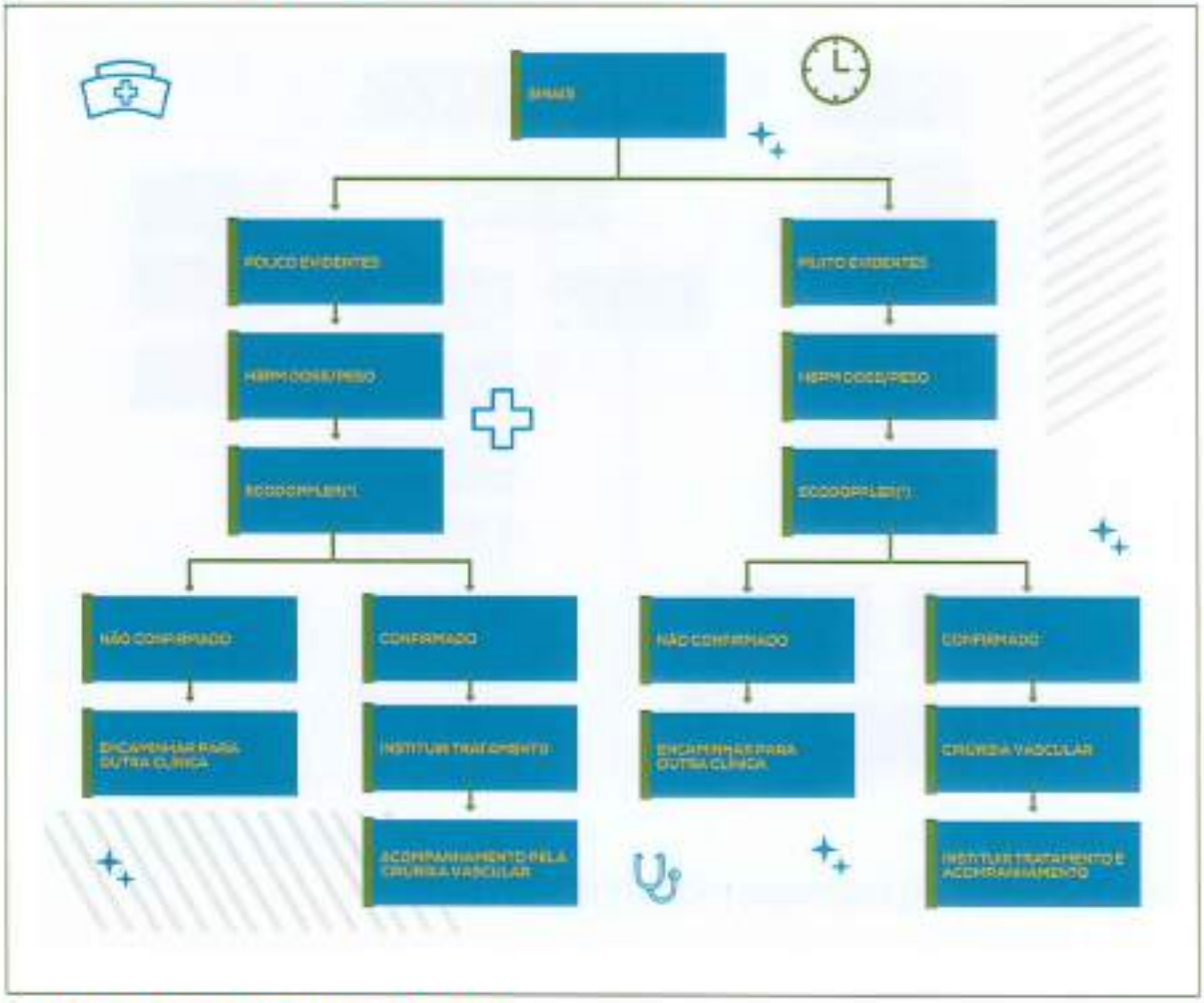


SINAIS E SINTOMAS

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.

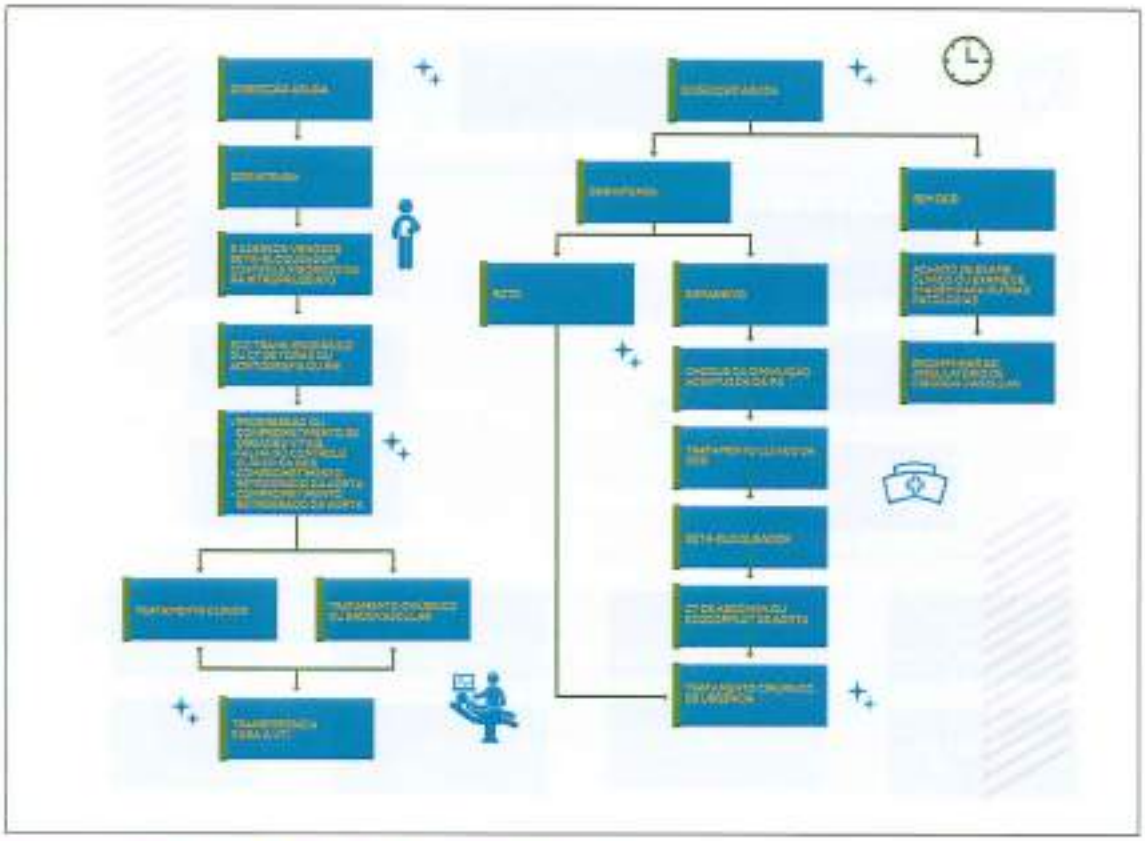
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



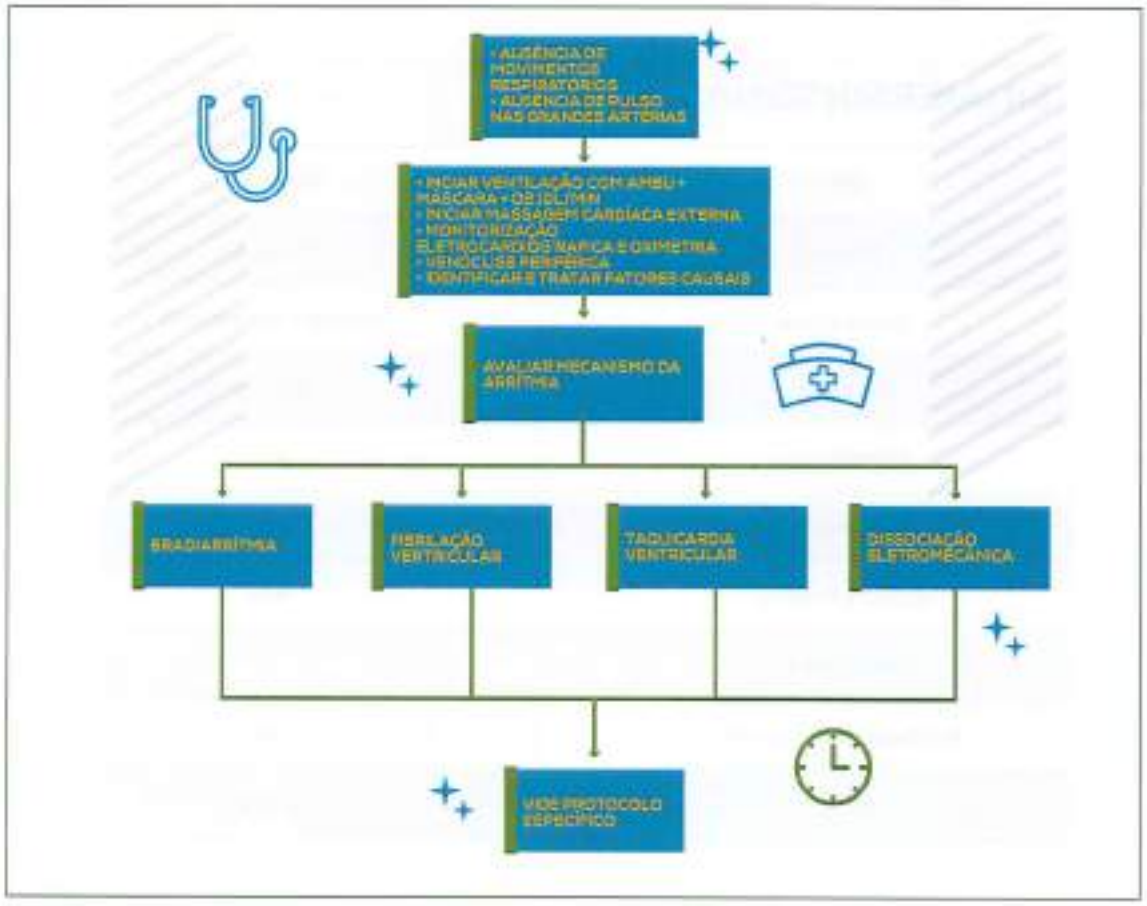
TVP - SINAIS E SINTOMAS

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

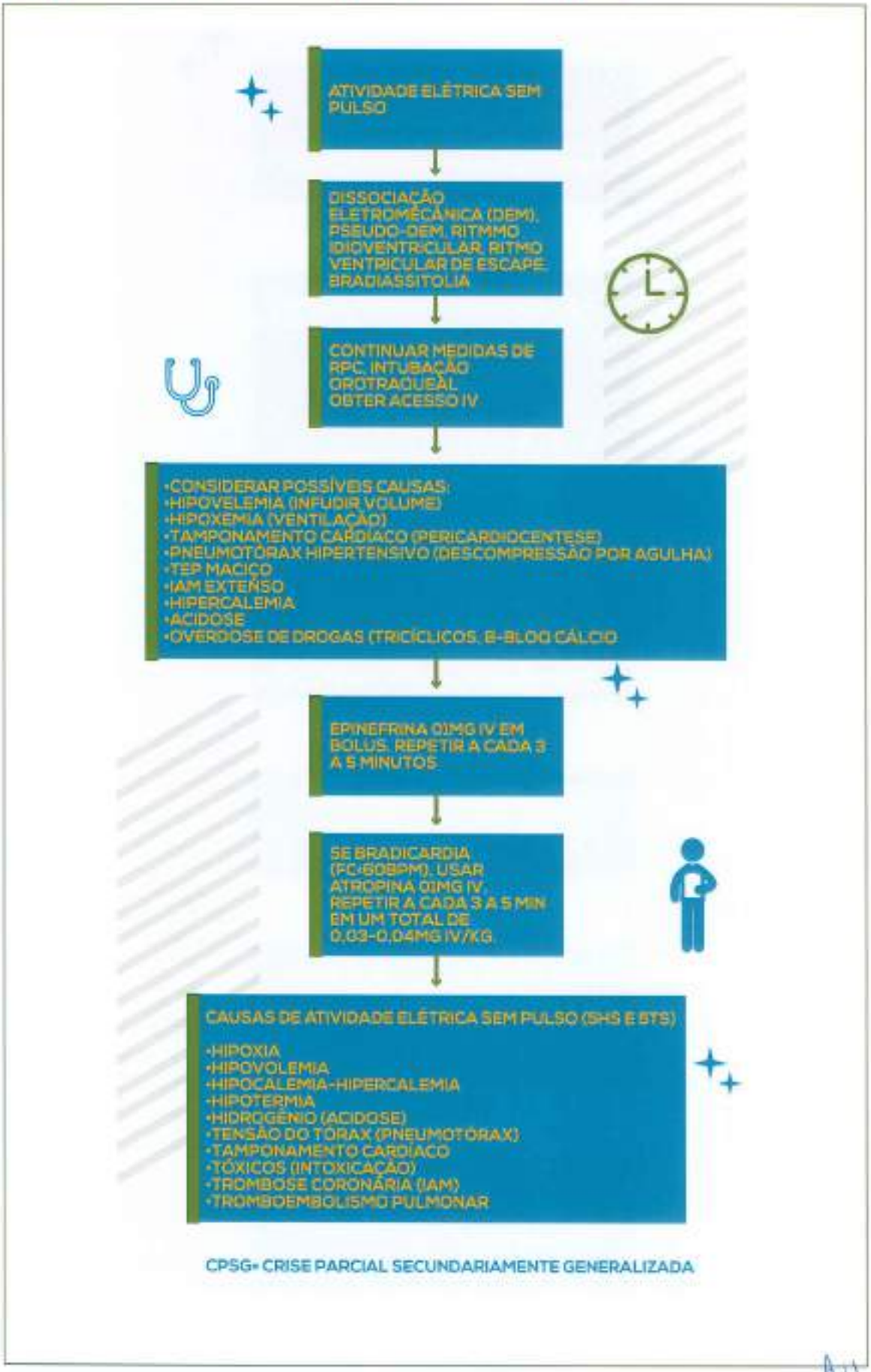
ANEURISMAS



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

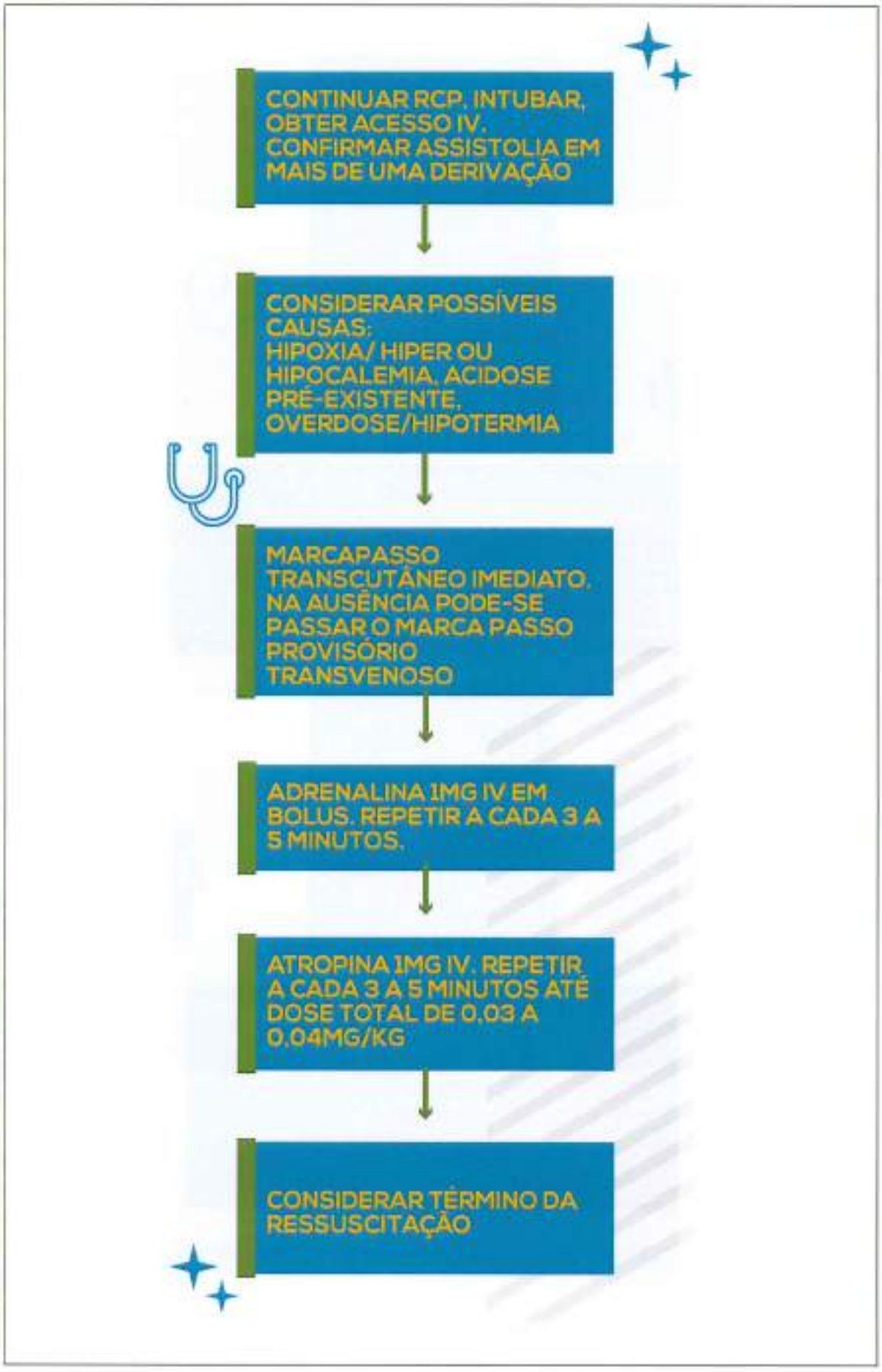


ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA



CPSG= CRISE PARCIAL SECUNDARIAMENTE GENERALIZADA

ASSISTOLIA

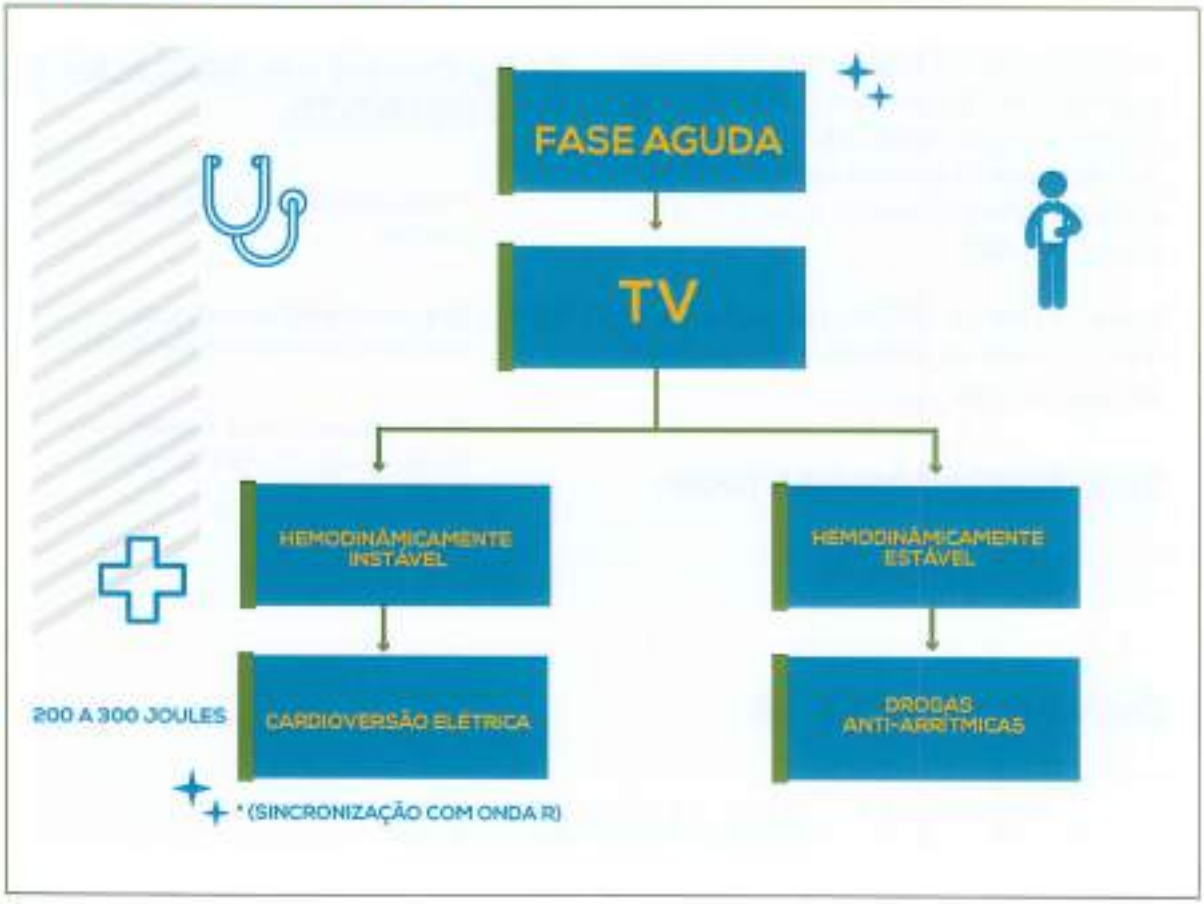

CONTINUAR RCP, INTUBAR, OBTER ACESSO IV. CONFIRMAR ASSISTOLIA EM MAIS DE UMA DERIVAÇÃO
CONSIDERAR POSSÍVEIS CAUSAS: HIPOXIA/ HIPER OU HIPOCALEMIA, ACIDOSE PRÉ-EXISTENTE, OVERDOSE/HIPOTERMIA
MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO IMEDIATO. NA AUSÊNCIA PODE-SE PASSAR O MARCA PASSO PROVISÓRIO TRANSVENOSO
ADRENALINA 1MG 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

TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

TV Helicoidal. TV Polimórfica.

Flutter Ventricular. Fibrilação Ventricular.

TRATAMENTOS DAS TV.



DROGAS ANTIARRITMICAS

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

- 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. Continuo). 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).

- Taquicardia Ventricular Helicoidal. Infusão de Sulfato de Magnésio Aumentar FC = Marca Passo Provisório Isoprotenol (1 – 3 mg / min. IV).

- Taquicardia Ventricular Incessante Ablação. Cirurgia.

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

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. Entre- tanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisi- ológico invasivo (EEF).

Essas arritmias (TPSV[S]) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS ≤120 m/s.

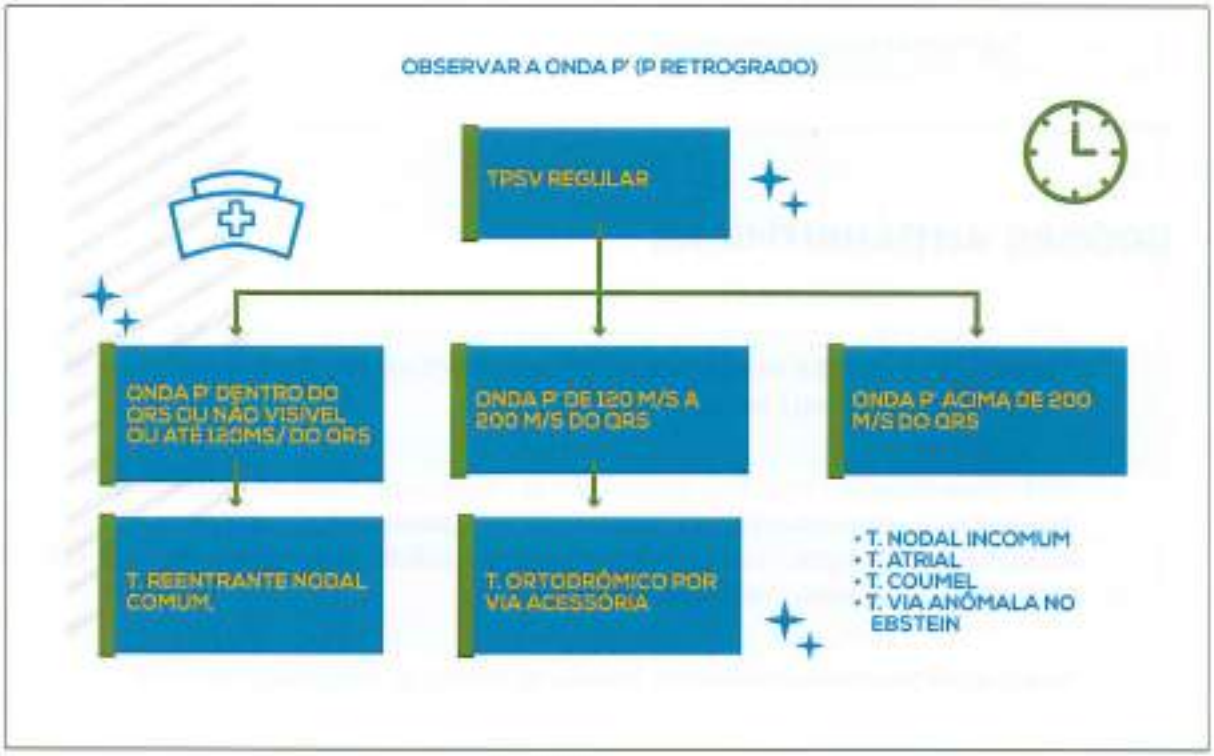
CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV:

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

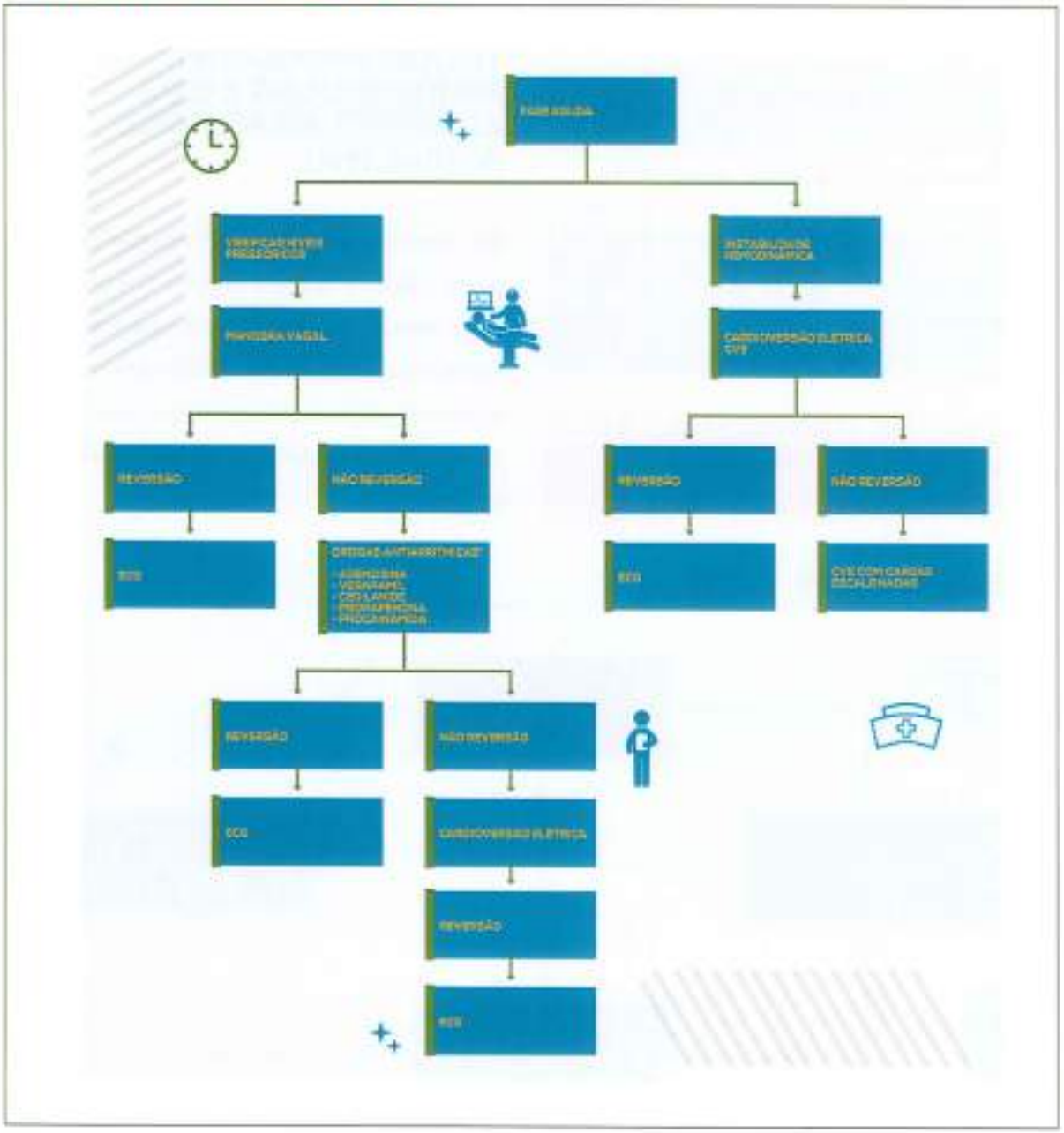
TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

- Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
- Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
- Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala

COMO DIAGNOSTICAR



TRATAMENTO NA FASEAGUDA REVERSÃO DAS CRISES TRATAMENTO DAS TPSV



DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.

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

TIPOS - PREFERÊNCIAS

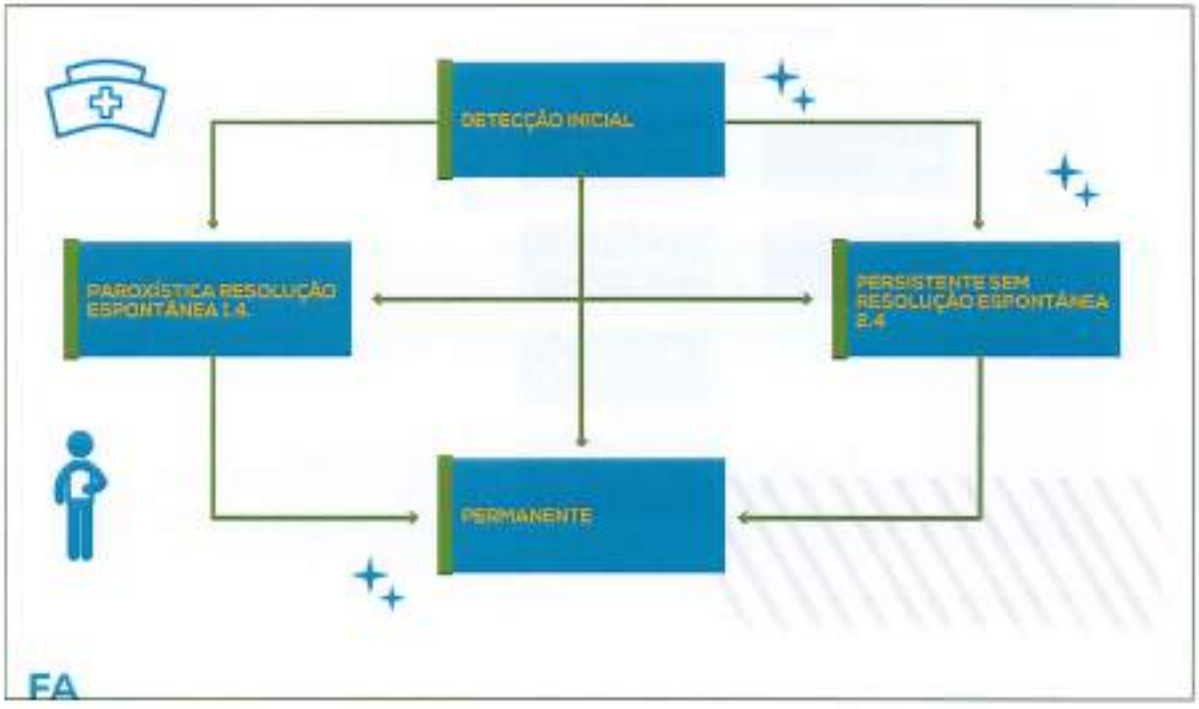
Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

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)

No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica. É a arritmia mais freqüente 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.

ABORDAGEM:



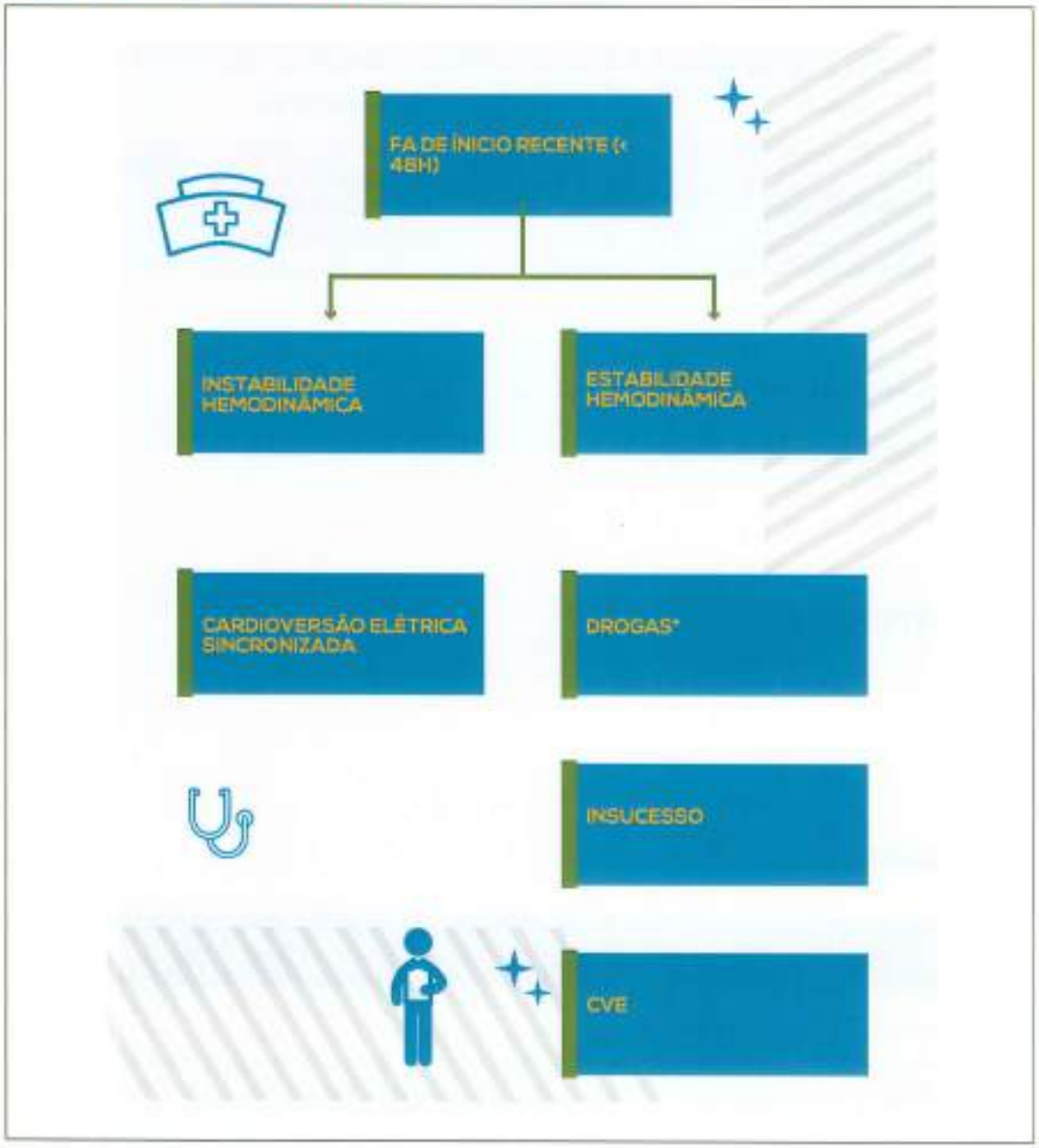
PAROXÍSTICA	Resolução Espontânea.
PERSISTENTE	Resolução Não Espontânea.
PERMANENTE	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou nãohouve manutenção do ritmo sinusal.

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 fenômenostromboembólicos 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 1ªdose.
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.

↓

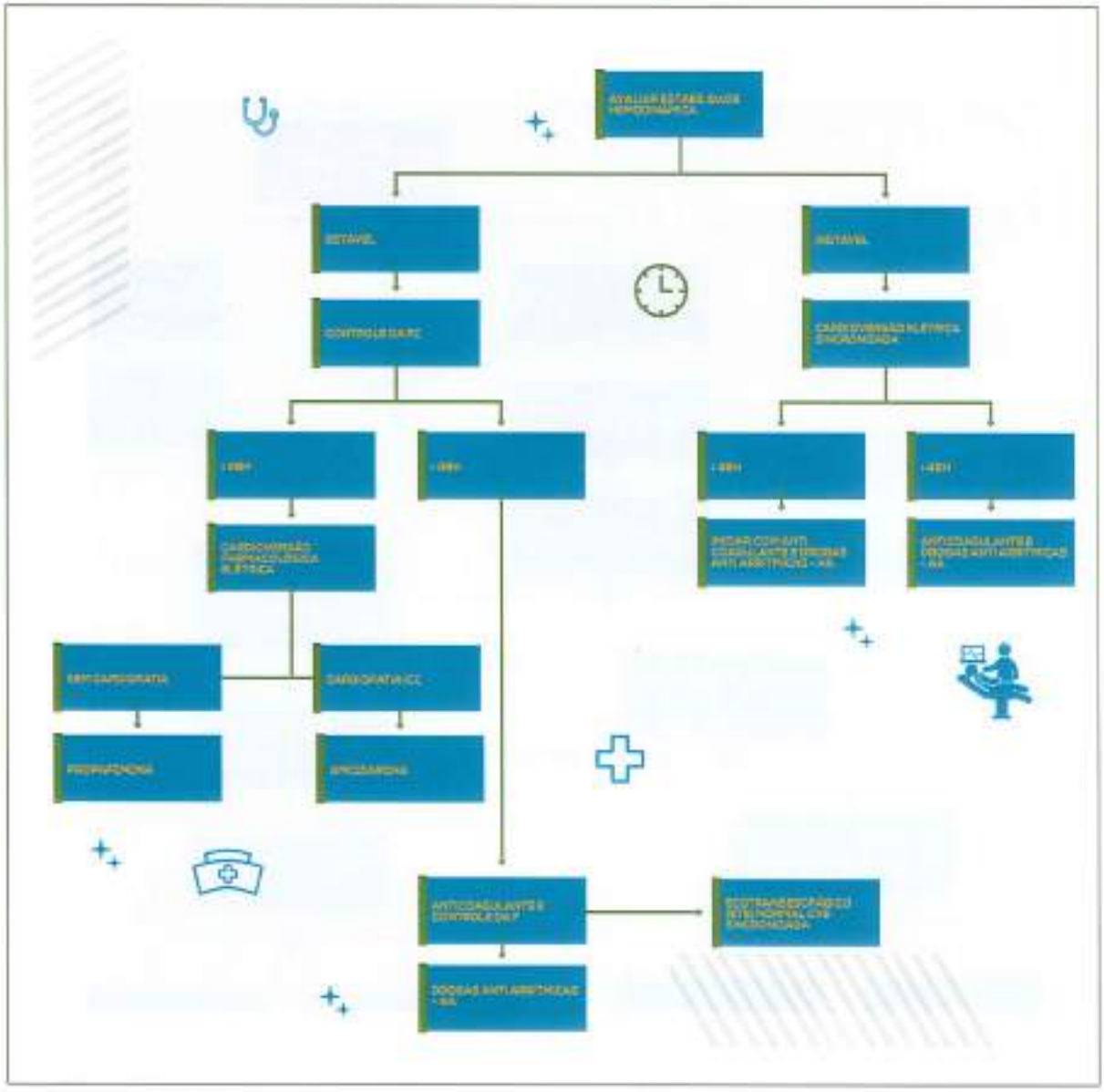
DROGAS

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Freqüência 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.

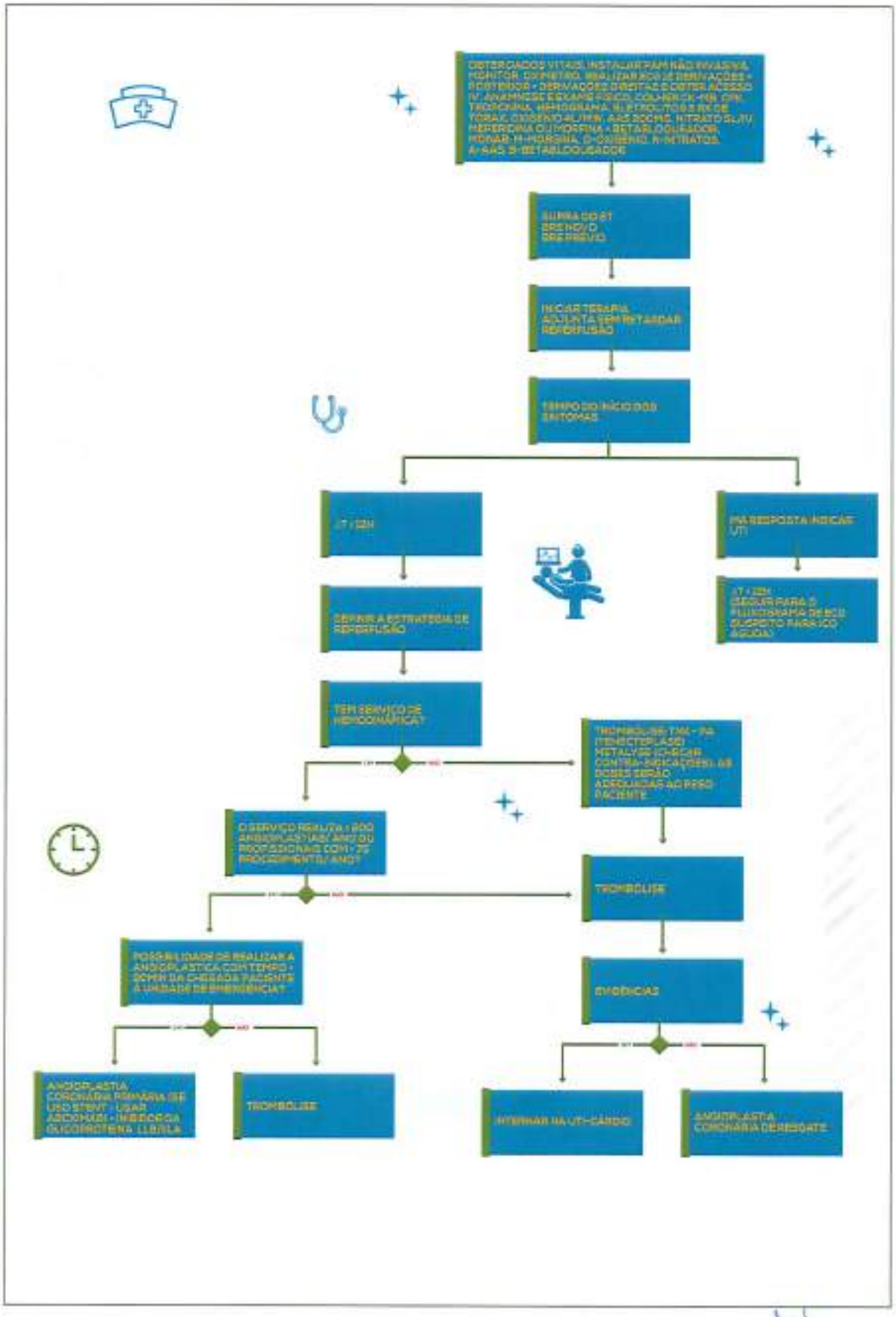
Objetivos do Tratamento de FA.

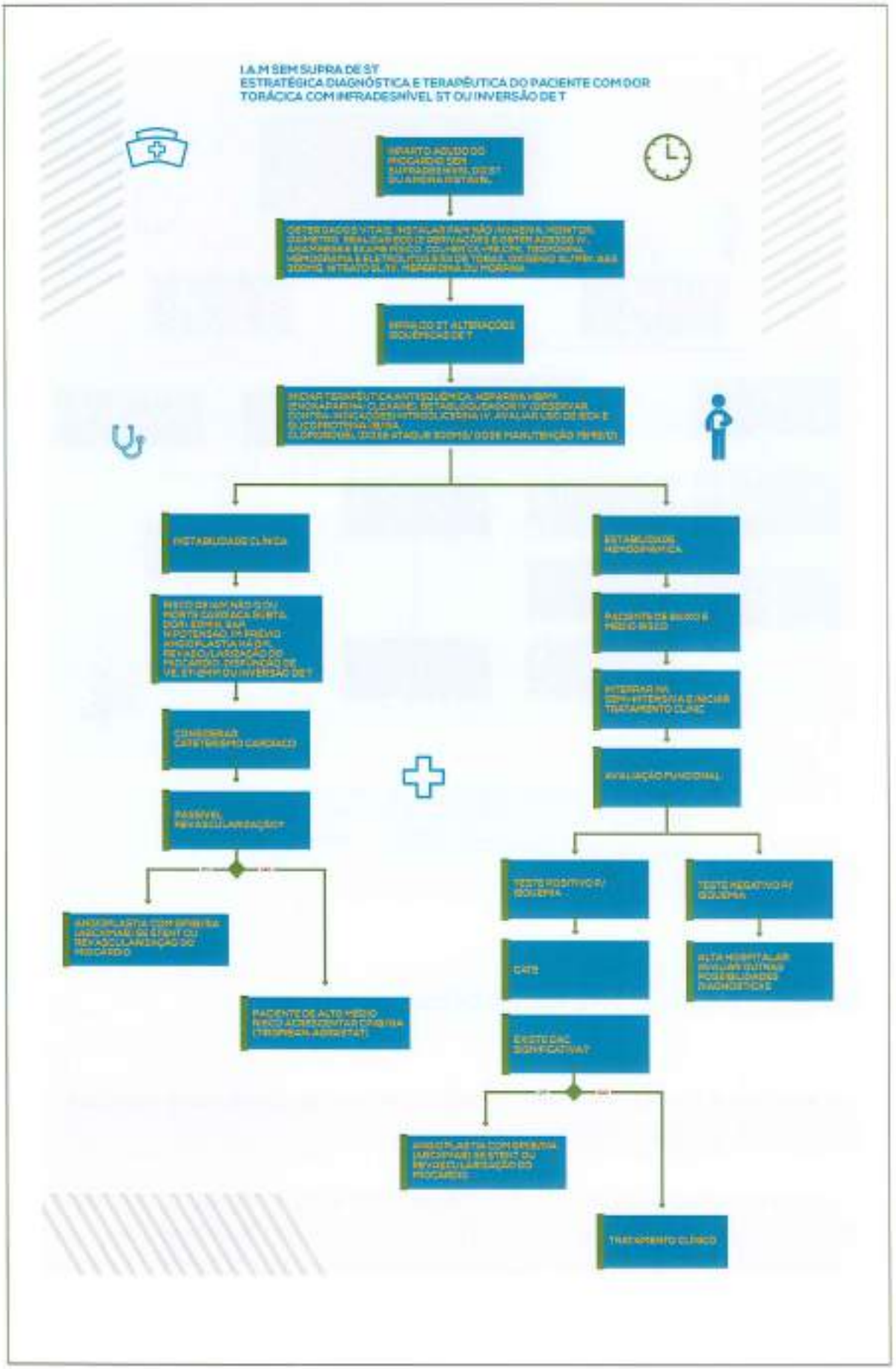
- Controle da FC;
- Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;Prevenção de Recorrências;
- Prevenção de tromboembolismo.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA

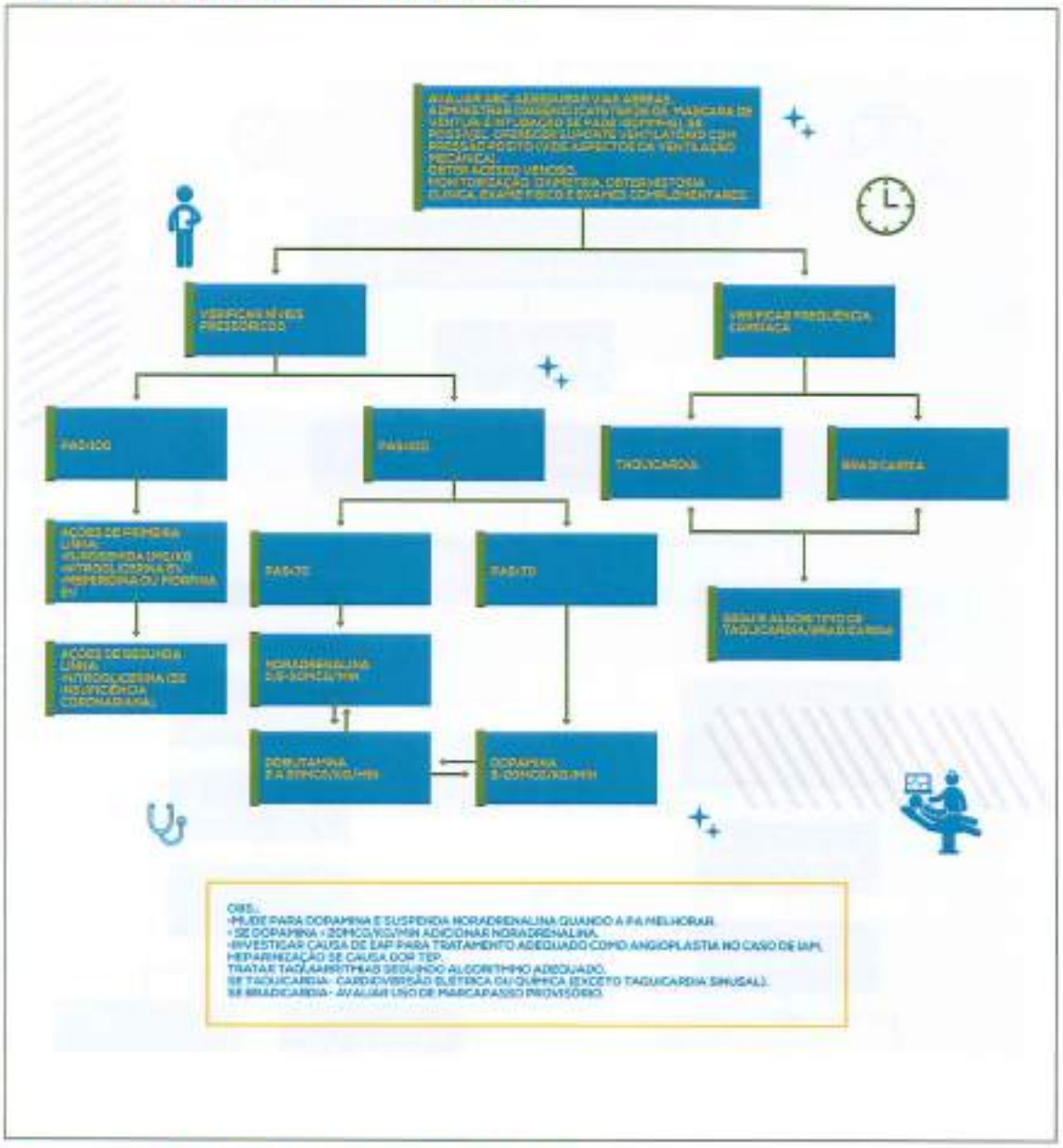


DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL ST




I.A.M SEM SUPRA DE ST
ESTRATÉGICA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T
INSTABILIDADE CLÍNICA
ESTABILIDADE HEMODINÂMICA
ANGIOPLASTIA COM SPIRA DA (ARCO NAS) DE STENT OU REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO
PACIENTE DE ALTO MÉDIO RISCO ACRESCENTAR CINÉTICA (TROPONINA ADEQUADA)
TESTE POSITIVO P/ ISQUEMIA
TESTE NEGATIVO P/ ISQUEMIA
CATE
ALTA HOSPITALAR AVALIAR OUTRAS POSSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS
ANGIOPLASTIA COM SPIRA DA (ARCO NAS) DE STENT OU REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO
TRATAMENTO CLÍNICO

EDEMA AGUDO DE PULMÃO



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 DOR 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:

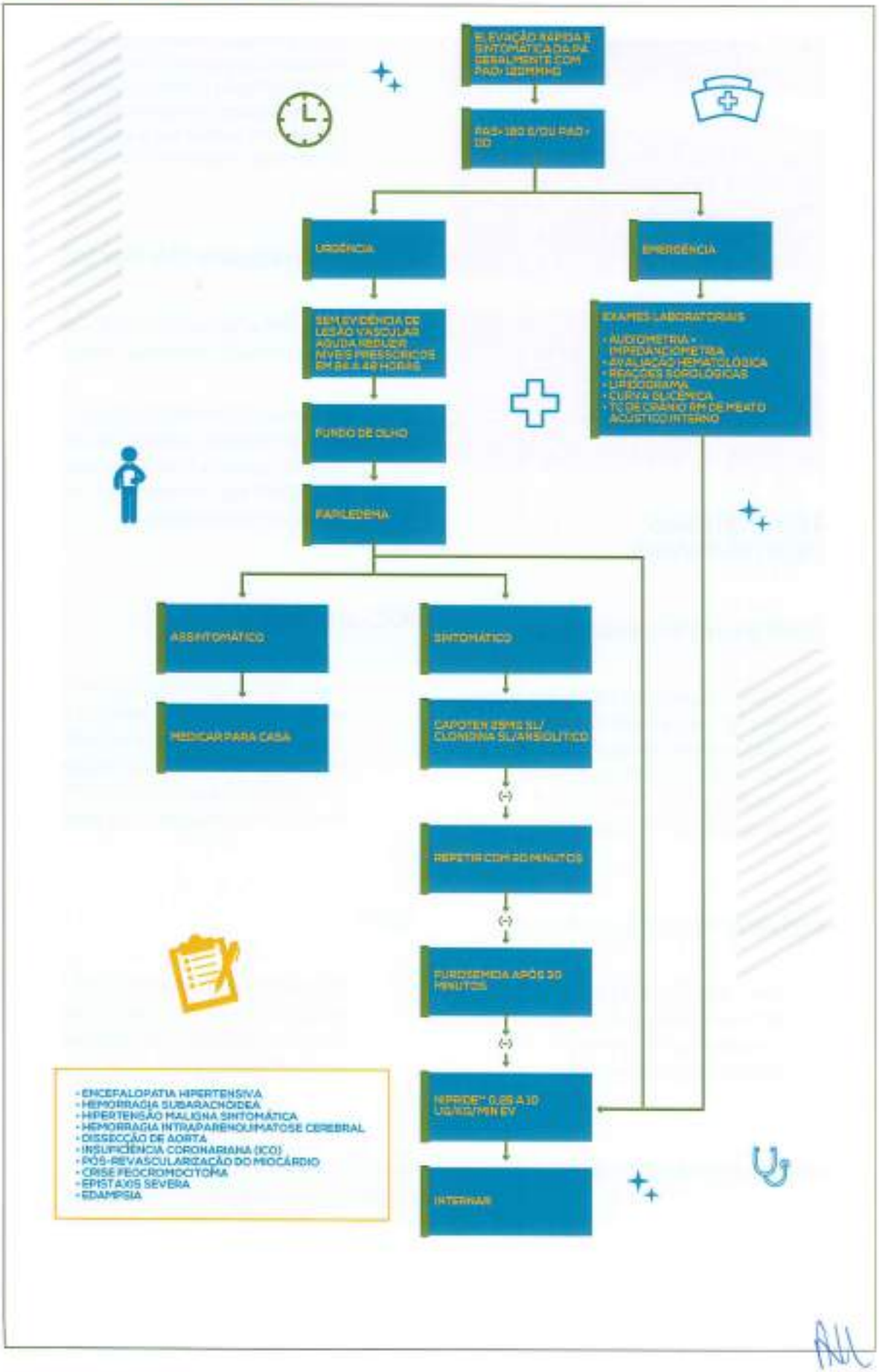
ECG, RAD. DE TÓRAX NO LEITO, GASOMETRIA, ENZIMAS CARDÍACAS, FUNÇÃO RENAL, ELETRÓLITOS, HEMOGRAMA.

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 FREQÜÊNCIA VENTRICULAR ELEVADA USAR CEDILANIDE.

CRISE HIPERTENSIVA



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

PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA:
ELEVAÇÃO ACENTUADA DA PA, SEM SINAIS DE DETERIORIZAÇÃO DE ÓRGÃO ALVO, GERALMENTE DESENCADEADA POR DOR, DESCONFORTO, ANSIEDADE, ETC.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

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 continua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

Encefalopatia Hipertensiva

- Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos. Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

Hemorragia Intracerebral

- Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo. Intervir quando PAS > 170 mmHg. Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

Hemorragia Subaracnóidea

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

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.

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.

IAM:

- Meta: redução da PAD para 100 mmHg. Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

Insuficiência Renal rapidamente progressiva:

- Tratamento: Nitroprussiato de Na.

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.

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).

H.A. Perioperatória:

- Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

H.A. Acelerada sem Papiledema

- Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada) Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

ICO

- Tratamento: Betabloqueador, IECA. Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.Captopril 25 mg VO ou SL.

ICC:

- Tratamento: Diuréticos, IECA, Furosemide 40 a 80 mg EV Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

Aneurisma de aorta

- Tratamento: Betabloqueador, IECA. Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

AVCI não complicado

- Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg. Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

Crises renais

- 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.

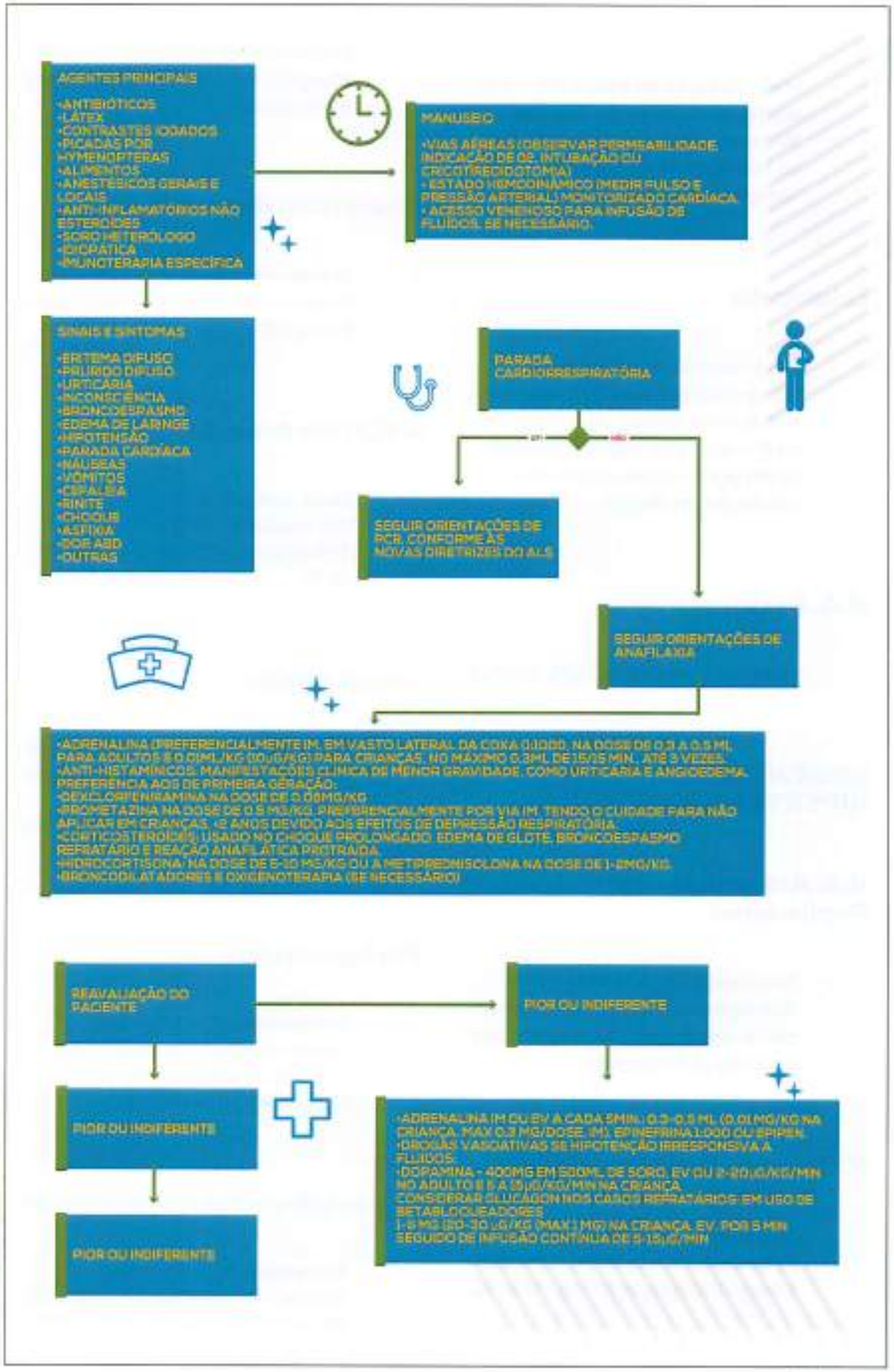
Perioperatório

- Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador. Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

Crises adrenérgicas moderada

- Tratamento: IECA, Clonidina. Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

ANAFILAXIA


AGENTES PRINCIPAIS
•ANTIBIÓTICOS
•LÁTEX
•CONTRASTES IODADOS
•PICADAS POR HYMENOPTERAS
•ALIMENTOS
•ANESTÉSICOS GERAIS E LOCAIS
•ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES
•SORO HETEROLOGO
•IDIOPÁTICA
•IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA
MANUSEIO
•VIAS AÉREAS (OBSERVAR PERMEABILIDADE, INDICAÇÃO DE OT, INTUBAÇÃO OU CRICOTIREOIDOTOMIA)
• ESTADO HEMODINÂMICO (MEDIR PULSO E PRESSÃO ARTERIAL) MONITORIZADO CARDÍACA
• ACESSO VENENOSO PARA INFUSÃO DE FLUIDOS, SE NECESSÁRIO.
SINAIS E SINTOMAS
•ERITEMA DIFUSO
•PRURIDO DIFUSO
•URTICÁRIA
•INCONSCIÊNCIA
•BRONCOESPASMO
•EDEMA DE LARINGE
•HIPOTENSÃO
•PARADA CARDÍACA
•NÁUSEAS
•VÔMITOS
•CEFALEIA
•RINITE
•CHOQUE
•ASFIXIA
•SOE ABD
•OUTRAS
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
SIM
NÃO
SEGUIR ORIENTAÇÕES DE PCR, CONFORME AS NOVAS DIRETRIZES DO ACLS
SEGUIR ORIENTAÇÕES DE ANAFILAXIA
•ADRENALINA (PREFERENCIALMENTE IM, EM VASTO LATERAL DA COXA) 1:1000, NA DOSE DE 0,3 A 0,5 ML PARA ADULTOS E 0,01ML/KG (10 µG/KG) PARA CRIANÇAS, NO MÁXIMO 0,3ML DE 15/15 MIN., ATÉ 3 VEZES.
•ANTI-HISTAMÍNICOS: MANIFESTAÇÕES CLÍNICA DE MENOR GRAVIDADE, COMO URTICÁRIA E ANGIOEDEMA. PREFERÊNCIA AOS DE PRIMEIRA GERAÇÃO:
•DEXCLORFENIRAMINA NA DOSE DE 0,06MG/KG
•PROMETAZINA NA DOSE DE 0,5 MG/KG, PREFERENCIALMENTE POR VIA IM. TENDO O CUIDADE PARA NÃO APLICAR EM CRIANÇAS <2 ANOS DEVIDO AOS EFEITOS DE DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA.
•CORTICOSTERÓIDES: USADO NO CHOQUE PROLONGADO, EDEMA DE GLOTE, BRONCOESPASMO REFRATÁRIO E REAÇÃO ANAFILÁTICA PROTRAÍDA.
•HIDROCORTISONA: NA DOSE DE 5-10 MG/KG OU A METILPREDNISOLONA NA DOSE DE 1-2MG/KG.
•BRONCODILATADORES E OXIGENOTERAPIA (SE NECESSÁRIO)
REAVALIAÇÃO DO PACIENTE
PIOR OU INDIFERENTE
PIOR OU INDIFERENTE
PIOR OU INDIFERENTE
•ADRENALINA IM OU EV A CADA 5MIN: 0,3 - 0,5 ML (0,01MG/KG NA CRIANÇA, MAX 0,3 MG/DOSE, IM). EPINEFRINA 1:000 OU EPIPEN.
•DROGAS VASOATIVAS SE HIPOTENÇÃO IRRESPONSIVA A FLUIDOS:
•DOPAMINA - 400MG EM 500ML DE SORO, EV OU 2-20 µG/KG/MIN NO ADULTO E 5 A 50 µG/KG/MIN NA CRIANÇA.
CONSIDERAR GLUCAGON NOS CASOS REFRATÁRIOS EM USO DE BETABLOQUEADORES
1 - 5 MG (50 -30 µG/KG (MAX 1 MG) NA CRIANÇA, EV, POR 5 MIN SEGUIDO DE INFUSÃO CONTÍNUA DE 5-15 µG/MIN

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 chorocurto, 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 acentuadasou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados oudifusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV, localizados ou difusos.
Freqüência Respiratória (irpm)**	Normal ou	↑	↑
Freqüência 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

Exames complementares:

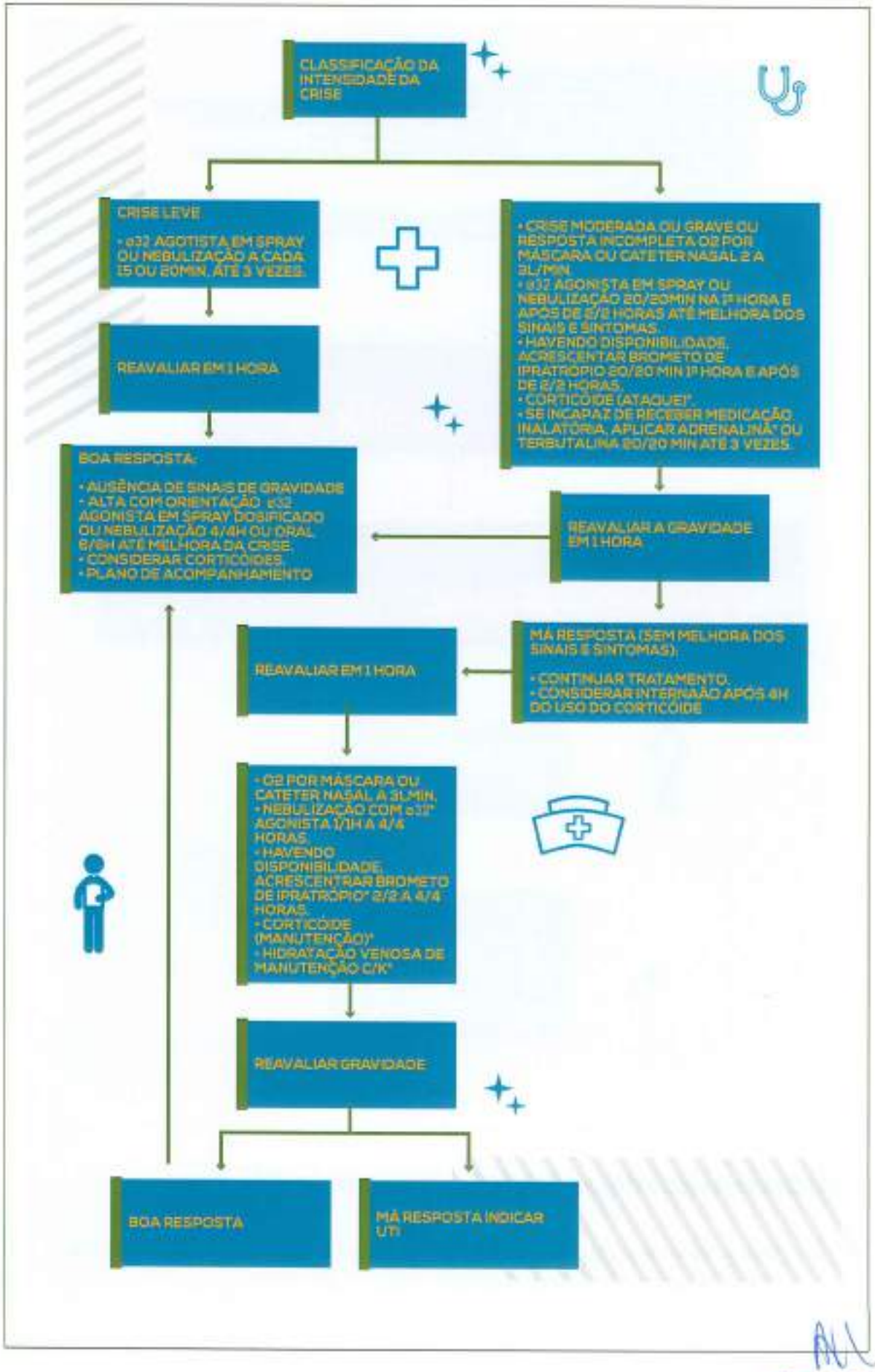
GASOMETRIA (SINAIS DE GRAVIDADE, PFE < 30% APÓS TRATAMENTO OU SAO2 ≤ 93%)
RADIOGRAFIA DO TÓRAX (POSSIBILIDADE DE PNEUMOTÓRAX, PNEUMONIA OU NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO POR CRISES GRAVES

HEMOGRAMA (SUSPEITA DE INFECÇÃO. NEUTRÓFILOS AUMENTAM QUATRO HORAS APÓS O USO DE CORTICOSTERÓIDES SISTÊMICOS)

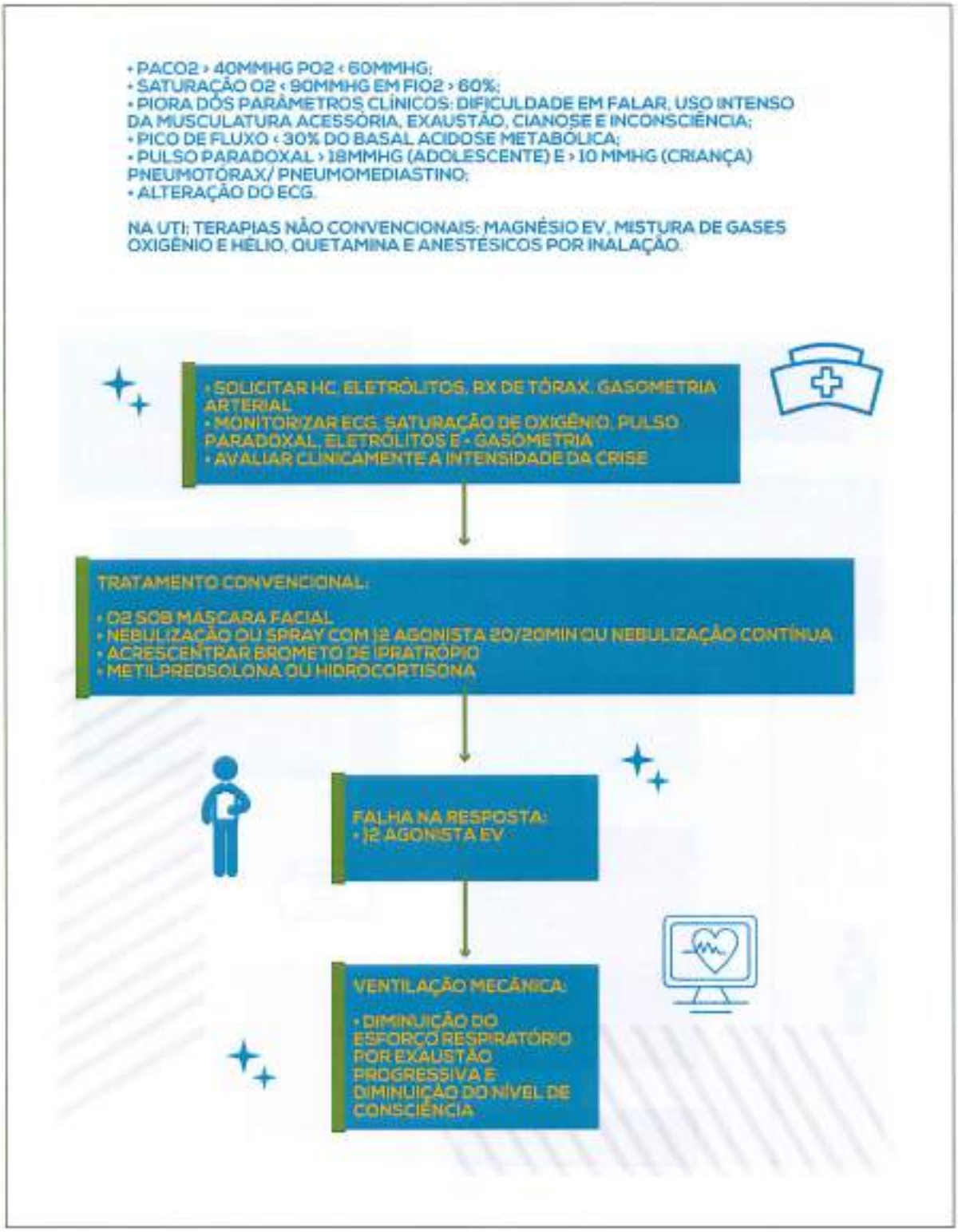
ELETRÓLITOS (COEXISTÊNCIA COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES, USO DE DIURÉTICO OU DE ALTAS DOSES DE 2AGONISTAS, ESPECIALMENTE SE ASSOCIADOS A XANTINAS E CORTICOSTERÓIDES)



MANEJO DA CRISE DE ASMA



INDICAÇÕES DE INTERNAÇAO NA UTI



Características de pacientes asmáticos de alto risco:

- Três ou mais visitas á 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 2 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 2 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
2-AGONISTA: SPRAY DOSIMETRADO	200 A 300 µG/DOSE. LIMITE DE DOSE: FC>120 BPM, TREMORES E ARRITMIAS, A CADA 20 MINUTOS, ATÉ 1 HORA + AEROCÂMERA.	400 A 500G, ATÉ 800 MG/DOSE ATÉ 15/15 MINUTOS OU JATO/ MINUTO + ESPAÇADOR DE GRANDE
NEBULIZADOR DE JATO: ADICIONAR SORO FISIOLÓGICO 3 A 5ML E O2 L L/MIN, COM MÁSCARA BEM ADAPTADA À FACE	0,1 0,15 MG/KG/DOSE MÍNIMO: 5 GOTAS MÁXIMO: 5MG/DOSE (2 GOTAS)	2,5 MG A 5 MG (10 A 20 GOTAS/ DOSE)
SOLUÇÃO	CONTÍNUA: 5MG/KG/H (MÁX 10 MG/H)	
COMPRIMIDO	0,6MG/ MG/KG/DIA 6/6 H (1 ML/KG/DIA) (MÁXIMO = 2MG = 5ML/DOSE)	1CP (2MG) 6/6 HORAS
ENDOVENOSO	ATAQUE: 10MCG/KG EM 30 MINUTOS MANUTENÇÃO: 0,3MCG/KG/MIN*	ATAQUE: 250 MCG EM 10 MINUTOS MANUTENÇÃO: 3 A 20MCG/ 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 6/6H	200 MG/ DOSE 200 MG 6/6H
METILPREDNISOLONA EV DOSE DE ATAQUE DOSE DE MANUTENÇÃO	1 A 2 MG/KG/DOSE 1 A 2 MG/KG/DIA 6/6	40 A 60 MG/DOSE 40 A 60 MG 6/6H
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 2X /DIA	1 A 2 MG/KG ATÉ 40 A 60MG/ DOSE 40 A 60 MG/DIA
AMINOFILINA (AMP. 24MG/ML) DOSE DE ATAQUE DOSE DE MANUTENÇÃO	INFUSÃO CONTÍNUA: 1 A 6 MESES= 0,5MG/KG/H 6M 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. 0,3ML/DOSE)	

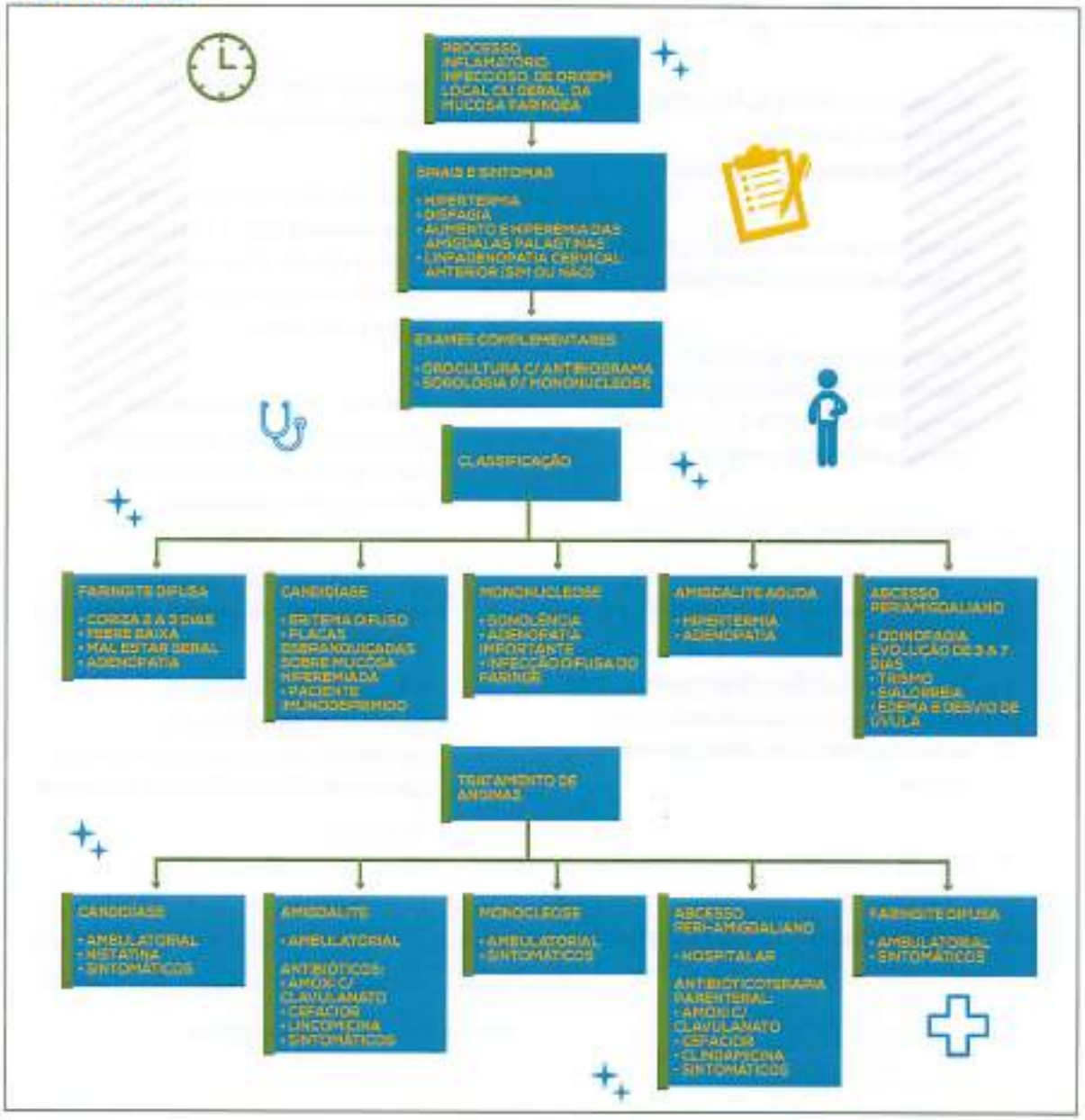
Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências:

- 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."

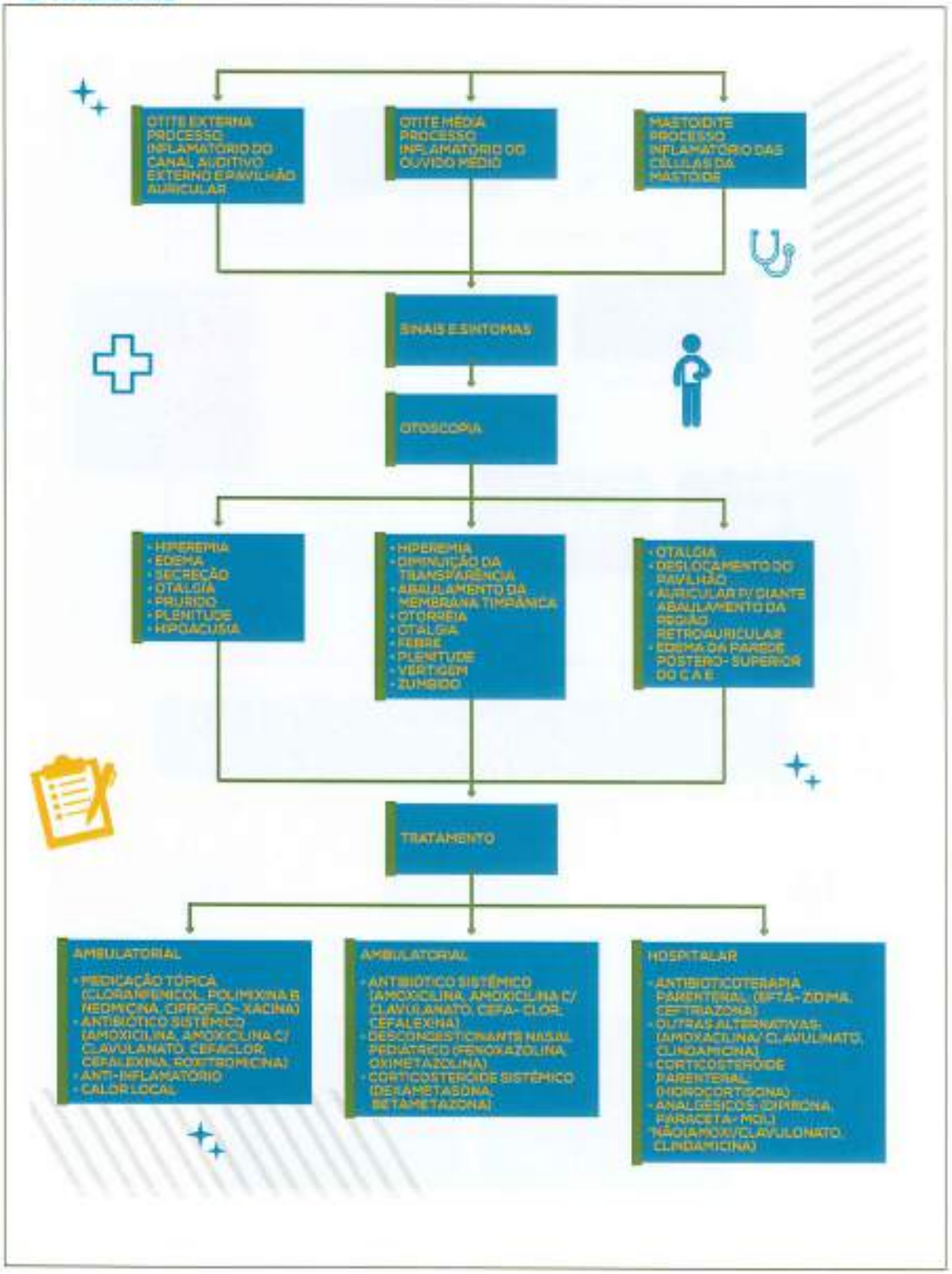


ANGINAS

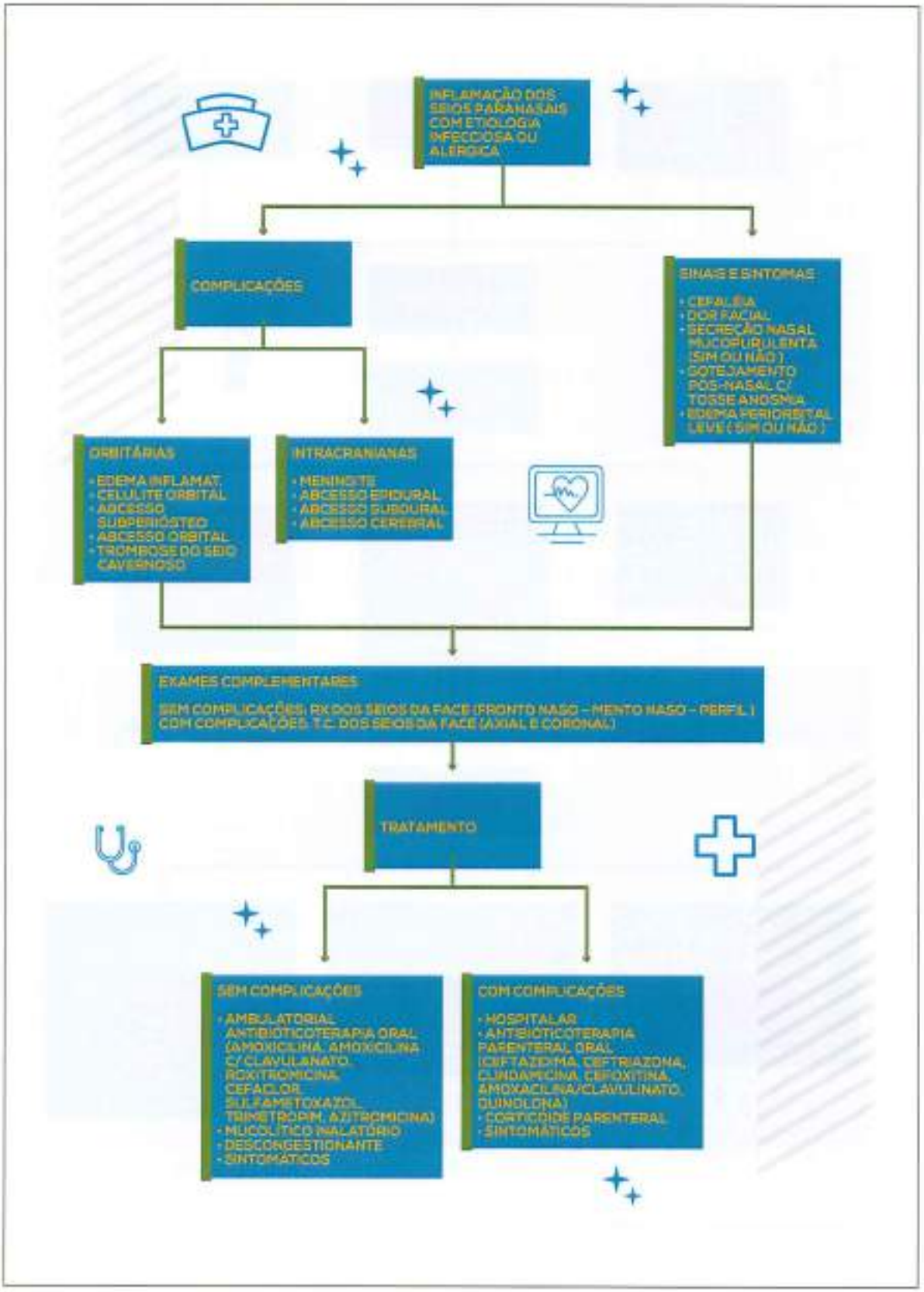

PROCESSO INFLAMATÓRIO INFECCIOSO DE ORIGEM LOCAL OU GERAL DA MUCOSA FARÍNGEA
SINAIS E SINTOMAS
• HIPERTERMIA
• DISFAGIA
• AUMENTO E HIPEREMIA DAS AMÍGDALAS PALATINAS
• LINFADENOPATIA CERVICAL ANTERIOR (SIM OU NÃO)
EXAMES COMPLEMENTARES
• GRO CULTURA C/ ANTIBIOGRAMA
• SOROLOGIA P/ MONONUCLEOSE
CLASSIFICAÇÃO
FARINGITE DIFUSA
• CORIZA 2 A 3 DIAS
• FEBRE BAIXA
• MAL ESTAR GERAL
• ADENOPATIA
CANDIDÍASE
• ERITEMA DIFUSO
• PLACAS ESBRANQUIÇADAS SOBRE MUCOSA HIPEREMIADA
• PACIENTE IMUNODEPRIMIDO
MONONUCLEOSE
• SONOLÊNCIA
• ADENOPATIA IMPORTANTE
• INFECÇÃO DIFUSA DO FARINGE
AMIGDALITE AGUDA
• HIPERTERMIA
• ADENOPATIA
ABCESSO PERIAMIGDALIANO
• ODINOFAGIA EVOLUÇÃO DE 3 A 7 DIAS
• TRISMO
• SIALORREIA
• EDEMA E DESVIO DE ÚVULA
TRATAMENTO DE ANGINAS
CANDIDÍASE
• AMBULATORIAL
• NISTATINA
• SINTOMÁTICOS
AMIGDALITE
• AMBULATORIAL
ANTIBIÓTICOS:
• AMOX C/ CLAVULANATO
• CEFACLOR
• LINCOMICINA
• SINTOMÁTICOS
MONOCLOSE
• AMBULATORIAL
• SINTOMÁTICOS
ABCESSO PERI-AMIGDALIANO
• HOSPITALAR
ANTIBIOTICOTERAPIA PARENTERAL:
• AMOX C/ CLAVULANATO
• CEFACLOR
• CLINDAMICINA
• SINTOMÁTICOS
FARINGITE DIFUSA
• AMBULATORIAL
• SINTOMÁTICOS



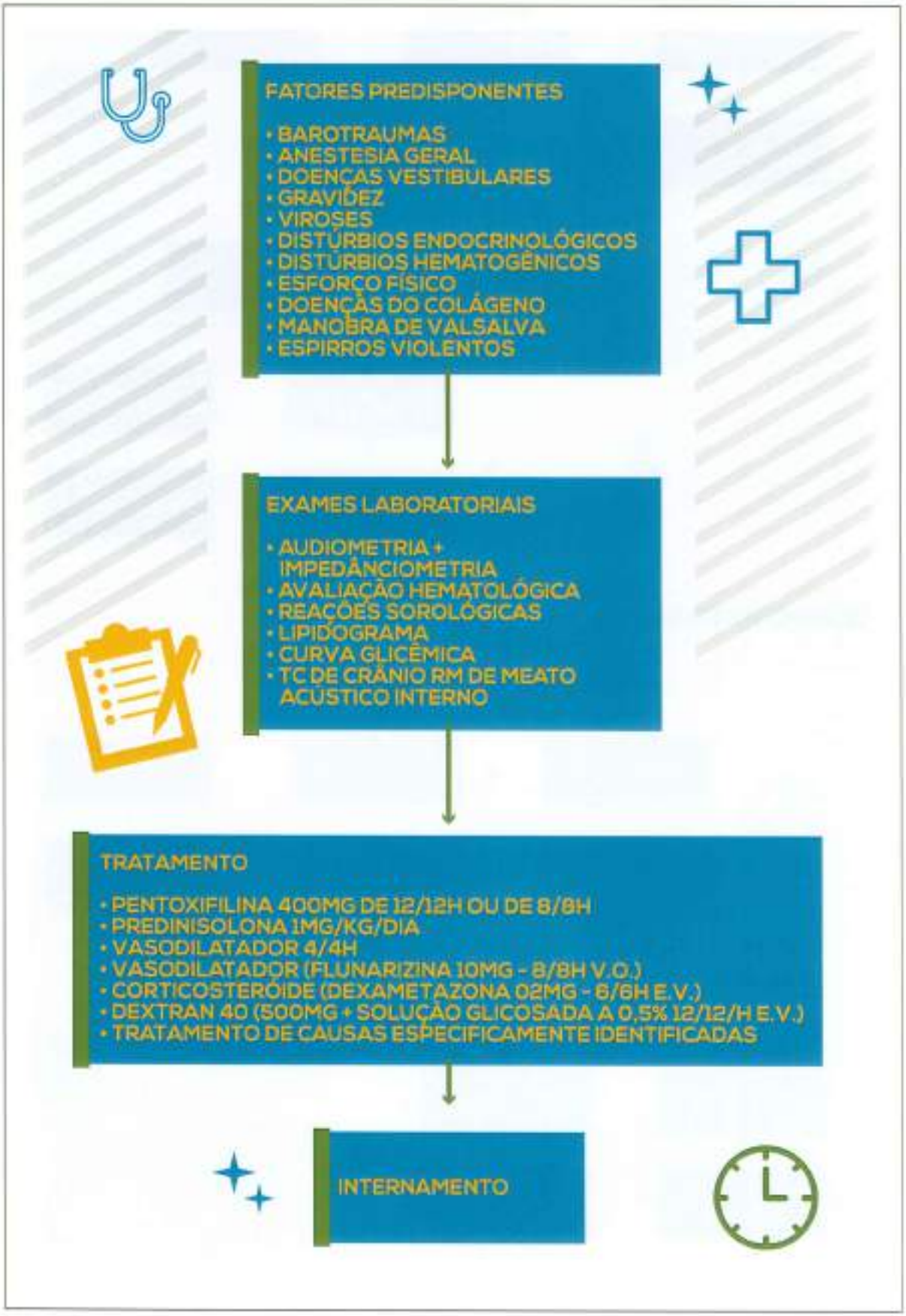
OTALGIAS


OTITE EXTERNA
PROCESSO INFLAMATÓRIO DO CANAL AUDITIVO EXTERNO E PAVILHÃO AURICULAR
OTITE MÉDIA
PROCESSO INFLAMATÓRIO DO OUVIDO MÉDIO
MASTOIDITE
PROCESSO INFLAMATÓRIO DAS CÉLULAS DA MASTÓIDE
SINAIS E SINTOMAS
OTOSCOPIA
• HIPEREMIA
• EDEMA
• SECREÇÃO
• OTALGIA
• PRURIDO
• PLENITUDE
• HIPOACUSIA
• HIPEREMIA
• DIMINUIÇÃO DA TRANSPARÊNCIA
• ABAULAMENTO DA MEMBRANA TIMPÂNICA
• OTORREIA
• OTALGIA
• FEBRE
• PLENITUDE
• VERTIGEM
• ZUMBIDO
• OTALGIA
• DESLOCAMENTO DO PAVILHÃO
• AURICULAR P/ DIANTE ABAULAMENTO DA REGIÃO RETROAURICULAR
• EDEMA DA PAREDE POSTERO-SUPERIOR DO C.A.E.
TRATAMENTO
AMBULATORIAL
• MEDICAÇÃO TÓPICA (CLORANFENICOL, POLIMIXINA B NEOMICINA, CIPROFLO- XACINA)
• ANTIBIÓTICO SISTÊMICO (AMOXICILINA, AMOXICILINA C/ CLAVULANATO, CEFACLOR, CEFALEXINA, ROXITROMICINA)
• ANTI-INFLAMATÓRIO
• CALOR LOCAL
AMBULATORIAL
• ANTIBIÓTICO SISTÊMICO (AMOXICILINA, AMOXICILINA C/ CLAVULANATO, CEFA- CLOR, CEFALEXINA)
• DESCONGESTIONANTE NASAL PEDIÁTRICO (FENOXAZOLINA, OXIMETAZOLINA)
• CORTICOSTEROIDE SISTÊMICO (DEXAMETASONA, BETAMETAZONA)
HOSPITALAR
• ANTIBIOTICOTERAPIA PARENTERAL (CEFTA- ZIDIMA, CEFTRIAZONA)
• OUTRAS ALTERNATIVAS: (AMOXACILINA/ CLAVULINATO, CLINDAMICINA)
• CORTICOSTEROIDE PARENTERAL (HIDROCORTISONA)
• ANALGÉSICOS: (DIPIRONA, PARACETA- MOL)
TIENDAMOX/CLAVULONATO, CLINDAMICINA)

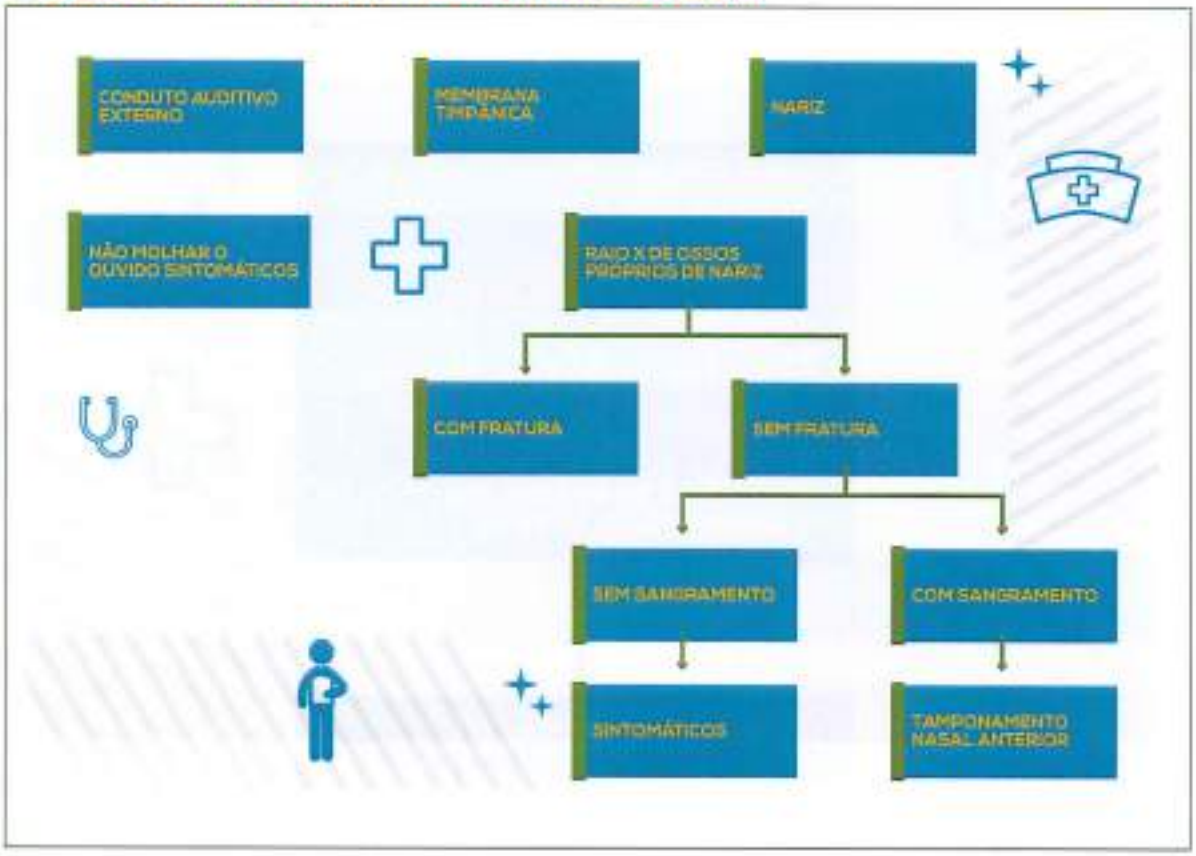
SINUSITE


INFLAMAÇÃO DOS SEIOS PARANASAIS COM ETIOLOGIA INFECCIOSA OU ALÉRGICA
COMPLICAÇÕES
SINAIS E SINTOMAS
• CEFALÉIA
• DOR FACIAL
• SECREÇÃO NASAL MUCOPURULENTA (SIM OU NÃO)
• GOTEJAMENTO PÓS-NASAL C/ TOSSE ANOSMIA
• EDEMA PERIORBITAL LEVE (SIM OU NÃO)
ORBITÁRIAS
• EDEMA INFLAMAT.
• CELULITE ORBITAL
• ADCESSO SUBPERIÓSTEO
• ABCESSO ORBITAL
• TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO
INTRACRANIANAS
• MENINGITE
• ABCESSO EPIDURAL
• ABCESSO SUBDURAL
• ABCESSO CEREBRAL
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
• ANTIBIOTICOTERAPIA ORAL (AMOXICILINA, AMOXICILINA C/ CLAVULANATO, ROXITROMICINA, CEFACLOR, SULFAMETOXAZOL, TRIMETROPIN, AZITROMICINA)
• MUCOLÍTICO INALATÓRIO
• DESCONGESTIONANTE
• SINTOMÁTICOS
COM COMPLICAÇÕES
• HOSPITALAR
• ANTIBIOTICOTERAPIA PARENTERAL ORAL (CEFTAZIDIMA, CEFTRIAZONA, CLINDAMICINA, CEFOXITINA, AMOXACILINA/CLAVULINATO, QUINOLONA)
• CORTICÓIDE PARENTERAL
• SINTOMÁTICOS

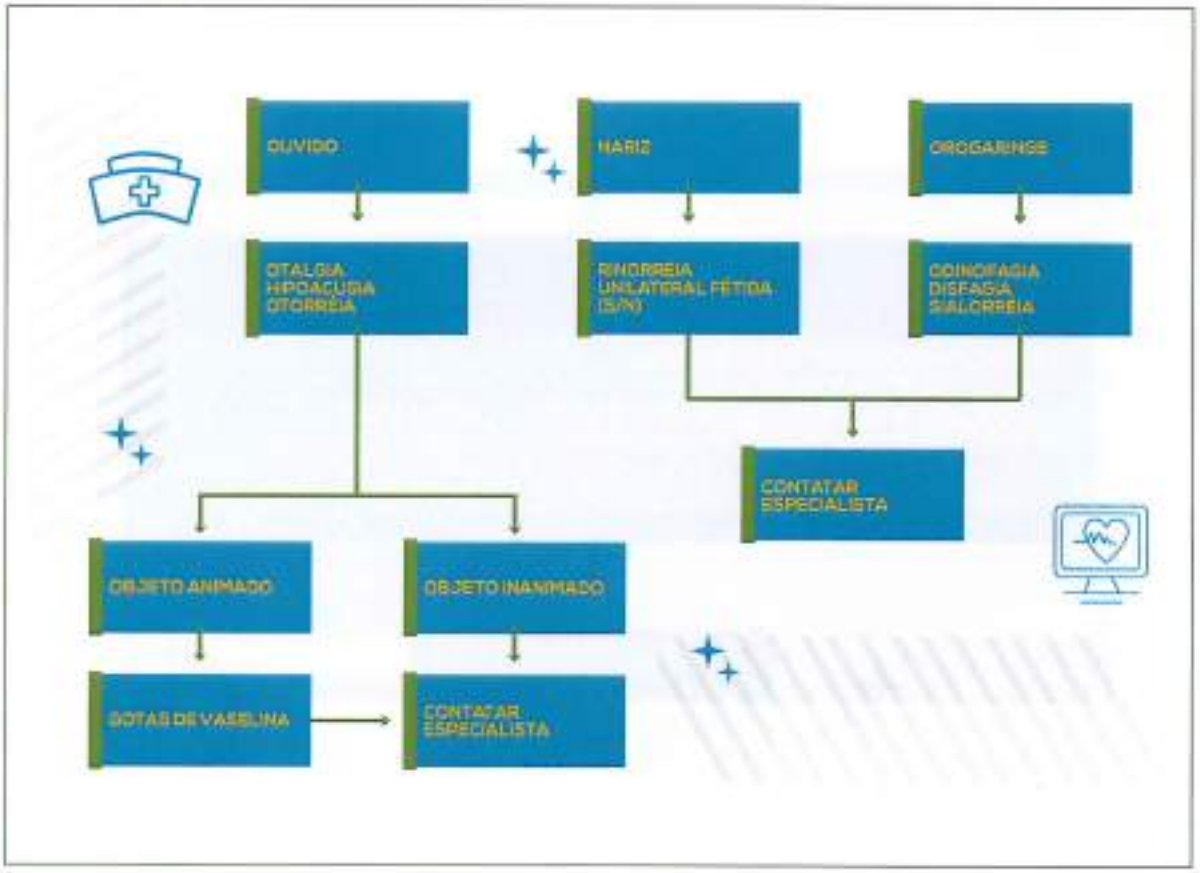
SURDEZ SÚBITA



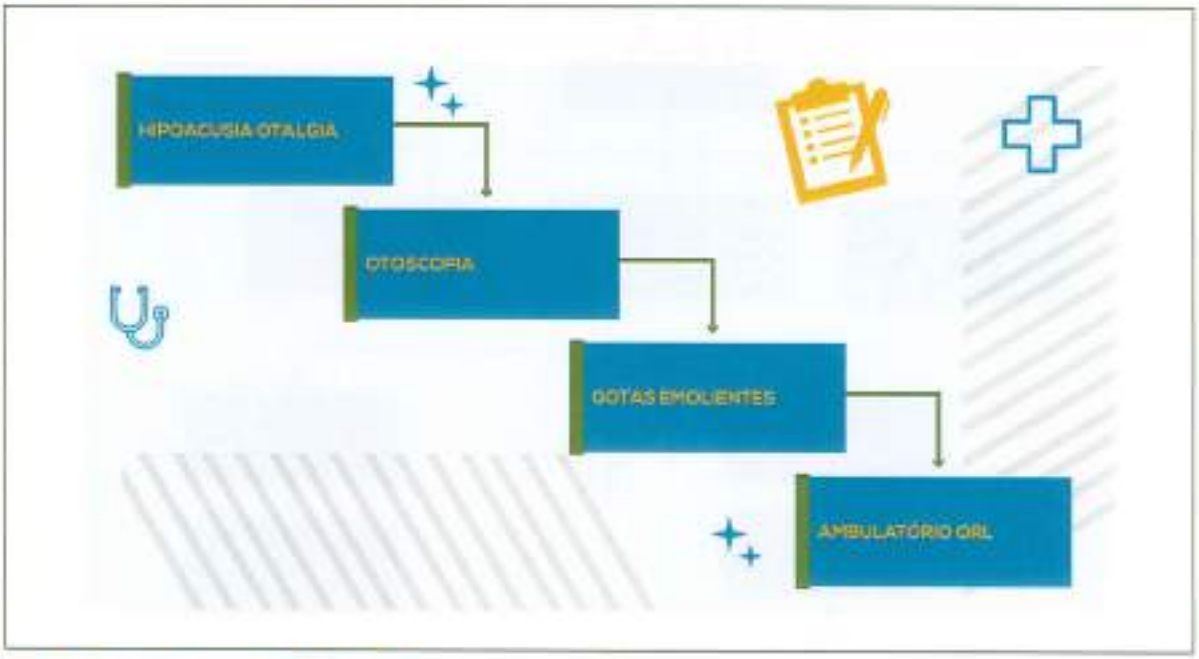
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



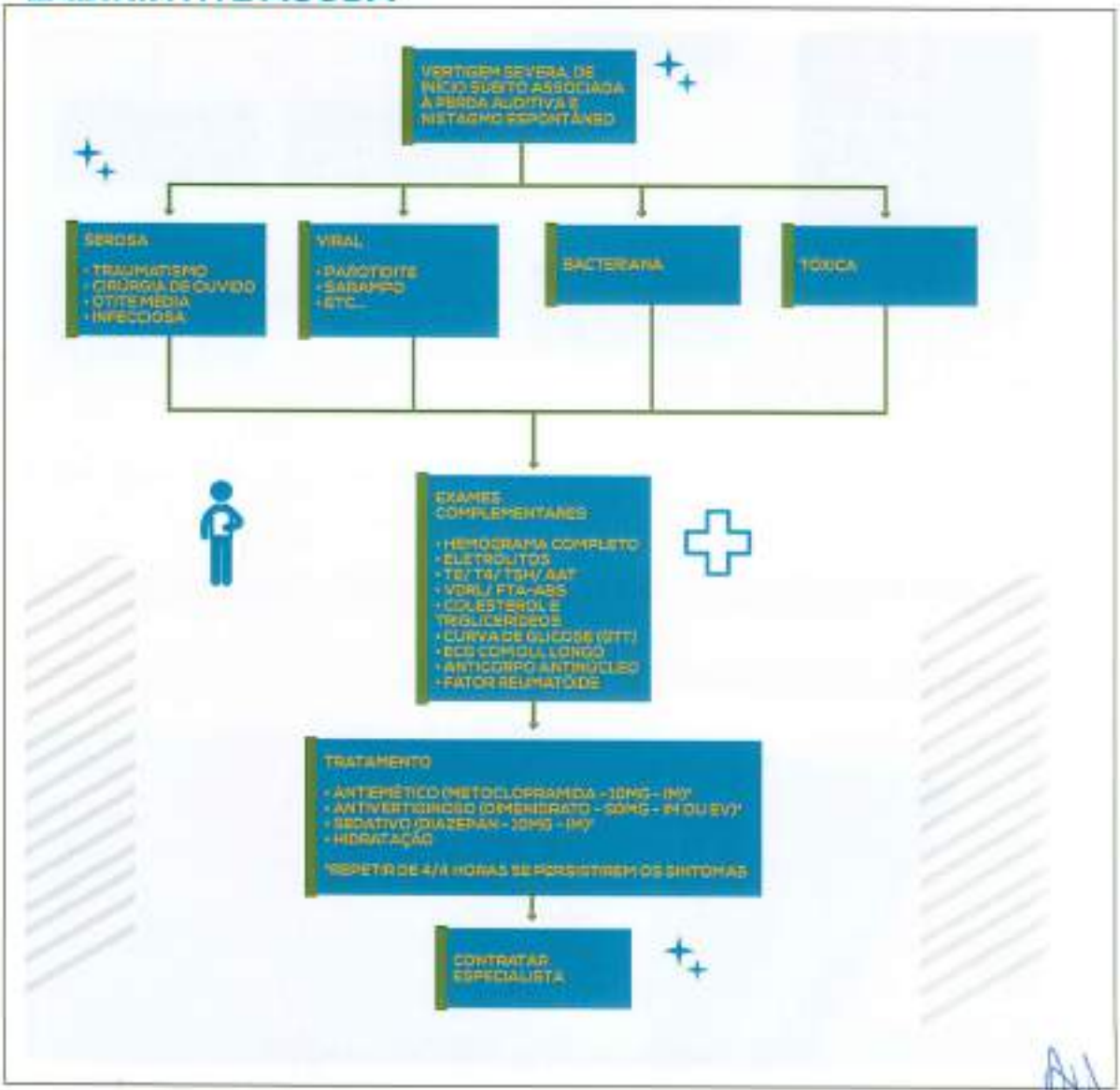
CORPO ESTRANHO



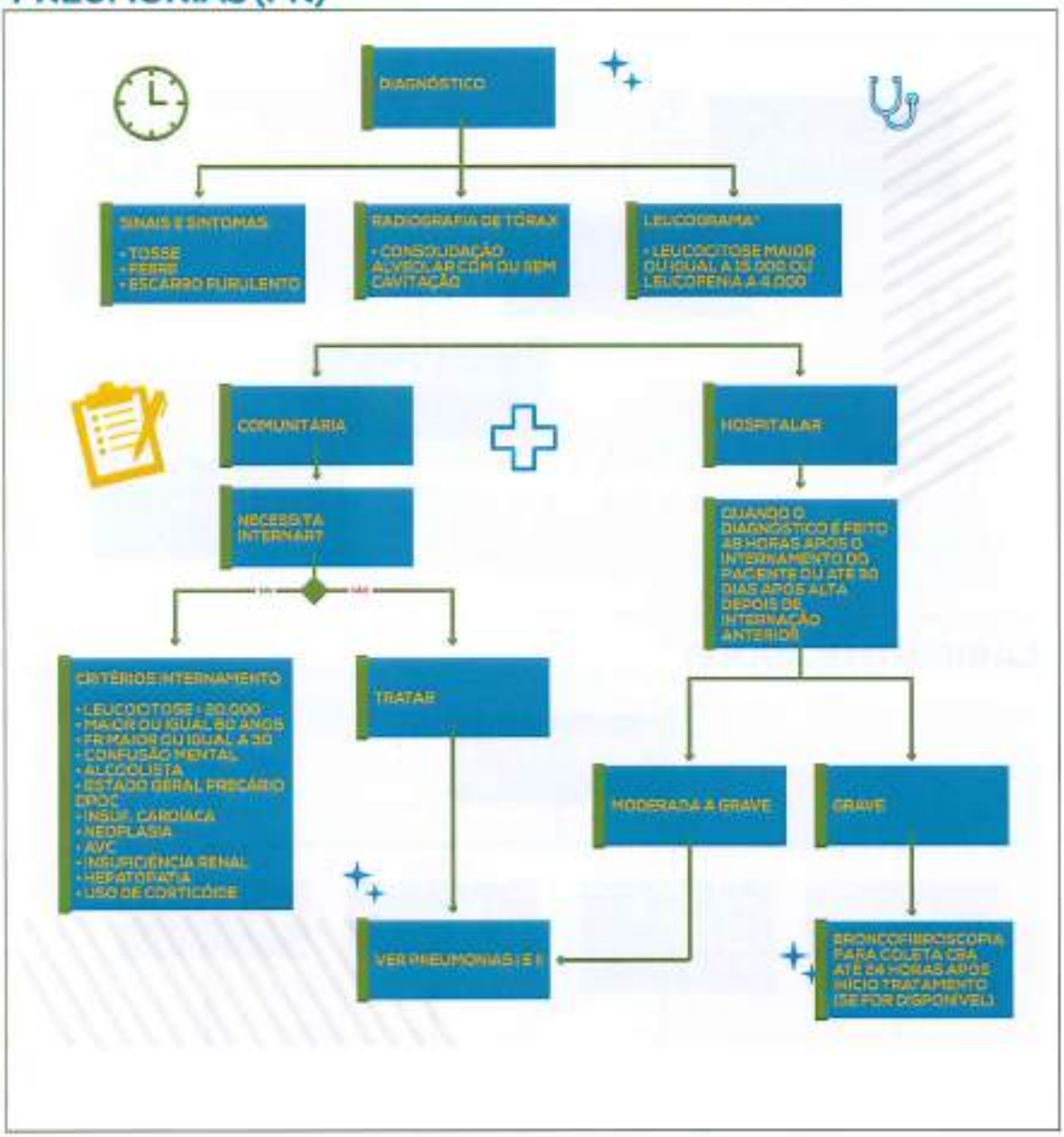
ROLHA CERUMINOSA



LABIRINTITE AGUDA



PNEUMONIAS (PN)

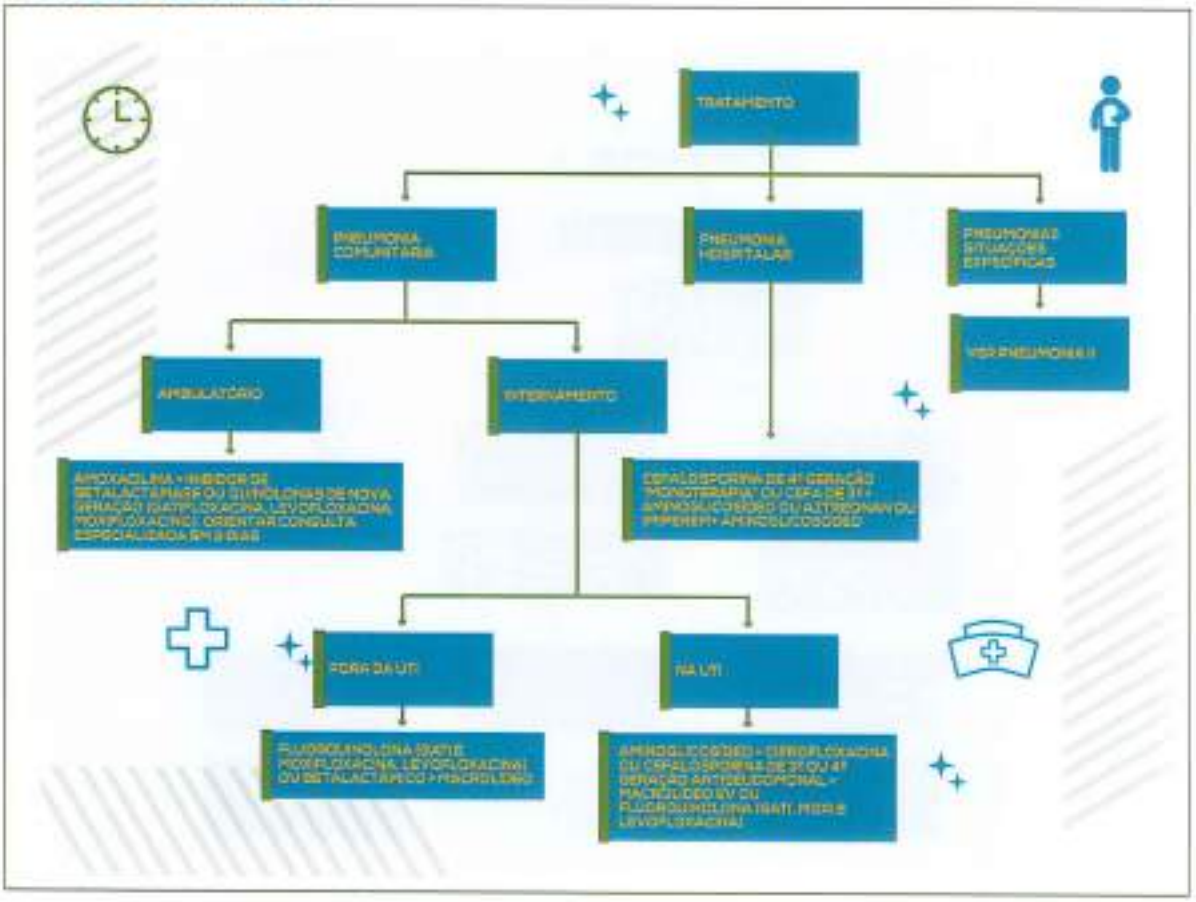


LEUCOGRAMA PODE SER NORMAL QUANDO O PATÓGENO FOR UM AGENTE ATÍPICO.

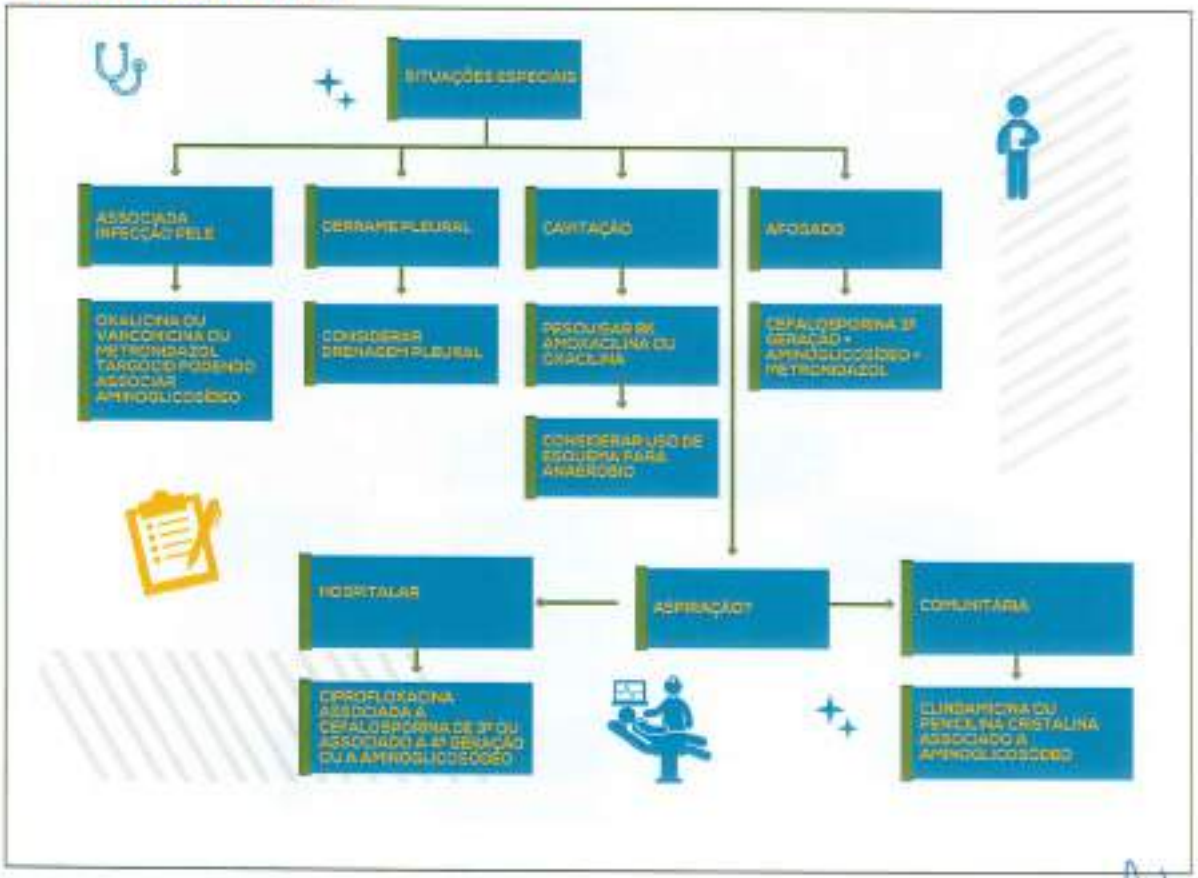
A RADIOGRAFIA DO TÓRAX DEVE SER EM PA E PERFIL



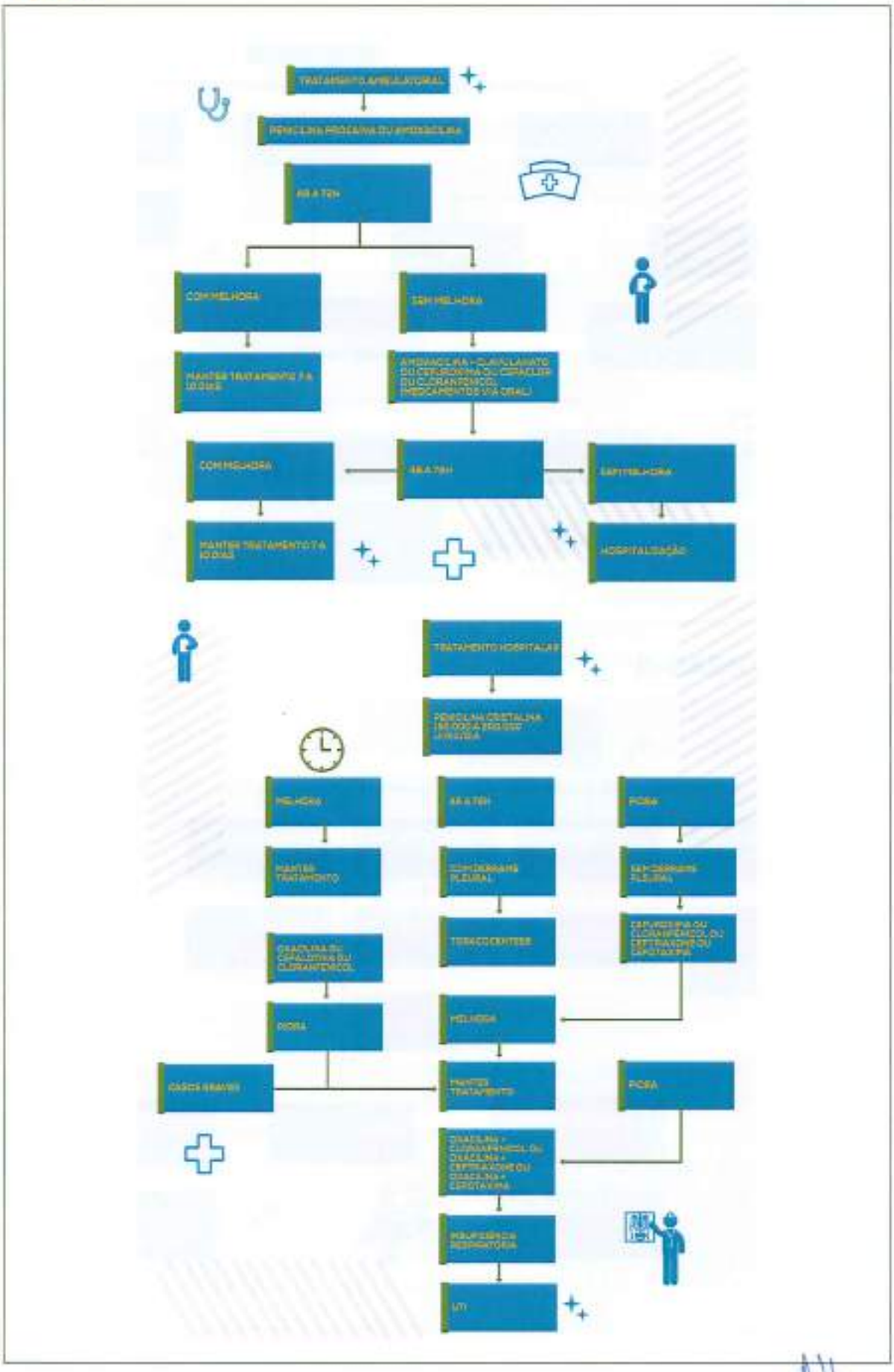
PNEUMONIAS-I



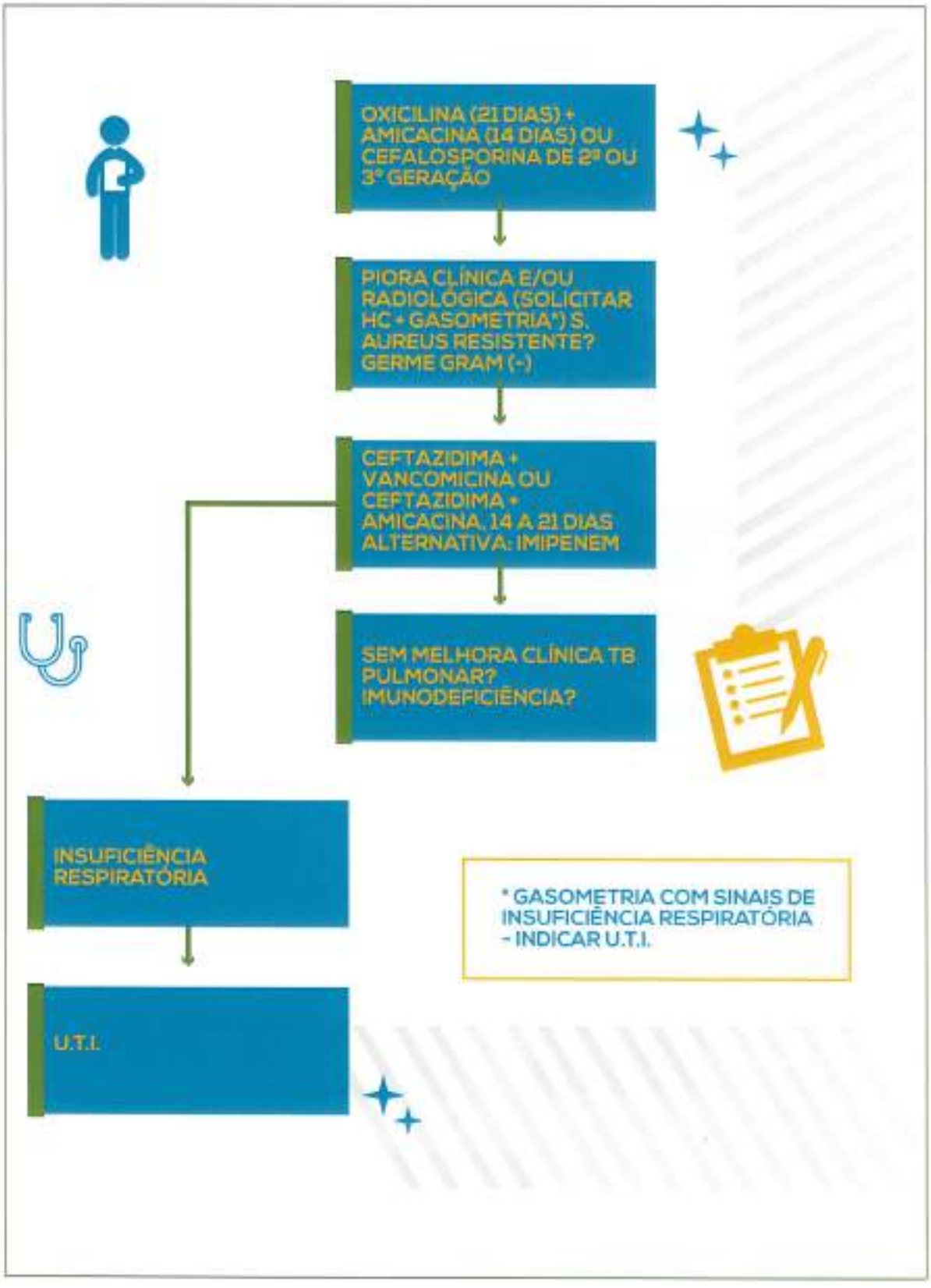
PNEUMONIAS-II



PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

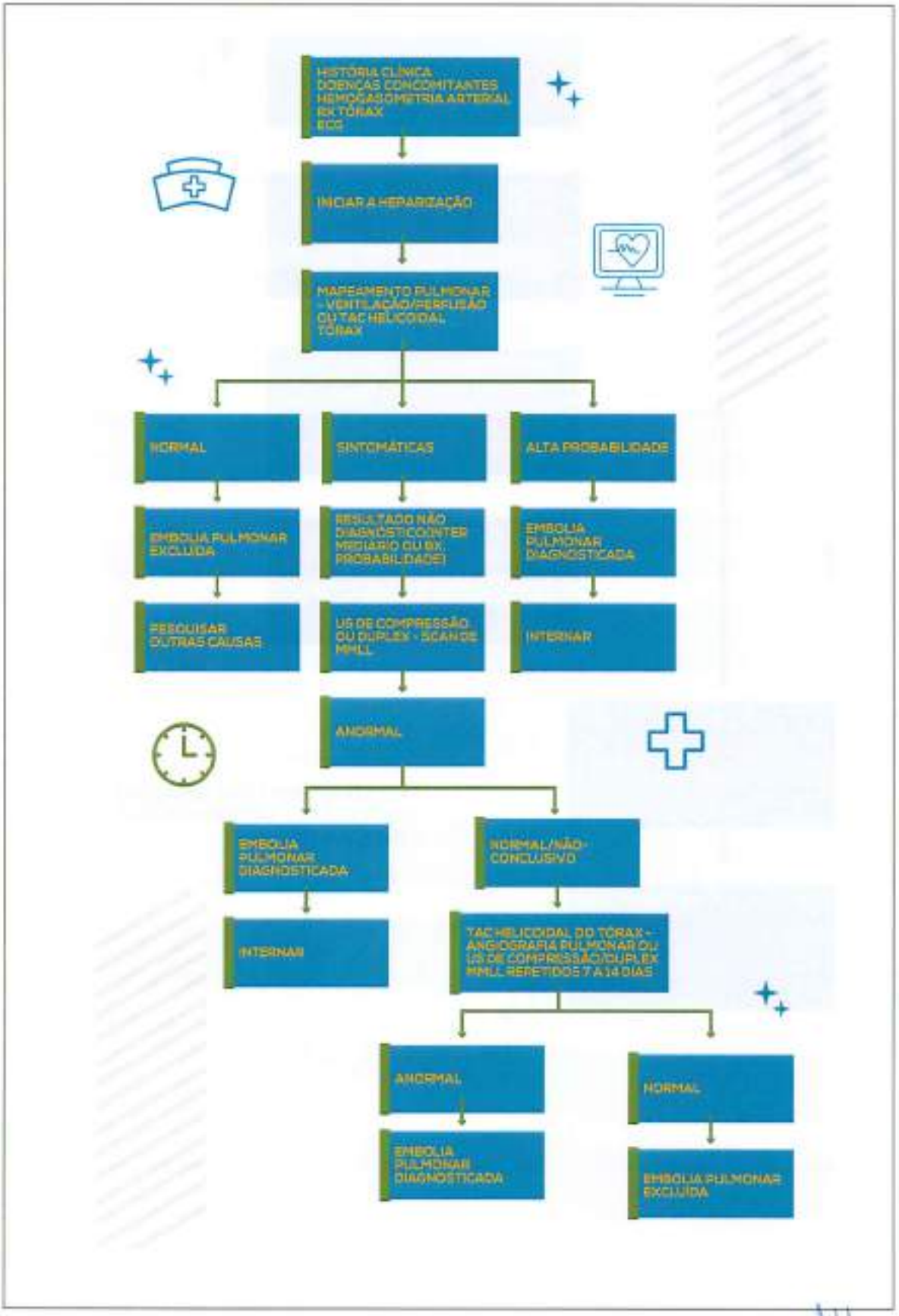


PNEUMONIA HOSPITALAR



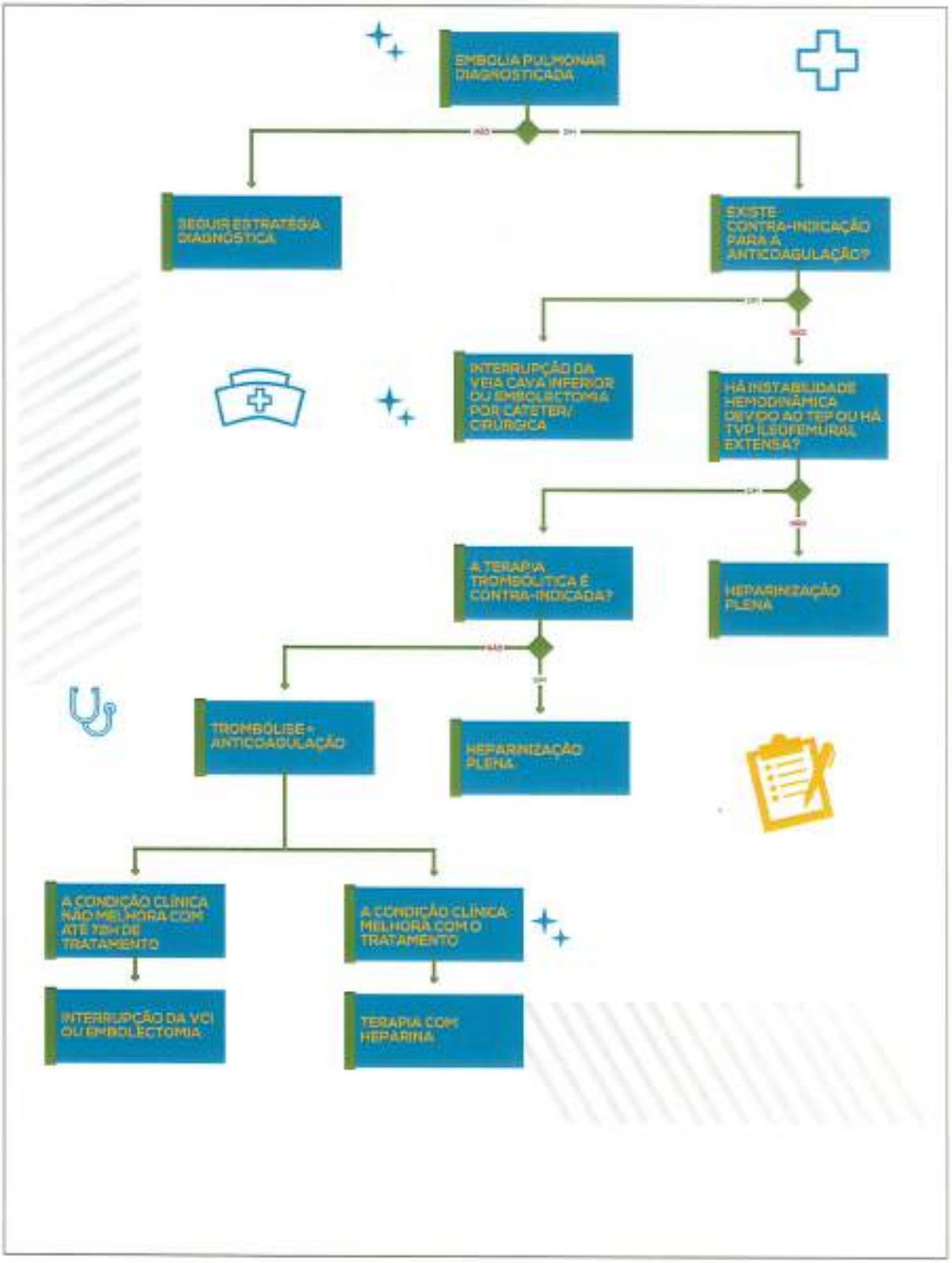
EMBOLIA PULMONAR

SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR

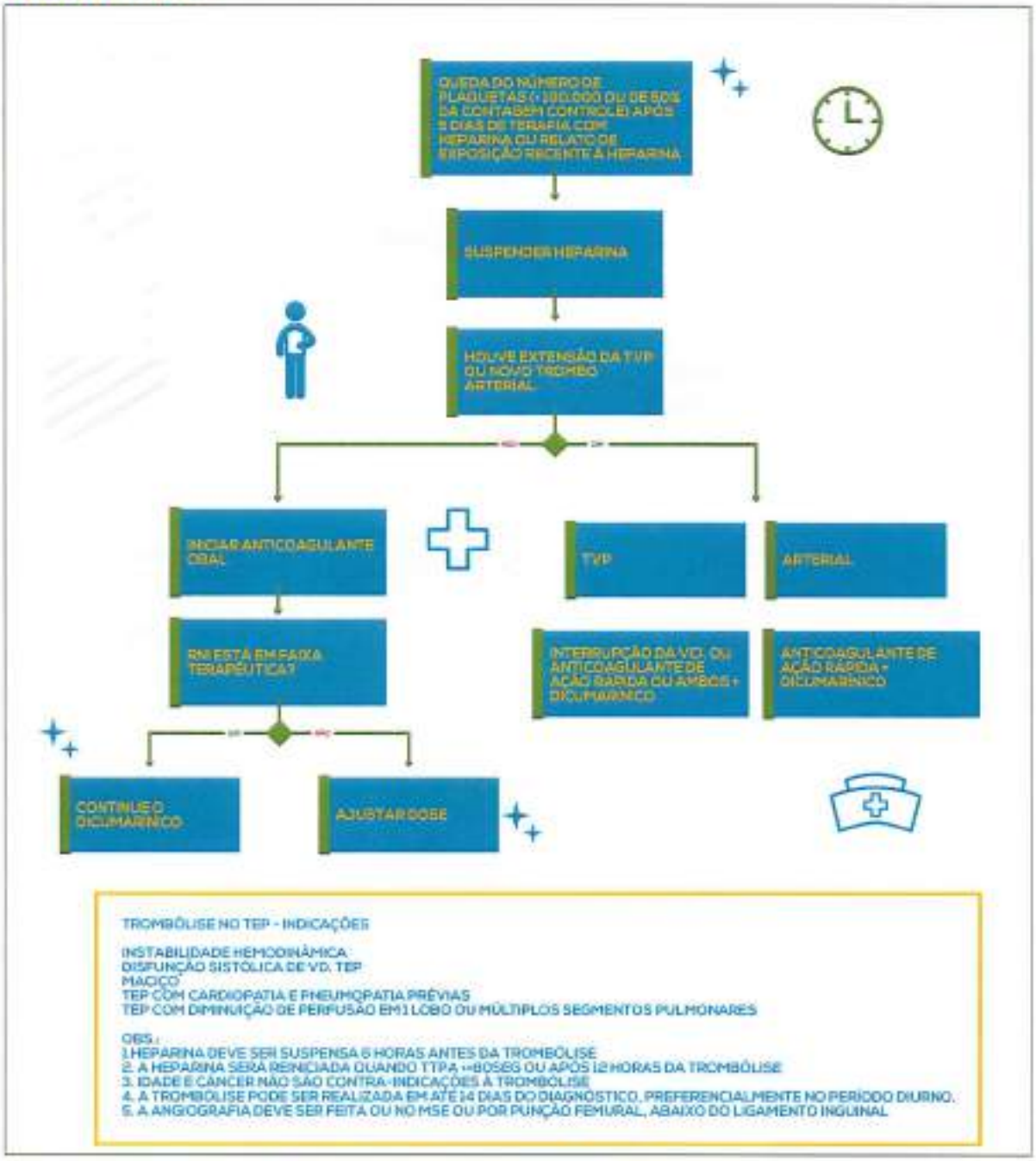


TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR

EMBOLIA PULMONAR DIAGNOSTICADA



MANEJO DATROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



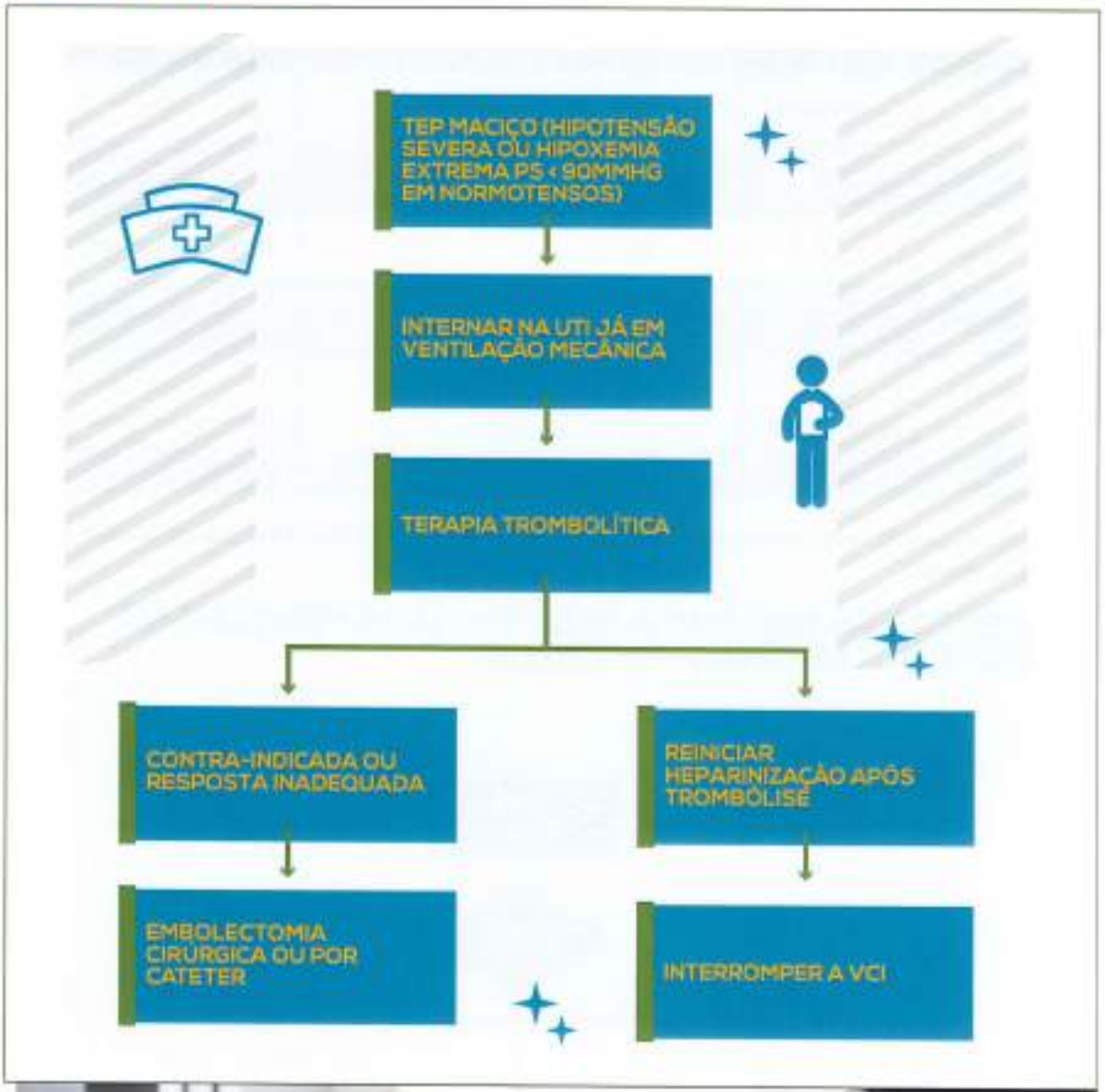
TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

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 <=80SEG OU APÓS 12 HORAS DA TROMBÓLISE
3. IDADE E CÂNCER NÃO SÃO CONTRA-INDICAÇÕES À TROMBÓLISE
4. A TROMBOLISE 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)



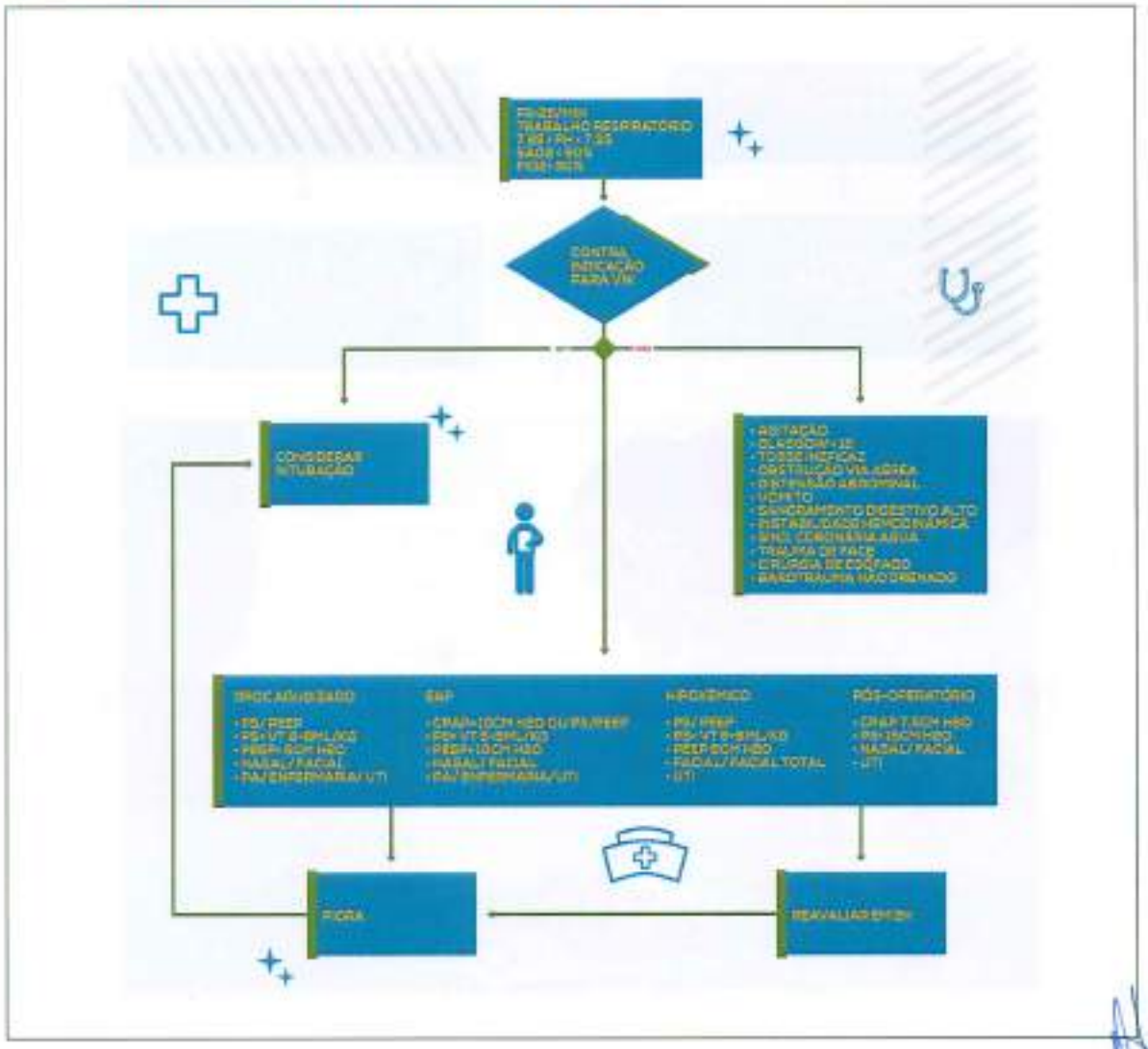


PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

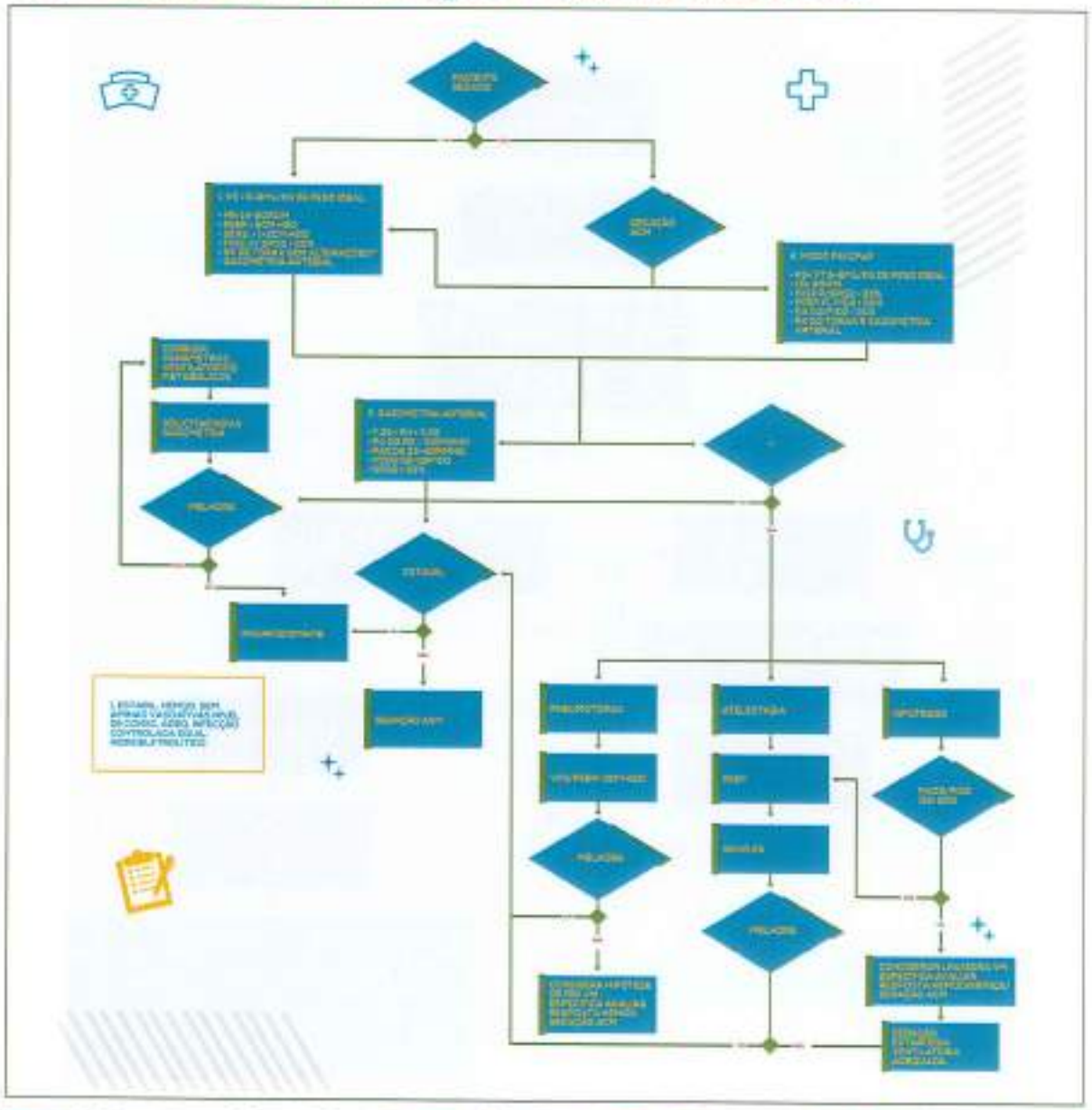
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

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

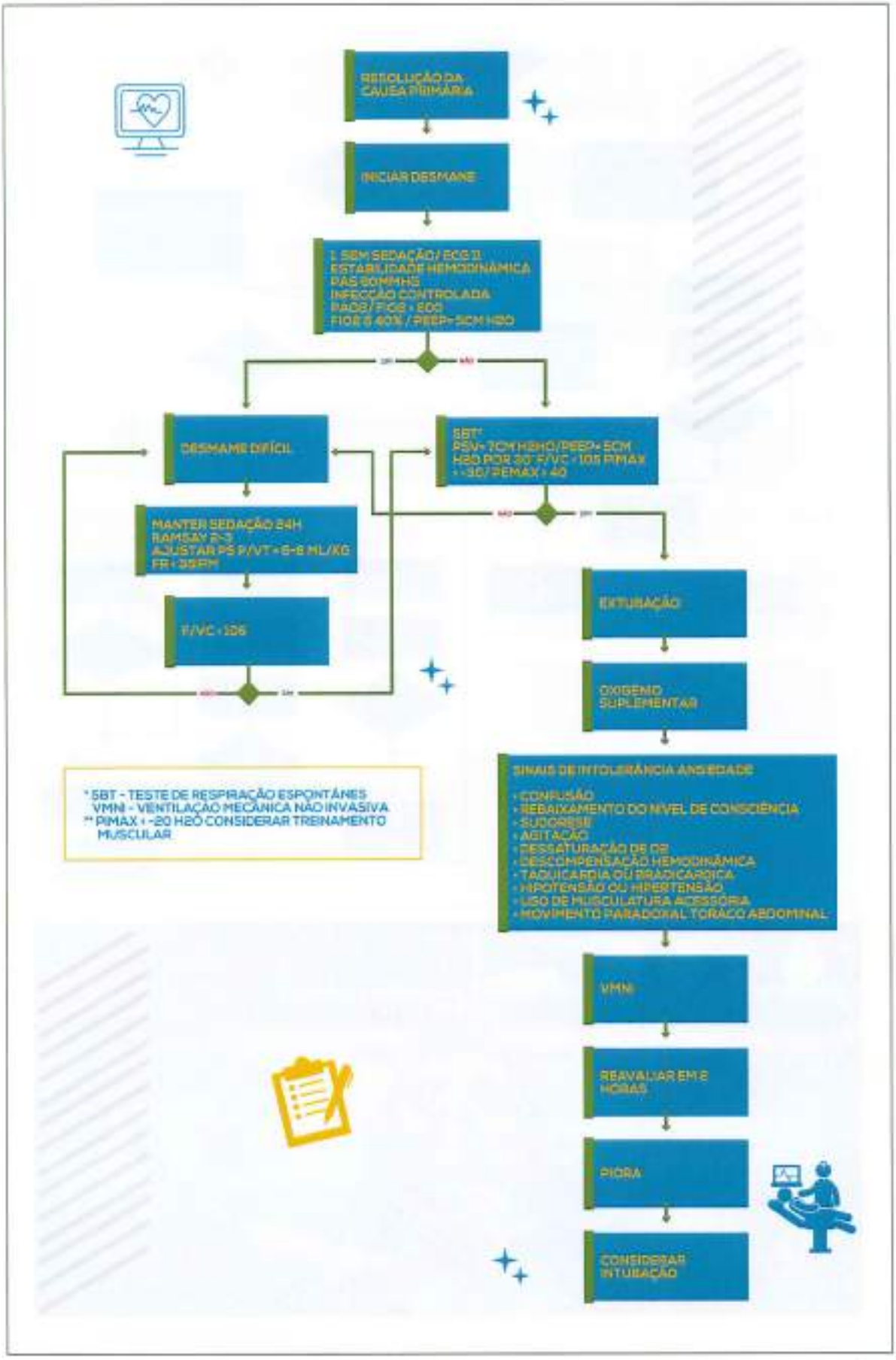


ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO

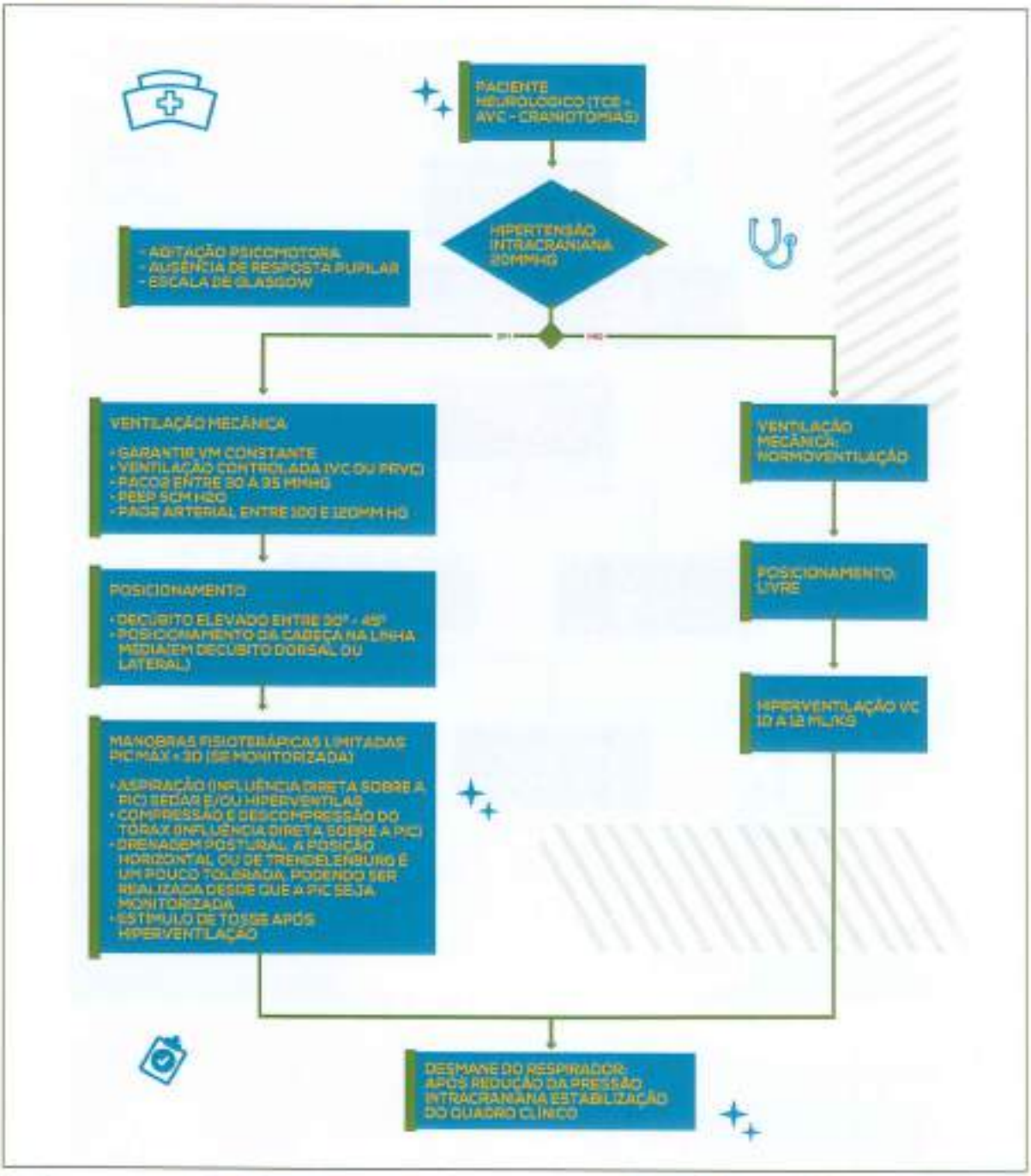




DESMAME DAVENTILAÇÃO MECÂNICA

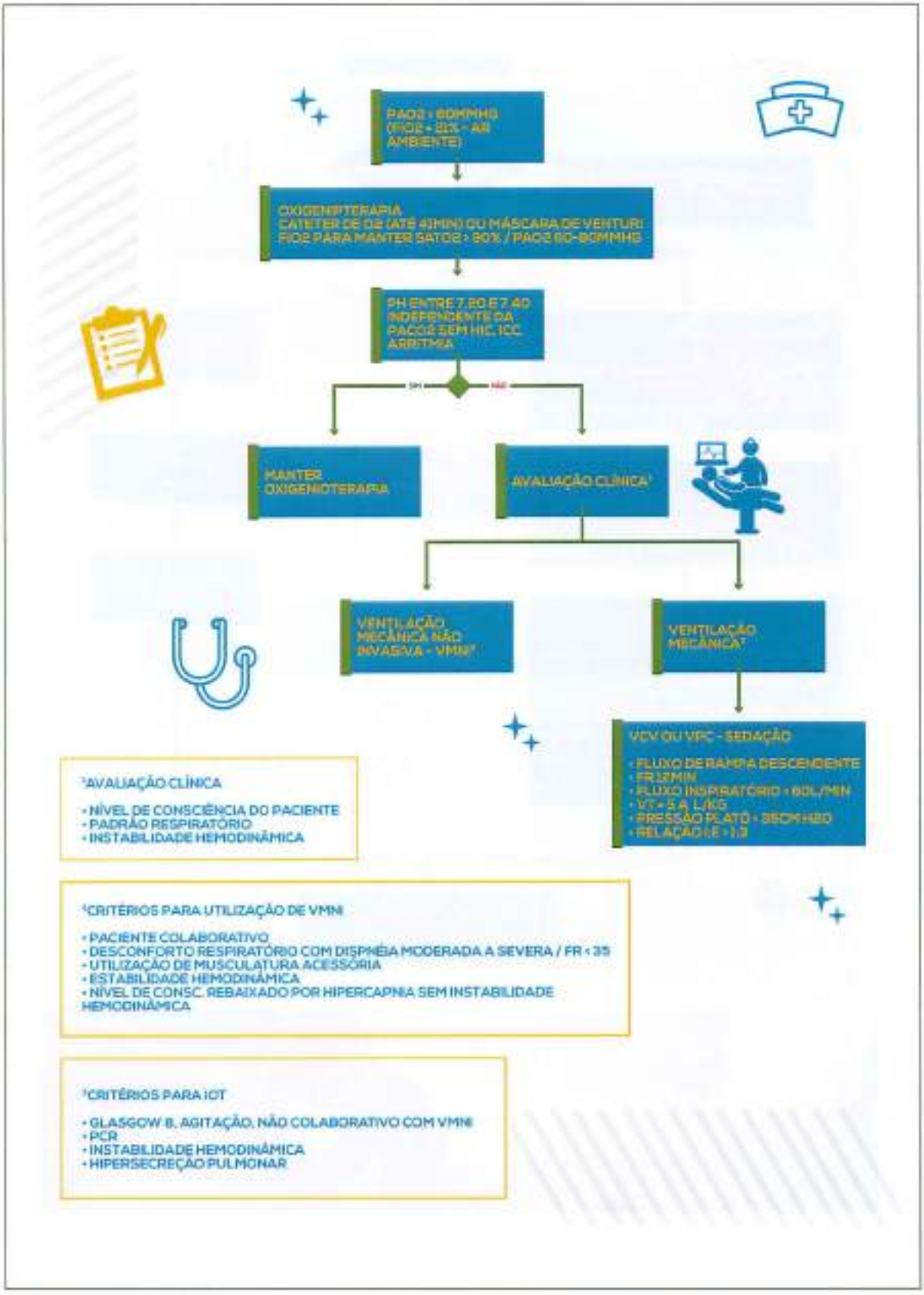


VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO

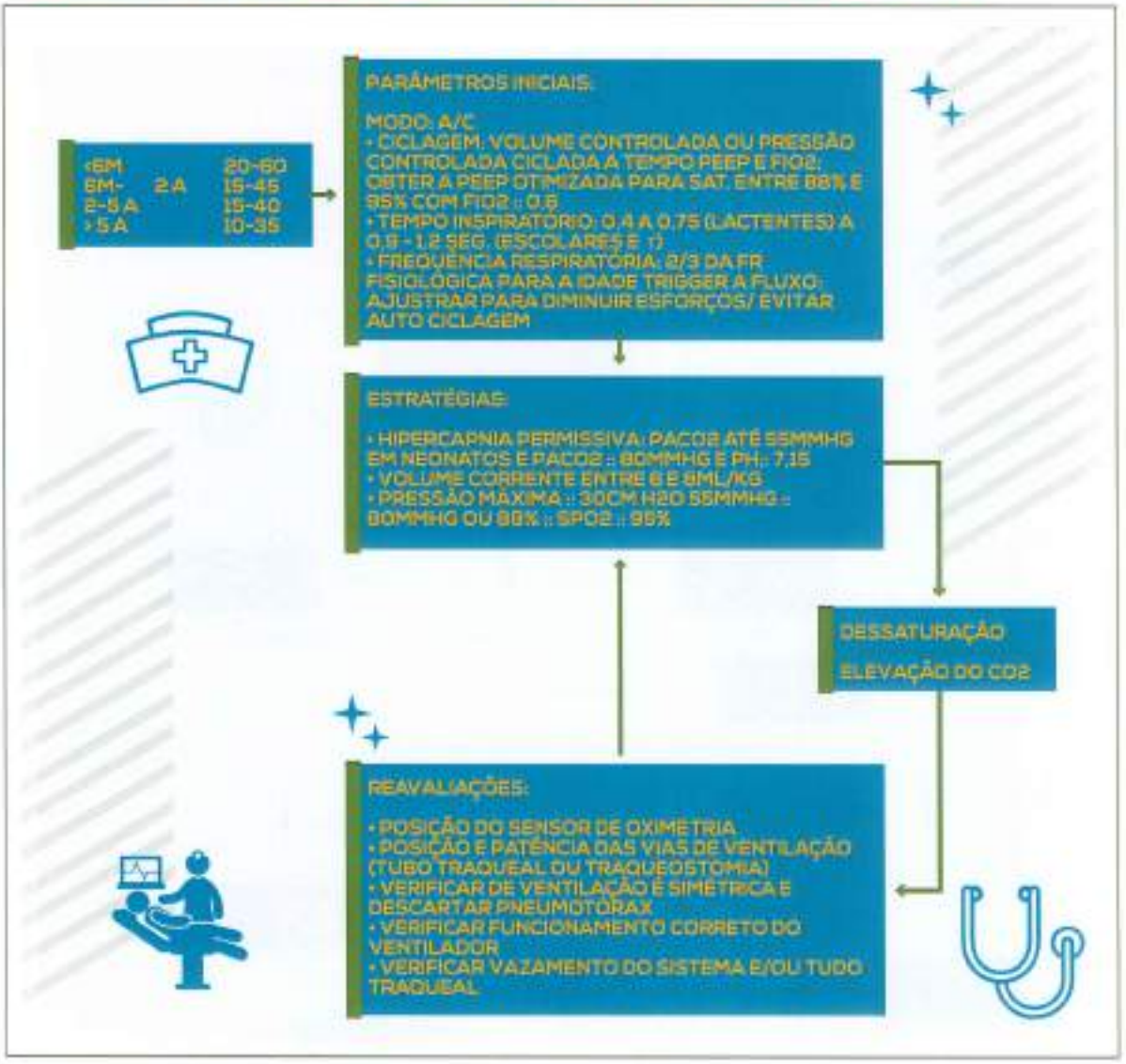




VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

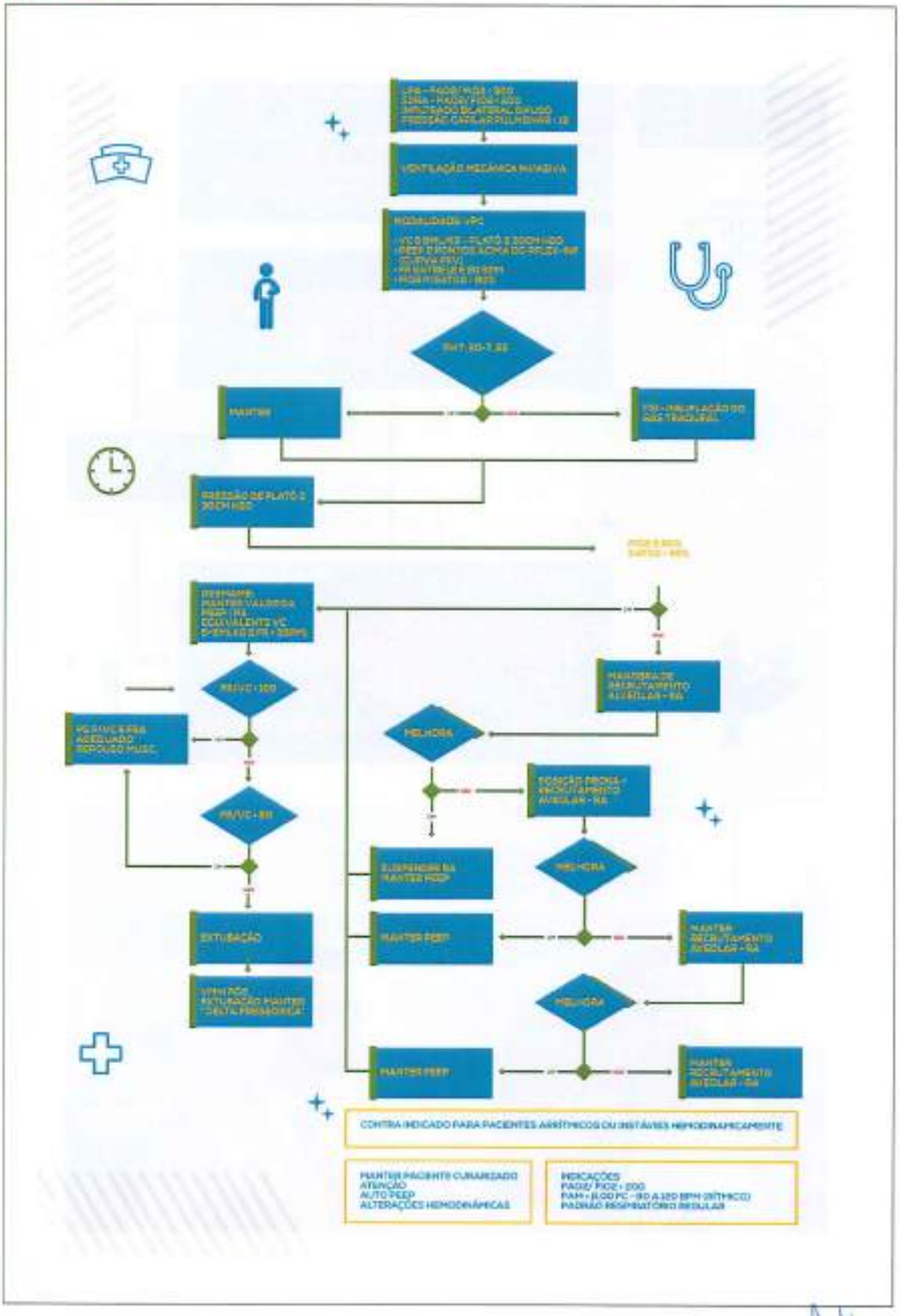


VENTILAÇÃO MECÂNICA NASDRAE CHOQUE SÉPTICO





VENTILAÇÃO MECÂNICALESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA)



CÁLCULO DECURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO

[1]SEDAÇÃO E CURARIZAÇÃO

- HIGIENE BRÔNQUICA
- VERIFICAR VAZAMENTOS EM CIRCUITOS
- MONITORIZAR
- SATO2, PAFC, E RITMO CARDÍACO

HOMOGENIZAÇÃO DO PARÊNQUIMA PULMONAR CPAP = 35 -40CM H2O POR 30"

FIO2 = 100

- VOL. CONTROLADO VC = 4-5ML/KG
- PAUSA INSP 2"(P/ VERIFICAÇÃO PLATÔ)
- FR= 10-12IPM
- FLUXO = 30L/MIN(ONDA QUADRADA)

APÓS HOMOGENIZAÇÃO PEEP= 0

J PROGRESSIVIDADE OS NÍVEIS DE PEEP DE 2 EM 2CM H2O, AGUARDAR 1' EM CADA NOVO NÍVEL DE PEEP - MEDIR COMPLACÊNCIA PULMONAR

INTERROMPER O PROCESSO QUANDO A COMPLACÊNCIA CAIR OU A PRESSÃO DE PLATÔ EXCEDER 45CM H2O

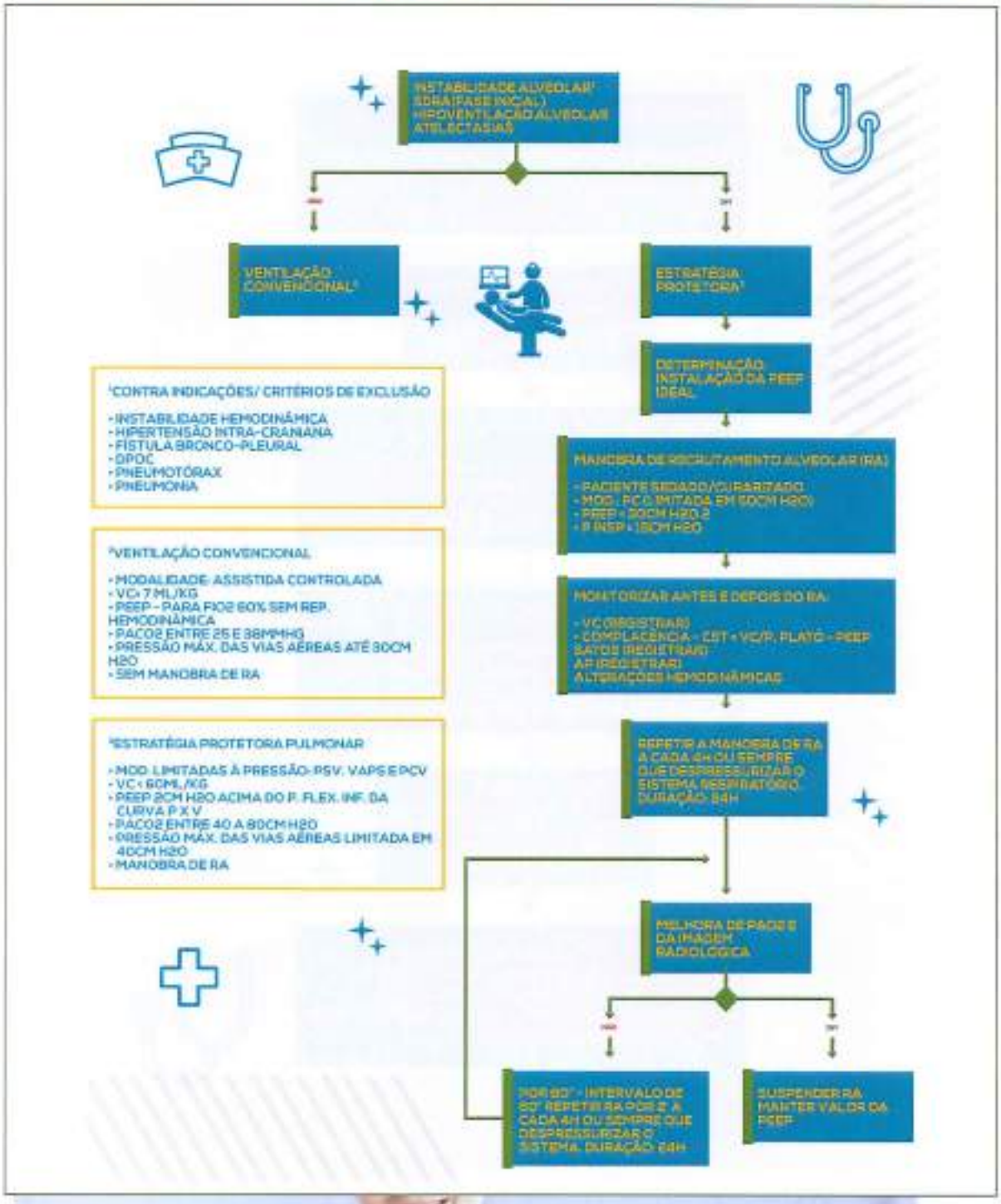
[2]"PEEP IDEAL" SERÁ ENCONTRADA SOMANDO-SE 2CM H2O AO VALOR DA PEEP QUE DETERMINOU A MELHOR COMPLACÊNCIA(MELHOR VC COM MENOR PICO DE PRESSÃO INSP.)

[1]CONTRA INDICAÇÕES/ CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- INSTABILIDADE HEMODINÂMICA (PAM 140HPM/ ARRITMIAS)
- HIPERTENÇÃO INTRACRANIANA
- DPOC
- OCORRÊNCIA DE PNEUMOTÓRAX E FÍSTULA BRONCO-PLEURAL ATÉ PELO MENOS 48H
- SITUAÇÕES ONDE ESTÁ CONTRA-INDICADO HIPERCAPNIA

[2]COMPLACÊNCIA = VC - PLATÔ - PEEP

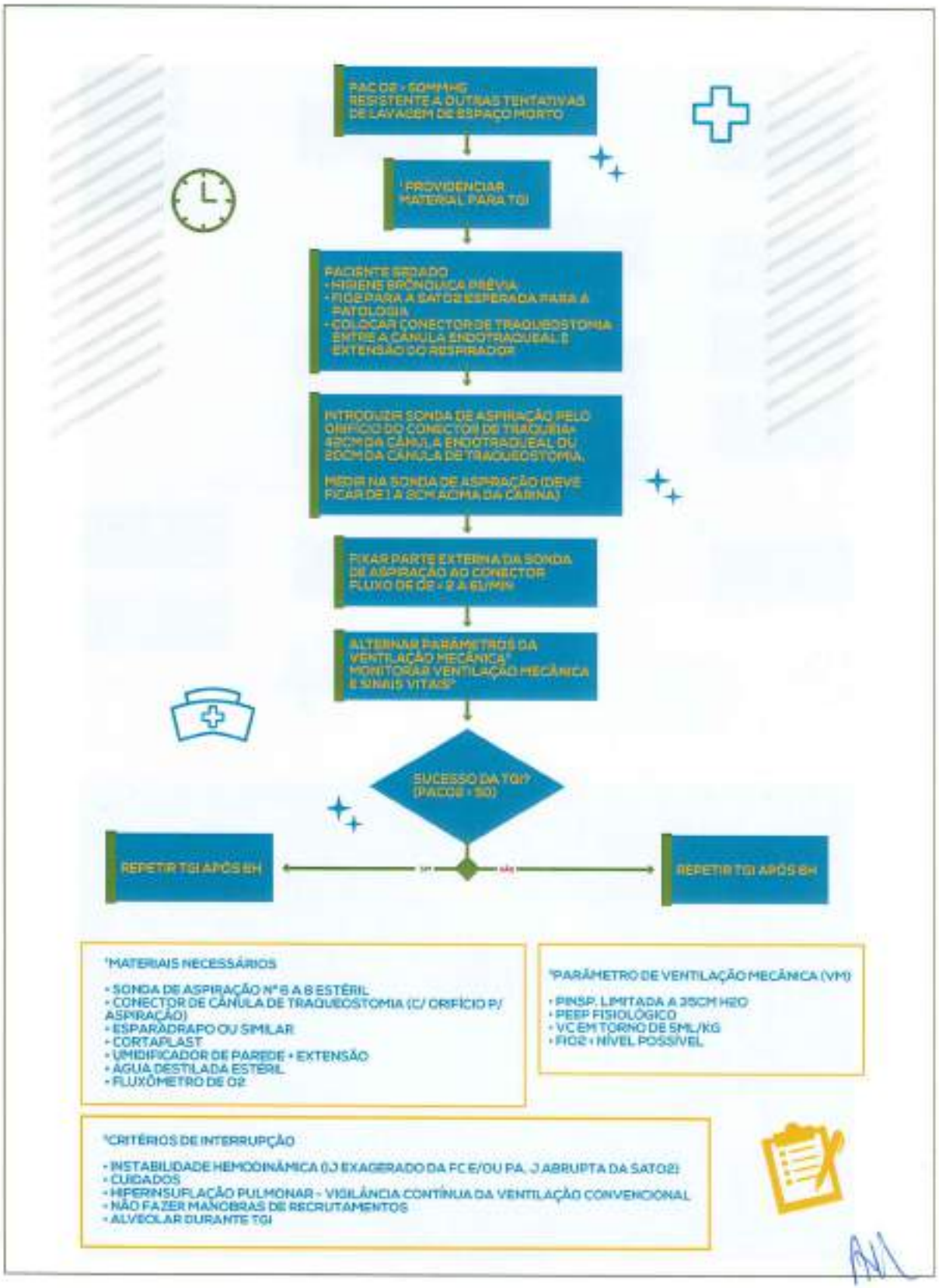
MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



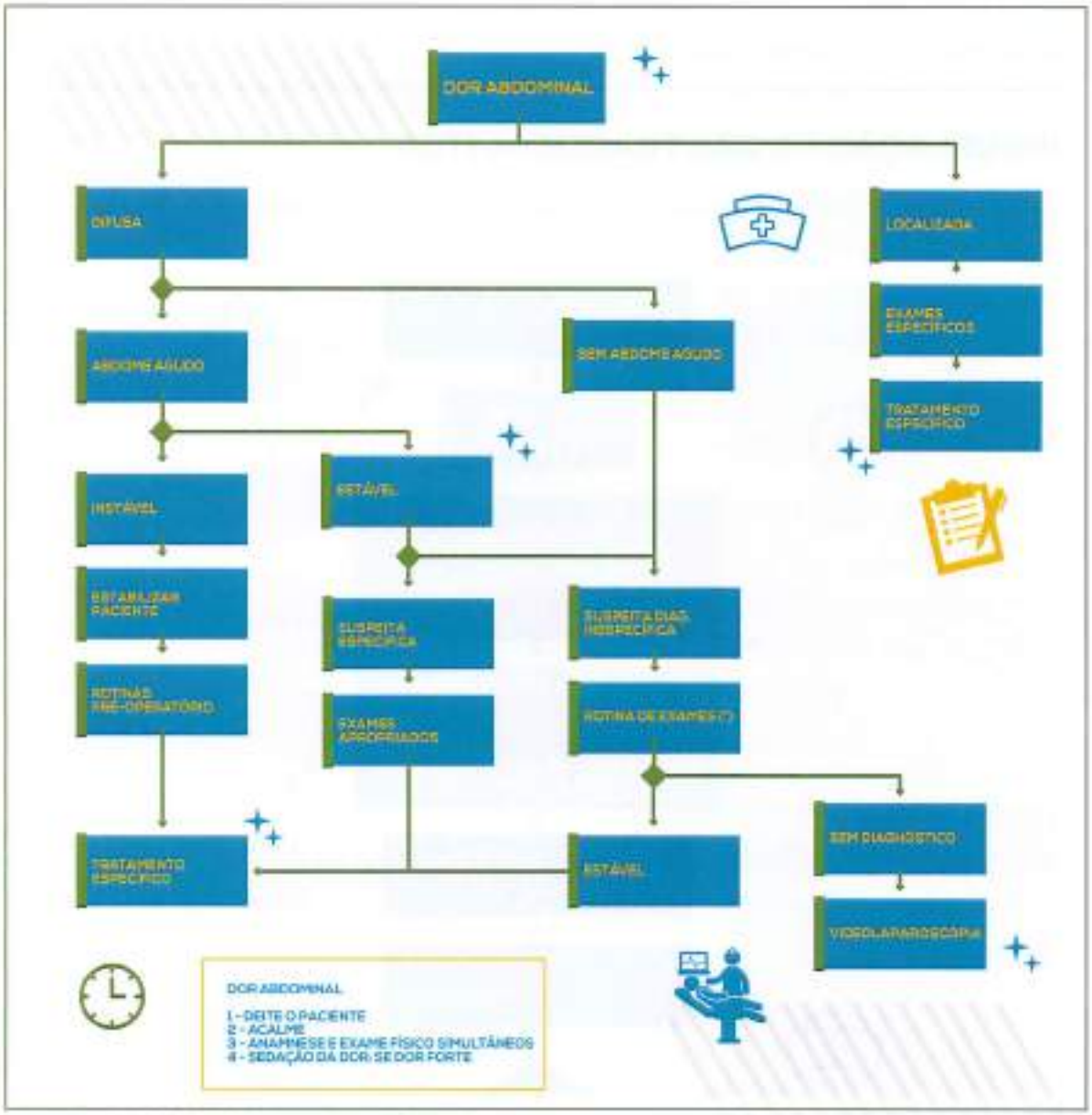


HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)



DOR ABDOMINAL AGUDA





T(*) 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.)

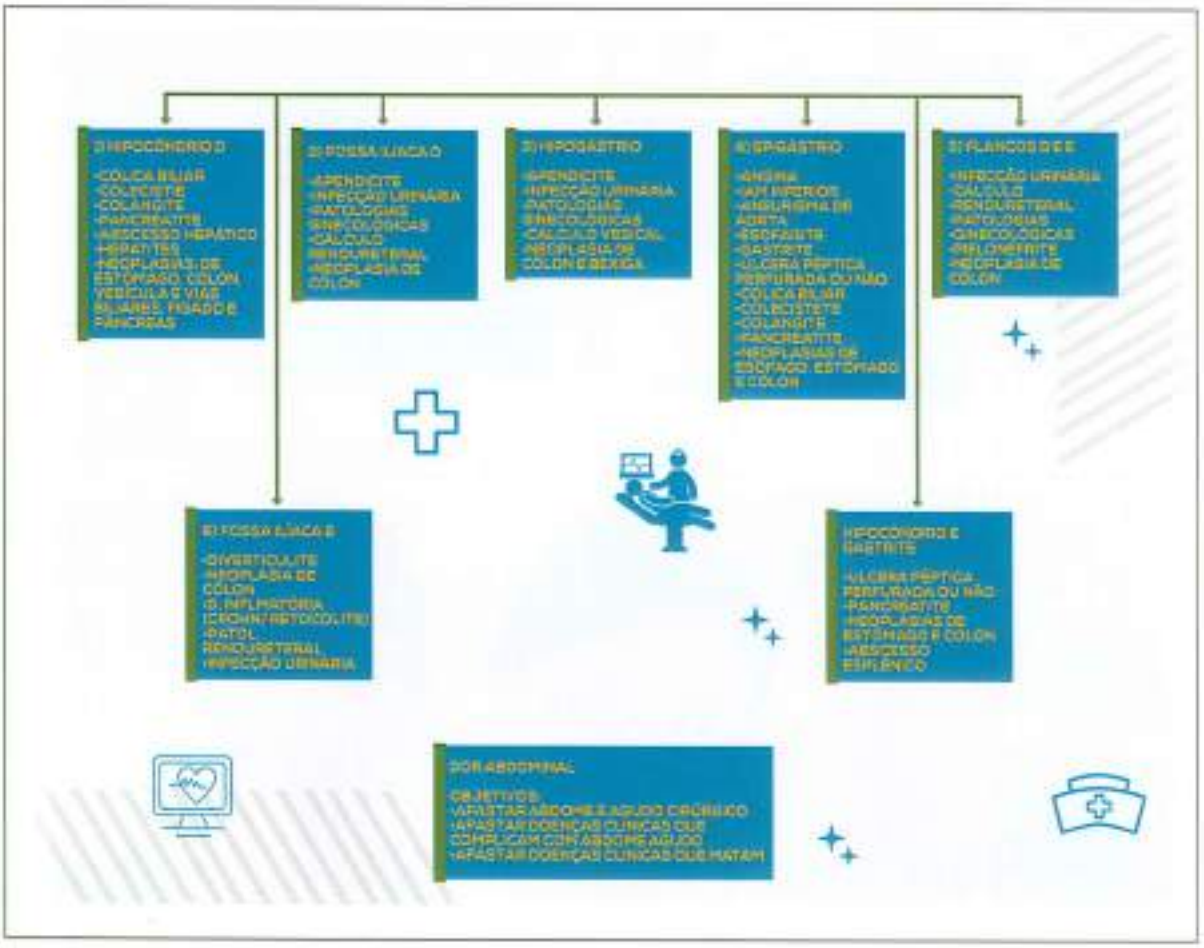
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)

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.

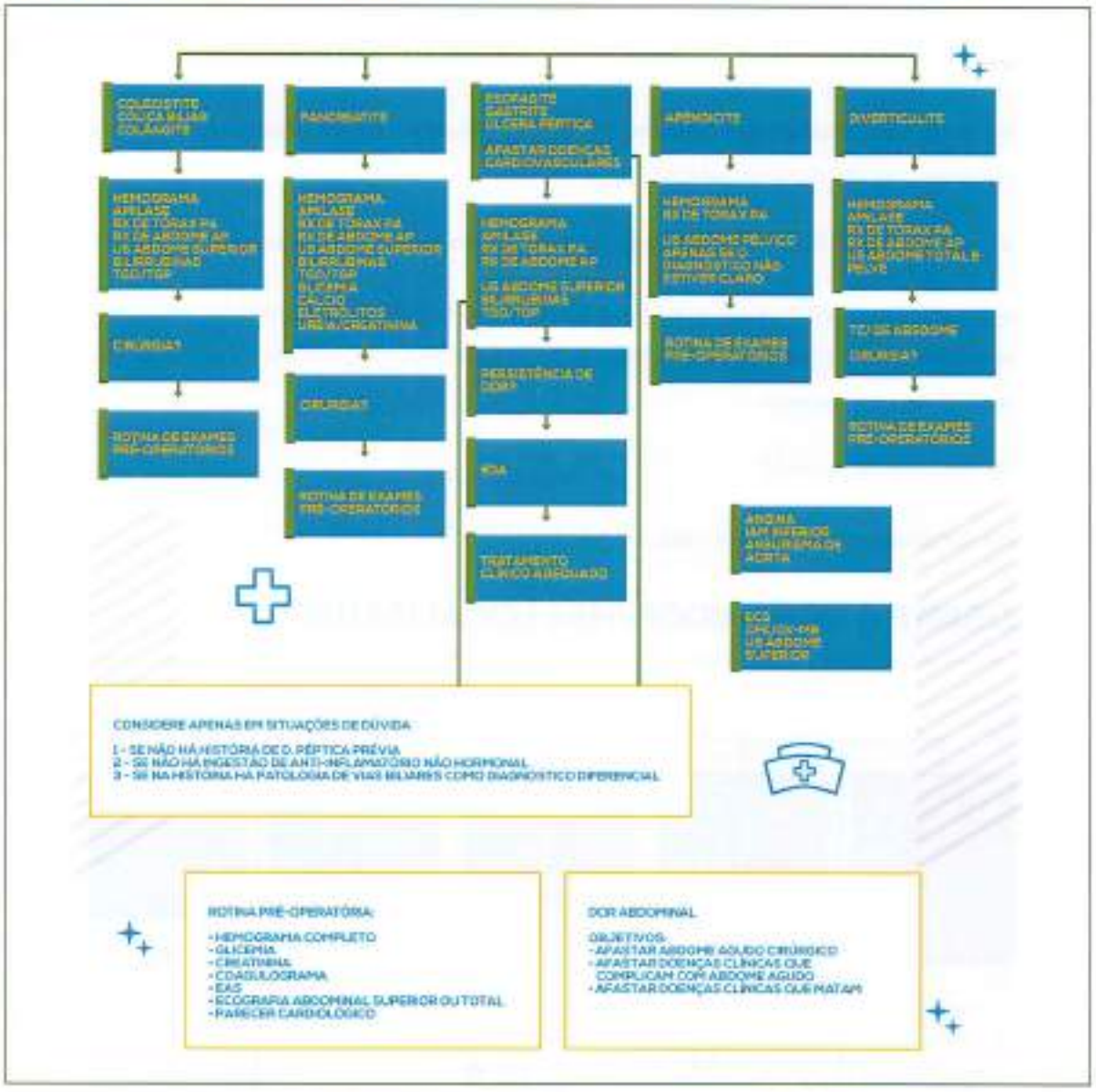
Mulher fora da idade fértil

Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

CAUSAS DA DOR A BDOMINAL LOCALIZADA



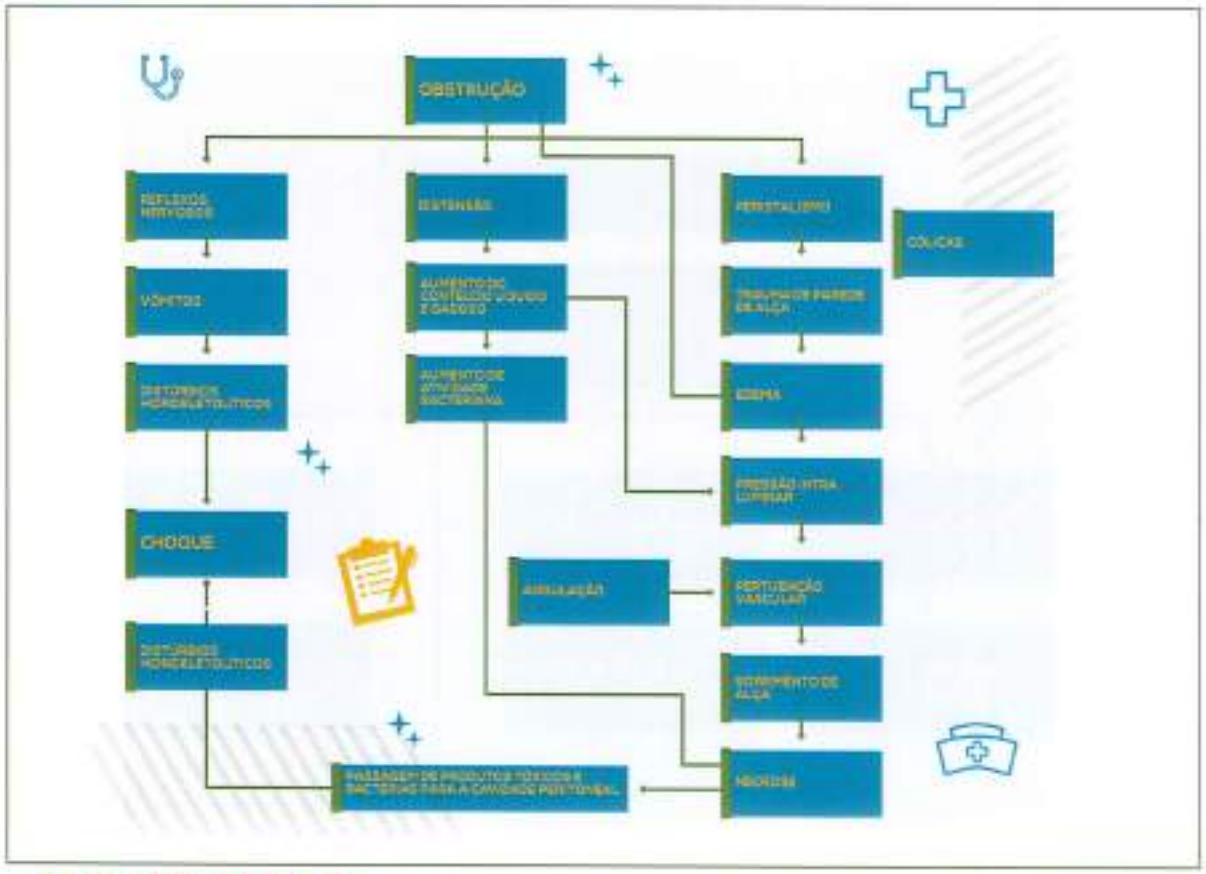
ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



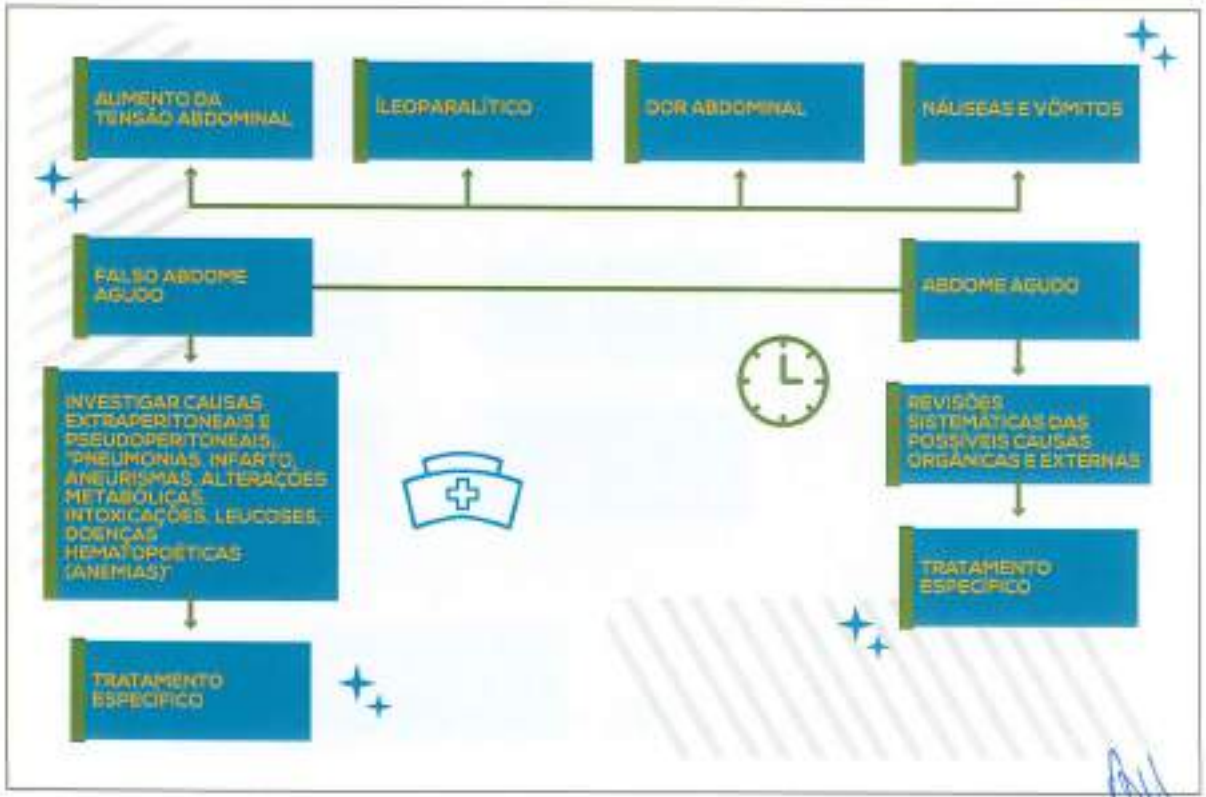


OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FISIOPATOLOGIA

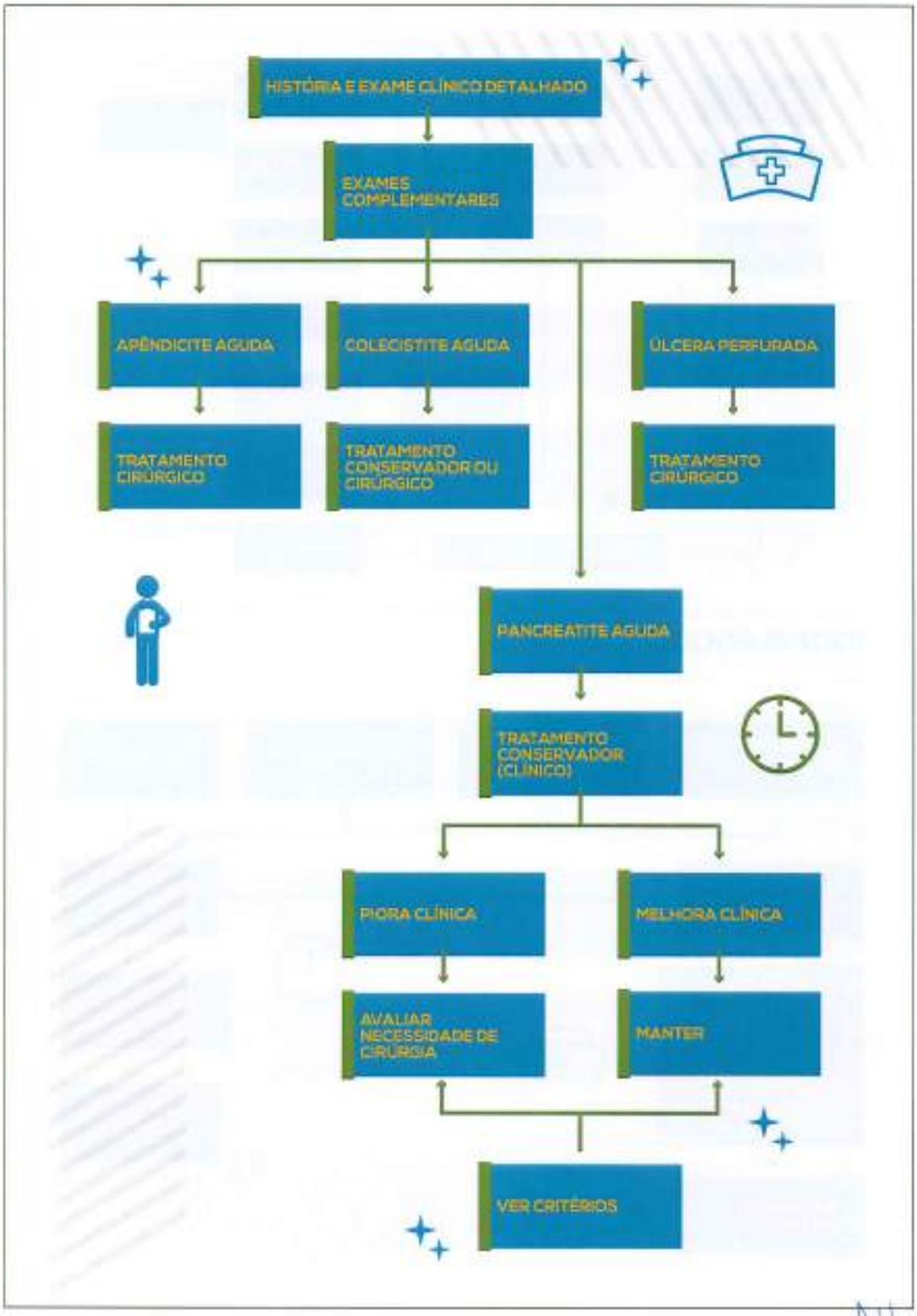


ABDOME AGUDO



ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

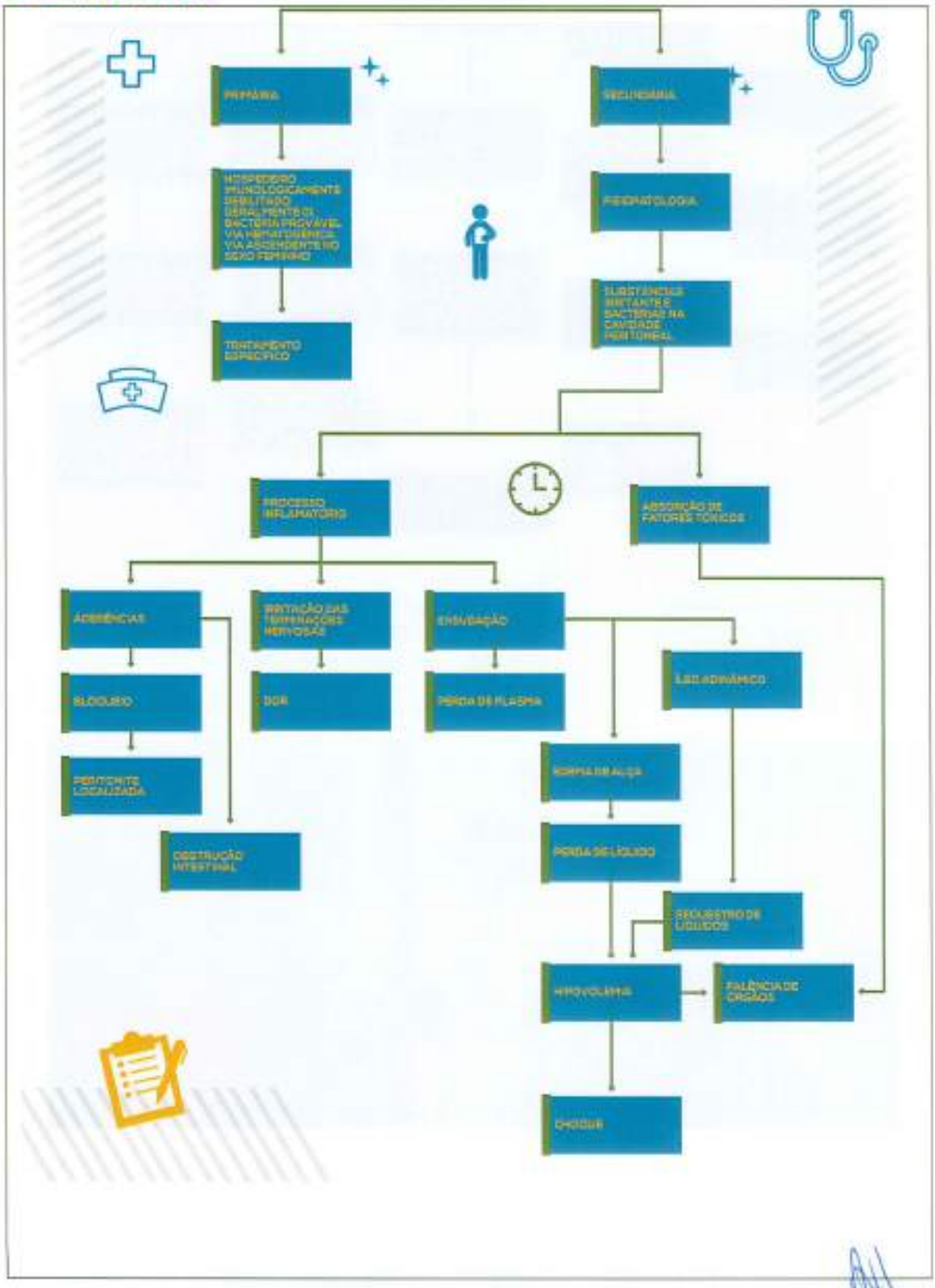
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



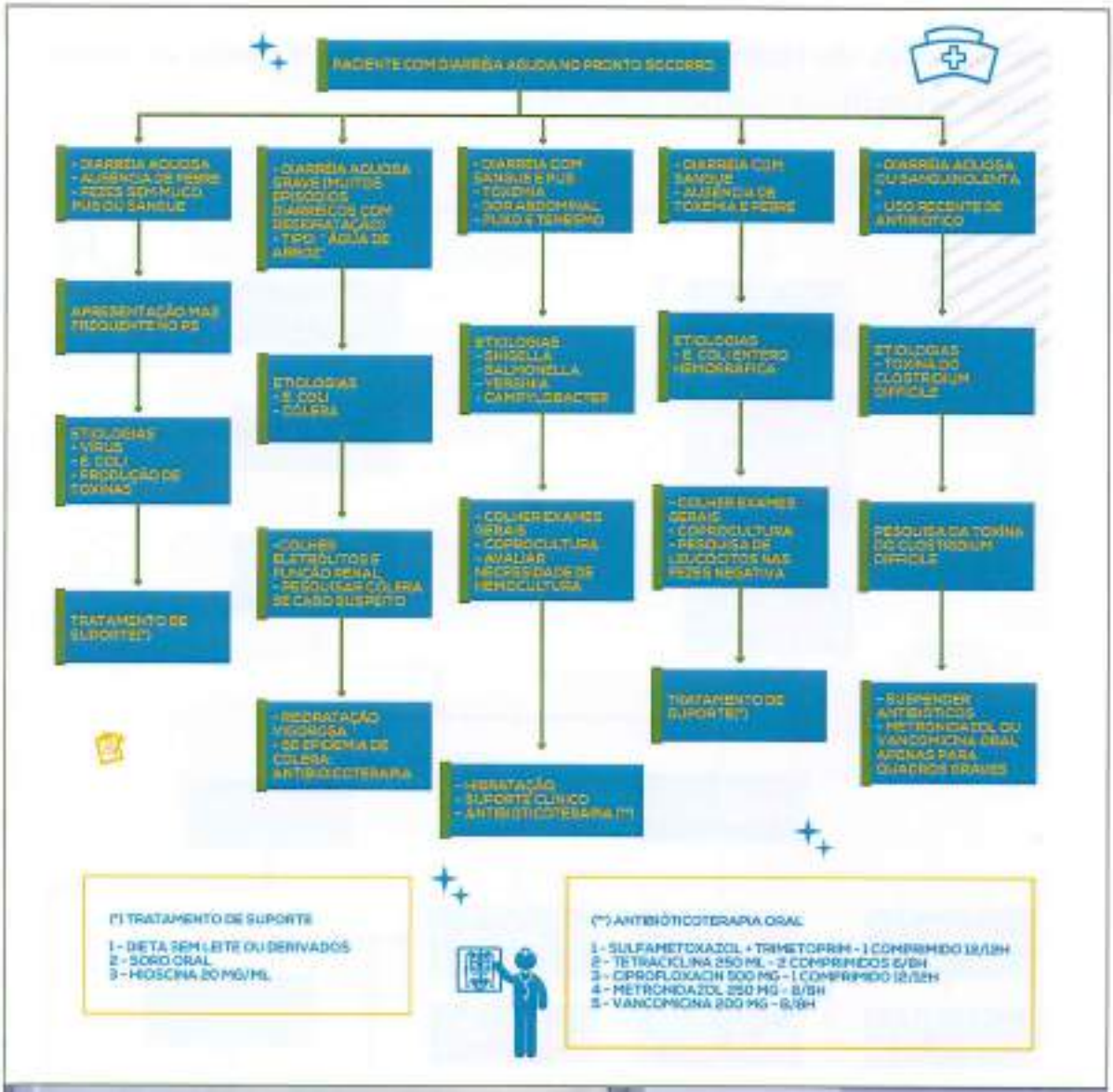
Prevenir o choque:

Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

PERITONITES

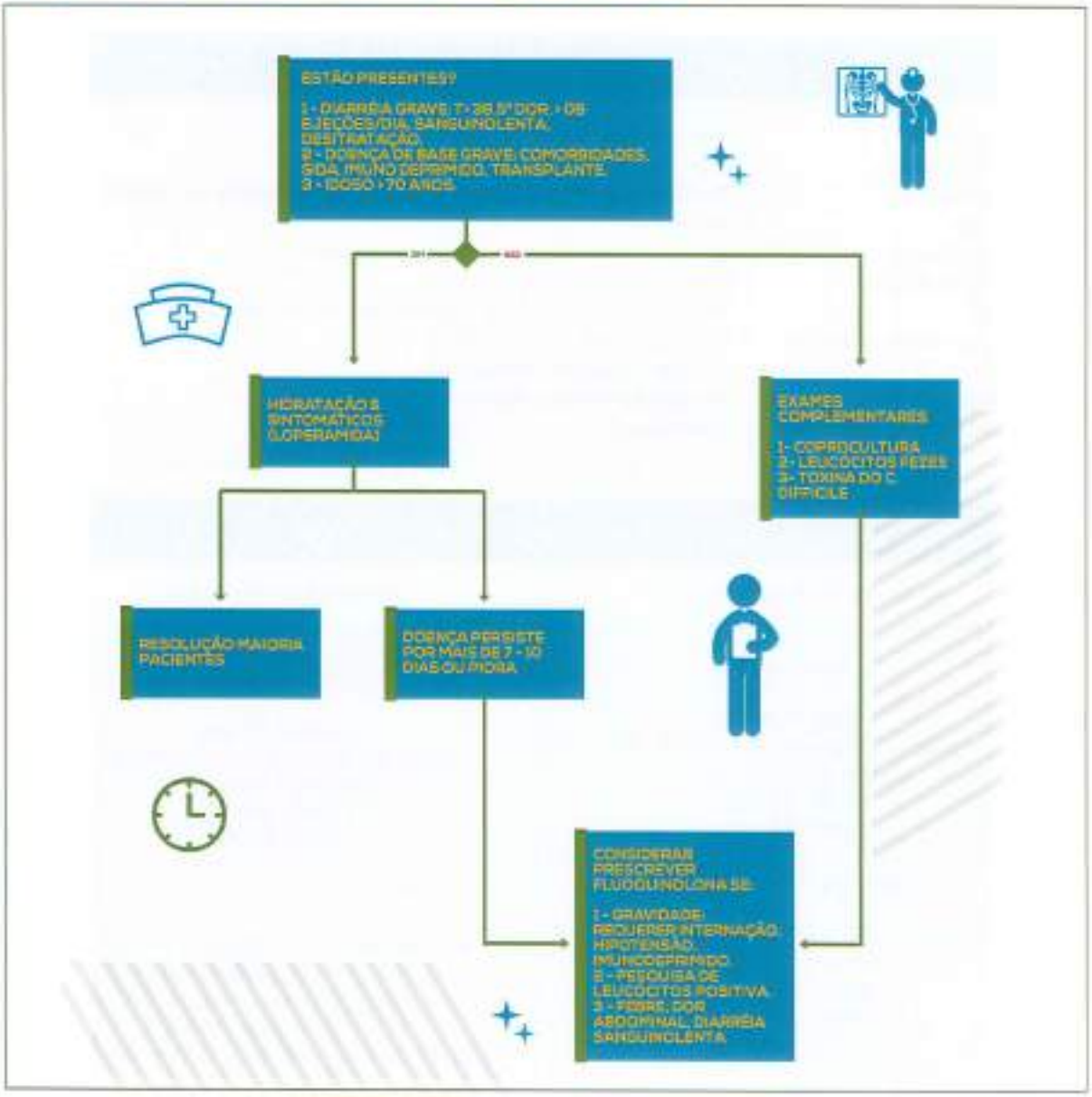


DIARRÉIA AGUDA





DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS





PANCREATITEAGUDA–I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma Uréia/Creatinina Sódio/Potássio Glicemia Transaminases Fosfatase alcalina Cálcio Proteínas totais e frações LDH Amilase Gasometrial arterial	Repouso absoluto Dieta zero Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos Sedar a dor Tratamento de alterações hidroeletrolíticas Inibidores da bomba de prótons Tratamento do choque ou hipovolemia com cristaloides 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 > 16.000mm³ 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. PaO2 < 60mmHg 10. Déficit de base > 4mEq 11. Sequestração hídrica > 6 litros	À admissão 1. Idade > 70 anos 2. Número de leucócitos > 18.000mm³ 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

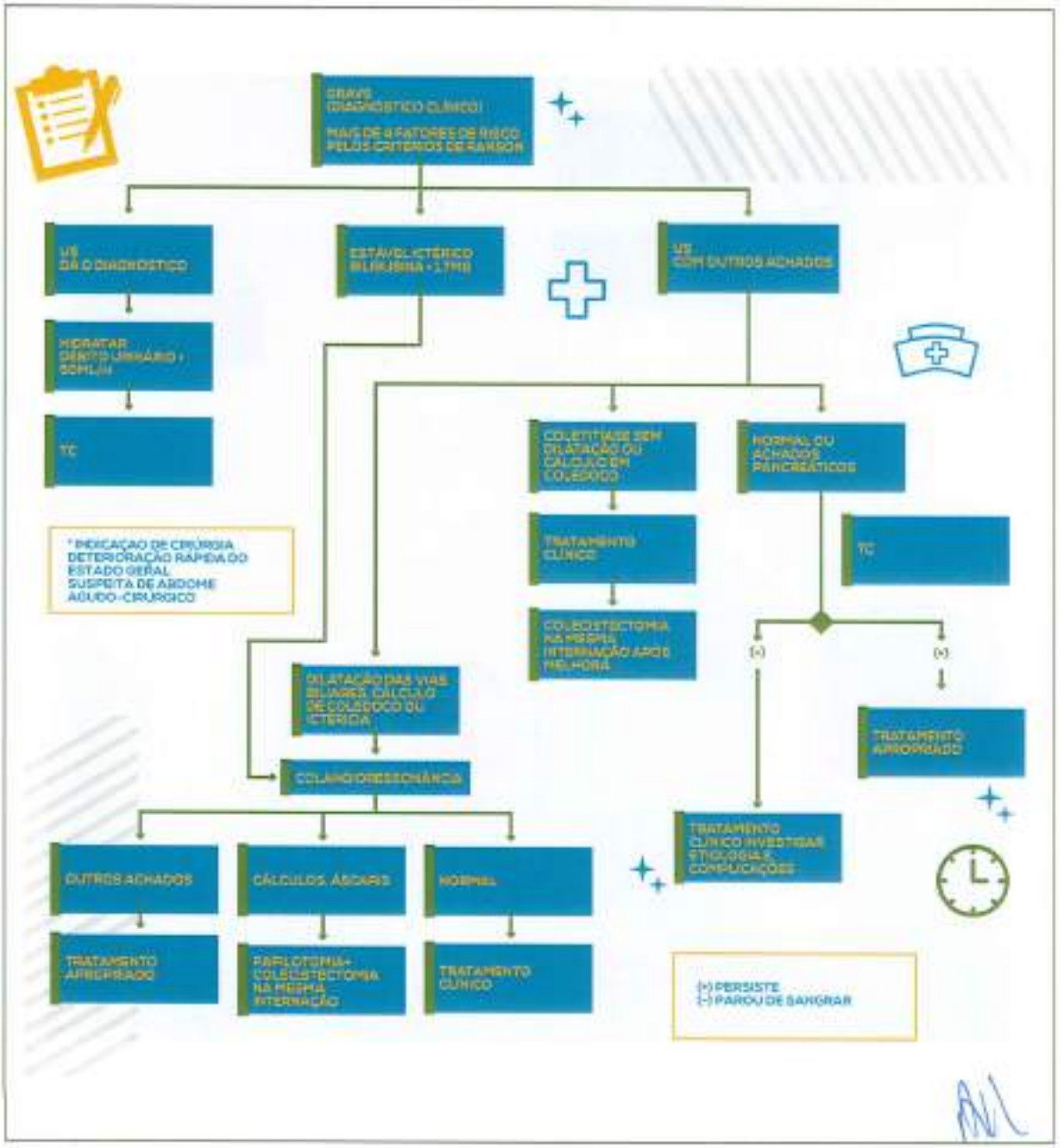
Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

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 FIO2 > 40% e/ou PEEP > 5cm H2O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.

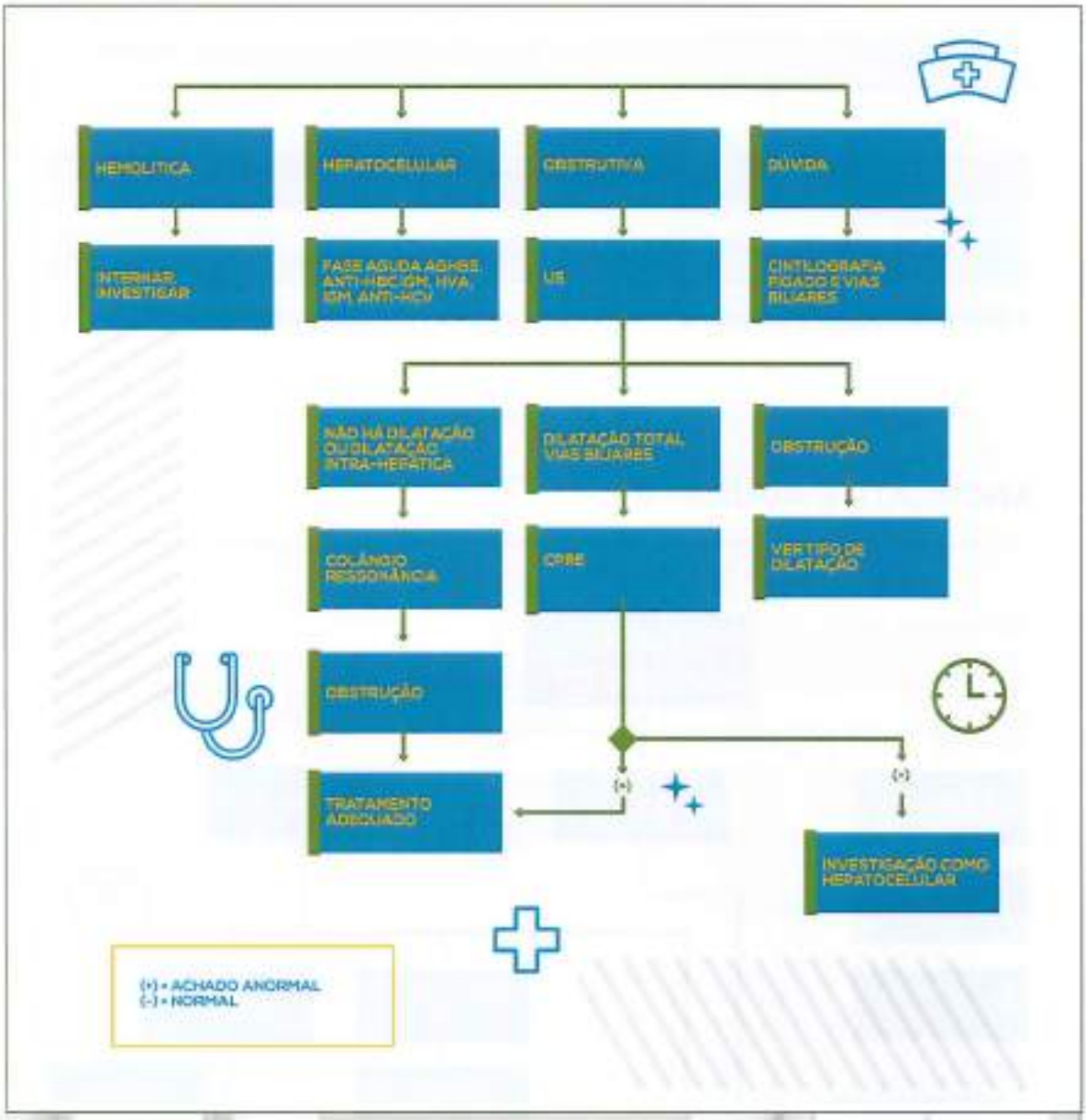
Neurológico	Glasgow < 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3.0mg/dl. na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolitenecrotizante. Perfurações intestinais.

ANTIBIÓTICOS: (*) Casos muito graves. (*) Suspeita de Infecções. (*) Colangite ou Colecistite

PANCREATITE AGUDA – II

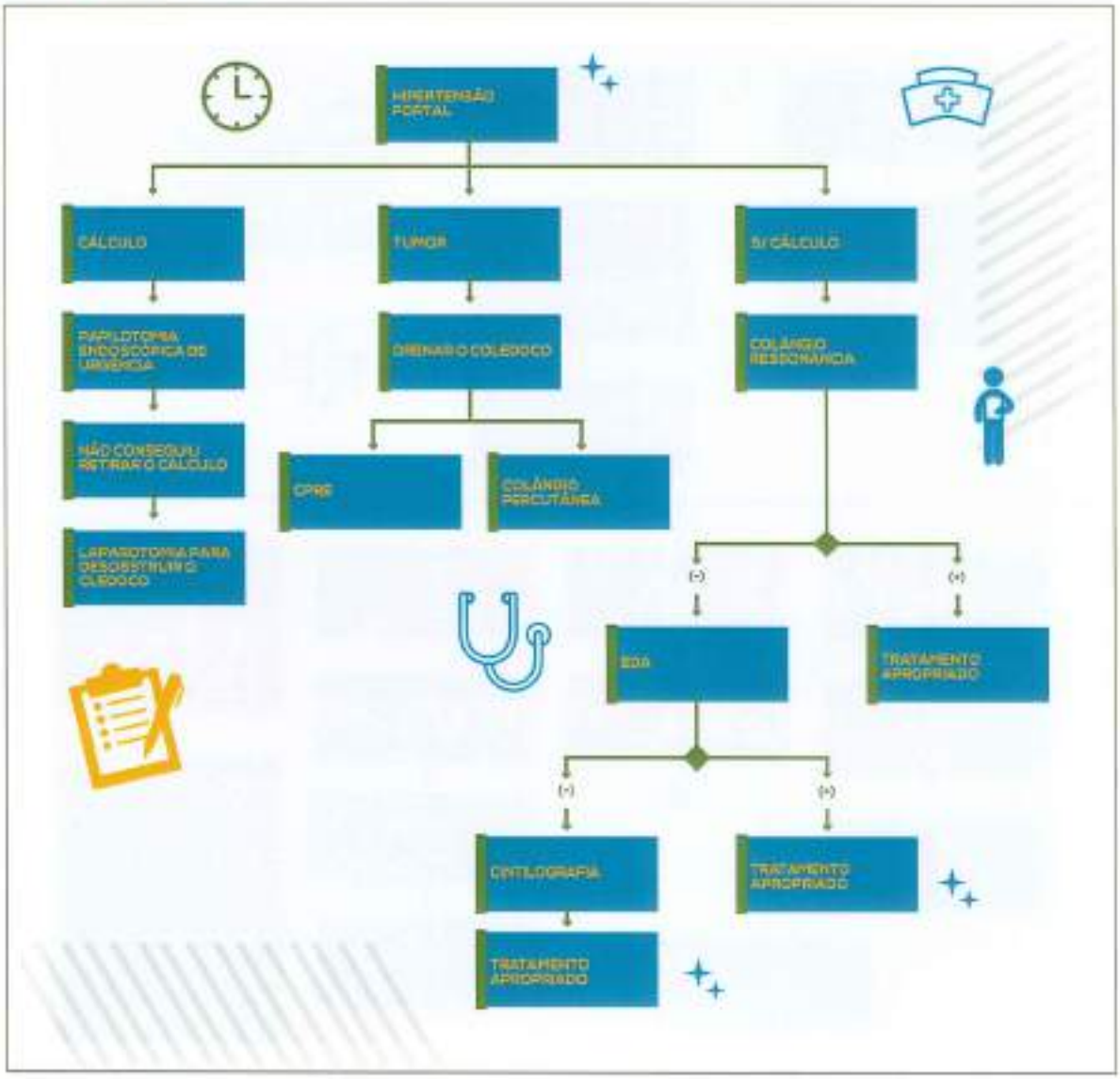


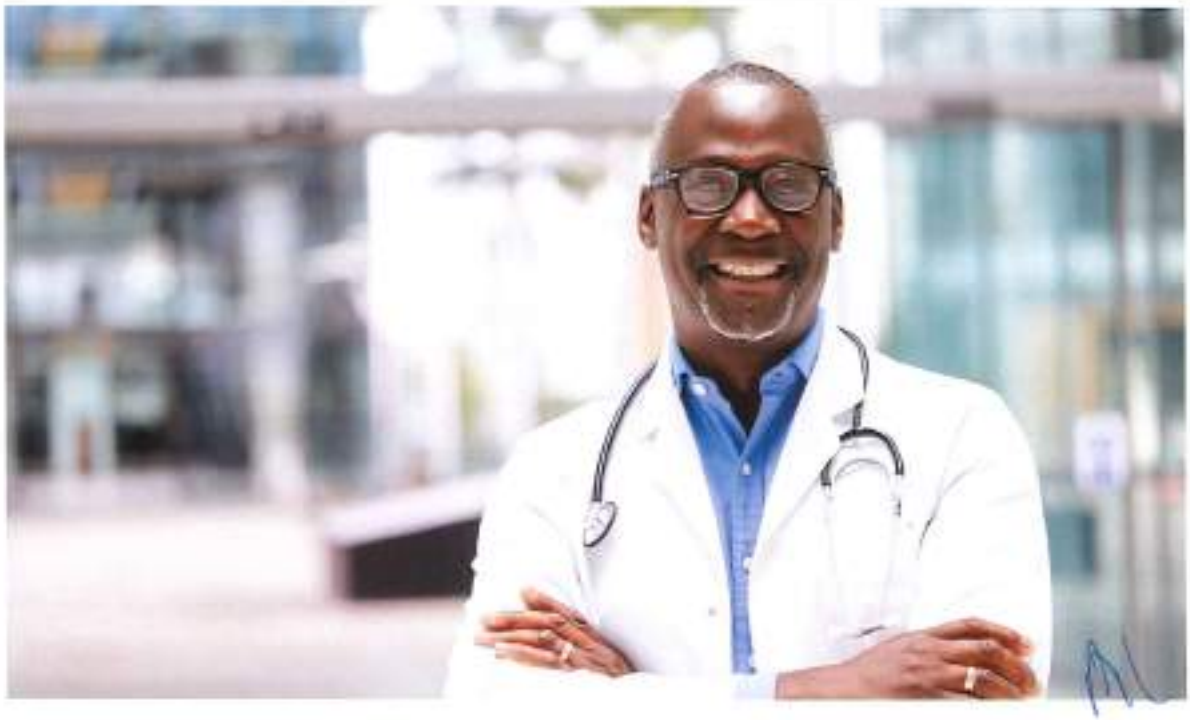
ICTERÍCIA


HEMOLÍTICA
HEPATOCELULAR
OBSTRUTIVA
DÚVIDA
INTERNAR INVESTIGAR
FASE AGUDA AGHBS ANTI-HBC IGM, HVA IGM, ANTI-HCV
US
CINTILOGRAFIA FÍGADO E VIAS BILIARES
NÃO HÁ DILATAÇÃO OU DILATAÇÃO INTRA-HEPÁTICA
DILATAÇÃO TOTAL VIAS BILIARES
OBSTRUÇÃO
COLANGIO RESSONÂNCIA
CPRE
VERTIPO DE DILATAÇÃO
OBSTRUÇÃO
(+)
(+)
TRATAMENTO ADEQUADO
INVESTIGAÇÃO COMO HEPATOCELULAR
(+) = ACHADO ANORMAL
(-) = NORMAL

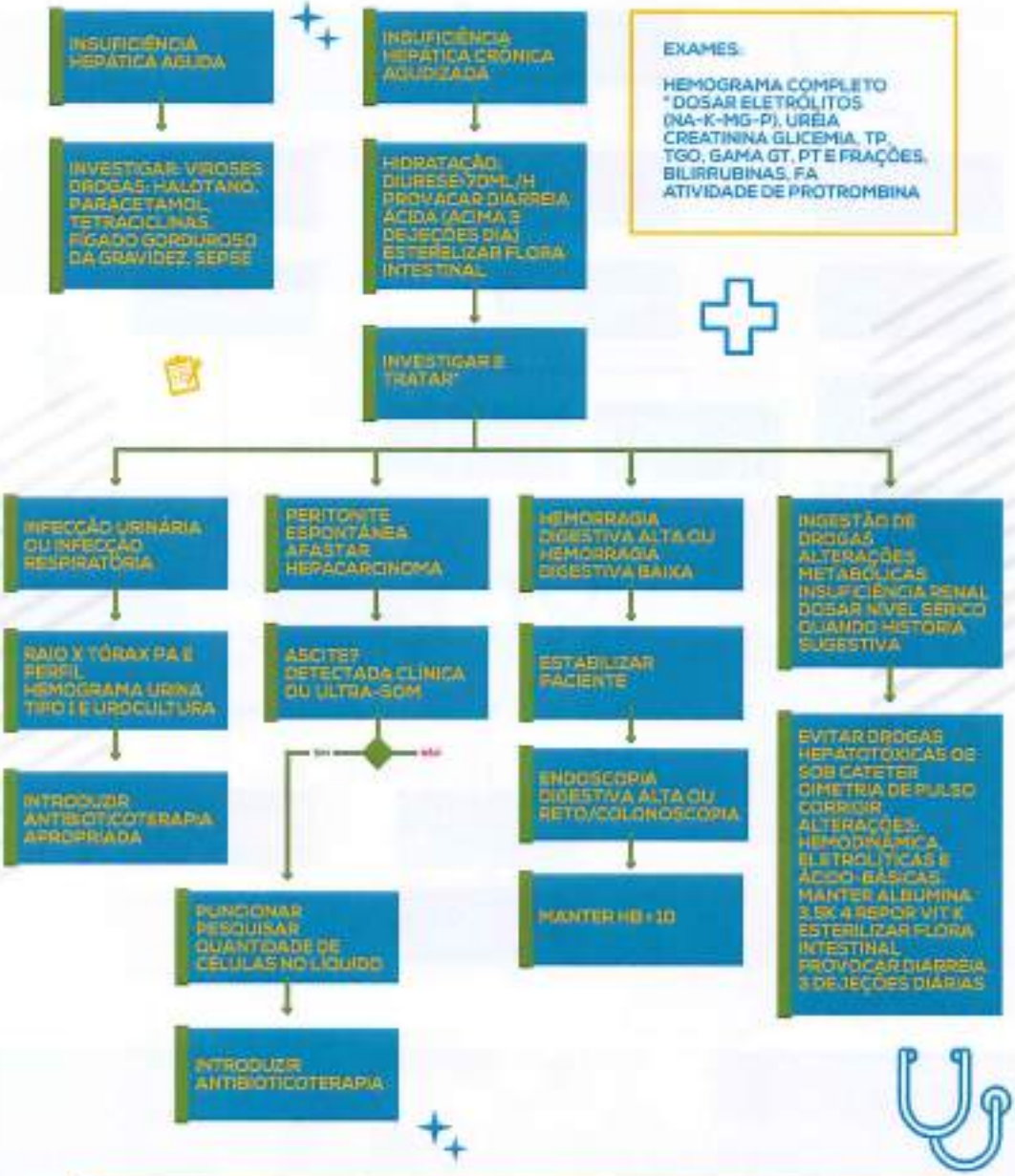


COLANGITE


HIPERTENSÃO PORTAL
CÁLCULO
TUMOR
S/ CÁLCULO
PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA DE URGÊNCIA
DRENAR O COLEDOCO
COLÂNGIO RESSONÂNCIA
NÃO CONSEGUIU RETIRAR O CÁLCULO
CPRE
COLÂNGIO PERCUTÂNEA
LAPAROTOMIA PARA DESOBSTRUIR O COLEDOCO
(-)
(+)
EDA
TRATAMENTO APROPRIADO
(-)
(+)
CINTILOGRAFIA
TRATAMENTO APROPRIADO
TRATAMENTO APROPRIADO



INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

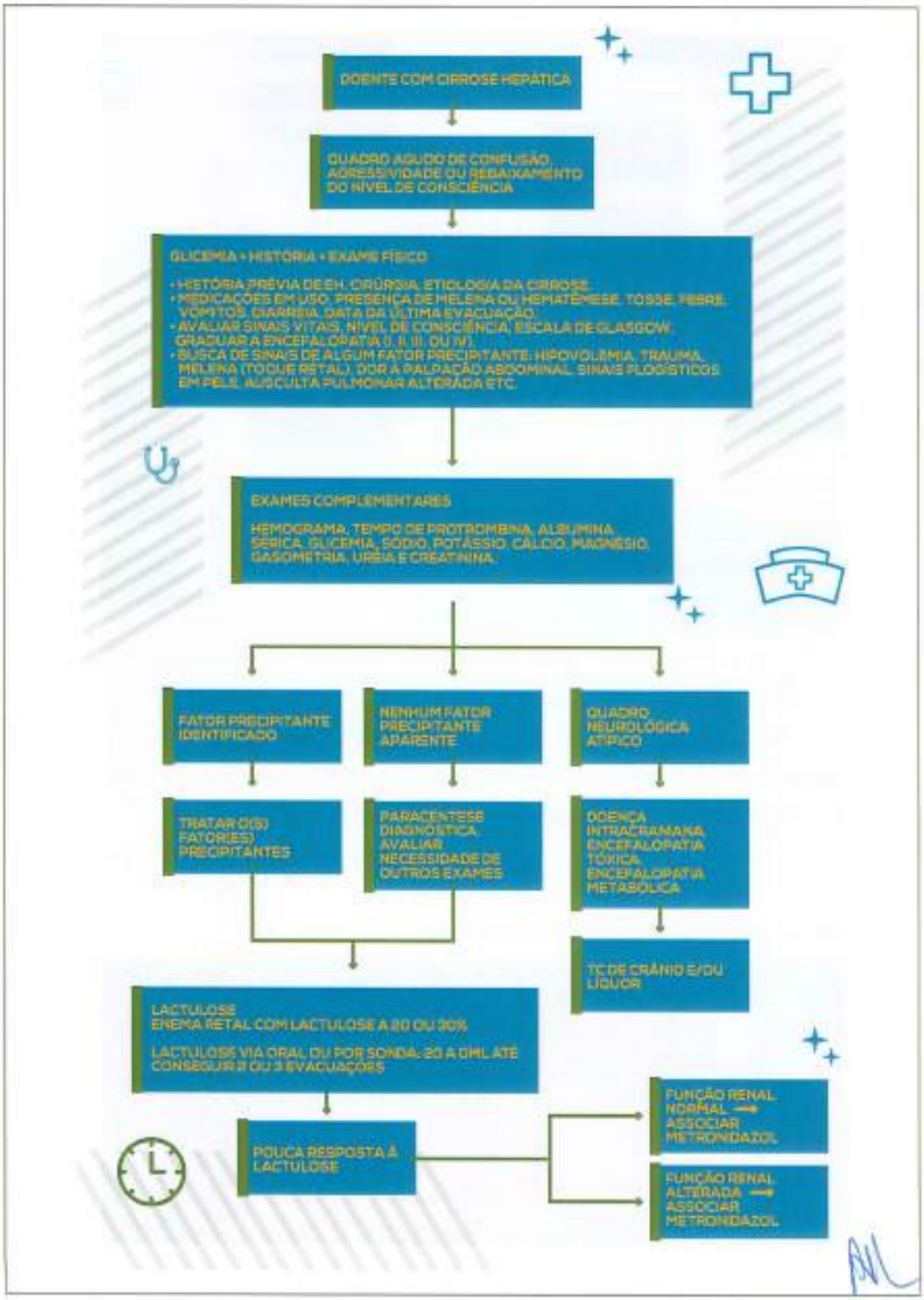


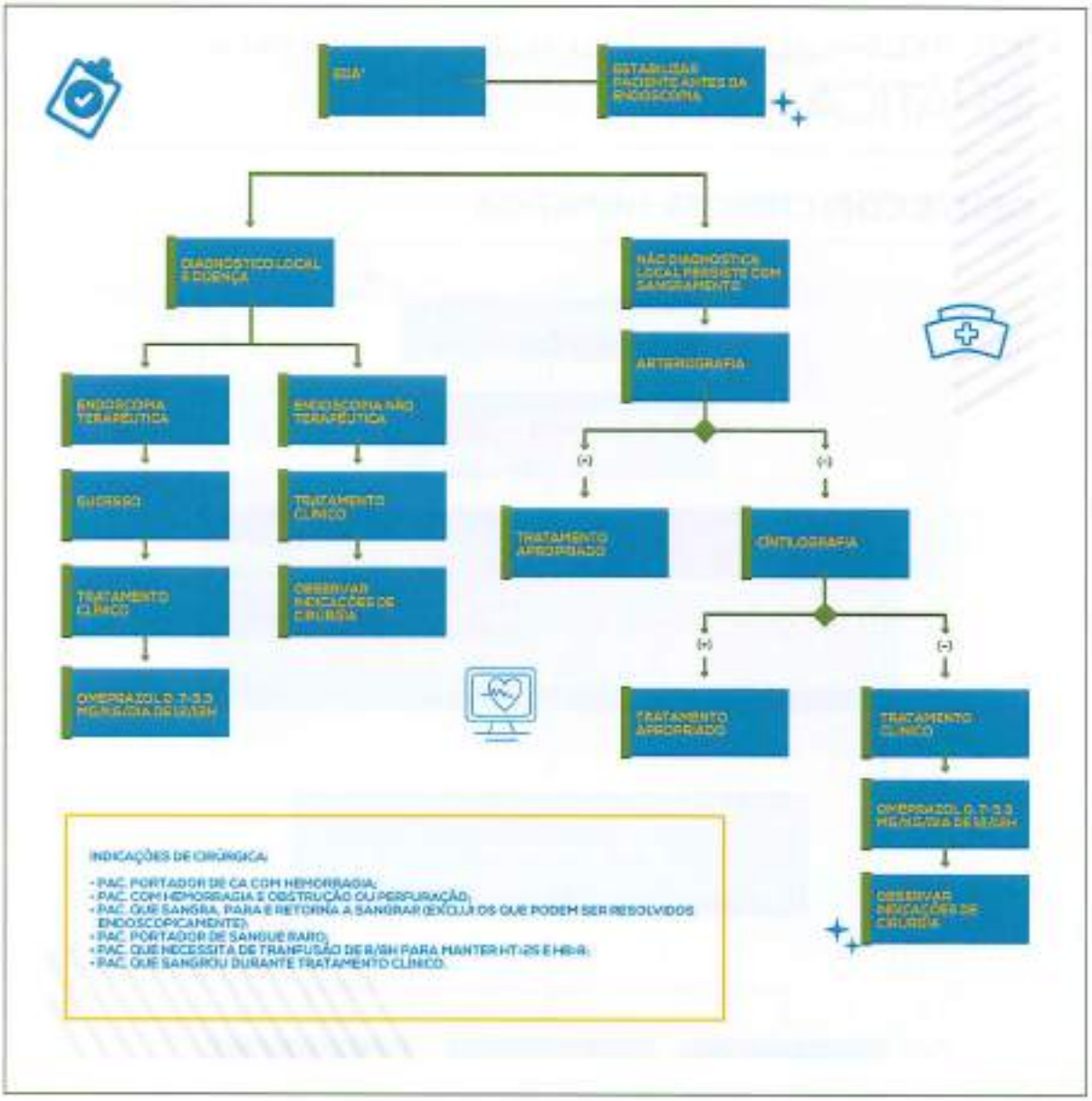
CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE			
GRUPOS:	A	B	C
BILIRRUBINAS (MG/DL)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
ALBUMINA (G/DL)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
ASCITE	NÃO	FACILMENTE CONTROLÁVEL	DE DIFÍCIL CONTROLE
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	NÃO	LEVES	ACENTUADAS
ESTADO NUTRICIONAL	BOM	REGULAR	MAL

* PACIENTE COM HIPOALBUMINEMIA NECESSITA UTILIZAR COLÓIDES + CRISTALÓIDES PARA ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA POR SANGRAMENTO

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

DOENTE COM CIRROSE HEPÁTICA



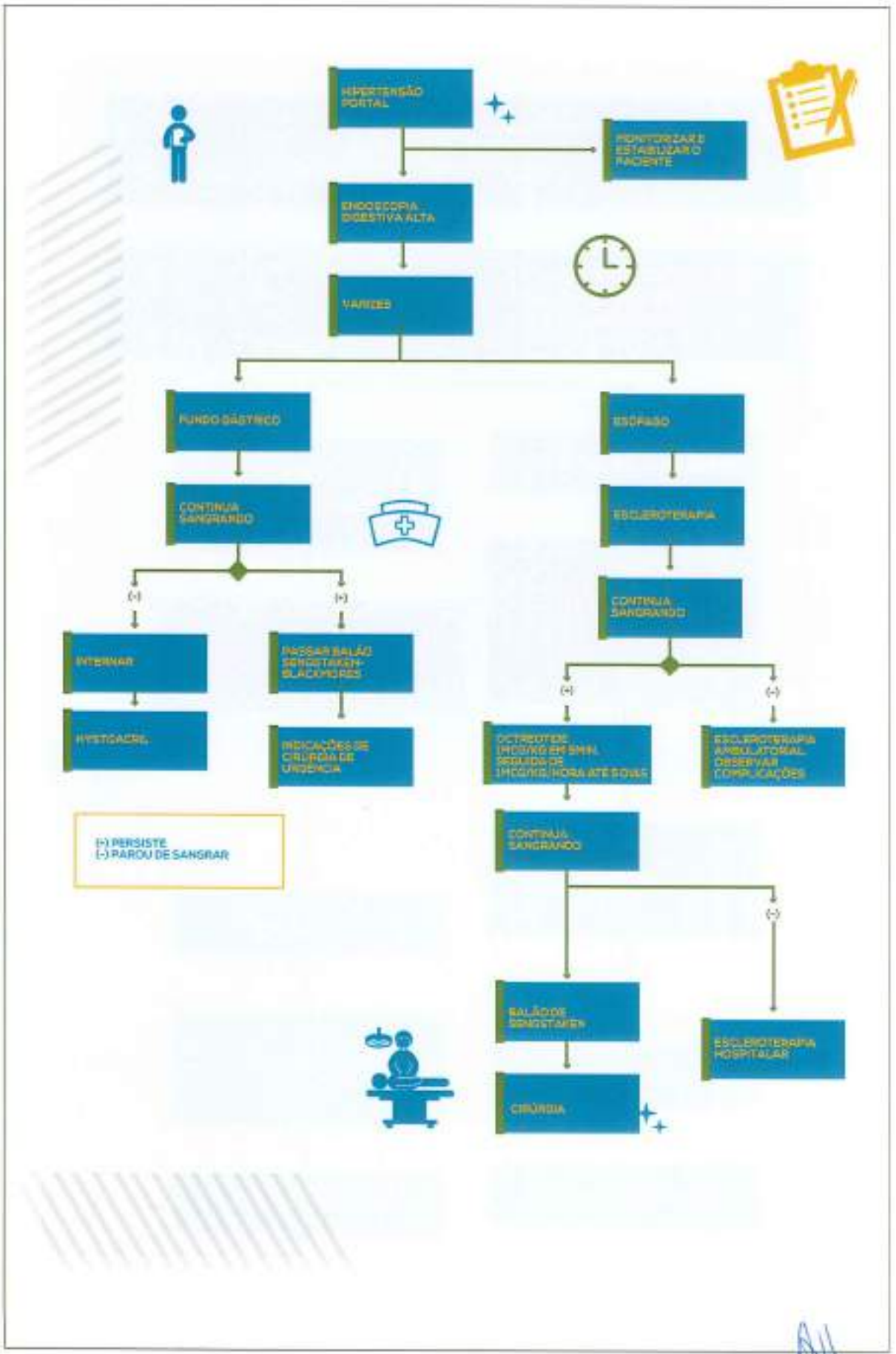


Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local(-) Não encontrou



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III

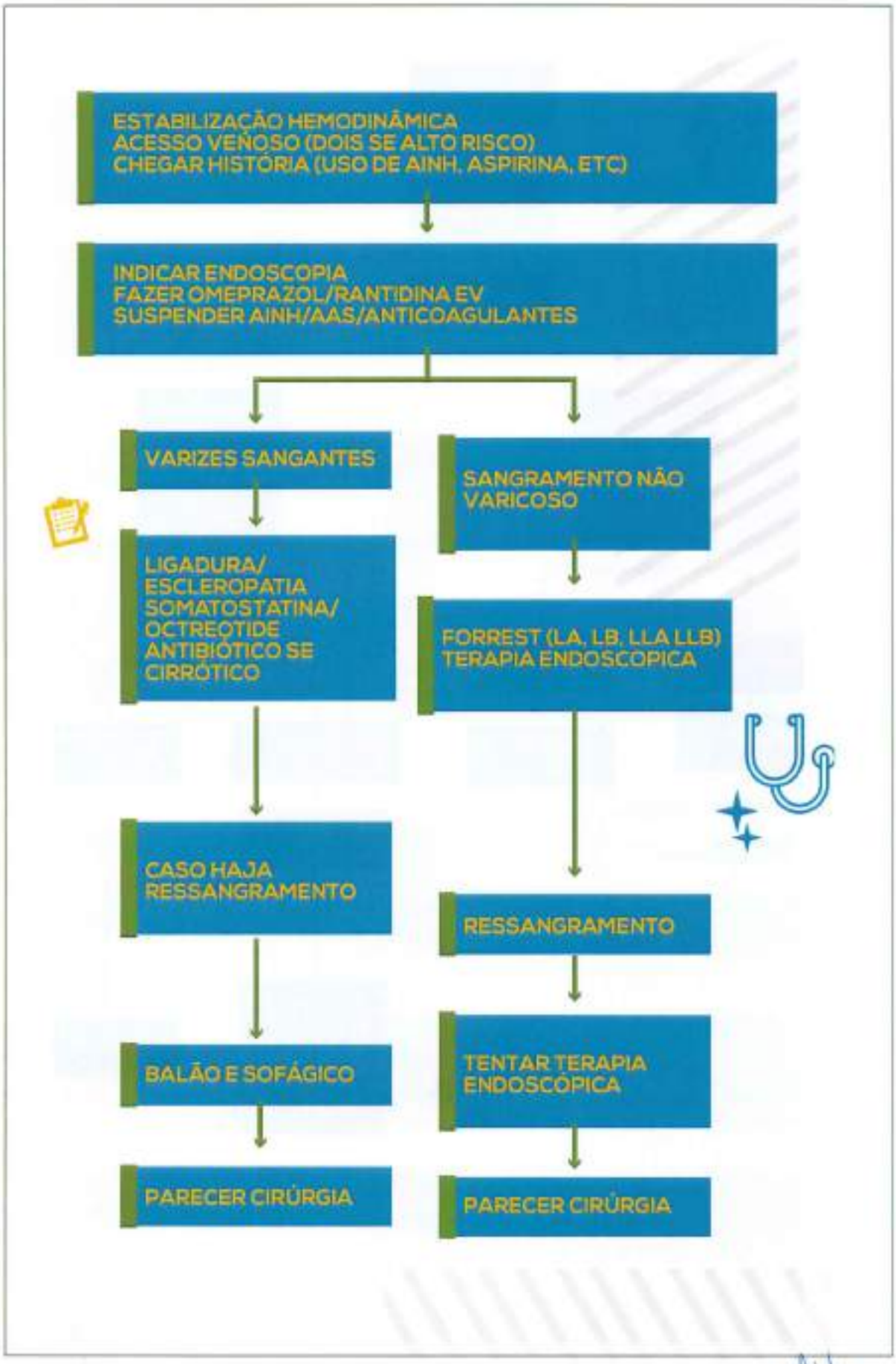
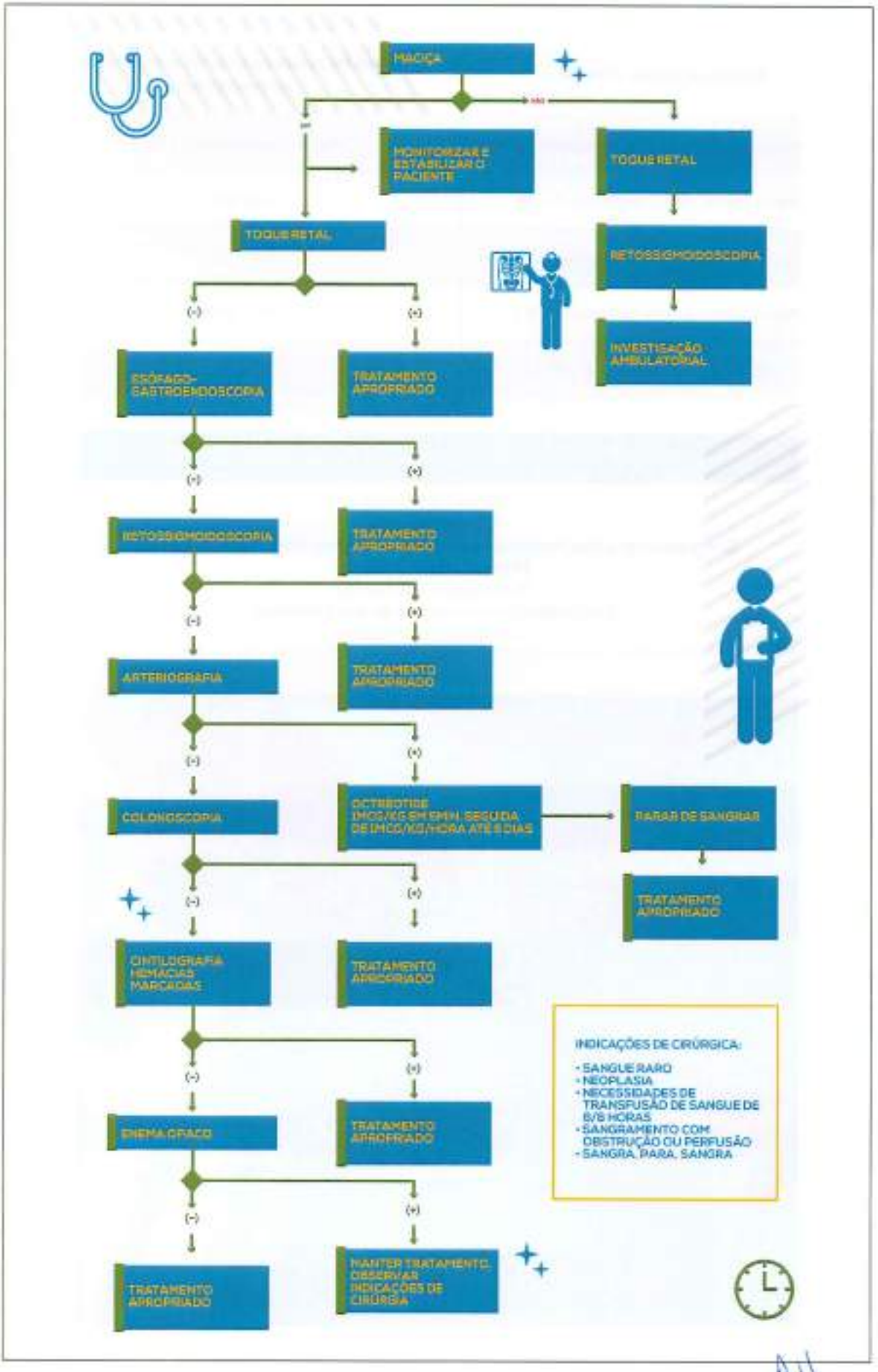


TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCODE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA	
Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visivel não sangrante F – IIa	Até 50%
Coagulo aderente, não sangrante F – IIa	30 – 35%
Ulcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Ulcera base limpa / F – III	<3%

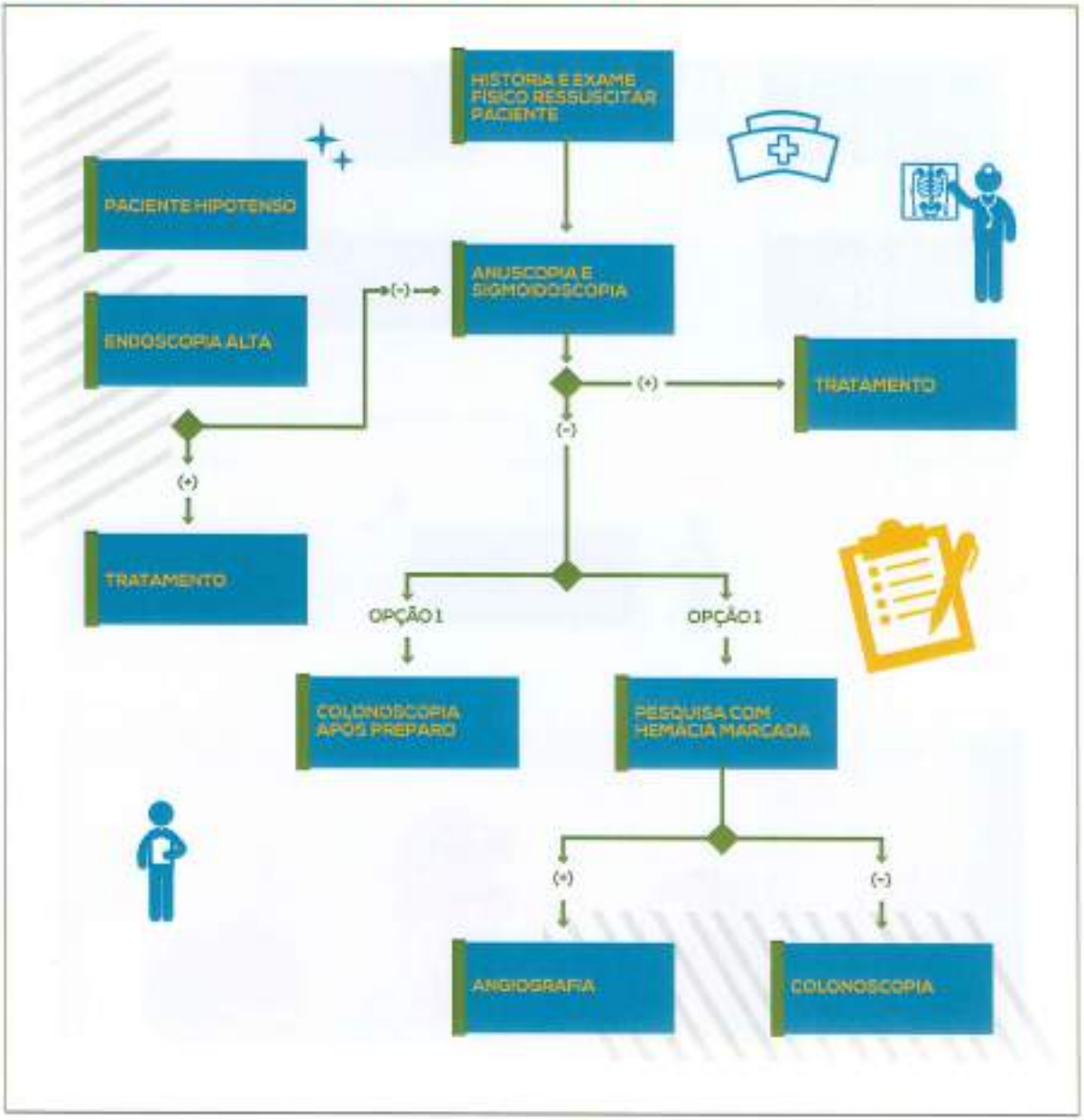
TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM
Idoso (>60 anos)
Comorbidades
Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG , hematoquezia)
Hipotensão ou choque
Transfusão = unidades
Paciente internado antes do sangramento
Coagulopatia Severa



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



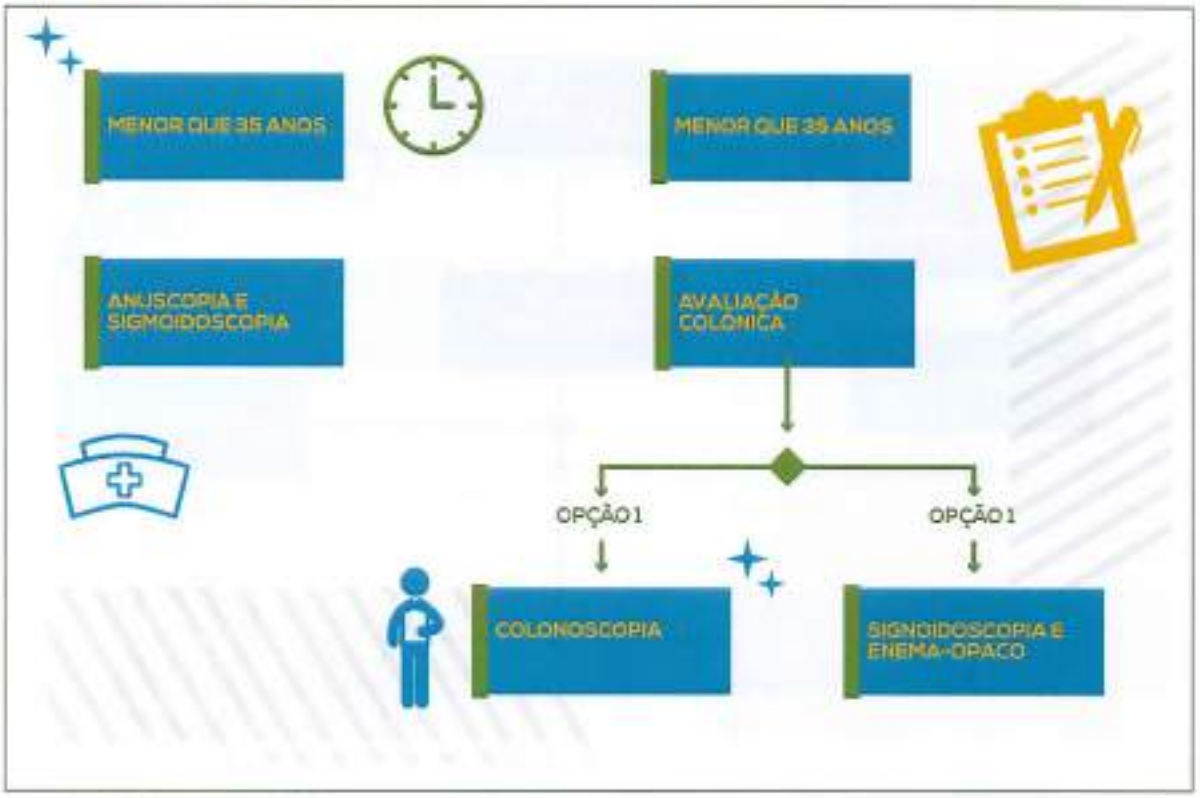
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA



* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia daLesão e Experiência do Serviço.

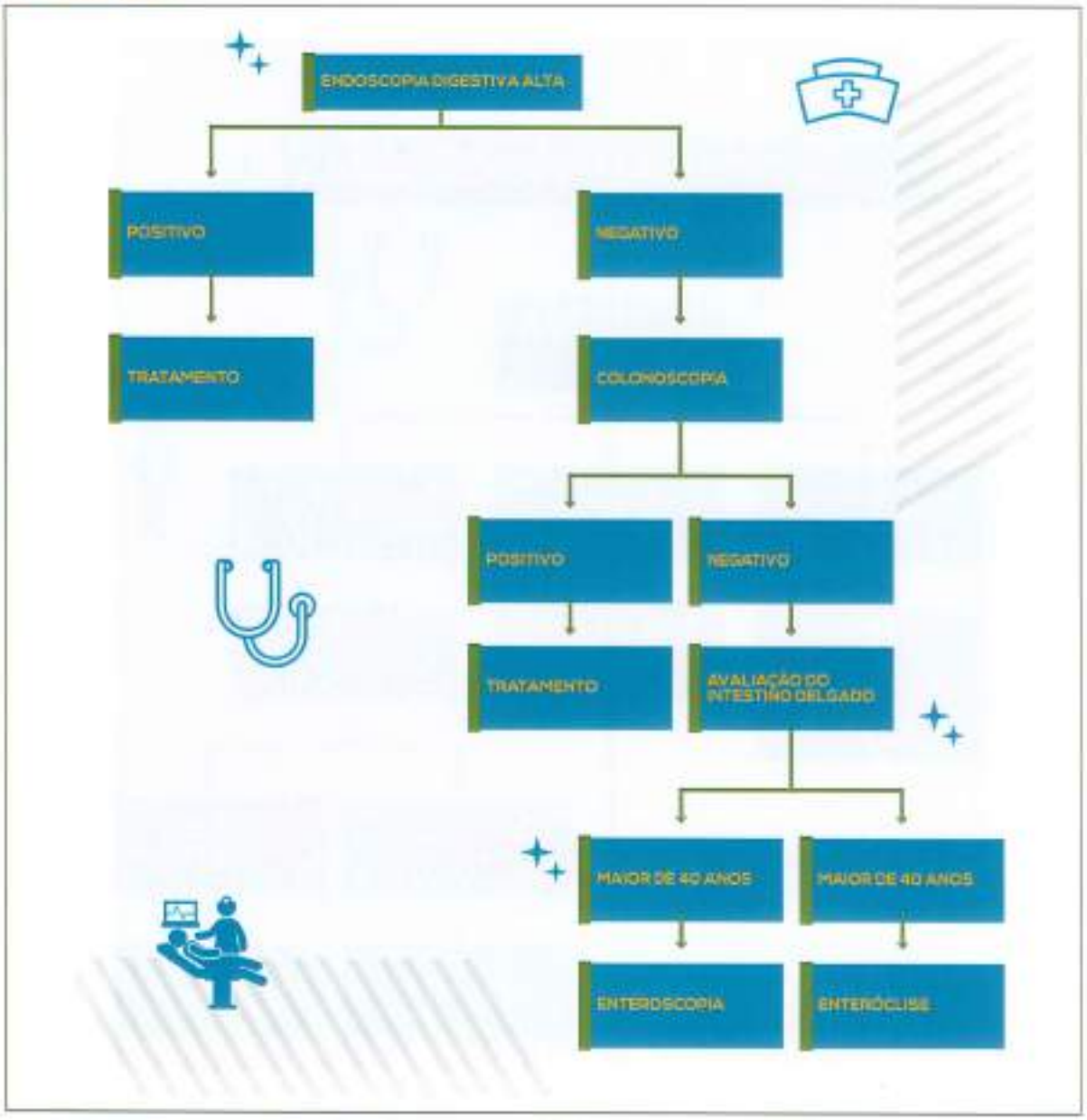


HEMATOQUEZIA



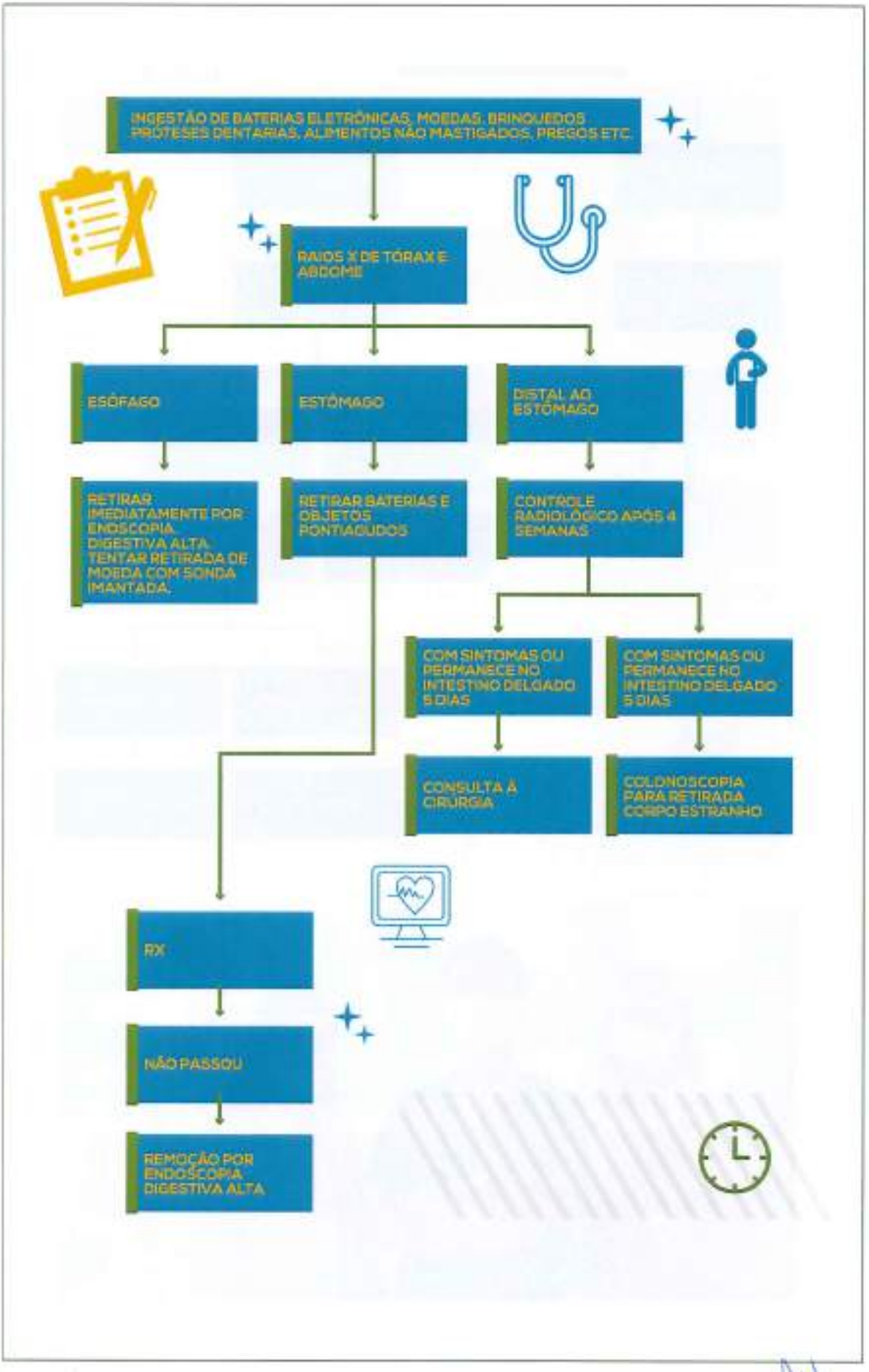


MELENA

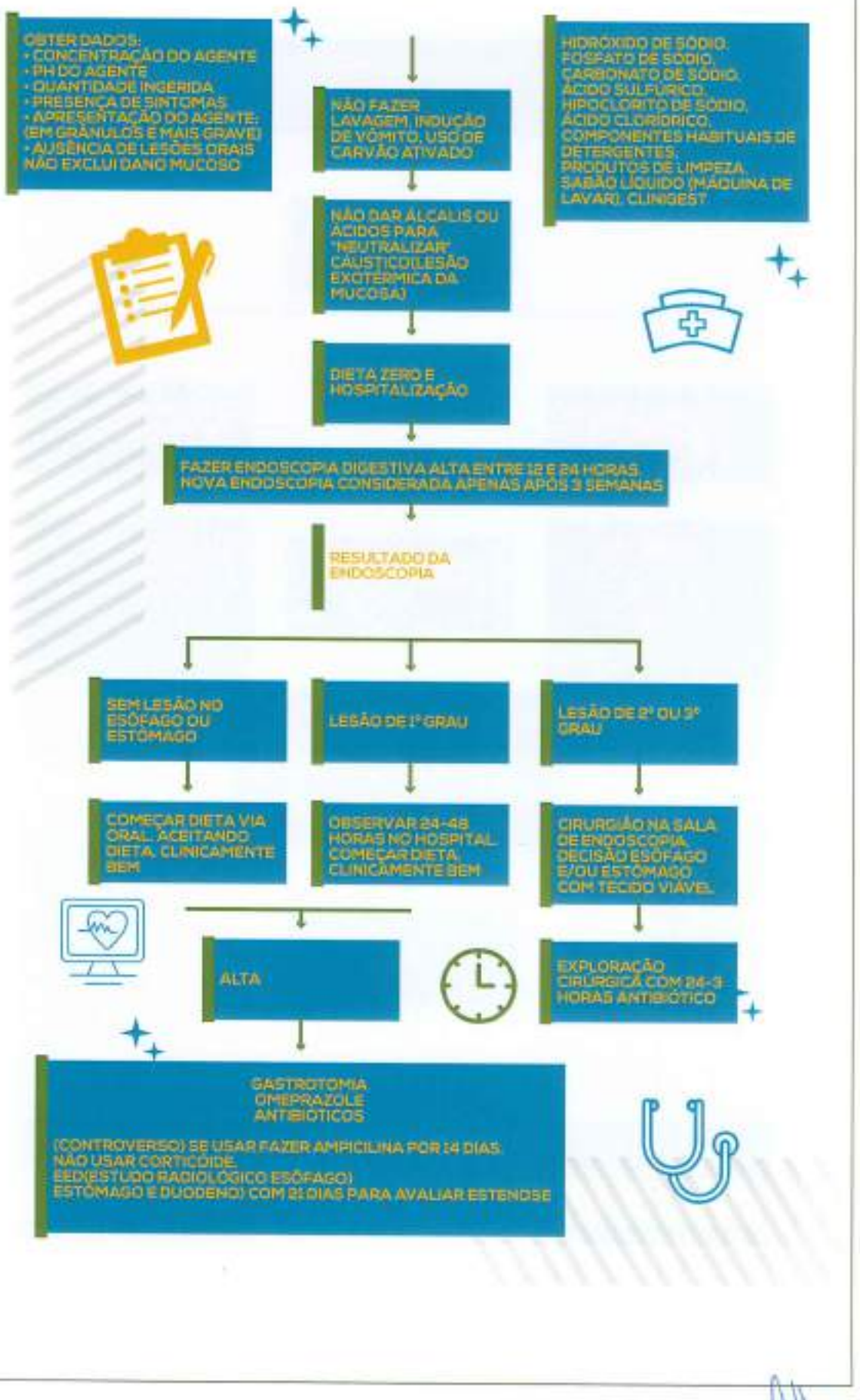

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
POSITIVO
NEGATIVO
TRATAMENTO
COLONOSCOPIA
POSITIVO
NEGATIVO
TRATAMENTO
AVALIAÇÃO DO INTESTINO DELGADO
MAIOR DE 40 ANOS
MAIOR DE 40 ANOS
ENTEROSCOPIA
ENTEROCLISE



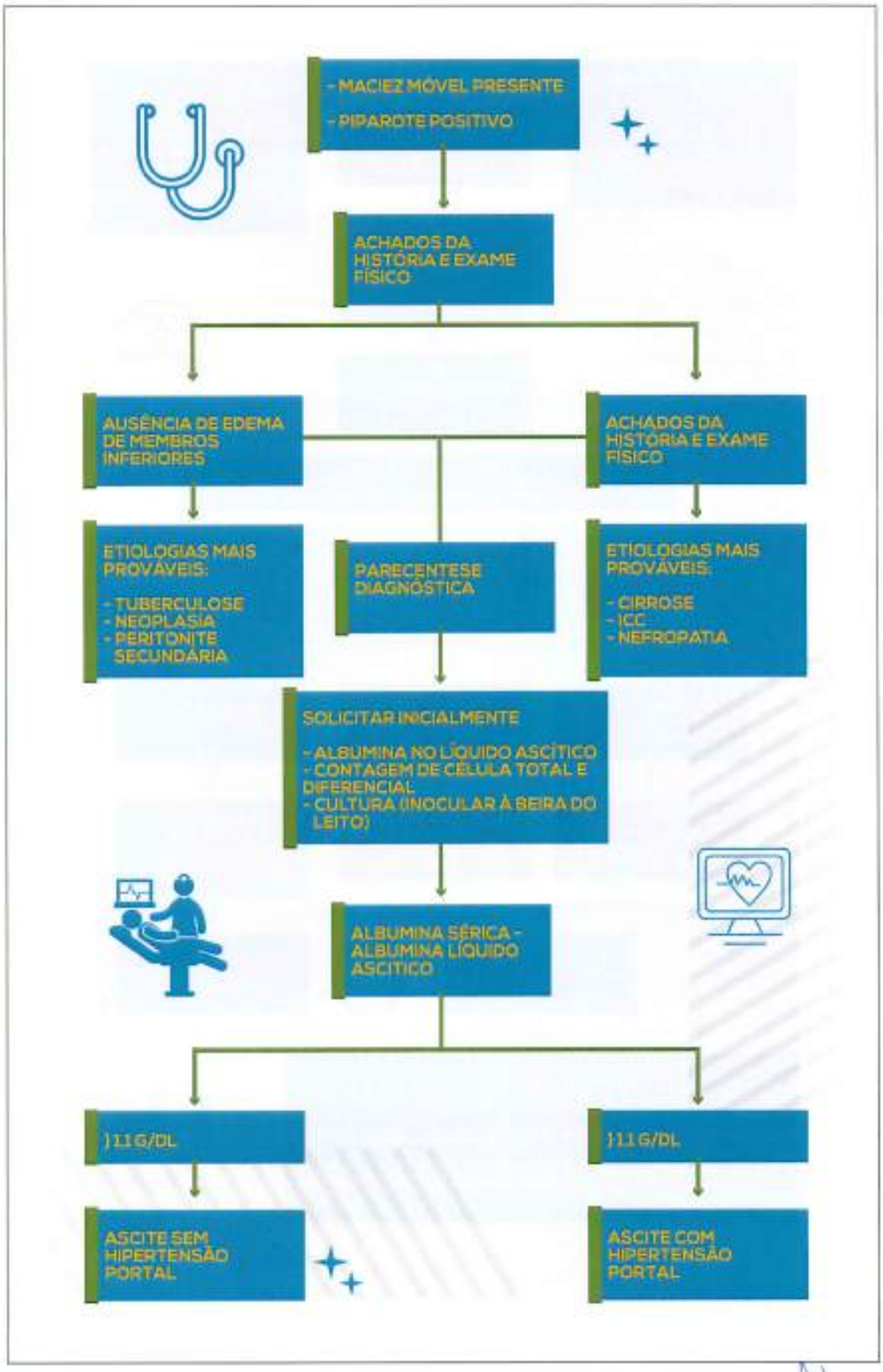
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



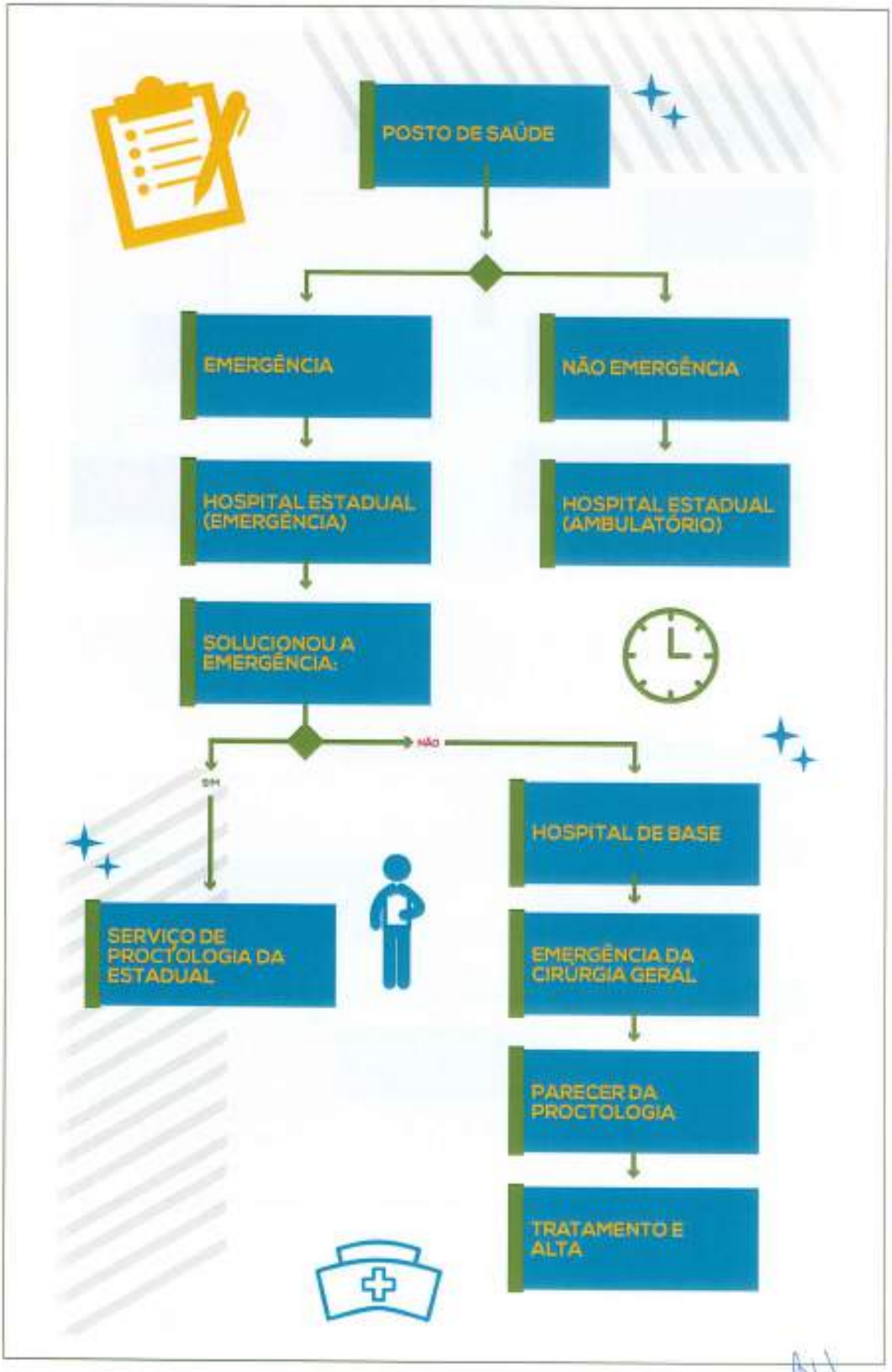
INGESTÃO DE CÁUSTICOS



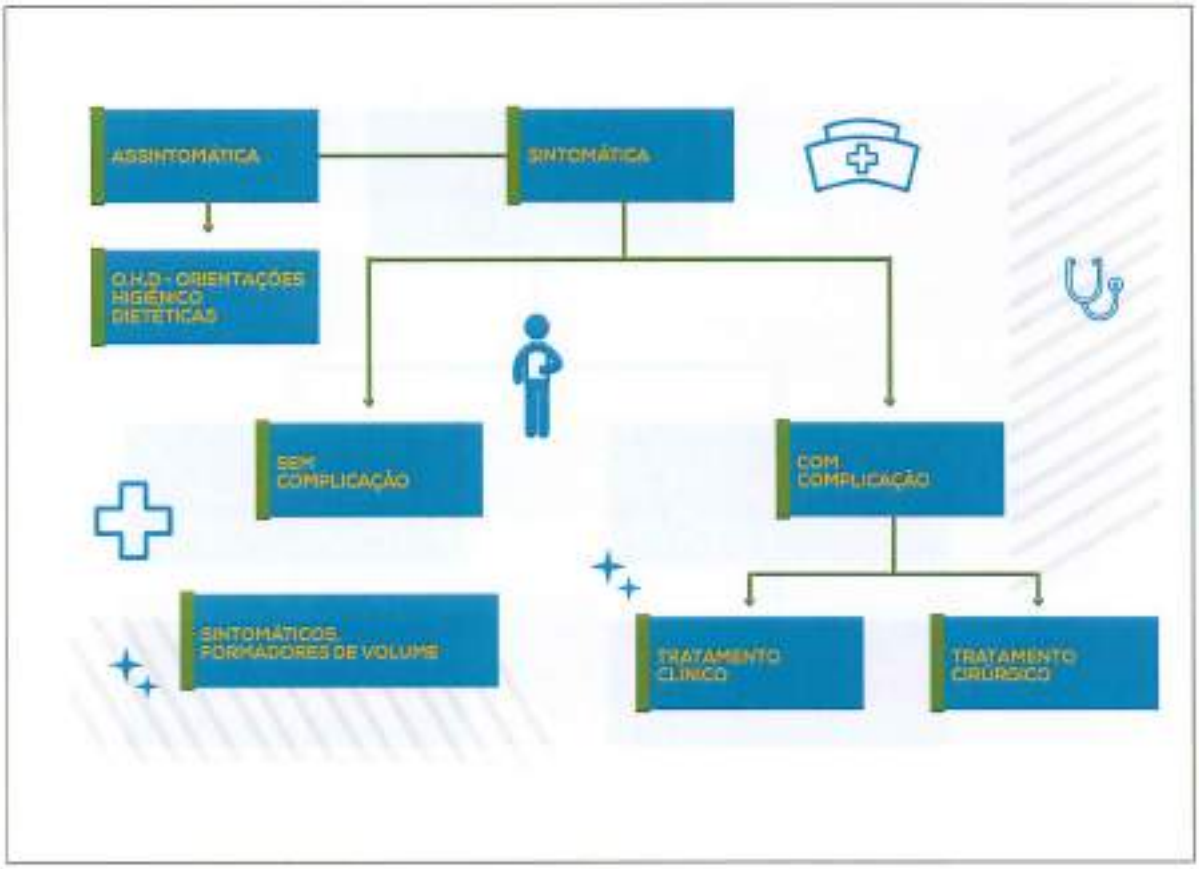
ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



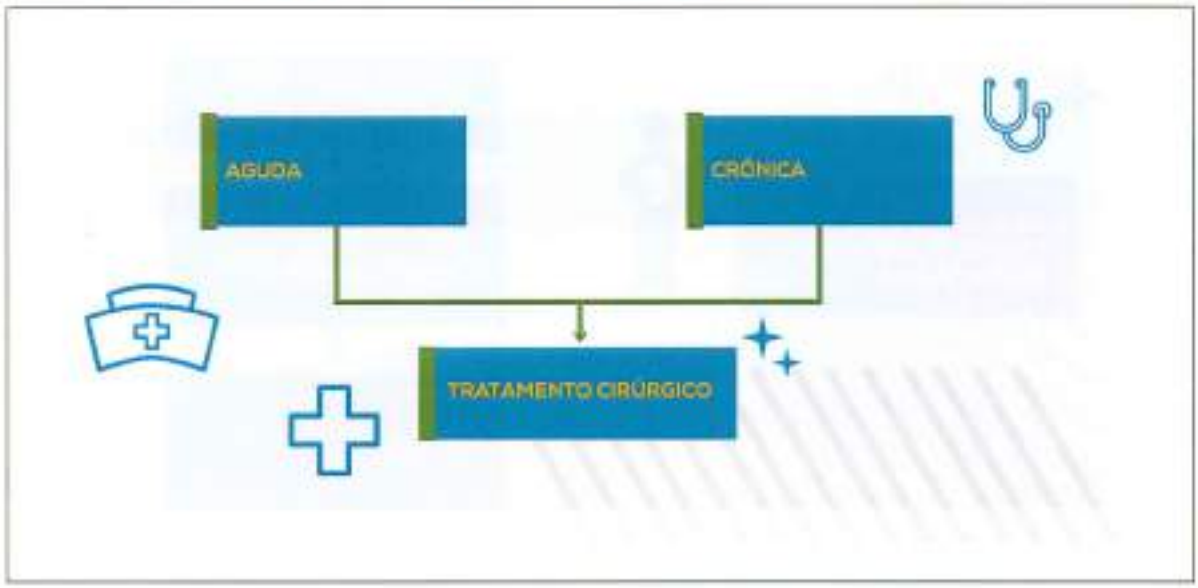
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA



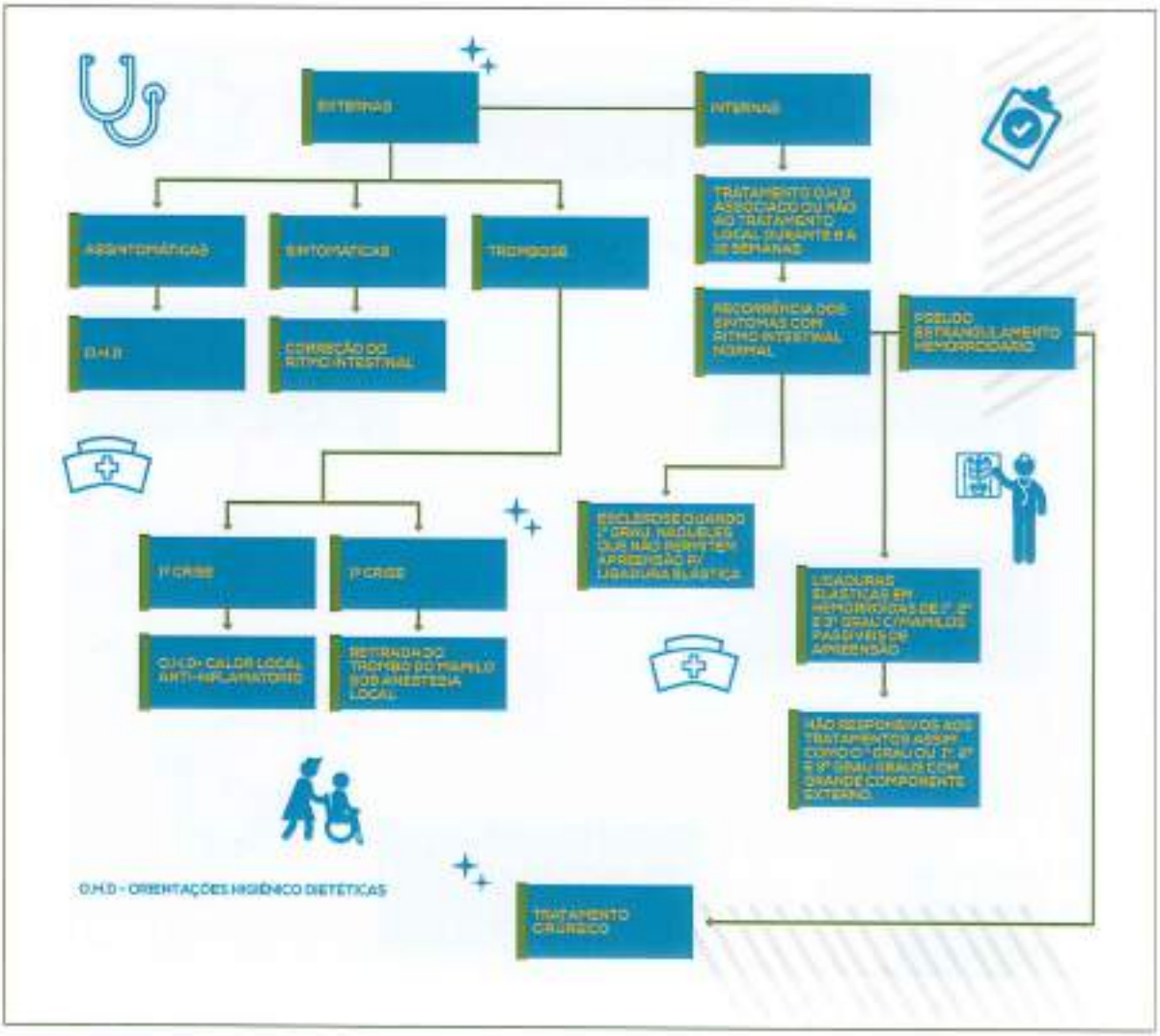
DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



DOENÇA – PILONIDAL SACROCOCCIGEA

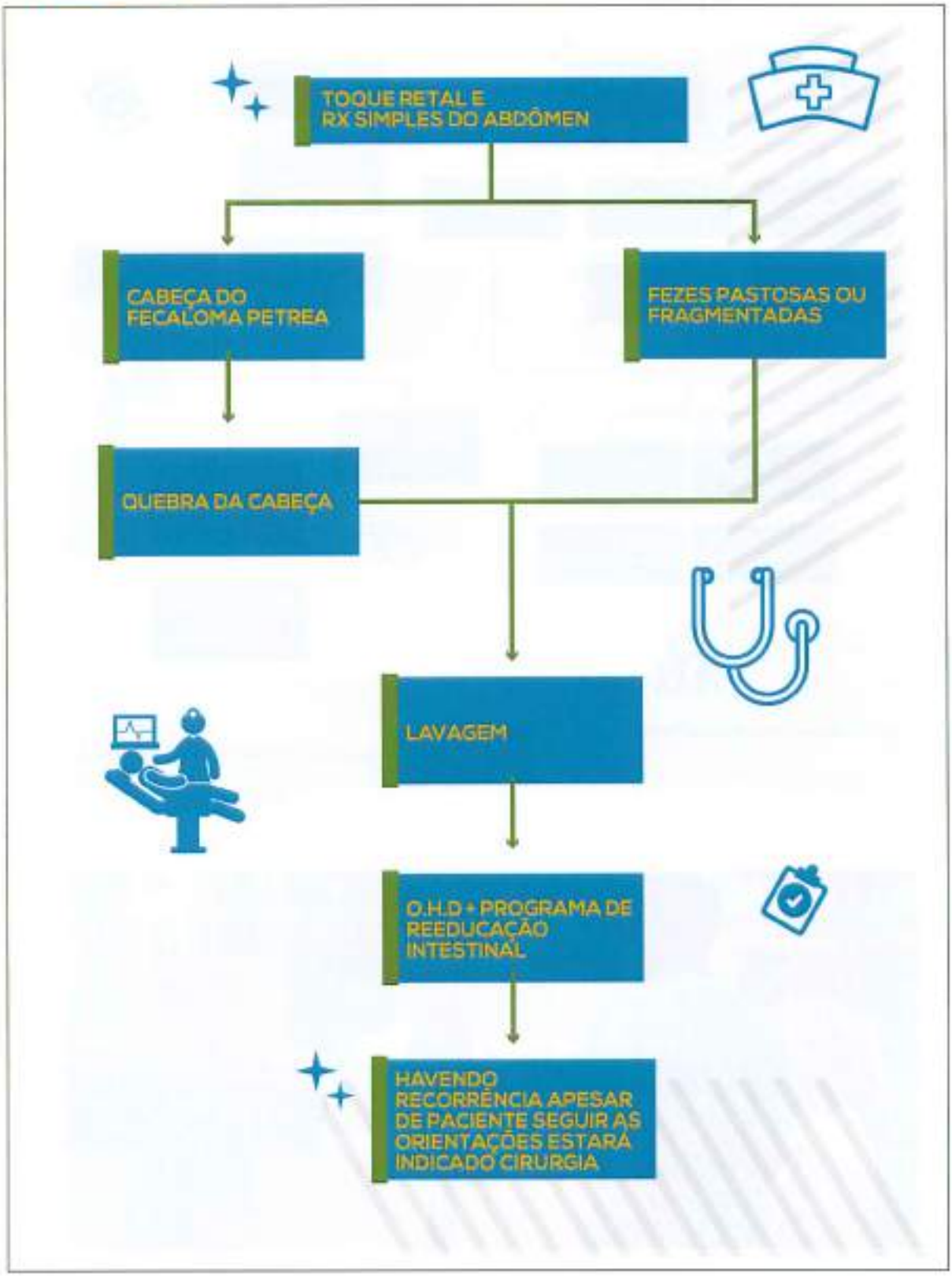


HEMORRÓIDAS

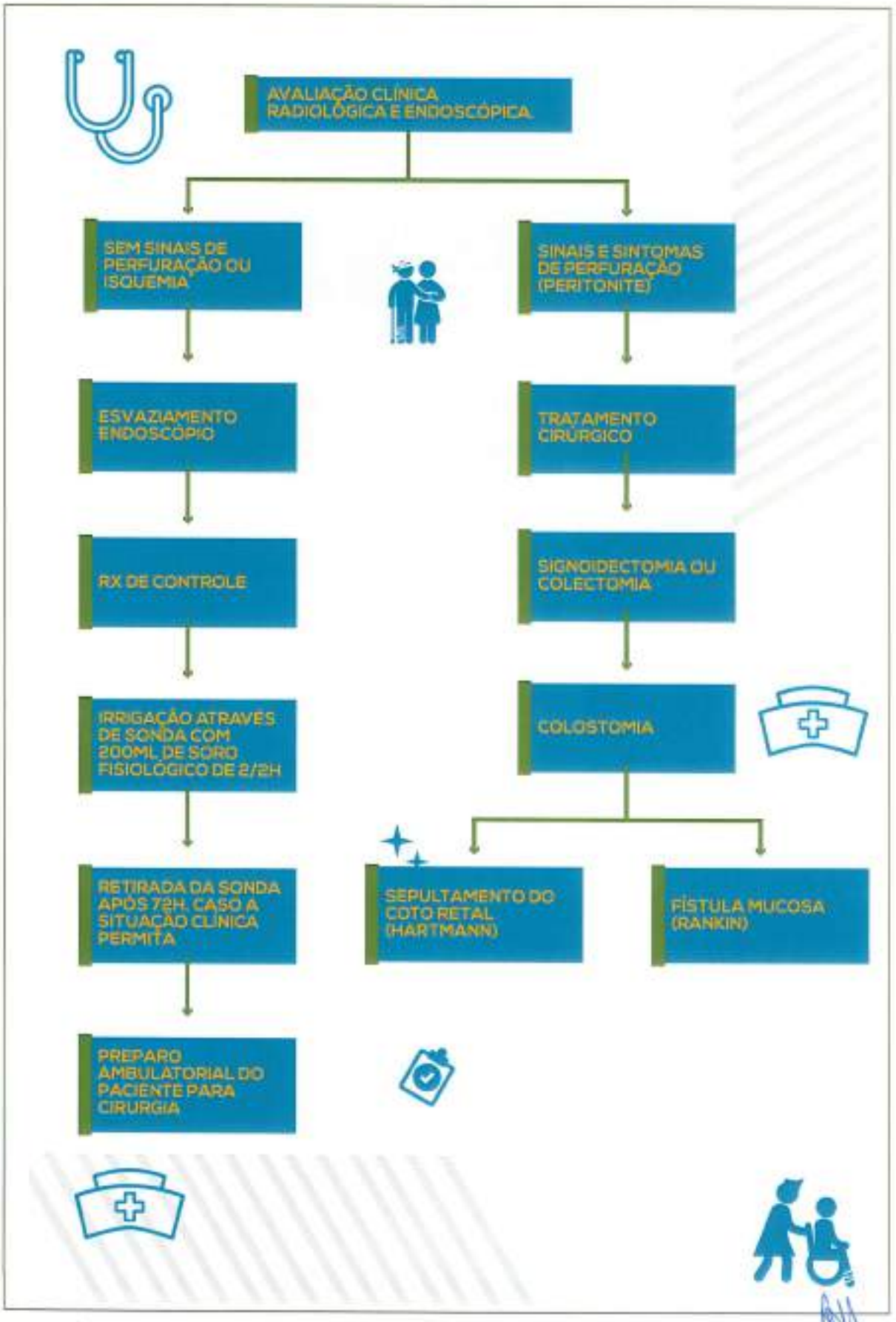




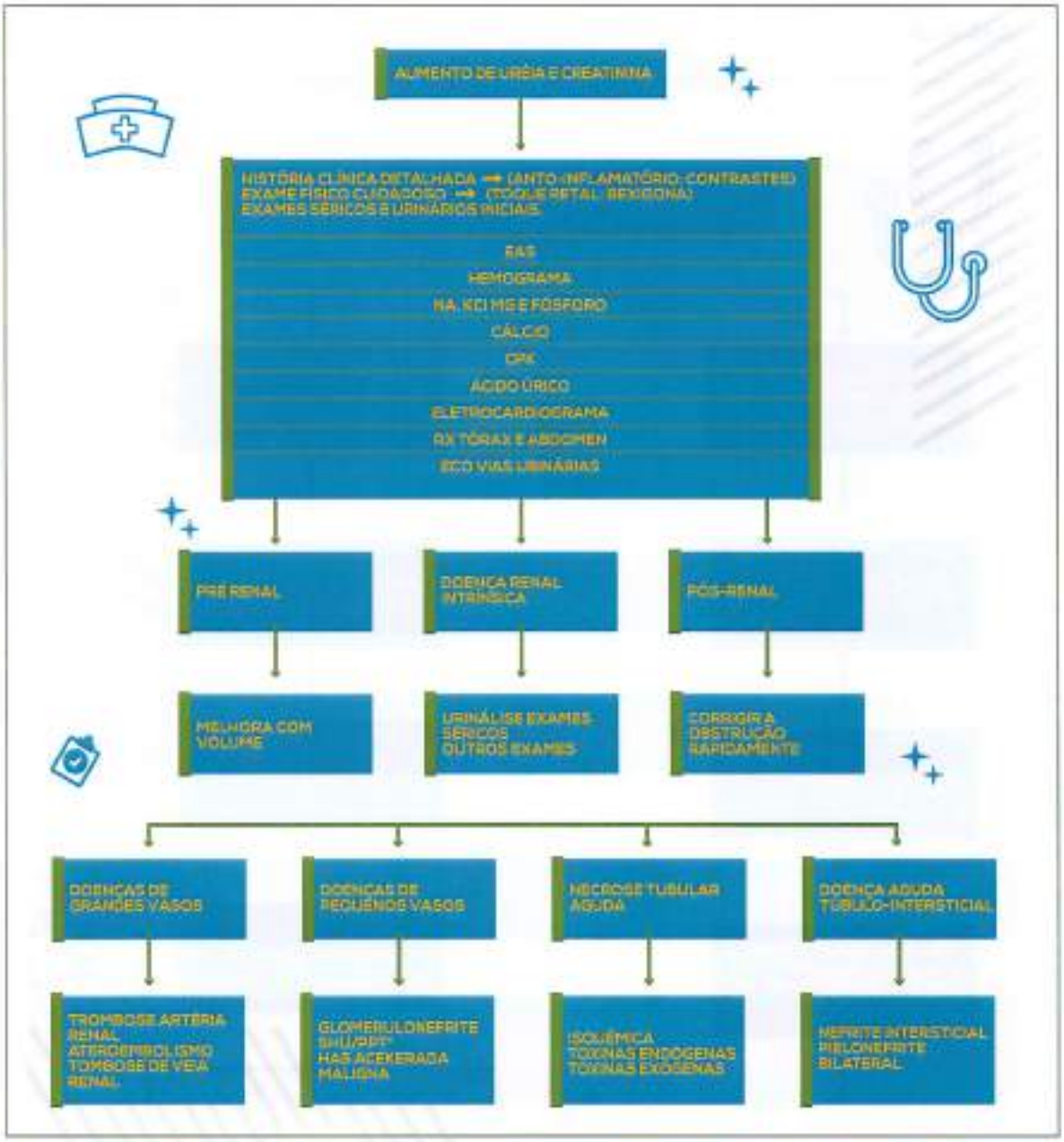
FECALOMA


TOQUE RETAL E
RX SIMPLES DO ABDÔMEN
CABEÇA DO
FECALOMA PETREA
FEZES PASTOSAS OU
FRAGMENTADAS
QUEBRA DA CABEÇA
LAVAGEM
O.H.D + PROGRAMA DE
REEDUCAÇÃO
INTESTINAL
HAVENDO
RECORRÊNCIA APESAR
DE PACIENTE SEGUIR AS
ORIENTAÇÕES ESTARÁ
INDICADO CIRURGIA

VOLVO


AVALIAÇÃO CLÍNICA RADIOLÓGICA E ENDOSCÓPICA
SEM SINAIS DE PERFURAÇÃO OU ISQUEMIA
SINAIS E SINTOMAS DE PERFURAÇÃO (PERITONITE)
ESVAZIAMENTO ENDOSCÓPIO
TRATAMENTO CIRÚRGICO
RX DE CONTROLE
SIGNOIDECTOMIA OU COLECTOMIA
IRRIGAÇÃO ATRAVÉS DE SONDA COM 200ML DE SORO FISIOLÓGICO DE 2/2H
COLOSTOMIA
RETIRADA DA SONDA APÓS 72H, CASO A SITUAÇÃO CLÍNICA PERMITA
SEPULTAMENTO DO COTO RETAL (HARTMANN)
FÍSTULA MUCOSA (RANKIN)
PREPARO AMBULATORIAL DO PACIENTE PARA CIRURGIA

INSUFICIÊNCIA RENALA GUDA

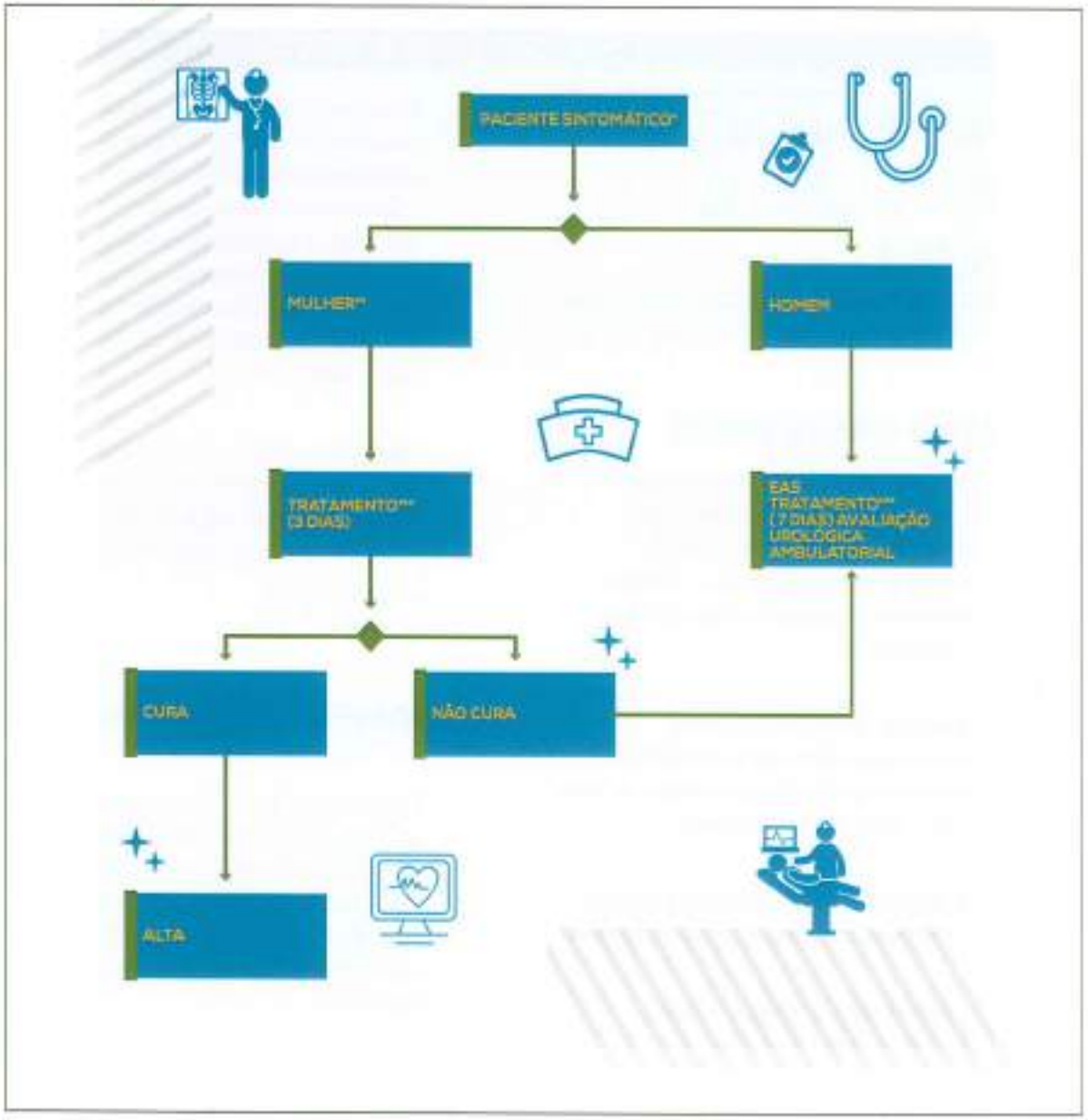




INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum no ser humano, ocorre em todasas faixas etárias, em ambos os sexos, sendo mais freqüente nas mulheres (10 a 20% delas apresentarão um episódio em suas vidas). A ITU pode se apresentar de duas formas: não-complicadas (sem alterações anatômicas oudoenças associadas sistêmicas) e complicadas (com o trato genitourinário anormal, seja de modo funcional ou estrutural). Além disso, dividem-se baixa e alta, sendo a primeira com quadro clínico de disúria, polaciúria, urgênciamiccional e dor suprapúbica, enquanto a segunda se caracteriza por dor no flanco, febre, náuseas, vômitos e punho percussão presente. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico acima descrito associado ao achado de urocultura positiva (mais de 100mil unidades formadoras de colônia - UFC - por ml)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO



ITEM 3.3.4 - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS,HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS.

AMAMENTAÇÃO: PROTEÇÃO E APOIO

CENTRO OBSTÉTRICO

- Manter um ambiente de apoio e conforto emocional para que, sempre que possível, o recém-nascido seja colocado em contato íntimo com sua mãe, logo após o nascimento;
- Realizar os procedimentos neonatais de rotina e reconduzir o recém-nascido ao aconchego da sua mãe, sempre que possível;
- A primeira mamada deverá ocorrer preferencialmente na 1ª hora de vida.
- Liberar mãe e recém-nascido, juntos, sempre que possível, e encaminhá-los ao alojamento conjunto;
- Incentivar as mães de recém-nascidos de risco a comparecer na Unidade de Tratamento Intensivo neonatal ou na Unidade Intermediária, visando o aleitamento materno ou a expressão manual do leite o mais precocemente possível, de acordo com cada caso;
- Capacitar, de forma continuada, toda a equipe de saúde, incluindo acadêmicos e pós-graduandos, tendo em vista o cumprimento destas rotinas.

ALOJAMENTO CONJUNTO

- Levar a puérpera e o recém-nascido sem fatores de risco diretamente do Centro Obstétrico para o alojamento conjunto, ficando o recém-nascido ao lado da mãe. Os dois serão supervisionados por pessoal treinado;
- Informar à mãe que a criança dever ser colocada para mamar, sob livre demanda, a qualquer hora do dia

ou da noite, e que nenhum outro bico, chupeta ou alimento deverá ser oferecido ao recém-nascido. Nas contraindicações e na necessidade de complementação da dieta, o leite será oferecido em copinho;

- Orientar as puérperas sobre a pega correta da mama pelo recém-nascido e o seu melhor posicionamento durante a amamentação, esclarecendo, também, que cada mãe deverá amamentar exclusivamente o seu filho;

- Ensinar as puérperas durante a sua permanência no hospital, o mecanismo de lactação, técnicas de amamentação, cuidados com a mama, extração manual do leite e sua conservação;

- Incentivar as mães, no momento da alta hospitalar, a manter a amamentação exclusiva até 6 meses de vida e a participar de grupos de apoio à amamentação. Em caso de dificuldades, orientá-las a procurar ajuda no Ambulatório da Maternidade-Escola ou em Centro de Saúde próximo da residência;

- Impedir a publicidade e a distribuição de bicos artificiais, mamadeiras e amostras de fórmulas lácteas na Instituição.

UTI NEONATAL E UNIDADE INTERMEDIÁRIA (CONVENCIONAL E CANGURU)

- Informar sobre as contraindicações do uso de bicos, chupetas e mamadeiras, explicando o uso do copinho como instrumento de transição para a amamentação, assim como as técnicas de expressão manual e de conservação do leite materno, objetivando manutenção da lactação;

- Sensibilizar a equipe de saúde sobre a importância da permanência prolongada ou da reinternação das mães para o sucesso do aleitamento materno e o restabelecimento do recém-nascido, fortalecendo o vínculo mãe-bebê.

AMBULATÓRIO PÓS-NATAL

- Manter cursos de atualização e reciclagem em manejo clínico da lactação para todos os profissionais e estudantes envolvidos no atendimento ambulatorial;

- Manter a rotina do exame mamário e a orientação necessária às puérperas no atendimento ambulatorial;

- Formar grupos de puérperas e seus familiares nas consultas de retorno ambulatorial através das Ações Educativas do planejamento familiar e do aleitamento materno, visando manter o incentivo à amamentação exclusiva e esclarecer, mais uma vez, sobre os prejuízos do uso do álcool, tabaco, bicos, chupetas e mamadeiras, bem como a introdução de outros alimentos antes dos 6 meses;

- Atenção especial para o atendimento da mulher no pós-parto em caso de complicações mamárias (ingurgitamento, mastite), evitando a interrupção da lactação;

- Estimular o Método de Amenorréia Lactacional (LAM) e outros métodos que não prejudiquem a amamentação, durante a

assistência do planejamento familiar;

- Fornecer informações sobre aleitamento materno e planejamento familiar para nutrizes e familiares através de cartazes, cartilhas e outros meios.

AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA

- Capacitar, em manejo clínico da lactação, todo o pessoal que trabalhe nos ambulatórios - docentes, técnicos e estudantes;
- Examinar as mamas das nutrizes e observar uma mamada, dando as orientações adequadas em caso de problemas com ingurgitamento, fissuras e erros de técnica, entre outros;
- Personalizar o atendimento, aplicando as técnicas de Aconselhamento e tentando que um mesmo profissional acompanhe a nutriz a cada consulta;
- Possibilitar a formação de grupos de nutrizes visando dinamizar as discussões sobre o tema;
- Manter afixados cartazes e orientações de incentivo ao aleitamento materno;
- Elaborar e distribuir cartilhas sobre amamentação e sobre cuidados pós-natais que orientem as nutrizes e seus familiares;
- Registrar no prontuário médico os problemas e dúvidas das pacientes, bem como as orientações feitas;
- Orientar a nutriz sobre a importância da introdução oportuna e correta dos alimentos complementares com base nos alimentos da família, a partir dos 6 meses, continuando a amamentação até os 2 anos ou mais, contraindicando o uso de chupetas, mamadeiras, bicos de silicone e fórmulas infantis;
- Reforçar a importância de uma dieta adequada no período de



lactação. Quando indicado, a orientação deverá ser fornecida por nutricionista;

- Desencorajar, durante a lactação, o uso de álcool, tabaco e de outras drogas, assim como medicamentos sem orientação médica;
- Apoiar as nutrizes na escolha de métodos de planejamento familiar que não prejudiquem a amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.1. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: . Acesso em: 14 mar. 2013.

CARDIOPATIA CONGÊNITA

Ocorrem em nove de cada mil nascidos vivos e aproximadamente 25% deles necessitarão de intervenção ainda no primeiro ano de vida. O período de apresentação e a evolução dos sintomas dependem da natureza e gravidade do defeito anatômico e das alterações na fisiologia cardiovascular secundárias aos efeitos da circulação transitória (fechamento do canal arterial e da diminuição da resistência vascular pulmonar).

SINAIS CLÍNICOS IMPORTANTES:

CIANOSE – AS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS QUE SE APRESENTAM COM CIANOSE GERALMENTE SÃO AQUELAS EM QUE O FLUXO PULMONAR É DEPENDENTE DO CANAL ARTERIAL (EX.: ATRESIA PULMONAR). HIPOXEMIA QUE NÃO RESPONDE A OXIGENIOTERAPIA.

BAIXO DÉBITO SISTÊMICO – CARDIOPATIAS COM LESÕES OBSTRUTIVAS DO LADO ESQUERDO COM FLUXO SISTÊMICO DEPENDENTE DO CANAL ARTERIAL (EX.: ATRESIA DE AORTA) CAUSAM BAIXO DÉBITO, MANIFESTANDO-SE COM: TAQUIPNÉIA, CANSAÇO ÀS MAMADAS, PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, TAQUICARDIA, DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DOS PULSOS PERIFÉRICOS E HIPOTENSÃO.

TAQUIPNÉIA – CARDIOPATIAS COM GRANDE SHUNT ESQUERDA-DIREITA (EX.: COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR GRANDE) APRESENTAM TAQUIPNÉIA EM REPOUSO, QUE PIORA DURANTE A MAMADA SEM OUTROS SINAIS DE BAIXO DÉBITO.

SOPROLOGIA – RECÉM-NASCIDOS COM SOPRO NECESSITAM DE ECOCARDIOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO. MAS NÃO ESQUECER DAS MUITAS CARDIOPATIAS GRAVES QUE CURSAM SEM ELE.
A AVALIAÇÃO INICIAL DO NEONATO COM SUSPEITA DE DOENÇA CARDÍACA CONGÊNITA DEVE SEGUIR OS SEGUINTES PASSOS:

Exame Físico:

- Aferição da pressão sanguínea nos quatro membros;
- RX de tórax;
- Eletrocardiograma;
- Teste da hiperóxia;

Com base nessa avaliação inicial, um neonato com suspeita de cardiopatia congênita tem que ser estabilizado, avaliado por um cardiologista pediátrico e, se necessário, encaminhado para um centro de tratamento específico.

- A estabilização realizada pelo intensivista neonatal consiste em:
- Ressuscitação – neonato que apresenta baixo débito cardíaco ou choque tem que ter o suporte avançado da vida (via aérea estável com ventilação adequada, acesso vascular confiável);
- Administração de volume, suporte inotrópico e correção de acidose metabólica são essenciais para melhorar o débito cardíaco e a perfusão tecidual;
- Prostaglandina E1 (PGE1) – utilizá-la quando um neonato for reprovado no teste da hiperóxia ou quando evoluir com insuficiência cardíaca aguda (choque por fluxo sanguíneo dependente do canal arterial). Logo a PGE1 é indicada para manter a permeabilidade do canal;
- Agentes inotrópicos – As aminas simpaticomiméticas melhoram o desempenho miocárdico assim como a perfusão tecidual;
- O diagnóstico definitivo se dá por ecocardiograma e/ou cateterismo cardíaco.

AS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS PODEM SER ASSIM AGRUPADAS:

Fluxo pulmonar dependente do canal arterial:

- Obstrução ao fluxo pulmonar secundária à atresia da valva pulmonar ou estenose pulmonar grave;
- Há shunt direito esquerdo intracardíaco, associado à redução do fluxo pulmonar, dependente da permeabilidade do canal arterial.

Manifestações clínicas:

- Cianose acentuada que não responde ao oxigênio;
- Sem sinal de baixo débito;
- Sem desconforto respiratório;
- RX com trama vascular diminuída.

Fluxo sistêmico dependente do canal arterial:

- Obstrução ao fluxo sistêmico secundária à atresia ou estenose crítica da valva aórtica, ou à obstrução do arco aórtico. o São elas:
- Síndrome da hipoplasia do coração esquerdo;

- Estenose aórtica crítica;
- Coarctação da aorta;
- Interrupção do arco aórtico;
- Ocorre obstrução ao fluxo sistêmico na via de saída do ventrículo esquerdo ou na região do arco aórtico, tornando-o dependente da permeabilidade do canal.

Manifestações clínicas:

- Taquipnéia por congestão pulmonar;
- Baixo débito sistêmico;
- Cianose discreta;
- O RX de tórax mostra área cardíaca aumentada e trama vascular pulmonar aumentada.

Circulação em paralelo:

Transposição dos grandes vasos, onde o retorno venoso sistêmico é orientado para a aorta e o pulmonar para a artéria pulmonar, caracterizando uma circulação em paralelo.

Manifestações clínicas:

- Cianose importante e de início precoce;
- Taquidispnéia progressiva;
- RX com área cardíaca normal ou aumentada e trama vascular pulmonar aumentada.

Shunt misto:

- Conexão anômala das veias pulmonares;
- Truncus e ventrículo único sem estenose pulmonar;
- Ocorre shunt esquerda-direita e direita-esquerda. Manifestações clínicas: cianose discreta, taquidispnéia, insuficiência cardíaca;
- RX com área cardíaca aumentada e trama vascular pulmonar aumentada.

Shunt esquerda-direita:

- Comunicação interventricular;
- Defeito do septo atrioventricular total e persistência do canal arterial.

Manifestações clínicas:

- Taquidispnéia;
- Insuficiência cardíaca;
- Ausência de cianose e sopro;
- RX com área cardíaca aumentada e trama vascular aumentada.

DIAGNÓSTICO

Sinais Clínicos:

- Sopro;
- Taquipnéia;
- Cianose;
- RX tórax – área cardíaca e trama vascular;
- Teste da hiperóxia – oferecer oxigênio a 100% para o RN e verificar a PO2 por gasometria arterial pré (membro superior direito) e pós ductal (membros inferiores);
- Teste positivo: PO2>250mmHg;
- PO2 < 100mmHg – cardiopatia congênita grave e entre 100 e 250mmHg –provável cardiopatia congênita com shunt misto;
- Se houver diferença na PO2 pré e pós ductal maior que 20mmHg suspeitar de hipertensão pulmonar;
- Ecocardiograma com doppler colorido;
- Cateterismo cardíaco.

TRATAMENTO

OXIGENIOTERAPIA – REQUER ATENÇÃO, POIS ALGUMAS CARDIOPATIAS PODEM APRESENTAR PIORA CLÍNICA COM OFERTA EXAGERADA DE OXIGÊNIO.

VENTILAÇÃO MECÂNICA – UTILIZAR QUANDO A HIPOXEMIA FOR MUITO ACENTUADA, < OU = 60%.

PROSTAGLANDINA E1 – PERMITE A ESTABILIZAÇÃO DO RN E AJUDA A GANHAR TEMPO PARA A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E PLANEJAMENTO ADEQUADO DO TRATAMENTO. INICIAR A PGE1 ANTES DO DIAGNÓSTICO EM DUAS SITUAÇÕES:

I) CIANOSE ACENTUADA QUE NÃO MELHORA COM O OXIGÊNIO;

II) CHOQUE SEM RESPOSTA AO TRATAMENTO HABITUAL. SEU PRINCIPAL EFEITO COLATERAL É A APNÉIA. ENTÃO, SEMPRE QUE INICIADA ESSA MEDICAÇÃO, DEVEMOS ESTAR PREPARADOS PARA UMA POSSÍVEL INTUBAÇÃO.

CATETERISMO CARDÍACO – PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO. MUITO UTILIZADO PARA REALIZAR UMA ATRIOSSEPTOSTOMIA (AMPLIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL), MUITAS VEZES NECESSÁRIA PARA A MANUTENÇÃO DA VIDA DE RNS QUE POUCO OU NÃO MELHORAM COM A PROSTAGLANDINA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, F., et al. Quando suspeitar de cardiopatia congênita no recém-nascido. *Medicina* (Ribeirão Preto). v.35, n.2, p.192-197, 2002.

KEMPER, A.R., et al. Strategies for implementing screening for critical congenital heart disease. *Pediatrics*, v.128, n.5, p.1259-1267, 2011.

MAHLE, W.T., et al. Role of pulse oximetry in examining newborns for congenital heart disease: a scientific statement from the American Heart Association and American Academy of Pediatrics. *Circulation*, v.120, n.5, p.447-458, 2009.

WECHSLER, S. B.; WERNOVSKY, G. Distúrbios cardíacos. In: CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. *Manual de neonatologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.349-394.

CHOQUE

É um estado agudo de disfunção circulatória que leva à insuficiência na perfusão tecidual, utilização de oxigênio e produção de energia celular. A persistência deste estado pode causar danos celulares irreversíveis, falência de múltiplos órgãos e morte.

Oxigenação tecidual é resultado do equilíbrio entre a oferta (DO2) e o consumo (VO2) de oxigênio, sendo: O volume sistólico é influenciado por três forças: a contratilidade, a pré-carga e a pós-carga. A contratilidade pode ser definida como a força de contração do miocárdio. É o inotropismo.

A pré-carga é o estiramento da parede ventricular ao final da diástole determinado pelo volume de sangue. A pós-carga são todos os fatores que contribuem para a tensão da parede miocárdica: resistência vascular sistêmica e pulmonar, raio e espessura da parede ventricular. Em hemodinâmica o débito cardíaco é expresso como índice cardíaco (IC) relacionado com a superfície de área corpórea. O conteúdo arterial de oxigênio é definido por duas frações como na equação, a fração ligada a hemoglobina e a solúvel no plasma, de menor importância. O consumo de oxigênio é determinado pelo metabolismo celular.

O recém-nascido apresenta algumas peculiaridades capazes de interferir na fisiopatologia e na resposta ao choque como menor massa contrátil do miocárdio, paredes do ventrículo esquerdo (VE) ainda não espessadas e aumento da resistência pulmonar, fatores determinantes para baixa reserva contrátil, capacidade limitada em aumentar o volume sistólico em resposta ao aumento da pré-carga e pouca tolerância a incrementos da pós-carga, associado a imaturidade do controle do tônus vasomotor. Para manter o débito cardíaco, é mais dependente da frequência cardíaca e da estimulação simpática.

CLASSIFICAÇÃO

O choque pode ser classificado como hipovolêmico, cardiogênico ou distributivo, sendo este último o mais comum no período neonatal.

O choque hipovolêmico ocorre por diminuição do volume sanguíneo circulante, com redução da pré-carga, do volume sistólico e do débito cardíaco. Esta redução leva ao aumento da frequência cardíaca, contratilidade e resistência vascular periférica secundários

ao aumento do tônus simpático. A redução do fluxo sanguíneo renal ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona, facilitando a absorção de água pelos rins e alterações na microcirculação são capazes de redistribuir líquidos do extra para o intravascular. Este tipo de choque pode ocorrer devido a perdas hemorrágicas (transfusão feto-materna ou feto-fetal, prolapso de cordão umbilical, descolamento prematuro de placenta), perda plasmática (sepse, enterocolite necrotizante, malformações gastrintestinais).

O choque cardiogênico ocorre em detrimento da reserva cardíaca, geralmente relacionado à transição da circulação fetal-neonatal. No útero, cerca de 85% da circulação fetal atravessa o forame oval e ducto arterial, não passando pelo pulmão cuja pressão encontra-se mais elevada que a sistêmica. No nascimento, com a respiração os pulmões são aerados havendo queda da pressão no território pulmonar e a ativação da cascata inflamatória que culmina com o fechamento do forame oval e do ducto arterioso. No entanto, a resistência vascular pulmonar pode permanecer elevada, nestes casos o choque estará acompanhado de hipertensão pulmonar persistente aumentando o trabalho do ventrículo direito. Se, em associação, houver obstrução ao fluxo de saída do ventrículo esquerdo, poderá haver insuficiência cardíaca biventricular.

O choque séptico é a forma mais comum de colapso circulatório. Apresenta-se com comprometimento precoce da função cardíaca, seja por sobrecarga pressórica ou por ação direta de citocinas no miocárdio, alteração da microcirculação com aumento da resistência vascular sistêmica e da resistência vascular pulmonar, como produto da hipóxia e acidose.

QUADRO CLÍNICO

A redução da perfusão é manifestada por alteração do estado mental, enchimento capilar lento, extremidades frias e moteadas, redução do débito urinário <1ml/kg/h. Choque com baixa resistência periférica acompanhado de vasodilatação, pulsos amplos e difusos e enchimento capilar rápido também pode estar presente.

A hipotensão surgirá na fase mais tardia do choque quando os mecanismos não serão suficientes para compensar o desequilíbrio entre a oferta e a demanda pelo oxigênio.

TRATAMENTO

- Os objetivos do manejo do choque séptico na primeira hora incluem:
- Manter via aérea, oxigenação e ventilação;
- Restabelecer a circulação (perfusão e pressão arterial);
- Normalizar a frequência cardíaca;
- Manter a circulação neonatal (revertendo a hipertensão pulmonar);
- administrar antibióticos e colher culturas; corrigir distúrbios do cálcio e da glicose;
- manter a temperatura;

- Excluir a presença de cardiopatia canal-dependente, erro inato do metabolismo e canal arterial patente em prematuros

A veia umbilical é a via vascular preferencial, na sua ausência podem ser obtidos dois acessos vasculares periféricos ou intra-ósseo. O cateter venoso umbilical pode ser posicionado na junção da veia cava inferior com o átrio direito ou na veia cava superior para aferição da saturação venosa mista de oxigênio. A artéria umbilical pode servir para medida da pressão arterial invasiva.

A reposição de volume no choque deve respeitar alguns conceitos: no recém-nascido a termo pode ser feito 10 ml/kg de soro fisiológico a 0,9% em 10 minutos, podendo chegar até 60 ml/kg na 1a hora; no prematuro, 10 ml/kg em 30 minutos até no máximo 30 ml/kg, em prematuros extremos até 20 ml/kg se não houver evidência de perdas. A infusão rápida de volume pode causar hemorragia intracraniana e dificultar o fechamento fisiológico do canal arterial.

AMINAS VASOATIVAS

A dopamina é um precursor natural da adrenalina e noradrenalina, sendo capaz de estimular todos os receptores que aumentam a contratilidade, a pré e a pós-carga. Em doses até 5 mcg/kg/min a ação predominante é dopaminérgica, com vasodilatação renal e mesentérica, de 5 a 10 mcg/kg/min o efeito é inotrópico, acima de 10 mcg/kg/min tem ação vasopressora. Nos prematuros, pode ocorrer vasoconstrição pulmonar proporcional a sistêmica com hipertensão pulmonar, taquicardias, arritmias.Dobutamina é uma catecolamina sintética capaz de promover vasodilatação (efeito **β**), aumento da frequência cardíaca e contratilidade (efeito **α**). É útil no choque que cursa com disfunção miocárdica e aumento da resistência periférica. Promove vasodilatação periférica e pulmonar. A dose varia de 5 - 20 mcg/kg/min.

Adrenalina em doses baixas de 0,03 a 0,5 mcg/kg/min tem efeito inotrópico, cronotrópico, vasodilatação sistêmica e pulmonar. Em doses mais altas o efeito predominante passa a ser vasopressor **α**-adrenérgico, aumentando a pressão sistêmica mais do que a pulmonar. Os efeitos adversos são aumento do débito cardíaco, da resistência vascular periférica, hipertensão, taquicardia. Em prematuros pode haver aumento do lactato e da glicemia transitória. Noradrenalina tem atividade βIe alpotente, aumentando a resistência vascular sistêmica e pressão sanguínea. Entretanto, pode reduzir o débito por deprimir a frequência cardíaca. Seu uso é indicado no choque com baixa resistência sistêmica na dose de 0,05 a 0,5 mcg/kg/min.

Milrinona é um inibidor da fosfodiesterase com ação vasodilatadora sistêmica e pulmonar e importante inotropismo. Possui metabolismo lento com meia-vida de 4-6 horas, o que torna seus efeitos adversos (hipotensão e arritmias) de difícil controle. É indicado no choque com aumento da resistência vascular sistêmica e disfunção ventricular na dose de 0,1 a 1mcg/kg/minuto.Vasopressina e seu

análogo Terlipressina atuam na regulação do tônus vascular e homeostase. É utilizado no choque com vasodilatação na dose de 0,0002 a 0,002 mUI/kg/minuto. Alternativas terapêuticas ao tratamento do choque podem ser associadas:

- Hidrocortisona para tratar hipotensão refratária no prematuro extremo, na dose de 1 mg/kg/dose a cada 12 horas durante 2 a 3 dias. corrigir a acidose metabólica com bicarbonato a fim de manter o pH acima de 7,25 é necessário para permitir que as catecolaminas atuem nos seus respectivos receptores e desencadeiem as respostas intracelulares;
- O uso do óxido nítrico em concentrações iniciais de 20 ppm é tratamento de eleição para hipertensão pulmonar, associado a inotrópico e adequada sedação. Seu uso continuo pode aumentar a metemoglobina, piorando a oxigenação;
- Alcalose moderada e hiperventilação auxiliam no tratamento por produzirem vasodilatação pulmonar.

MONITORIZAÇÃO DO CHOQUE

O acompanhamento da frequência cardíaca, pressão arterial, tempo de enchimento capilar são importantes parâmetros clínicos para avaliar o tratamento do choque. O cérebro e os rins são os órgãos com maior fluxo de sangue por área de superfície, deste modo, a avaliação do estado mental (atividade e reatividade) e do débito urinário são fortes indicadores de melhora clínica. Biomarcadores como o lactato podem ser usados.

A medida da pressão venosa central (PVC) pode ser um bom indicador do estado de volemia do paciente, orientando o intensivista na reposição de fluidos (normal de 8 a 12 mmHg). Entretanto, pressão torácica aumentada (ventilação com pressão positiva, hipertensão pulmonar) e pressão abdominal aumentada alteram a medida da PVC.

A avaliação da saturação venosa central (ScvO2) é confiável se hemoglobina > 10 g/dl para avaliação do débito cardíaco, devendo ser mantida > 70%. Porém todos os parâmetros para o estudo hemodinâmico descritos acima sofrem algum tipo de interferência estando sujeitos a avaliação incorreta. Deste modo, cada vez mais encoraja-se o uso do ecocardiograma transesofágico para monitoração do choque nas unidades intensivas neonatais. A medida do fluxo de veia cava superior está relacionada à pré-carga, estimando a volemia do paciente. Manter fluxo de veia cava superior > 40 ml/kg/minuto.

O índice cardíaco é mais confiável do que as outras avaliações indiretas já descritas do débito cardíaco. O índice deve ser mantido entre 3,3 e 6,0 L/m2/minuto; quando menor sinaliza a necessidade de inotrópicos associados ou não a vasodilatadores, do mesmo modo que índices maiores estão relacionados a choque hiperdinâmico, devendo ser corrigido com vasopressores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENEVIVA, G. et al. Hemodynamic support in fluid-refractory pediatric septic shock. Pediatrics. v.102, n.2, p. e19, 1998.

EVANS, N. Support of preterm circulation: keynote address to the Fifth Evidence vs Experience Conference, Chicago, June 2008. J. Perinatol., v.29, n.suppl2, p.S50-57, 2009.

DE BOODE, W.P. Cardiac output monitoring in newborns. Early Hum. Dev., v.86, n.3, p.143-148, 2010.

DOENÇA DISPLÁSICA DO QUADRIL

IMPORTÂNCIA DA DOENÇA DISPLÁSICA DO QUADRIL

O quadril encontra-se instável em decorrência da associação de displasia acetabular e frouxidão capsular. O quadril instável e a verdadeira luxação congênita do quadril podem determinar seqüelas futuras da articulação e até necrose da cabeça do fêmur.

De fácil diagnóstico e tratamento no recém-nascido. Geralmente surge isoladamente e sem manifestações externas. Por não haver outros sinais clínicos, a instabilidade só será diagnosticada se pesquisada objetivamente. Com o passar do tempo, as manobras tornam-se negativas, só se percebendo a assimetria quando o bebê engatinha. Quanto mais precoce o tratamento, melhor o prognóstico articular.

FATORES DE RISCO

- Sexo feminino;
- Apresentação pélvica;
- História familiar de luxação congênita de quadril;
- Associação com torcicolo muscular congênito e/ou pé torto congênito por adução dos metatarsos.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Os testes de Barlow e Ortolani são medidas obrigatórias no exame físico do RN;
- O neonato há que estar tranqüilo para a correta realização dos referidos testes.

TESTE DE BARLOW - DESLOCA O QUADRIL INSTÁVEL

- Estabiliza-se a pelve do RN com uma mão. Com a outra mão flexiona-se e aduz-se o quadril, ao mesmo tempo em que se aplica uma força posterior;

- Se o quadril é deslocável sente-se um "click".

TESTE DE ORTOLANI - REDUZ O QUADRIL RECENTEMENTE LUXADO

- Mais freqüentemente positivo entre 1 e 2 meses de vida;
- Após os 2 meses de idade, geralmente não é mais possivel a redução;
- Estabiliza-se a pelve do RN com uma mão. Com a outra mão flexiona-se e aduz-se o quadril, ao mesmo tempo em que se desloca a cabeça femoral anteriormente, para dentro do acetábulo.

CONDUTA

- Solicitar exame ultrassonográfico do quadril;
- Orientar a mãe sobre a benignidade do quadro clínico e sua evolução para cura, se bem conduzido;
- O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possivel, e consiste no uso de órteses que mantém o quadril em posição de abdução, rotação externa e flexão, ficando o quadril encaixado ao máximo no fundo do acetábulo. O tratamento dura 2 a 3 meses.

PROGNÓSTICO

Bom, ficando o quadril normal em quase a totalidade dos casos tratados no período neonatal.

REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.3. (Série A - Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v3.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

HIPOGLICEMIA NEONATAL



Há divergência de valor mínimo aceitável da glicemia sérica quanto ao risco de complicações neuropsicomotoras futuras, visto que:

- Não há ponto de corte específico,
- A sensibilidade à hipoglicemia é individual;
- A tolerância varia com:
- A idade gestacional - prematuros têm glicemias menores que recém-nascidos a termo;
- Dias de vida - glicemias costumam ser mais baixas, fisiologicamente, nas primeiras 72 horas de vida o presença ou não de sintomas associados - glicemias maiores se sintomas compatíveis que melhorem com a oferta de glicose.

A maioria dos autores define hipoglicemia com glicemia sérica ≤ 40 mg/dl.

ETIOLOGIA

- Baixa produção de glicogênio hepático: CIUR, prematuridade;
- Aumento do consumo/depleção dos estoques de glicogênio hepático: CIUR, estresse perinatal (sepse/hipotermia), pós-datismo e policitemia;
- Hiperinsulinismos: GIG, filho de mãe diabética, doença hemolítica perinatal; tumor produtor de insulina, uso materno de Beta-adrenérgicos;
- Presença de doença de base: Erros Inatos do Metabolismo (EIM), doenças endócrinas com hipopituritarismo, deficiência de glucagon, hipocortisolismo.
- Outras: pós exsangüíneotransfusão total (por sangue com anticoagulante citrato-fostato-dextrose).

CLASSIFICAÇÃO (quanto ao tempo de evolução)

- Transitórias (até 4-8 semanas de vida);
- Prematuridade, GIG e filhos de mães diabéticas, policitemia, eritroblastose, uso de drogas maternas, sepse/hipotermia, PIG e asfixia podem ter hipoglicemia mais duradora. Persistentes (após oito semanas de vida);
- Hiperinsulinismo por insulinomas ou defeitos do canal PotássioATP, EIM, doenças endócrinas.

QUADRO CLÍNICO

- É Inespecífico;
- Choro anormal, apnéia, cianose, gemência, hipotonia, tremores, irritabilidade, vômitos, sudorese, taquicardia e convulsões.

PREVENÇÃO

Evitar tanto jejum materno prolongado quanto oferta excessiva de glicose intravenosa durante o trabalho de parto e ato operatório.

Determinação seriada e glicemia capilar nos grupos de risco (esquemas variáveis):

- GIG e PIG: 1h/2h/3h/4h/6h/9h/12h/24h e 48h;
- Filhos de mãe diabética: 1h/2h/3h/4h/6h/9h/12h e 48h;
- Pós cirurgia/EXTF: 3h/6h/9h e 12h;
- No geral:1, 2, 4 e 6 horas de vida;
- Após 6 horas de vida = 6/6 horas pelo menos 24 a 48 horas.
- CONDUTA NA HIPOGLICEMIA REFRATÁRIA (quando TIG superior a 12-15 mg/Kg/min):
- Hidrocortisona 10-15 mg/Kg/ dia de 2 a 3 vezes/dia;
- Prednisolona 2 mgKg/dia, dose única diária;
- Considerar: glucagon – 0,1 a 0,3 mg/Kg/IM;
- Diazóxido (no hiperinsulinismo) – 10 a 20 mg/Kg/dia de 2 a 3 vezes, IV ou VO (segundo avaliação de especialista);
- Octreotide – 2 a 5 mg/Kg/dia de 3 a 4 vezes, SC (dose inicial).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.3. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v3.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2013.

HIV (VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA)



Considerando-se cerca de três milhões de nascimentos por ano em nosso país, em torno de 12.000 crianças brasileiras seriam expostas anualmente à infecção materna pelo HIV, com risco de adquirir a infecção. Programas de prevenção bem sucedidos reduziram a transmissão para menos de 2%, com a implementação das seguintes medidas principais:

- Aconselhamento e triagem pré-natal, o Profilaxia antirretroviral;
- Cesárea eletiva;
- Suspensão do aleitamento materno.

RECOMENDAÇÕES E PROFILAXIA PARA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

CUIDADOS NA SALA DE PARTO

Os profissionais devem adotar as precauções básicas e universais para evitar a sua própria contaminação na manipulação de sangue e secreções. Recomenda-se o uso de luvas, máscaras, óculos e aventais de proteção. O trabalho de parto e o parto são os momentos em que a maior parte das infecções pelo HIV são transmitidas da mãe para o RN.

A transmissão ocorre devido à exposição de mucosas do RN às partículas virais presentes no sangue e secreções maternas. Dessa forma, devem ser tomados cuidados no sentido de se evitar o prolongamento dessa exposição ou lesões de mucosas que rompam barreiras protetoras à penetração viral. A aspiração de boca, narinas ou vias aéreas deve ser evitada e, se for necessária, deve ser cuidadosa.

Caso tenha havido deglutição de sangue ou mecônio, pode-se promover a lavagem gástrica cuidadosa, evitando-se traumas de mucosas tanto durante a passagem da sonda gástrica quanto durante a aspiração.

O RN deve ser banhado com água e sabão logo após o parto, assim que esteja estável. Somente após a remoção de secreções maternas, pode-se administrar medicações injetáveis.

IDENTIFICAÇÃO DOS RN EXPOSTOS À INFECÇÃO MATERNA PELO HIV E INSTITUIÇÃO DA PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL (ARV)

Quando o teste sorológico anti-HIV não tiver sido realizado na gestante segundo as recomendações vigentes (na primeira consulta pré-natal e, sempre que possível, repetido no início do 3° trimestre, utilizando-se testes rápidos, se necessário), o profissional que a atende no momento da resolução da gravidez deve garantir que a parturiente seja testada, preferencialmente antes do parto. Dessa forma, será possível a instituição das medidas profiláticas recomendadas: ARV intraparto, parto cesáreo eletivo quando indicado e ARV para o RN.

A profilaxia com ARV deve ser administra-

da à criança logo após o nascimento, dentro de 12 horas de vida, preferencialmente nas primeiras 2 horas, mesmo que seja indicada com base apenas em um resultado positivo de teste rápido. Não é necessário aguardar testes confirmatórios.

A parturiente deve receber zidovudina por meio de infusão endovenosa desde o início do trabalho de parto.

A quimioprofilaxia dos recém-nascidos expostos ao HIV cujas mães receberam ARV durante a gestação continua a ser o AZT em solução oral, 4 mg/Kg/dose, via oral, a cada 12h, por 6 semanas.

Se o recém-nascido tiver idade gestacional menor que 35 semanas ou peso de nascimento menor que 1,5 Kg, a quimioprofilaxia para o HIV indicada é apenas o AZT por 6 semanas.

Em casos de recém-nascidos graves que não possam receber a medicação por via oral ou por sonda orogástrica até 48 horas de vida, a quimioprofilaxia indicada é apenas o AZT intravenoso, na dose de 1,5 mg/Kg/dose a cada 6 horas, mesmo que a mãe não tenha recebido ARV na gestação.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO

A transmissão do HIV por meio da ingestão de leite de mães infectadas é bem documentada. O Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, disponibiliza fórmula infantil durante seis meses para filhos de mães infectadas pelo HIV.

Além da garantia do fornecimento da fórmula alimentar, é fundamental que haja orientação cuidadosa sobre as razões da contraindicação do aleitamento materno e os cuidados com relação ao preparo do leite, procurando reduzir o risco de doença no RN.

Nas situações em que o resultado do teste rápido não estiver disponível até o momento da primeira mamada, a orientação da amamentação, antes do conhecimento do resultado do teste, deve ser analisada individualmente. Nessa situação, deve-se levar em consideração a história e o risco de exposição da mãe ao HIV, os riscos e benefícios da privação do aleitamento materno imediatamente após o parto e os riscos e benefícios do oferecimento de outros leites que não o materno. Essa decisão deve ser compartilhada com a família e documentada no prontuário médico.

TESTES DIAGNÓSTICOS PARA DETERMINAR SE A CRIANÇA É PORTADORA DA INFECÇÃO PELO HIV

Os testes sorológicos rotineiros para detecção de anticorpos não auxiliam no diagnóstico da criança antes dos 18 meses de idade, já que, durante a gestação, ocorre transferência dos anticorpos maternos IgG contra o HIV para o feto.

Recomenda-se que sejam feitos dois testes de detecção de RNA viral (carga viral) em amostras de sangue (plasma), sendo o primeiro em torno de 4 semanas de idade. Se o resultado for negativo, deve-se repetir o teste em torno de 12 semanas de idade.

Dois testes negativos (carga viral indetectá-

vel), na ausência de manifestações clínicas sugestivas de infecção pelo HIV, permitem o diagnóstico presumível de não infecção.

NOTIFICAÇÃO

É obrigatória a notificação de gestantes infectadas pelo HIV e de RN exposto à infecção materna. Assim como para sífilis, as instruções encontram-se no sítio do Ministério da Saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para prevenção de transmissão vertical HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.2. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para prevenção de transmissão vertical HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.2. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).



INFECÇÃO PELO CITOMEGALOVIRUS

A infecção pelo citomegalovirus pode ocorrer antes, durante ou após o nascimento. Tipos de transmissão do CMV de acordo com o momento da ocorrência:

- Congênita ou intrauterina;
- Perinatal;
- Intraparto;
- Pós-natal precoce.

É chamada de infecção intraparto a que ocorre pela exposição à secreção cervical no canal de parto, e de pós-natal precoce a que se dá por meio do leite materno ou transfusão de sangue de doadores soropositivos para o CMV. A diferenciação entre infecção congênita e perinatal tem importância do ponto de vista de prognóstico e de delineamento do seguimento das crianças em longo prazo.

TÉCNICAS LABORATORIAIS PARA DIAGNÓSTICO

Basicamente, são três as técnicas laboratoriais utilizadas para pesquisa de infecção pelo CMV:

- Isolamento viral em cultura de fibroblastos humanos;
- Detecção do DNA viral pela reação em cadeia da polimerase (PCR);
- Testes sorológicos:
- IgM anti-CMV;
- IgG anti-CMV.

A detecção do DNA viral pela PCR na urina ou na saliva é um método alternativo e rápido, com sensibilidade e especificidade semelhantes as do isolamento viral. A PCR apresenta algumas vantagens sobre o isolamento viral, como a rapidez da obtenção do resultado (em menos de 24 horas) e a possibilidade de congelamento e armazenamento das amostras a serem testadas.

DIAGNÓSTICO MATERNO

A demonstração de soroconversão durante a gestação (intervalo entre dois exames maior que quatro semanas) confirma a infecção primária materna pelo CMV. Para tanto, é necessário que a primeira amostra seja negativa e a segunda positiva para a detecção de anticorpos IgM e IgG anti-CMV. Apesar da presença de IgM anti-CMV sugerir a ocorrência de infecção recente, esses anticorpos podem persistir até seis meses, podendo significar infecção recente, ou que ocorreu semanas a meses antes da concepção. A identificação de elevação de títulos de IgG e/ou a detecção de IgM também pode ocorrer na presença de infecção recorrente.

A detecção de anticorpos IgG e IgM anti-CMV não define a ocorrência de infec-

ção primária gestacional ou maior risco de transmissão fetal.

INFECÇÃO CONGÊNITA

São os seguintes os sinais clínicos mais frequentemente observados na infecção congênita por CMV:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Petéquias;
- Hepatoesplenomegalia;
- Icterícia associada à colestase;
- Hiperbilirrubinemia direta;
- Microcefalia;
- Calcificações periventriculares;
- Trombocitopenia;
- Aminotransferases séricas aumentadas;
- Perda auditiva neurossensorial.

DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO CONGÊNITA E PERINATAL

A presença do CMV na urina (viúria) e/ou na saliva do RN nas primeiras 3 semanas de vida, detectada por isolamento viral ou por identificação de DNA viral pela PCR, é considerada marcador definitivo de infecção congênita pelo CMV. Urina e saliva são as amostras clínicas ideais para o diagnóstico de infecção congênita pelo CMV por conterem grandes quantidades do vírus ao nascimento em praticamente 100% das crianças infectadas.

A ausência do vírus na saliva e/ou na urina do nascimento até 2 a 3 semanas de vida exclui o diagnóstico de infecção congênita. A detecção do vírus a partir da quarta até 12 a semana de vida indica infecção adquirida no período perinatal ou pós-natal precoce.

AVALIAÇÃO CLÍNICA E EXAMES COMPLEMENTARES PARA CRIANÇAS COM INFECÇÃO CONGÊNITA PELO CMV

Avaliação clínica

- Peso, comprimento e perímetro cefálico;
- Hepatimetria e tamanho do baço;
- Fundoscopia ocular ao nascimento e com 12 e 60 meses;
- Avaliação auditiva;
- Otoemissões acústicas;
- Potencial evocado da audição (BERA) ao nascimento, com 3, 6, 12, 18, 24, 30 e 36 meses. A partir dessa idade, audiometria infantil condicionada a cada 6 meses até 6 anos de idade.

Exames de imagem do SNC

- Tomografia computadorizada de crânio ao nascimento e, se alterada, repetir de acordo com a necessidade clínica.

Exames complementares

- Hemograma completo com contagem de plaquetas;
- Bilirrubina total e frações;
- Transaminases séricas;
- Exame liquórico: celularidade, proteinorraquia, glicorraquia e pesquisa do DNA do CMV.

O envolvimento do sistema nervoso central deve ser avaliado com especial atenção. A tomografia computadorizada de crânio deve ser realizada, sempre que possível, em todas as crianças com infecção congênita por CMV, mesmo naquelas assintomáticas. Os achados anormais frequentemente observados em crianças sintomáticas são calcificações e/ou cistos periventriculares, áreas de gliose, vasculite, ventriculomegalia (raramente causando hidrocefalia), distúrbios na migração neuronal e, em casos mais graves, atrofia cortical, porencefalia e hidranencefalia. Radiografias de crânio ou exames ultrassonográficos não são recomendados, pela baixa sensibilidade para visualização dessas alterações.

INDICAÇÕES DO USO DOS ANTIVIRAIS PARA TRATAMENTO DA INFECÇÃO CONGÊNITA OU PERINATAL

Até o momento, ganciclovir e sua pró-droga valganciclovir são os dois antivirais licenciados para o tratamento da infecção pelo CMV. Entretanto, seu uso é limitado pela potencial toxicidade. A indução de neutropenia pode ser particularmente prejudicial para RN sintomáticos, porque alguns deles são prematuros e necessitam permanecer em unidades de terapia intensiva.

Embora o tratamento da infecção congênita sintomática ainda seja motivo de debates, existem evidências de que o tratamento antiviral possa trazer benefícios em curto prazo nos quadros de síndrome *sepsis-like* viral, pneumonite e trombocitopenia grave refratária. Essas manifestações geralmente são encontrados nos RN gravemente enfermos. A estabilização ou melhora do prognóstico auditivo ao longo dos anos seria o objetivo principal do uso do antiviral, uma vez que a perda auditiva pode aparecer após o período neonatal ou se tornar progressivamente mais grave.

A indicação atual do tratamento com ganciclovir em crianças com infecção congênita por CMV está restrita a casos selecionados, ou seja, RN com infecção confirmada, sintomáticos e com evidências de envolvimento do SNC (calcificações intracranianas, microcefalia, atrofia cortical, LCR anormal), alteração auditiva e/ou coriorretinite. Devem-se excluir outras etiologias de infecção congênita, especialmente sífilis e toxoplasmose, cujos sinais e sintomas podem ser semelhantes. O tratamento deve ser iniciado no período neonatal.

ESQUEMA DE TRATAMENTO PARA CITOMEGALOVIROSE CONGÊNITA

Critérios de inclusão para tratamento:

- RN sintomáticos com evidências de envolvimento do SNC incluindo calcificações intracranianas, microcefalia, atrofia cortical, surdez neurossensorial, liquor anormal e coriorretinite;
- RN com quadro de síndrome sepsis-like viral, pneumonite intersticial por CMV, excluídas outras etiologias;
- Idade inferior a 1 mês na ocasião do diagnóstico.

Administração da droga:

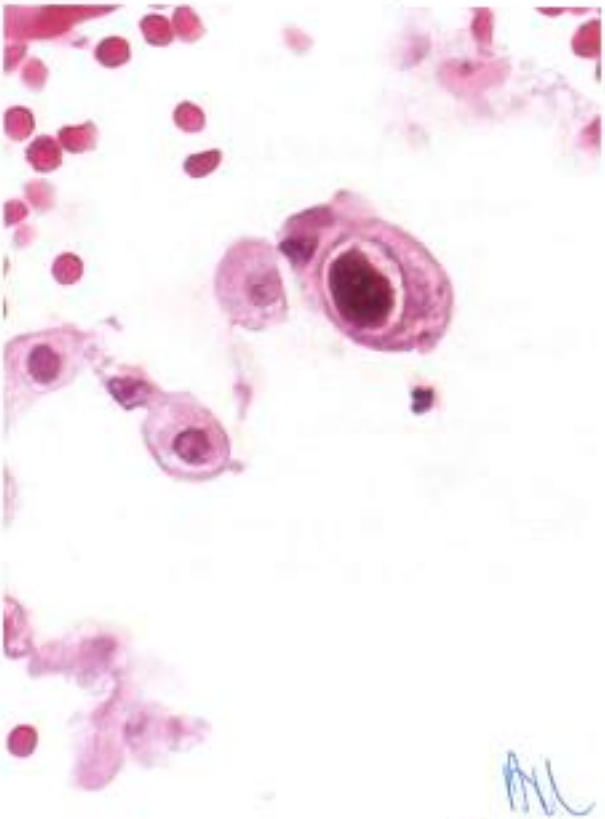
- Ganciclovir, na dose de 8 a 12 mg/Kg/ dia, de 12/12 horas, rediluído em soro fisiológico 0,9% ou soro glicosado a 5%, não ultrapassando 10 mg/ml, em infusão endovenosa lenta por 1 hora, durante seis semanas;
- Contraindicações do uso da droga ou modificações da dose quando já estiver em uso:
- Neutropenia (<500 células/mm3) e plaquetopenia (<50.000/mm3): redução da dose para 4 a 6 mg/kg/dia;
- Creatinina sérica >2,0 mg/dL;
- Se essas alterações persistirem por mais de uma semana ou piorarem, a droga deverá ser suspensa até a normalização dos parâmetros laboratoriais.
- Controle laboratorial durante o tratamento:
- Hemograma completo com plaquetas, ureia e creatinina, TGO, bilirrubina total e frações, nos dias 3, 5, 7, 10, 14, 17, 21, 28, 35, 42 e 49 de tratamento;
- Monitorização da virúria: coleta de urina para isolamento viral e PCR nas semanas 1, 2, 4, 6, 8, 10 e 12;
- Liquor antes do início do tratamento e, se alterado, repetir no dia 42.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOPPANA, S. B. et al. Symptomatic congenital cytomegalovirus infection: neonatal morbidity and mortality. Pediatr. Infect. Dis., v.11, n.2, p.93-99, 1992.

- KIMBERLIN, D. W. et al. Efect of ganciclovir therapy on hearing in symptomatic congenital cytomegalovirus disease involving the central nervous system: a randomized, controlled trial. J. Pediatr., v.143, n.1, p.16-25, 2003.

- ROSS, S. A.; BOPPANA, S. B. Congenital cytomegalovirus infection: outcome and diagnosis. Semin. Pediatr. Infect. Dis., v.16, n.1, p.44-49, 2005.



INFECÇÃO NEONATAL PELO ESTREPTOCOCO DO GRUPO B

O estreptococo do grupo B (GBS) ou *estreptococo agalactiae* é o principal agente causador de sepse precoce em recém-nascidos. A infecção ocorre no momento do parto, por via ascendente, da vagina de mães colonizadas. O reservatório primário é o trato gastrointestinal e geniturinário. A colonização pode ser transitória, intermitente ou persistente.

É preconizada coleta de cultura vaginal-retal de todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação para a detecção de colonização, e identificação das gestantes que devem receber profilaxia antibiótica intraparto.

A infecção neonatal por GBS pode ser precoce ou tardia. A forma precoce é a mais frequente, ocorre nos primeiros 7 dias de vida. As manifestações clínicas são desconforto respiratório, apnéia, sinais de sepse que se iniciam nas primeiras 24 horas de vida e podem evoluir para óbito em 48 horas.

A forma tardia acomete RN de 7 a 12 semanas de idade. A transmissão pode ser horizontal, nosocomial e raramente vertical. As manifestações clínicas mais comuns são meningite, bacteremia sem foco aparente, artrite séptica, onfalite e osteomielite.

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DA DOENÇA PERINATAL PELO GBS

Imunização

Estratégia promissora, ainda em pesquisa, com vantagem de prevenir forma precoce e tardia da doença. Antibioticoprofilaxia intraparto - Estratégia mais efetiva na prevenção de infecção precoce pelo GBS.

MANEJO DO RECÉM-NASCIDO

RECÉM-NASCIDOS COM SINAIS DE SEPSE - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA COMPLETA (HEMOGRAMA COMPLETO, HEMOCULTURA, PCR, RX DE TÓRAX E PUNÇÃO LOMBAR) E INICIAR ANTIBIOTICOTERAPIA ESPECÍFICA COM AMPICILINA E AMINOGLICOSÍDEO.

RECÉM-NASCIDO ASSINTOMÁTICO E MÃE COM SUSPEITA DE CORIOAMNIONITE - COLHER AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA LIMITADA (HEMOCULTURA, HEMOGRAMA COMPLETO E PCR) E INICIAR ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA ATÉ O RESULTADO DA CULTURA.

RECÉM-NASCIDO ASSINTOMÁTICO, MÃE SEM CORIOAMNIONITE E SEM INDICAÇÃO DE PROFILAXIA INTRAPARTO - CUIDADOS DE ROTINA.

RECÉM-NASCIDO ASSINTOMÁTICO E MÃE COM PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

ADEQUADA INTRAPARTO – OBSERVAÇÃO POR 48 HORAS. NENHUMA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA É RECOMENDADA.

RECÉM-NASCIDO ASSINTOMÁTICO, COM IG ≥ 37 SEMANAS E TEMPO DE AMNIORREXE < 18 HORAS, E MÃE COM ANTIBIOTICOPROFILAXIA INADEQUADA – OBSERVAÇÃO POR 48 HORAS. NENHUMA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA É RECOMENDADA.

RECÉM-NASCIDO ASSINTOMÁTICO, IG < 37 SEMANAS OU TEMPO DE AMNIORREXE ≥ 18 HORAS E MÃE COM ANTIBIOTICOPROFILAXIA INADEQUADA – COLHER AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA LIMITADA (HEMOCULTURA, HEMOGRAMA COMPLETO E PCR) E OBSERVAR POR 48H.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Committee Opinion, n.485. Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. Obstet. Gynecol., v.117, n.4, p.1019-1027, 2011.

- COSTA, H.P.F. Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B. 2010. Disponível em: < http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/manuais/28_PREVENCAO_DOENCA_PERINATAL_EG B-SBP_set2010.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

- SCHRAG, S.J.; WHITNEY, C.G.; SCHUCHAT, A. Neonatal group B streptococcal disease: how infection control teams can contribute to prevention efforts. Infect. Control. Hosp. Epidemiol., v.21, n.7, p. 473- 483, 2000.

- VERANI, J.R., et al. Prevention of perinatal group B streptococcal disease – revised guidelines from CDC, 2010. MMWR Recomm. Rep., v.59, n.RR-10, p.1-36, 2010.

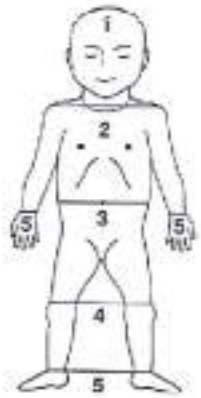


ICTERÍCIA NEONATAL

É um dos sinais clínicos mais comuns observados nos recém-nascidos (RNs), ocorrendo em 60% dos RN a termo e 80% dos RN pré-termo. É causada pelo acúmulo de bilirrubina na esclera e na pele.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A digitopressão sobre a pele, sob luz natural permite a classificação da icteri cia nas zonas de Kramer (zonas dérmicas).



ZONA	Local	Níveis Séricos de Bilirrubina
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	Hipogástrio 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

Em RNs maiores de 30 semanas, a avaliação de bilirrubina transcutânea (BTc) pode ser utilizada apresentando resultados confiáveis, independente da cor da pele, idade gestacional, idade pós-natal e peso do RN. Ela poderá ser usada como método de triagem na identificação do RN de risco, mas a extrapolação dos seus resultados para a bilirrubina sérica deve ser realizada com cautela, devendo sempre se realizar coleta sérica quando os níveis de BTc excederem o valor de 8.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ICTERÍCIA FISIOLÓGICA

- Ocorre por alguns mecanismos: o aumento do volume eritrócitos/kg e menor tempo de sobrevida dos eritrócitos (90x120 dias) comparado com adulto; o maior eritropoiese inefetiva; o aumento da circulação enterohepática; o menor captação da bilirrubina plasmática; o menor conjugação da bilirrubina indireta (BI); o redução na excreção hepática de bilirrubina.

- O nível de bilirrubina total (BT) costuma subir em RN a termo até um pico de 6-8mg/dl aos 3 dias de vida (porém nunca aparece no 1°dia de vida) e cai, podendo essa elevação ser até 12mg/dl. Em RNs prétermo o mesmo ocorre, porém o pico pode ser de 10 a 12mg/dl no 5° dia de vida, podendo subir até >15mg/dl sem qualquer problema específico no metabolismo da bilirrubina.

ICTERÍCIA PATOLÓGICA

Pode ser confundida com a fisiológica, porém algumas situações sugerem o diagnóstico de icterícia patológica: o icterícia precoce, antes de 24h de vida; o associação com outros sinais clínicos ou doenças do RN como anemia, plaquetopenia, letargia, perda de peso etc.; o icterícia prolongada (>8 dias no a termo e acima de 14 dias no pré-termo); o bilirrubina direta > 1,5mg/dl ou >10% da BT; o progressão diária da BT >5mg/dl ou >0,5mg/dl/h.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Bilirrubina total e frações;

- Grupo sanguíneo, Rh e triagem de anticorpos maternos - realizados durante pré-natal;

- Esfregaço de sangue periférico, com análise da morfologia eritrocitária e contagem de reticulócitos – detecção de doença hemolítica com Coombs negativo (por ex. esferocitose);

- Hematócrito - pode detectar policitemia ou anemia;

- Painel de anticorpos nos eritrócitos do RN (se Coombs direto positivo);

- dosagem de G6PD;

- Na icterícia prolongada pesquisar doenças hepáticas, infecção congênita, sepse, hipotireoidismo ou defeito metabólico;

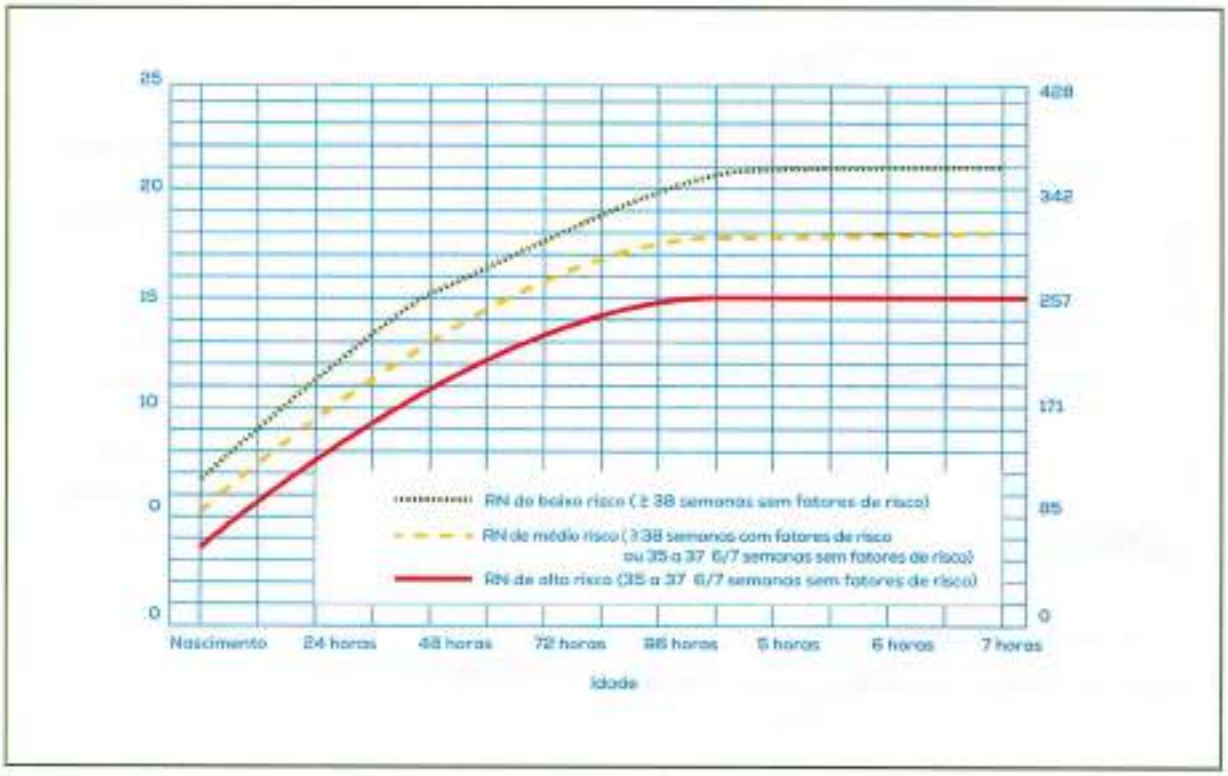
- Se colestase presente, outros sinais poderão estar associados como acolia fecal e colúria ◊ nessas situações outros exames laboratoriais e de imagem deverão ser solicitados.

TRATAMENTO

A hiperbilirrubinemia indireta pode ser tratada pelo aumento da excreção – fototerapia – ou pela retirada mecânica – exsanguino-transfusão.

FOTOTERAPIA

- Baseia-se no fato que quando a bilirrubina absorve a luz ocorrem 3 reações fotoquímicas: fotoisomerização, isomerização estrutural e fotoxidação, levando a um aumento da excreção.
- No entanto, a fototerapia tem sua eficácia influenciada por alguns fatores:
- O tipo de luz: lâmpadas azuis especiais são as mais eficientes;
- Dose de irradiância – deve ultrapassar 5microW/cm2/nm a 425 a 475 nM;
- RN deverá permanecer despido, exceto por proteção ocular, para maior exposição cutânea;
- Distância entra a fonte iluminadora e o paciente – aparelhos convencionais devem ser posicionados a 30 cm do paciente.
- Indicações de fototerapia De acordo com a Academia Americana de Pediatria, para RNs a termo ou pré-termo tardios (>35semanas) saudáveis, a indicação se baseia na dosagem da BT sérica e sua plotação no normograma específico criado por Bhutani.
-



Em RNs pré-termo:

- 5mg/dl;
- 1000 a 1500g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 7 e 9 mg/dl;
- 1500 a 2000g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 10 e 12mg/dl;
- 2000 a 2500g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 12 e 14 mg/dl.

EXSANGUÍNEOTRANSFUSÃO

- Faz remoção mecânica (parcial) de anticorpos, eritrócitos e bilirrubina do plasma.

COMO MONITORAR OS NÍVEIS DE BILIRRUBINA

- Clinicamente pela avaliação da coloração da mucosa oral e esclerótica – lembrando-se que após início da fototerapia a avaliação pela digitopressão e da BTc são prejudicadas.

- Laboratorialmente, pelos níveis de hematócrito e bilirrubina colhidos com a seguinte frequência: o RN de mãe Rh negativo com Coombs indireto positivo: colher a cada 4 ou 6 horas, mesmo se os resultados dos exames iniciais de sangue de cordão não indicarem fototerapia ou exsanguinotransfusão, para cálculo de velocidade de aumento da BT em mg/dl/h. Manter o RN em fototerapia profilaticamente. o nível sérico inicial de bilirrubina na zona de fototerapia pelos gráficos convencionais, sem uspeita de doença hemolítica, colher exames após 12 ou 24 horas após início de fototerapia. o nível sérico inicial de bilirrubina próximo ao nível que indica exsanguinotransfusão ou se houver anemia, colher exames a cada 4 ou 6 horas. o RN submetido à exsanguinotransfusão, colher exames a cada 4 a 6 horas, após o término do procedimento, para cálculo da velocidade de aumento de BT em mg/dl/h.

QUANDO SUSPENDER TRATAMENTO

- Quando BT sair da zona de tratamento pelos gráficos;

- Nesses casos, nova dosagem deverá ser feita 12 a 24 horas após a suspensão da fototerapia, a chamada bilirrubina rebote, que deverá permanecer fora dos níveis que indiquem o tratamento. E idealmente, não devem ser maiores do que 1 a 2mg/dl dos níveis de quando terminada a fototerapia.

ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA HOSPITALAR

Os pacientes com maior risco de evoluírem com anemia importante, encefalopatia crônica ou surdez devem ser encaminhados para acompanhamento especializado. São eles: o RNs com diagnóstico de doença hemolítica perinatal; o RNs submetidos à exsanguinotransfusão e o RNs que apresentaram níveis séricos de BT próximos ou superiores a 20mg/dl.

LEMBRETE

A principal causa de icterícia patológica e de doença hemolítica neonatal é a incompatibilidade sanguínea materno-fetal, que cursará com redução de hematócrito, aumento dos níveis séricos de BT e reticulócitos >5%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WATCHCO, J. F. Neonatal hiperblirrubin indirect and kernicterus. In: GLEASON, C. A.; DEVASKAR, S. U. Avery's disease of the newborn, 9th ed. Philadelphia: Saunders, 2012. p. 1123-1142.

- GREGORY, M. L. P.; MARTIN, C. R.; CLOHERTY, J. P. Neonatal hyperbilirubinemia. In: CLOHERTY, J. P. et al. Manual of neonatal care. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 2012. p.304-339.

- BERHMAN, R. E.; KELLGMAN, R.; JENSON, H. B. Ictericia e hiperbilirrubinemia no recém nascido. In: BERHMAN, R. E.; KELLGMAN, R.; JENSON, H. B. Nelson tratado de pediatria. 17th ed. Philadelphia: Elsevier, 2005. Cap. 91. pt.3



MÉTODO CANGURU

A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru é política de saúde instituída pelo Ministério da Saúde no contexto da humanização da assistência neonatal. É regulamentada por norma técnica lançada em dezembro de 1999, publicada em 5 de julho de 2000 pela Portaria Ministerial nº 693 e atualizada pela Portaria GM no 1683 de 12 de julho de 2007.

O Método Canguru foi inicialmente idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pretermo naquele país, visando reduzir os custos da assistência perinatal e promover, através do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vinculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento. De acordo com o preconizado na época, haveria alta hospitalar precoce e o acompanhamento ambulatorial se tornaria um dos pilares fundamentais no atendimento dessas crianças, que no domicilio deveriam continuar sendo mantidas em contato pele a pele com a mãe na posição canguru.

O sucesso do tratamento de um RN internado em UTI neonatal não é determinado apenas pela sua sobrevivência e alta hospitalar, mas também pela construção de vinculos que irão garantir a continuidade do aleitamento materno (AM) e dos cuidados após a alta.

Destacam-se como pilares do Método:

- Acolhimento ao bebê e à sua família;
- Respeito às individualidades;
- Promoção de vínculos;
- Envolvimento da mãe nos cuidados do bebê;
- Estímulo e suporte para o AM;
- Construção de redes de suporte.

A EQUIPE DEVE ESTAR HABILITADA A PROMOVER:

A aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo, seja nos cuidados intensivos ou garantindo o alojamento conjunto desde que possível.

O estímulo, logo que possível, ao reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento materno e para estimular a contratilidade uterina.

A garantia de acesso aos cuidados especializados necessários para a atenção ao recém-nascido em risco. A promoção desses aspectos inclui o respeito às condições físicas e psicológicas da mulher diante do nascimento. A atuação começa em fase prévia ao nascimento de um bebê pretermo e/ou de baixo peso, com a identificação das gestantes com risco desse acontecimento. Nesta situação ,a futura mãe e sua família recebem orientações e cuidados específicos. Com o nascimen-

to do bebê e havendo necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais nesses locais e de estabelecer contato pele a pele com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos. Trabalha-se o estímulo à lactação e a participação dos pais nos cuidados com o bebê. A posição canguru é proposta sempre que possível e desejada.

A segunda etapa do método exige estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível. A posição canguru é realizada pelo período que ambos considerarem seguro e agradável.

A terceira etapa se inicia com a alta hospitalar, e exige acompanhamento ambulatorial, criterioso do bebe e de sua família. O Método Canguru, desde a primeira fase, é realizado por equipe multidisciplinar, capacitada na metodologia de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Vantagens

São muitas as vantagens que, ao longo dos anos, vêm sendo atribuídas ao Método Canguru. Segundo o manual técnico do Ministério da Saúde destacam-se:

- Redução do tempo de separação pai-mãe-filho;
- Aumento do vínculo pai-mãe-filho;
- Estímulo ao AM, permitindo maior freqüência, precocidade e duração;
- Aumento da competência e confiança dos pais no cuidado do filho, inclusive após a alta hospitalar;
- Adequado controle térmico;
- Melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- Estímulo sensorial adequado;
- Redução de infecção hospitalar;
- Redução do estresse e da dor dos RN;
- Melhor qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo dos RN de baixo peso.

PRIMEIRA ETAPA

- A primeira etapa pode começar no acompanhamento pré-natal de uma gestante de risco e segue todo o período da internação do RN na UTI neonatal. São passos fundamentais para a aplicação do método:
- Acolher os pais e a família na unidade neonatal;
- Não sobrecarregar os pais com muitas informações;
- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN, os cuidados a ele dispensados, a equipe, as rotinas e o funcionamento da unidade neonatal, de acordo com as demandas e necessidades;

- Estimular o acesso livre e precoce dos pais à UTI, sem restrições de horário e tempo de permanência;
- Garantir que a primeira visita seja acompanhada por alguém da equipe de saúde
- Propiciar aproximação progressiva, facilitando o toque, os cuidados e o contato pele a pele;
- Oferecer suporte e orientação para a amamentação ou para a ordenha de leite.
- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas;
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê;
- Facilitar aos pais o reconhecimento das peculiaridades do seu bebê e de suas competências;
- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias após o parto, oferecendo suporte assistencial necessário;
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos, garantindo ao bebê medidas de proteção contra estresse;
- Proporcionar posicionamento adequado do bebê e medidas contra dor, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento;
- Executar procedimentos como pesagem, higiene, aspiração de tubo orotraqueal e punções, buscando a organização e o bem-estar do bebê. Os pais, se desejarem, podem dar uma importante ajuda;
- Garantir cadeira adequada para a mãe e espaço que permita seu descanso;
- Desenvolver oficinas e outras atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e/ou voluntários.

A primeira etapa termina quando o RN encontra-se estável e pode contar com o acompanhamento contínuo da mãe na segunda etapa, que acontece na unidade canguru. Os critérios para ingresso nessa unidade devem ser relativos ao bebê e à mãe.

Relativos ao bebê:

- Estabilidade clínica;
- Nutrição enteral plena – seio materno, sonda gástrica ou copo;
- Peso mínimo de 1.250g.

Relativos à mãe:

- Desejo de participar, disponibilidade de tempo e de redes de apoio;
- Capacidade de reconhecer sinais de estresse e situações de risco do RN;
- Conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru.

SEGUNDA ETAPA

Para a segunda etapa, na unidade canguru, algumas recomendações são muito importantes:

- Não estipular tempo em posição canguru;
- Oferecer ajuda para que a mãe sinta-se segura tanto no posicionamento do bebê quanto na possível identificação de sinais de alerta;
- Certificar-se que a posição canguru traz prazer e satisfação para a criança e para a mãe;
- Disponibilizar berço, com possibilidade de elevação da cabeceira, para os momentos em que a mãe e a equipe de saúde entenderem necessário;
- Estimular a participação do pai;
- Não obrigar a permanência da mãe na unidade durante toda a internação do bebê, permitindo que ela saia do hospital, com direito a retornar quando possível;
- Permitir acesso dos irmãos e avós;
- Oferecer todo suporte necessário para o sucesso do AM;
- Desenvolver ações educativas que preparem a mãe para os cuidados com o bebê no domicílio;
- A alta da segunda etapa representa a alta hospitalar, mas não do Método Canguru, o qual deverá ter continuidade em casa, com acompanhamento ambulatorial;
- A decisão da alta deve ser sempre partilhada entre a equipe, a mãe, o pai e a rede familiar e/ou social, e atender aos seguintes critérios:
- Mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada, e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê;
- Compromisso materno e familiar para a realização da posição canguru pelo maior tempo possível;
- Peso mínimo de 1.600g;
- Ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta;
- Sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família capacitadas para realizar a complementação.

TERCEIRA ETAPA

Tem início com a alta hospitalar. Implica na utilização da posição canguru e no acompanhamento do bebê pela equipe que o assistiu durante a internação até que alcance o peso de 2.500g. Não deve estar restrita à existência de um ambulatório de seguimento (*follow up*). Deve ser realizada em todas as unidades que utilizam o Método Canguru.

Após alta desta etapa, o bebê deve ser encaminhado para o ambulatório de seguimento na própria unidade ou em outra que seja sua referência. Além do acompanhamento especializado na unidade hospitalar de origem,

é muito importante o acompanhamento nas unidades básicas de saúde e no domicílio, pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, que devem receber, para essa atuação, apoio matricial. A equipe hospitalar, muitas vezes, não consegue garantir que o Método seja realizado no âmbito domiciliar. Dessa forma, a parceria com os agentes comunitários e com médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família pode significar um grande passo nessa direção.

É importante reforçar que a posição canguru deve ser utilizada pelo maior tempo possível. Caso os pais desejem, podem eleger outra pessoa da família para ajudar, especialmente os irmãos mais velhos e os avós. Ressalta-se que muitas das atividades cotidianas podem ser realizadas com o bebê em posição canguru

Algumas recomendações importantes:

- Ter acompanhamento ambulatorial assegurado até que a criança atinja o peso de 2.500g, na unidade na qual esteve internada;
- Orientar o primeiro retorno até 72 horas após a alta e os demais no mínimo uma vez por semana.

Essa frequência pode ser adaptada às condições clínicas do bebê e ao grau de integração e suporte oferecidos pelas equipes de Saúde da Família.

Garantir a reinternação na unidade hospitalar de origem a qualquer momento, se necessário, até a alta da terceira etapa.

A PARTICIPAÇÃO DOS IRMÃOS E DOS AVÓS

A descoberta das necessidades da mãe e do pai, assim como as do próprio bebê, de usufruir da presença dos demais representantes da família durante a hospitalização tem sido um dos grandes ganhos do Método Canguru. Sua presença traz, para todos, vivências de uma estrutura familiar que, mesmo em situação de crise, pode ser mantida pelas funções relacionais de cuidado e afetividade. Se para o bebê internado esses parceiros trazem a narrativa da história familiar, para os irmãos e os avós sua participação reforça o valor dos vínculos familiares que, neste momento, são reconhecidos pela equipe do hospital como capazes e necessários nas medidas de intervenção no RN.

Para os irmãos mais velhos que participam dos programas das relações fraternas em UTI neonatal, os benefícios são muitos. Eles percebem que existe um espaço no ambiente hospitalar para que seus medos, ansiedade e temores face à hospitalização do bebê possam ser acolhidos.

Em relação aos avós, ao visitarem seus filhos, pais dos bebês, e seus netos, constatando as necessidades dos RN e partilhando destas experiências, encontram maior estímulo e sentem-se mais aptos a constituir a rede de suporte para seus descendentes. É importante lembrar ainda que são eles, junto com seus filhos, que permitirão a este bebê experimentar um sentimento de "pertencimento" familiar. Em algumas situações, esta rede de suporte pode também surgir por meio de pessoas amigas, vizinhos, compadres, grupos

de associação de moradores. O fato de não existirem laços consanguíneos traz uma nova forma de se darem as relações afetivas e de suporte, e suas ações podem trazer como resultado os mesmos benefícios.

IMPLANTAÇÃO

A implantação do Método Canguru em uma maternidade depende mais de mudanças de atitudes do que estruturais. É fundamental que esta questão seja compreendida para que bebês que necessitam de internação neonatal não continuem sendo privados da presença contínua de sua mãe, de seu calor por meio do contato pele a pele e da garantia de aleitamento materno durante a internação e após a alta. A implantação pode acontecer de maneira gradual; as três etapas não precisam ser, obrigatoriamente, implantadas ao mesmo tempo.

Para a implantação da primeira etapa as mudanças envolvem quase que exclusivamente as relações e as normas e rotinas da unidade. Não há necessidade de mudança estrutural do ambiente. Qualquer unidade, desde aquelas pequenas, com pouca tecnologia disponível, até as mais complexas, podem começar o Método Canguru com os recursos dos quais dispõem. Não há necessidade de esperar por mudanças estruturais, embora elas devam ser sempre buscadas visando à melhoria do ambiente. É necessário agir de forma a possibilitar a livre permanência dos pais, com acolhimento e atenção para as suas necessidades individuais.

Para a segunda etapa, além de todas as questões já referidas anteriormente, acrescenta-se a necessidade de adequação do espaço físico. Recomenda-se que sejam criados espaços acolhedores para a permanência da mãe, de acordo com as possibilidades de cada unidade e o espaço do qual dispõem.

É importante destacar, no entanto, que uma vez iniciada a segunda etapa, a terceira etapa torna-se obrigatória.

A terceira etapa implica em garantir três questões básicas: retorno agendado, agenda aberta para as intercorrências e leito para reinternação, se necessária. O local de acompanhamento do bebê pode ser o ambulatório de seguimento ou, quando a maternidade não conta com esse serviço, uma sala de apoio que possa ser utilizada para este fim.

Mesmo RN a termo podem beneficiar-se do contato pele a pele como facilitador de vínculo e do aleitamento materno.

Criar condições para a permanência da mãe e do pai ao lado do seu bebê é aumentar as chances de recuperação da saúde e de manutenção da vida após a alta. A intenção de abandono muitas vezes é fruto do medo e do desamparo e pode ser modificada pela oportunidade do contato pele a pele prolongado e suporte de redes de apoio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 1.683. Aprova, na forma do anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo nor-

teador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Avaliação dos cuidados neonatais sob a perspectiva da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Relatório Técnico. Método Canguru (Sitio do Ministério da Saúde – Saúde da Criança), 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. - Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Manual Técnico. 2a Edição Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF. 2011

- Atenção à Saúde do Recém-Nascido – Guia para os Profissionais de Saúde – cuidados com o recém-nascido pré-termo – volume 4. Brasília – DF. 2011.



PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL

O canal arterial é um grande vaso que comunica o tronco da artéria pulmonar com a artéria aorta descendente no feto. É uma estrutura de grande importância nesse período de vida porque desvia cerca de 60% do débito cardíaco direito da artéria pulmonar para a aorta descendente. Sua patência no feto se deve ao fluxo sangüíneo intenso e à presença de prostaglandina E2 (PGE2).

O fechamento pós-natal funcional do canal arterial no recém-nascido a termo ocorre com 12 a 15 horas de vida e o permanente, com 5 a 7 dias, alcançando em alguns casos, até o 21º dia.

No prematuro, o canal arterial permanece aberto por um período mais prolongado, e a freqüência da persistência do canal arterial é proporcionalmente maior quanto mais imaturo for o recém-nascido. Em 50 a 70% dos prematuros com idade gestacional menor do que 30 semanas, o canal persiste aberto.

- Os fatores que promovem o fechamento funcional são:
- Diminuição do fluxo dentro do canal (aumento do fluxo pulmonar);
- Diminuição da produção de PGE2 (apresenta efeito vasodilatador);
- Dedução da sensibilidade à PGE2;
- Aumento da pressão parcial de oxigênio (efeito vasoconstritor).

Ao circulantes, ocorre redução do fluxo sangüíneo na parede do canal, com conseqüente redução da nutrição das células da musculatura lisa que, diante da hipóxia e da isquemia local, apresentam um desarranjo celular, culminando com a oclusão do canal.

Nos prematuros, a patência está relacionada a: mecanismos de fechamento imaturos; diminuição da sensibilidade aos constritores; aumento da sensibilidade à PGE2 e outros fatores como acidose, doença da membrana hialina, uso do surfactante, fototerapia, uso de furosemida e administração excessiva de líquidos.

QUADRO CLÍNICO

A persistência do canal arterial (PCA) geralmente acarreta alterações hemodinâmicas significativas nas circulações sistêmica e pulmonar do prematuro desde os primeiros dias de vida. Quanto maior o diâmetro do canal, menor o fluxo sangüíneo sistêmico e maior o pulmonar.

Os principais sintomas são:

- Sopro cardíaco (mais intenso em foco pulmonar, irradiando para o dorso);
- Taquicardia;
- Precórdio hiperdinâmico;

- Aumento da amplitude do pulso;
- Deterioração do quadro respiratório.

Nos primeiros dias de vida, mesmo na presença de grande canal, com fluxo esquerda-direita, a pressão pulmonar geralmente está muito elevada, não havendo gradiente de pressão entre as artérias aorta e pulmonar suficiente para ocasionar turbulência ou sopro cardíaco. Por isso, pode haver retardo do aparecimento do sopro no PCA.

DIAGNÓSTICO

É feito pelo ecocardiograma, que idealmente deve ser realizado entre o 1o e o 3o dia de vida nos RNs com idade gestacional menor do que 30 semanas. Considera-se um PCA de grande calibre quando o diâmetro (medido na extremidade pulmonar do canal) é maior do que 2 mm ou maior do que 1,5 mm/kg de peso.

Exames complementares são a radiografia de tórax e o eletrocardiograma (ECG). A radiografia pode ser útil para avaliar o grau de hipervolemia e edema pulmonar. Já o ECG não é importante para o diagnóstico.

TRATAMENTO

Deve ser instituído o mais precocemente possível, objetivando aumentar as chances de sucesso e diminuir os efeitos deletérios da instabilidade hemodinâmica no prematuro. Medidas gerais devem ser instituídas em casos de PCA com repercussão hemodinâmica, tais como:

- Suporte ventilatório adequado,
- Restrição da oferta hídrica (mantê-la em torno de 80% da necessidade basal).
- Drogas vasoativas (dopamina, dobutamina), se houver insuficiência cardíaca;
- Diuréticos, como furosemida, devem ser usado com moderação para não acentuar a hipovolemia e conseqüentemente, piorar a função renal.

Estratégias de tratamento:

- Tratamento profilático (muito precoce): realizado nas primeiras 24 horas de vida. Indicado em prematuros menores de 28 semanas (alto risco para desenvolver hemorragia pulmonar ou intracraniana) com canal de grande calibre;
- Tratamento precoce: em torno do 3o dia de vida, indicado em prematuros entre 28-32 semanas de vida, com PCAs com repercussão hemodinâmica;
- Tratamento sintomático: realizado mais tardiamente (entre 3o e 15o dia de vida) nos prematuros com PCA com repercussão hemodinâmica e sintomas de insuficiência cardíaca.

O tratamento farmacológico específico é realizado com inibidores da ciclo-oxigenase - ibuprofeno ou indometacina. A via preferencial de administração é a intravenosa. No entanto, a via enteral pode ser utilizada, desde que haja condições clínicas adequadas.

- A indometacina costuma ser mais efetiva em RNs com menos de duas semanas. A dose é de 0,2 mg/kg em infusão lenta, de 30 minutos, com intervalo de 12 horas. Total de 3 doses. A maioria dos prematuros apresenta uma diminuição transitória na taxa de filtração glomerular e do volume urinário. O uso de diuréticos deve ser evitado por um período de 12 horas antes do uso dessa droga para não aumentar o risco de oligúria e insuficiência renal.

- Já sobre o ibuprofeno, autores relatam menos efeitos colaterais. Mas, há relatos de hipertensão arterial pulmonar após seu uso. Estudos recentes preconizam doses diferentes de acordo com o tempo de vida, independente da idade gestacional. Assim, para recém-nascidos com menos de 70 horas de vida, as doses são 10, 5 e 5 mg/kg; entre 70-108 horas de vida, doses de 14, 7 e 7 mg/kg e entre 108 e 180 horas de vida, doses de 18, 9 e 9 mg/kg. As doses são administradas com intervalos de 24 horas.

- Ambos os tratamentos farmacológicos apresentam as seguintes contra-indicações:

- Hemorragia nas últimas 24 horas;

- Contagem de plaquetas menor do que 50000/mm3;

- Insuficiência renal (creatinina sérica maior do que 1,8 mg/dl);

- Bilirrubina sérica maior do que 12 mg/dl;

- Enterocolite necrosante;

- Cardiopatia congênita dependente do canal arterial.

- Em geral, pode-se realizar até dois ciclos de tratamento, sendo as chances de sucesso menor no segundo ciclo.

Em cerca de 10 a 30% dos casos, em prematuros menores de 28 semanas, ocorre a reabertura do canal arterial após o fechamento inicial. Se houver insucesso no tratamento farmacológico ou impossibilidade de realizá-lo, deve-se indicar o tratamento cirúrgico, com a ligadura do canal arterial.

COMPLICAÇÕES

Devido à instabilidade hemodinâmica causada pela diminuição do fluxo sangüíneo sistêmico e aumento do fluxo pulmonar, pode haver:

- Hemorragia pulmonar;

- Insuficiência cardíaca;

- Displasia broncopulmonar;

- Enterocolite necrosante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.3. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v3.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

REANIMAÇÃO NEONATAL – IG MAIOR QUE 34 SEMANAS

PREPARO PARA A ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO

- Anamnese materna;
- Disponibilidade do material;
- Disponibilidade da equipe ;
- Condições perinatais relacionadas à necessidade de reanimação:
- Fatores antenatais: Idade <16 ou > 35 anos, diabetes, hipertensão, doenças maternas, infecção materna, alo-imunização ou anemia fetal, uso de medicações, óbito fetal ou neonatal anterior, ausência de pré-natal, gestação múltipla, polidrâmnio ou oligodrâmnio, sangramento de 2º ou 3º trimestres, hidropsia fetal, malformação ou anomalia fetal, diminuição da atividade fetal;
- Fatores relacionados ao parto: parto cesáreo, uso de fórcipe ou extração a vácuo, apresentação não cefálica, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, rotura de membranas > 18 horas, trabalho de parto > 24 horas, anestesia geral, hipertonia uterina, prolapso de cordão, líquido amniótico meconial, uso de opióides nas 4 horas anteriores ao parto, descolamento prematuro de placenta, sangramento intraparto significante;
- A temperatura ambiente na sala de parto deve ser entre 23° e 26°C;
- É fundamental a presença de 2 ou 3 profissionais de saúde capazes de iniciar de forma adequada a reanimação neonatal esteja presente em todo parto. No caso de partos múltiplos, deverá haver uma equipe para cada recém-nascido;
- As precauções-padrão compreendem: lavagem/higienização das mãos, uso de luvas, aventais e máscaras;
- Todo material deve estar disponível e de fácil acesso antes de todo nascimento.

AVALIAÇÃO DA VITALIDADE AO NASCER

Perguntas:

- Gestação a termo?
- Ausência de mecônio?
- Respirando ou chorando?
- Tônus muscular bom?

Se a resposta é sim para todas as perguntas considera-se o RN com boa vitalidade, não necessitando de manobras de reanimação. Avalia-se simultaneamente a respiração e a freqüência cardíaca (FC), sendo esta últi-

ma o principal determinante da decisão de indicar manobras de reanimação, devendo estar acima de 100 bpm. A avaliação deve ser feita através da ausculta do precórdio com estetoscópio ou da palpação do pulso na base do cordão umbilical.

Não se utiliza mais a coloração da pele e mucosas do RN para decidir procedimentos na sala de parto. Em recém-nascidos saudáveis a saturação de oxigênio com 1 minuto situa-se ao redor de 60-65%, atingindo valores entre 87-92% no quinto minuto.

O boletim de Apgar não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação, mas sim para avaliar a resposta do paciente às manobras realizadas. Caso o escore seja menor que 7 no 5º minuto, recomenda-se realizá-lo a cada 5 minutos até 20 minutos de vida. Sempre documentar as manobras concomitantemente aos procedimentos realizados.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO À TERMO COM BOA VITALIDADE

O clampeamento tardio do cordão é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3 a 6 meses, podendo elevar os níveis de bilirrubina na primeira semana de vida. Recomenda-se que o recém-nascido saudável seja posicionado sobre o abdome materno ou no nível da placenta por um a três minutos, antes de clampear o cordão.

Secar o corpo e a cabeça com compressas aquecidas, colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento ,reduzindo o risco de hipotermia, desde que cobertos por campos pré-aquecidos, iniciando-se a amamentação na primeira hora.

Verificar se não existe excesso de secreções. Não fletir ou hiperestender o pescoço. Avaliar FC, tônus e respiração.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO COM LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL

Na presença de líquido amniótico meconial fluido ou espesso, o obstetra não deve realizar a aspiração das vias aéreas, pois isto não diminui a incidência de síndrome de aspiração meconial.

O pediatra deve avaliar a vitalidade ao nascer, na presença de líquido tinto de mecônio. Caso o neonato apresente movimentos respiratórios rítmicos, tônus muscular adequado e FC > 100 bpm, pode ser colocado junto com a mãe seguir os passos de rotina.

Caso o neonato com líquido amniótico meconial fluido ou espesso não apresente ritmo respiratório regular ou tônus alterado, o pediatra deverá levá-lo à mesa de reanimação, executando os primeiros, aspirando com sonda traqueal no 10 para retirar o mecônio residual da hipofaringe. Se FC > 100bpm, e respiração regular o recém-nascido pode ser levado à mãe. Se FC< 100bpm ou na presença de apneia, iniciar VPP com máscara e ar ambiente. Após 30 segundos de ventilação caso a FC permaneça abaixo de 100bpm proceder a aspiração traqueal através de cânula traqueal conectada a um dispositivo de aspiração de mecônio

e ao aspirador a vácuo (pressão máxima de 100 mmHg). Aspirar o excesso uma única vez e, caso o RN permaneça com FC < 100 bpm, respiração irregular ou apneia, manter a ventilação com pressão positiva.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO COM NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO

- Prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar vias aéreas (se necessário) e secar o paciente. Estes passos devem ser executados nos primeiros 30 segundos;
- Manter temperatura corporal entre 36,5 e 37,5°C;
- Após colocação sob fonte de calor radiante e realização de medidas para manter vias aéreas permeáveis, secar o corpo e região cefálica e desprezar os campos úmidos;
- Evitar a hipertermia (agrava a lesão cerebral em pacientes asfixiados);
- Manter a permeabilidade das vias aéreas (posicionamento da cabeça com leve extensão do pescoço);
- Se houver excesso de secreções nas vias aéreas, a boca e depois as narinas são aspiradas com sonda traqueal no 8 ou 10 conectada ao aspirador a vácuo, sob pressão máxima 100mmHg;
- A aspiração de vias aéreas está reservada aos pacientes que apresentam obstrução à respiração espontânea por secreções ou que irão necessitar de ventilação com pressão positiva;
- Avalia-se a respiração e a FC (através da palpação do cordão umbilical, ausculta do precórdio com estetoscópio, detecção do sinal de pulso pela oximetria ou atividade elétrica no monitor cardíaco). Se a respiração é regular e a FC > 100bpm, o RN deve receber os cuidados de rotina. Se, após os cuidados iniciais apresentar bradicardia ou respiração irregular indica-se a ventilação com pressão positiva (VPP).

VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA

Após os cuidados para manter a temperatura e a permeabilidade das vias aéreas do RN, a presença de apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm indica VPP. A ventilação pulmonar deve ser iniciada no primeiro minuto de vida, sendo o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação na sala de parto.

Oxigênio suplementar:

Se o RN ≥ 34 semanas apresentar apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm, deve-se iniciar a ventilação com oxigênio à 21%. Acompanhar com oximetria de pulso para monitorar a oferta do oxigênio suplementar. Se o RN não apresentar melhora e/ou não atingir os valores desejáveis de saturação de oxigênio (SatO2), recomenda-se o uso do oxigênio suplementar, através de um *blender*. Aplicar o sensor do monitor no MSD, na região do pulso radial e a seguir conecta-lo ao cabo do oximetro. A leitura leva 1 a 2 minutos.

Equipamentos para a ventilação

O balão auto-inflável é um equipamento de fácil manuseio e não necessita de fonte de gás para funcionar. O escape de ar entre a face e máscara e complacência pulmonar são pontos críticos na efetividade da ventilação. A pressão inspiratória máxima é limitada pela válvula de escape, mantida em 30 a 40 cm H20. Oferece a concentração de oxigênio de 21% (quando não conectado ao oxigênio e o reservatório) ou de 90-100% (conectado à fonte de oxigênio a 5L /minuto e ao reservatório). O balão anestésico tem o manuseio mais difícil e precisa obrigatoriamente de uma fonte de gás para inflar.

O ventilador mecânico manual em T permite administrar pressão inspiratória e pressão expiratória final positiva (PEEP), sendo utilizado principalmente em prematuros. Deve ser conectado a uma fonte de gás, e caso haja disponibilidade de fonte de ar comprimido, oxigênio e *blender*, pode-se titular a oferta de oxigênio. Pode ser utilizado com máscara facial ou cânula traqueal. Cânulas traqueais sem balão, com diâmetro uniforme, linha radiopaca e marcador de corda vocal.

TÉCNICA DA VENTILAÇÃO

Balão e máscara

- Utiliza-se a freqüência de 40 a 60 movimentos/minuto, através da regra "aperta/solta/solta/aperta...".
- Utilizar inicialmente pressão de 20 cm H20, podendo alcançar 30 a 40 cm H20, nos pacientes com pulmões muito imaturos ou doentes.
- Observar a expansão pulmonar e a adaptação da máscara à face do RN. Se, após 30 segundos houver melhora da FC, suspende-se o procedimento.
- Se a reanimação estiver sendo feita com oxigênio, quando interromper a ventilação, colocar um cateter de O2 próximo a face do RN e retirar gradativamente de acordo com a SatO2.
- Caso, após 30 segundos, não haja melhora da FC, deve-se verificar o ajuste da máscara, a permeabilidade das vias aéreas e a pressão do balão.
- Se ainda assim não melhorar deve-se aumentar a oferta de oxigênio.
- Se mesmo assim não houver melhora indica-se o uso da cânula traqueal.
- Recomenda-se em períodos prolongados de ventilação a inserção de uma sonda orogástrica.

Balão e cânula traqueal

- As indicações para ventilação através de cânula traqueal são: ventilação com máscara não efetiva, ventilação com máscara facial prolongada, necessidade de massagem cardíaca e/ou

adrenalina, diagnóstico de hérnia diafragmática, prematuridade extrema e necessidade de surfactante de acordo com a rotina do serviço;

- Os riscos do procedimento incluem: hipoxemia, apneia, bradicardia, pneumotórax, laceração de tecidos moles, perfuração de traquéia ou esôfago e risco de infecção;
- Cada tentativa deve durar no máximo 20 segundos. Durante o procedimento um auxiliar deve oferecer oxigênio inalatório. Confirmar a posição da cânula, na prática, através da inspeção do tórax, ausculta, visualização de condensação na cânula traqueal e observação da FC e cor;
- Após a intubação inicia-se a ventilação com balão auto-inflável;
- Se o RN apresenta FC > 100 bpm e movimentos respiratórios espontâneos e regulares avalia-se a extubação. Se o paciente estiver recebendo oxigênio suplementar, deve-se fornecer oxigênio inalatório e retirar gradativamente;
- Caso após 30 segundos não houver melhora, verificar a posição da cânula, permeabilidade das vias aéreas e pressão do balão;
- Caso esteja tudo correto e o RN mantiver FC < 60 bpm está indicada a massagem cardíaca.

Ventilador manual em T com máscara facial ou cânula traqueal

- Deve-se fixar o fluxo em 5-10L/min, a pressão máxima em 30- 40 cm H2O, a pressão inspiratória em 20-25 cmH2O e a PEEP em 5 cm H2O;
- A freqüência deve estar entre 40 e 60 bpm, seguindo a regra "ocluir a peça em T/soltar/soltar/ocluir...".

MASSAGEM CARDÍACA

- Se após 30 segundos de VPP com oxigênio suplementar, o RN mantiver FC<60 bpm, indica-se a massagem cardíaca;
- A compressão é realizada no terço inferior do esterno, preferencialmente através da técnica dos dois polegares, posicionando-os abaixo da linha inter-mamilar, evitando o apêndice xifóide;
- As complicações da massagem cardíaca incluem: fratura de costelas, pneumotórax, hemotórax e laceração de fígado;
- A ventilação (através de cânula traqueal) e a massagem cardíaca são realizadas sincronicamente, com uma relação de 3:1;
- Continuar a massagem até a FC estar > 60 bpm;
- A ventilação poderá ser suspensa quando a FC estiver > 100 bpm, sendo administrado oxigênio e depois retirado gradualmente de acordo com a SatO2;
- Caso, após 30 segundos de massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e oxigênio a FC se mantiver <60 bpm, deve-se verificar todos os procedimentos e corrigi-los se necessário;

- Se após a correção não houver melhora, está indicado o uso de medicações.

MEDICAÇÕES

Quando a bradicardia permanece a despeito de ventilação efetiva através de cânula traqueal e oxigênio a 100% e massagem cardíaca externa, lançar mão de drogas.

Adrenalina, expansor de volume ou ambos estão indicados na bradicardia que permanece após a massagem e ventilação feitas adequadamente, mas sem sucesso.

A via preferencial é a endovenosa, sendo a veia umbilical de acesso fácil e rápido.

A adrenalina pode ser administrada por via endovenosa e endotraqueal, sendo esta última utilizada enquanto não foi obtido o acesso venoso, podendo ser utilizada apenas uma vez.

A adrenalina endovenosa poderá ser repetida a cada 3-5 minutos, devendo-se considerar o uso de expansores de volume caso o paciente esteja pálido, ou existam sinais de choque.

Utiliza-se preferencialmente solução cristalóide isotônica, administrada lentamente.

Bicarbonato de sódio, naloxone, atropina, albumina e vasopressores não são indicados na reanimação do RN em sala de parto.

ASPECTOS ÉTICOS

- As questões relativas às orientações para não iniciar a reanimação neonatal ou para interromper a manobras são controversas;
- As recomendações atuais concordam que neonatos abaixo de 22-23 semanas de idade gestacional não apresentam viabilidade para a vida extra-uterina, porém, na prática nem sempre a idade gestacional é conhecida. O peso deve ser considerado com cautela;
- No que se refere às malformações congênitas, é necessário ter comprovação diagnóstica antenatal e considerar a vontade dos pais;
- Não se deve esperar para decidir o início da reanimação, pois o frio, a hipoglicemia, a hipotensão e a hipoxemia podem resultar em lesões que aumentam ainda mais a morbidade e mortalidade;
- Dados de literatura sugerem que reanimações por um período maior que 10 minutos de assistolia não se justificam, pela elevada freqüência de morte e de seqüelas graves;
- O uso da hipotermia terapêutica (33-34°C, iniciada nas primeiras 6 horas de vida e mantida por 72 horas) vem mostrando que é possível utilizar estratégias de neuroproteção para melhorar o prognóstico dos neonatos com idade gestacional acima de 35 semanas, que necessitaram reanimação na sala de parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.1. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2013.

REANIMAÇÃO NEONATAL – IG MENOR QUE 34 SEMANAS

A sobrevivencia de recém-nascido prematuro reflete a estrutura e qualidade do cuidado neonatal, assistência ao trabalho de parto e parto, e do atendimento neonatal . Observa-se que a necessidade de manobras de reanimação na sala de parto nos casos de recém-nascidos prematuros é frequente.

PREPARO PARA A ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO

- Anamnese materna;
- Disponibilidade do material;
- Disponibilidade da equipe;
- Condições perinatais relacionadas à necessidade de reanimação: • Fatores antenatais: Idade 35 anos, diabetes, hipertensão, doenças maternas, infecção materna, aloimunização ou anemia fetal, uso de medicações, óbito fetal ou neonatal anterior, ausência de prénatal, gestação múltipla, polidrâmnio ou oligodrâmnio, sangramento de 2º ou 3º trimestres, hidropsia fetal, malformação ou anomalia fetal, diminuição da atividade fetal;
- Fatores relacionados ao parto: parto cesáreo, uso de fórcipe ou extração à vácuo, apresentação não cefálica, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, rotura de membranas > 18 horas, trabalho de parto > 24 horas, anestesia geral, hipertonia uterina, prolapso de cordão, liquido amniótico meconial, uso de opióides nas 4 horas anteriores ao parto, descolamento prematuro de placenta, sangramento intraparto significante;
- A temperatura ambiente na sala de parto deve ser entre 23° e 26°C;
- É fundamental a presença de 2 ou 3 profissionais de saúde capazes de iniciar de forma adequada a reanimação neonatal esteja presente em todo parto. No caso de partos múltiplos, deverá haver uma equipe para cada recém-nascido;
- As precauções-padrão compreendem: lavagem/ higienização das mãos, uso de luvas, aventais e máscaras;
- Todo material deve estar disponivel e de fácil acesso antes de todo nascimento.

AVALIAÇÃO DA VITALIDADE AO NASCER

Nos casos de recém-nascido com IG< 34 semanas, leva sempre a mesma reanimação e executar os passos iniciais nos 30 segundo iniciais.

Perguntas:

- Ausência de mecônio?
- Respirando ou chorando?
- Tônus muscular bom?

Se a resposta é sim para todas as perguntas considera-se o RN com boa vitalidade, não necessitando de manobras de reanimação.

Avalia-se simultaneamente a respiração e a freqüência cardíaca (FC), sendo esta última o principal determinante da decisão de indicar manobras de reanimação, devendo estar acima de 100 bpm. A avaliação deve ser feita através da ausculta do precórdio com estetoscópio ou da palpação do pulso na base do cordão umbilical.

Não se utiliza mais a coloração da pele e mucosas do RN para decidir procedimentos na sala de parto. Em recém-nascidos saudáveis a saturação de oxigênio com 1 minuto situa-se ao redor de 60-65%, atingindo valores entre 87-92% no quinto minuto.

O boletim de Apgar não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação, mas sim para avaliar a resposta do paciente às manobras realizadas. Caso o escore seja menor que 7 no 5º minuto, recomenda-se realizá-lo a cada 5 minutos até 20 minutos de vida. Sempre documentar as manobras concomitantemente aos procedimentos realizados.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO COM IG < 34 SEMANAS

- Prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar vias aéreas (se necessário) e secar o paciente. Estes passos devem ser executados nos primeiros 30 segundos;
- Enquanto prove calor e mantém as VAS pérvias é preciso simultaneamente colocar o sensor de oximetria no MSD;
- Manter temperatura corporal entre 36,5 e 37,5°C;
- Após colocação sob fonte de calor radiante e realização de medidas para manter vias aéreas permeáveis, secar o corpo e região cefálica e desprezar os campos úmidos;
- Evitar a hipertermia (agrava a lesão cerebral em pacientes asfixiados);
- Manter a permeabilidade das vias aéreas (posicionamento da cabeça com leve extensão do pescoço). Se houver excesso de secreções nas vias aéreas, a boca e depois as narinas são aspiradas com sonda traqueal nº 8 ou 10 conectada ao aspirador a vácuo, sob pressão máxima 100mmHg;
- A aspiração de vias aéreas está reservada aos pacientes que apresentam obstrução à respiração espontânea por secreções ou que irão necessitar de ventilação com pressão positiva.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO COM NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO COM IG < 34 SEMANAS

- Avalia-se a respiração e a FC (através da palpação do cordão umbilical, ausculta do precórdio com estetoscópio, detecção do sinal de pulso pela oximetria ou atividade elétrica no monitor cardíaco). Se a respiração é regular e a FC > 100bpm, o RN deve receber os cuidados de rotina. Se, após os cuidados iniciais apresentar bradicardia ou respiração irregular indica-se a ventilação com pressão positiva (VPP);

- Nos casos de FC> 100bpm, respiração regular e sem desconforto respiratório, com saturação normal, seguir os passos de rotina;

- Nos casos de FC> 100bpm e desconforto respiratório ou saturação baixa, considerar aplicação de pressão positiva (CPAP, máscara acoplada ao circuito de ventilação manual em T);

- Nos casos de apneia ou bradicardia, iniciar VPP com balão e máscara no primeiro minuto.

VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA

Após os cuidados para manter a temperatura e a permeabilidade das vias aéreas do RN, a presença de apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm indica VPP. A ventilação pulmonar deve ser iniciada no primeiro minuto de vida, sendo o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação na sala de parto.

Oxigênio suplementar:

- Nos o RN< 34 semanas que apresentar apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm, deve-se iniciar a ventilação com oxigênio com concentração inicial de 30%, fazendo incrementos a cada 30 segundos, se necessário de 20%;

- Recomenda-se não utilizar concentrações altas de oxigênio. Aplicar o sensor do monitor no MSD, na região do pulso radial e a seguir conecta-lo ao cabo do oximetro. A leitura leva 1 a 2 minutos.

Equipamentos para a ventilação

- O balão auto-inflável é um equipamento de fácil manuseio e não necessita de fonte de gás para funcionar. O escape de ar entre a face e máscara e complacência pulmonar são pontos criticos na efetividade da ventilação. A pressão inspiratória máxima é limitada pela válvula de escape, mantida em 30 a 40 cm H20. Oferece a concentração de oxigênio de 21% (quando não conectado ao oxigênio e o reservatório) ou de 90-100% (conectado à fonte de oxigênio a 5L / minuto e ao reservatório);

- O balão anestésico tem o manuseio mais difícil e precisa obrigatoriamente de uma fonte de gás para inflar;

- O ventilador mecânico manual em T permite administrar pressão inspiratória e pressão expiratória final positiva (PEEP), sendo utilizado principalmente em prematuros. Deve ser conectado a uma fonte de gás, e caso haja disponibilidade de

fonte de ar comprimido, oxigênio e blender, pode-se titular a oferta de oxigênio. Pode ser utilizado com máscara facial ou cânula traqueal;

- Cânulas traqueais sem balão, com diâmetro uniforme, linha radiopaca e marcador de corda vocal.

TÉCNICA DA VENTILAÇÃO

Balão e máscara

- Utiliza-se a frequência de 40 a 60 movimentos/minuto, através da regra "aperta/solta/solta/aperta...". Utilizar inicialmente pressão de 20 -25 cm H2O, podendo alcançar 30 a 40 cm H2O, nos pacientes com pulmões muito imaturos ou doentes. PEEP4-6 cmH^2O e FiO^2 inicial de 30%;

- Observar a expansão pulmonar e a adaptação da máscara à face do RN. Se, após 30 segundos houver melhora da FC (o melhor indicador), suspende-se o procedimento;

- Se a reanimação estiver sendo feita com oxigênio, quando interromper a ventilação, colocar um cateter de O2 próximo a face do RN e retirar gradativamente de acordo com a SatO2;

- Caso, após 30 segundos, não haja melhora da FC, deve-se verificar o ajuste da máscara, a permeabilidade das vias aéreas e a pressão do balão;

- Se ainda assim não melhorar deve-se aumentar a oferta de oxigênio;

- Se mesmo assim não houver melhora indica-se o uso da cânula traqueal;

- Recomenda-se em períodos prolongados de ventilação a inserção de uma sonda orogástrica.

Balão e cânula traqueal

- As indicações para ventilação através de cânula traqueal são: ventilação com máscara não efetiva, ventilação com máscara facial prolongada, necessidade de massagem cardíaca e/ou adrenalina, diagnóstico de hérnia diafragmática, prematuridade extrema e necessidade de surfactante de acordo com a rotina do serviço;

- Os riscos do procedimento incluem: hipoxemia, apneia, bradicardia, pneumotórax, laceração de tecidos moles, perfuração de traquéia ou esôfago e risco de infecção;

- Cada tentativa deve durar no máximo 20 segundos. Durante o procedimento um auxiliar deve oferecer oxigênio inalatório. Confirmar a posição da cânula, na prática, através da inspeção do tórax, ausculta, visualização de condensação na cânula traqueal e observação da FC e cor;

- Após a intubação inicia-se a ventilação com balão autoinflável;

- Se o RN apresenta FC > 100 bpm e movimentos respiratórios espontâneos e regulares avalia-se a extubação. Se o paciente estiver recebendo oxigênio suplementar, deve-se fornecer oxigênio inalatório e retirar gradativamente;

- Caso após 30 segundos não houver melhora, verificar a posição da cânula, permeabilidade das vias

aéreas e pressão do balão;

- Caso esteja tudo correto e o RN mantiver FC < 60 bpm está indicada a massagem cardíaca.

Ventilador manual em T com máscara facial ou cânula traqueal

- Deve-se fixar o fluxo em 5-10L/min, a pressão máxima em 30- 40 cm H2O, a pressão inspiratória em 20-25 cmH2O e a PEEP em 5 cm H2O;
- A freqüência deve estar entre 40 e 60 bpm, seguindo a regra "ocluir a peça em T/soltar/soltar/ocluir...".

MASSAGEM CARDÍACA

- Se após 30 segundos de VPP com oxigênio suplementar, o RN mantiver FC 60 bpm;
- A ventilação poderá ser suspensa quando a FC estiver > 100 bpm, sendo administrado oxigênio e depois retirado gradualmente de acordo com a SatO2;
- Caso, após 30 segundos de massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e oxigênio a FC se mantiver.

ASPECTOS ÉTICOS

- As questões relativas às orientações para não iniciar a reanimação neonatal ou para interromper a manobras são controversas;
- As recomendações atuais concordam que neonatos abaixo de 22-23 semanas de idade gestacional não apresentam viabilidade para a vida extra-uterina, porém, na prática nem sempre a idade gestacional é conhecida. O peso deve ser considerado com cautela;
- No que se refere às malformações congênitas, é necessário ter comprovação diagnóstica antenatal e considerar a vontade dos pais;
- Não se deve esperar para decidir o início da reanimação, pois o frio, a hipoglicemia, a hipotensão e a hipoxemia podem resultar em lesões que aumentam ainda mais a morbidade e mortalidade;
- Dados de literatura sugerem que reanimações por um período maior que 10 minutos de assistolia não se justificam, pela elevada freqüência de morte e de sequelas graves;
- O uso da hipotermia terapêutica (33-34°C, iniciada nas primeiras 6 horas de vida e mantida por 72 horas) vem mostrando que é possível utilizar estratégias de neuroproteção para melhorar o prognóstico dos neonatos com idade gestacional acima de 35 semanas, que necessitaram reanimação na sala de parto;
- A interrupção da reanimação na sala de parto é uma decisão do médico responsável pela assistência, porém a presença de assistolia aos 10 minutos de reanimação é forte preditor de mortalidade e morbidade. É razoável interromper o procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.1. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2013.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SPB. Programa de Reanimação Neonatal, 2016. Disponível em:. Acesso em: 13 jul. 2017



SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

Também conhecida como doença da membrana hialina (DMH), tem como principal causa a quantidade inadequada de surfactante pulmonar em decorrência de: nascimento pré-termo, mecanismos imaturos de remoção do líquido pulmonar e baixa área de troca gasosa (típica do pulmão imaturo).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas da DMH caracterizam-se por:

- Dispnéia, taquipnéia ou bradipnéia em casos graves;
- Gemido expiratório;
- Cianose;
- Batimentos de asas nasais;
- Retração esternal;
- Dificuldade em iniciar a respiração normal;
- Tiragem intercostal e subcostal;
- Crises de apnéia.

FATORES DE RISCO

- Prematuridade;
- Diabetes materna;
- Fatores genéticos;
- Raça branca;
- História de SDR em irmãos;
- Sexo masculino;
- Distúrbios da metabolização e da produção do surfactante;
- Malformações torácicas que causam hipoplasia pulmonar (hérnia diafragmática).

Existem também fatores que prejudicam agudamente a produção de surfactante, como asfixia perinatal em prematuros e parto cesáreo não precedido de trabalho de parto.

DIAGNÓSTICO

No período pós-natal o recém-nascido apresenta as manifestações clínicas supracitadas. O aspecto radiográfico clássico é o de pulmões de baixo volume com padrão reticulogranular difuso (vidro moído) e broncogramas aéreos. Esse quadro radiológico pode se apresentar em quatro graus:

- Grau I – leve (granulações finas);
- Grau II – moderada (granulação bem evidente em "vidro moído");
- Grau III – grave (broncograma

aéreo alcançando a periferias dos campos pulmonares, discreto borramento cardíaco);

- Grau IV (opacidade total dos campos pulmonares, área cardíaca imperceptível).

TERAPIA ANTENATAL

Deve ser fornecida à mulheres grávidas entre 24 e 34 semanas de gestação, com membranas íntactas ou com amniorrexe prematura, sem corioamnionite, que estejam sob risco de trabalho de parto prematuro, nos próximos 7 dias.

Essa estratégia induz a produção de surfactante e acelera a maturação dos pulmões e outros tecidos fetais, diminuindo substancialmente a SDR, a enterocolite necrotizante e a mortalidade perinatal. Um ciclo completo consiste em duas doses de betametasona (12 mg IM) separadas por intervalo de 24 horas ou quatro doses de dexametasona (6 mg IM), a intervalos de 12 horas. Mesmo o ciclo incompleto pode melhorar o prognóstico.

MANUSEIO

As principais atitudes da equipe contra a síndrome do desconforto respiratório são:

- Prevenir a hipoxemia e a acidose;
- Otimizar o manejo hídrico;
- Reduzir demandas metabólicas. Prevenir atelectasias;
- Ventilar "gentilmente" os pulmões da criança.

SURFACTANTE EXÓGENO

No Brasil encontramos o de origem natural (porcino e o bovino) e o sintético. Inúmeros trabalhos demonstram que o melhor momento da administração é na primeira hora de vida, chamado de resgate precoce (de preferência nos primeiros quinze minutos). A resposta ao tratamento varia de um neonato para outro assim como com a idade gestacional, se foi feito corticóide antenatal, se a estratégia de ventilação foi correta e se a taxa hídrica foi adequada.

A administração é feita por meio de sonda orogástrica, que é cortada ligeiramente maior que o tubo endotraqueal; desconecta-se a criança do respirador por um período breve e se instila o volume do surfactante numa velocidade que não pode ser excessivamente lenta. A observação cuidadosa é essencial durante o procedimento. Queda de saturação, bradicardia e apnéia são efeitos adversos frequentes, porém o mais grave é a hemorragia pulmonar, que felizmente menos frequente, sendo mais comum em neonatos de extremo baixo peso. A administração é ajustada de acordo com a tolerância do recém nascido. Alguns neonatos respondem rapidamente e necessitam de ajuste cuidadoso dos parâmetros do respirador para prevenir hipotensão ou pneumotórax secundário à melhora súbita da complacência.

OXIGÊNIO

Sua administração deve manter a saturação entre 88 e 93%, a qual é geralmente suficiente para satisfazer as demandas metabólicas. Níveis de FiO2 mais altos que os necessários podem potencializar o desenvolvimento de lesão pulmonar e retinopatia da prematuridade. Sua saturação deve ser monitorizada continuamente.

VENTILAÇÃO MECÂNICA

É influenciada pela decisão de administrar surfactante. As indicações para iniciá-la são:

- Acidose respiratória com PaCO2 > 55 mm Hg ou rapidamente crescente.
- PaO2< 50 mm Hg ou saturação de oxigênio <90% com FiO2 acima de 0,50 ou apnéia grave;
- As gasometrias arteriais irão nortear os parâmetros no respirador;
- A ventilação será feira no respirador ciclado por tempo, limitado por pressão e de fluxo continuo, sendo preferível a ventilação mecânica intermitente sincronizada (SIMV), que sincroniza o esforço respiratório do recém nato com o do respirador.

Importante observar os cuidados de suporte:

- Controle da temperatura;
- Hidratação;
- Circulação;
- Sinais de infecção.

COMPLICAÇÕES AGUDAS

- Pneumotórax;
- Pneumomediastino;
- Pneumopericárdio;
- Enfisema intersticial;
- Infecção secundária devido à manipulação e invasão de cateteres;
- Hemorragia intracraniana (acompanhar com ultrassonografia transfontanela);
- A longo prazo podemos incluir a displasia broncopulmonar e retinopatia da prematuridade, sendo que o risco dessas complicações aumenta inversamente com o peso ao nascer e idade gestacional, devido ao uso de oxigênio suplementar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLOHERTY, J. P.; STARK, A. R.; EICHENWALD, E. C. Manual de neonatologia. 6.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2009.

MAC DONALD, M. G.; SESHIA, M. M. K.; MULLETT, M. D. Avery's neonatology: pathophysiology and management of the newborn. 6th.ed. Philadelphia: Lippincott, 2005 - SWEET, D. G., et al. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants-2010 update. Neonatology. v.97, n.4, p.402-417, 2010.

SÍNDROME HIPÓXICO-ISQUÊMICA

A asfixia hipóxico-isquêmica perinatal ainda constitui causa importante de mortalidade perinatal, e pode ser responsável pelo desenvolvimento de déficits neurológicos permanentes em crianças. O manejo desta enfermidade se dá a partir da prevenção (acesso universal e realização completa do pré-natal e adequada assistência perinatal).

Dentre os cuidados pós-natais atualmente oferecidos, a hipotermia terapêutica tem se mostrado um método seguro e eficaz na redução da mortalidade e das sequelas motoras e cognitivas, minimizando a lesão secundária da asfixia perinatal que ocorre durante o período de reoxigenação destas crianças.

A finalidade da hipotermia terapêutica é estabelecer diretrizes para a realização segura e eficaz da hipotermia terapêutica em recém nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica moderada e grave, baseadas em ensaios clínicos, revisões e metanálises recentes.

INDICAÇÕES

Recém nascido (RN) ≥ 36 semanas de idade gestacional com evidência de encefalopatia hipóxico- isquêmica moderada a grave que preencha os seguintes critérios (A e B):

A. PELO MENOS 2 DOS SEGUINTES:

- Gasometria do sangue do cordão umbilical ou do sangue coletado até a primeira hora de vida evidenciando acidose metabólica com pH ≤ 7.0 e/ou base excesso (BE) ≤-16;
- Índice de Apgar ≤ 5 no 10° minuto de vida;
- Necessidade de ventilação/ reanimação além do 10° minuto de vida.

B. CONVULSÃO OU PELO MENOS 3 DOS 6 CRITÉRIOS DA CLASSIFICAÇÃO DE SARNAT E SARNAT (1976) PARA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA MODERADA A GRAVE

CONTRA-INDICAÇÕES

- RN <36 semanas de idade gestacional;
- Peso de nascimento < 1800 g;
- Tempo de vida > 6 horas;
- Anomalias congênitas ou cromossomiais;
- Hemorragia intracraniana ou trauma craniano;
- Sangramento ativo.

QUANDO INDICAR

- O mais precoce possível dentro das 6 primeiras horas de vida.

PROCEDIMENTOS

- Colocar RN em incubadora desligada, sob a saída do ar condicionado (hipotermia passiva);
- Realizar a hipotermia até que a temperatura retal do RN esteja entre 33 e 34°C;
- Tempo total de hipotermia: 72 horas.

MONITORIZAÇÃO

- Temperatura retal a cada 30 minutos nas primeiras 12 horas de hipotermia e depois de 02/02 horas. Se temperatura < 33°C cobrir Unidade de calor radiante (UCR) com plástico filme e/ou cobrir RN com cueiro;
- Sinais vitais a cada 15 minutos nas primeiras 4 horas de hipotermia, 01/01 h até completar 12 horas de hipotermia e depois de 02/02 h até o final do protocolo de esfriamento;
- Monitorização continua com monitor cardíaco, oximetro de pulso, pressão arterial invasiva e diurese (cateter vesical de demora);
- Glicemia capilar de 06/06 horas ou em intervalo menor se necessário;
- Técnico de enfermagem exclusivo para o RN;
- Eletroencefalograma continuo se possível;
- Ultrassonografia transfontanela durante a hipotermia e após o reaquecimento.

REAQUECIMENTO

- Após 72 horas de hipotermia induzida, o RN é reaquecido à velocidade de 0,5°C/hora até atingir temperatura retal de 36,5°C. Para isso, retirar o RN da UCR e colocá-lo em incubadora fria, programando-a para o modo pele e iniciando com a temperatura axilar do momento. Aumentar a temperatura da incubadora (modo pele) em 0,5°C a cada hora de acordo com a temperatura retal;
- Sinais vitais de 30/30 minutos durante o reaquecimento.

EXAMES LABORATORIAIS

- Na admissão: glicose, gasometria com ionograma, cálcio total, magnésio, creatina quinase (CK), isoenzima MB da creatina quinase (CKmB), transaminase glutâmico-oxalacética (TGO), transaminase glutâmico-pirúvica (TGP), hemograma completo, microhematócrito, tempo ativado de protrombina (TAP) e tempo de tromboplastina parcial ativado (PTT);
- Com 24, 48 e 72 horas: glicose, gasometria com ionograma, cálcio total, magnésio, uréia, creatinina, TGO, TGP, hemograma completo, microhematócrito, TAP e PTT;

- Outros exames laboratoriais nos intervalos de acordo com indicação clínica.

PRESCRIÇÃO

- Suporte ventilatório necessário para o caso. O aquecimento dos gases umidificados deve ser mantido. Avaliar necessidade de óxido nítrico;

- Garantir acesso venoso central para infusão de medicamentos, hidratação e para coleta de exames de sangue (cateterismo umbilical venoso e arterial), pois há dificuldade de acesso venoso periférico e coleta de sangue pela vasoconstricção periférica desencadeada pela hipotermia;

- Tax hídrica inicial total de 60 mL/kg/dia; taxa de infusão de glicose (TIG) 5,0 mg/kg/min, cálcio venoso 300 mg/kg/dia;

- Balanço hídrico rigoroso; monitorar pressão arterial e diurese pois a hipotermia pode levar à vasoplegia e hipotensão;

- Evitar hiponatremia;

- Analgesia com Fentanyl 1 a 3 mcg/kg/hora. Suspender quando RN já estiver reaquecido. Evitar o uso de midazolam para sedação para não mascarar convulsão clínica. Frequência cardíaca em torno de 110 a 120 bpm pode indicar dor;

- Em caso de convulsão, fazer dose de ataque de fenobarbital 20 mg/kg/dose e seguir manutenção de 5 mg/kg/dia de 12/12 horas (evitar reataque de fenobarbital para prevenir intoxicação pelo mesmo). Se persistir convulsão clínica, fazer dose de ataque de fenitoína 15 mg/kg/dose, seguida de manutenção 5 mg/kg/dia 12/12horas. Na persistência de convulsões clínicas, iniciar infusão contínua de midazolam (dose inicial de 0,1 mg/kg/hora até 1 mg/kg/hora);

- Antibioticoterapia nos casos de presença de fator de risco para infecção ou naqueles casos onde não há como discernir entre asfixia perinatal e infecção neonatal (ampicilina e gentamicina);

- Bradicardia sinusal é esperada durante o protocolo de hipotermia (entre 80 a 100 batimentos por minuto). Atenção deve ser dada se há hipotensão associada;

- Em caso de hipotensão (pressão arterial média < 45 mmHg), iniciar dobutamina 15 mcg/kg/min; se persistir, associar dopamina na dose de 10mcg/kg/min;

- Concentrado de plaquetas se plaquetopenia< 50.000 com sangramento ou < 30.000 sem sangramento;

- Em caso de sangramento ativo e TAP < 40% e/ou PTT > 64, transfundir plasma.

- Se coagulograma alterado e ausência de sangramento, fazer vitamina K 1mg/kg/dia de 3 a 5 dias;

- Corrigir acidose metabólica (pH< 7 ou BE < -16) para metade do BE em 4 horas, colhendo gasometria no meio da infusão para avaliar necessidade de prosseguir a correção;

- Iniciar nutrição parenteral total (2g/

kg/dia de aminoácidos e 1g/kg/dia de lipídeos);

- No segundo dia de vida, se estável, progredir conforme tolerância. Dieta oral zero;
- Hidratação da pele, mudança de decúbito, busca ativa por necrose, inflamação ou infecção cutânea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, K. A. Moderate hypothermia: is selective head cooling or whole body cooling better? Adv. Neonatal Care, v.4, n.2, p.113-118, 2014

- AZZOPARDI, D. V. et al. Effects of hypothermia for perinatal asphyxia on childhood outcomes. N. Engl. J. Med., v.371, n.2, p.140-149, 2014.

- AZZOPARDI, D. V. et al. Moderate hypothermia to treat perinatal asphyxial encephalopathy. N. Engl. J. Med., v.361, n.14, p.1349-1358, 2009.



TRANSFUSÃO NEONATAL

Nos primeiros dias de vida o Recém Nato (RN) à termo possui níveis de hemoglobina (Hb) entre 14 a 20g/dl. Após 2 a 3 meses de vida a hemoglobina decresce para níveis de 11 a 12g/dl. Nos RNs prematuros os níveis de hemoglobina decrescem nos primeiros meses de vida, mais profundamente que nos RNs à termo, devido à menores níveis de concentração de hemoglobina ao nascimento, freqüentes coletas, complicações clínicas e menor capacidade de aumentar os níveis de eritropoietina. Os níveis de hemoglobina nos RNs com peso de nascimento entre 1 e 1,5Kg é em torno de 8g/dl com 8 a 12 semanas de vida e nos com peso de nascimento abaixo de 1Kg os níveis são em torno de 7g/dl com 4 a 8 semanas. A anemia fisiológica é assim chamada por ser autolimitada, geralmente bem tolerada e responsiva a tratamento apenas sintomático, na maioria dos casos.

Sangue Total Reconstituído (STR)

Objetivo:

Reduzir os níveis de bilirrubina indireta, remoção e substituição dos eritrócitos sensibilizados por eritrócitos compatíveis e remoção dos anticorpos incompatíveis.

Indicações:

Sinais de encefalopatia bilirrubínica aguda, bilirrubina sérica total igual ou maior 25mg/dL, quando fototerapia intensiva (com ou sem uso de IVIG-imunoglobulina intra-vascular) falha para a diminuição da concentração de bilirrubina ou quando a bilirrubina sérica inicial encontra-se com alto risco para causar kernicterus.

Situações Especiais:

Deve ser utilizado concentrado de hemácias coletado há menos de 5 dias, Grupo "O", RhD-negativo, hemoglobina S negativa, com fenotipagem negativa para os anticorpos maternos quando encontrados, lavados, leucodepletados, irradiados e reconstituído com plasma AB para um hematócrito de 40-50%, compatibilizado com o soro materno ou soro fetal.

Infusão:

- Volume: 02 volemias (170mL x peso Kg para RN à Termo, 200mL x peso Kg para prétermos).

Tempo do procedimento: 60 a 120 minutos.

Concentrado de Hemácias (CH)

Objetivo:

Aumentar a capacidade de carrear oxigênio em pacientes com anemia ou hemoglobinopatias.

Indicações:

A transfusão mais criteriosa reduz complicações.

Deve-se pesar o potencial risco e os benefícios da transfusão no prematuro. O critério de transfusão se baseia na situação clínica. Nessa faixa etária os sintomas associados à anemia incluem taquicardia, taquipneia, episódios de apnéia, hipoatividade e baixa ganho ponderal apesar de taxa calórica adequada.

Nos pacientes menores de 4 meses:

- Hematócrito (Ht) < 35% ou Hemoglobina < 15g/ml
- Cardiopatia congênita cianótica;
- Oxigenação através de membrana extracorpórea.
- Hematócrito < 40%
- Doença cardíaca ou pulmonar grave;
- Dependência crônica de oxigênio (displasia broncopulmonar).
- Ht<35% ou Hb <12g/ml
- Hood ou CPAP (continuous positive airway pressure) com Fio2 >35%;
- Ventilação mecânica com Fio2 >40% ou MAP (pressão média nas vias aéreas) >6 a 8cmH2O.
- Ht<30% ou Hb < 10 g/ml
- Hood ou CPAP com Fio2 < 40% ou MAP 6 episódios em 12 horas sem necessidade de intervenção ou 2 episódios em 24 horas com uso de bolsa-máscara (ambu), já em uso de doses terapêuticas de metilxantinas;
- Freqüência cardíaca >180bpm por mais de 24 horas;
- Frequência Respiratória >80irpm por mais de 24 horas sem patologia pulmonar que justifique esse aumento;
- Ganho ponderal 15% da volemia);
- Sepse com redução súbita do hematócrito e descompensação clínica;
- Prematuros com PCA (Persistência do Canal Arterial) com repercussão clínica
- Ht < 20% ou Hb < 7g/ml
- Com baixa contagem de reticulócitos e sintomas de anemia

Situações Especiais:

Deve ser utilizado concentrado de hemácias, padronizado o do Grupo "O", RhD-compatível, hemoglobina S negativa, fracionado, leucodepletado e irradiado para todos os RNs com peso igual ou inferior à 1200g. Nos RNs que possuem anticorpos maternos clinicamente significantes, estes devem ser identificados para que sejam selecionadas para transfusão unidades que não apresentam os antígenos correspondentes (CH fenotipados).

Infusão:

- Volume: 10 a 15ml/Kg de concentrado de hemácias;

- Tempo de infusão: 1 a 2 horas e, não pode ultrapassar 4 horas. Usar equipos com filtro próprio para transfusão de hemocomponente.

Concentrado de Plaquetas (CP)

Objetivo:

Prevenir ou cessar o sangramento em pacientes com deficiência quantitativa ou qualitativa de plaquetas.

Indicações:

- < 30000/mm3 – neonatos estáveis;
- < 50000/mm3 – neonatos instáveis com sangramento ativo e com falha na produção e/ou aumento na destruição de plaquetas;
- < 50000/mm3 em pacientes que serão submetidos a procedimentos invasivos e/ou cirúrgicos ou com sangramento ativo ou em CIVD (coagulação intravascular disseminada);
- < 100000/mm3 em pacientes com sangramentos ativo do Sistema Nervoso Central (SNC) ou que serão submetidos à cirurgias do SNC ou oftalmológicas e em pacientes em ECMO;
- Contagem plaquetária normal, porém sangramento ativo em pacientes com defeitos qualitativos das plaquetas.

Contra-indicações:

As transfusões de CP devem ser evitadas na Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), na Síndrome hemolítica-Urêmica (SHU), na Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) e na trombocitopenia induzida por heparina (pseudo-trombocitopenia).

Situações Especiais:

Os RN devem ser transfundidos com plaquetas ABO compatíveis, sempre que possível, para evitar a transfusão de plasma incompatível, leucodepletadas e irradiadas para todos os RNs com peso igual ou inferior à 1200g.

Infusão:

- Volume: Em pacientes com menos de 10 kg – 5 a 10 ml/kg até 1U;
- Tempo de infusão: 30min à 1 hora, não podendo ultrapassar 4 horas.

Plasma Fresco Congelado (PFC)

Objetivo:

Reposição de fatores da coagulação, particularmente nos pacientes em que há deficiência de múltiplos fatores e apenas quando não estiverem disponíveis produtos com concentrados estáveis de fatores da coagulação.

Indicações:

- Pacientes em CIVD (coagulação intra-vascular disseminada) com sangramento ativo e evidência laboratorial de deficiência dos fatores de coagulação. Esta situação clínica exige a transfusão de PFC sempre que houver hemorragia e evidências

laboratoriais de deficiências de fatores - prolongamento do Tempo de Protrombina (TP) ou do Tempo Parcial de Tromboplastina Ativada (TTPa) de no mínimo 1,5 vezes;

- Terapia de reposição de fatores da coagulação quando os concentrados específicos não estão disponíveis incluindo, mas não limitado aos fatores II, V, X e XI, proteína C ou S;
- Para a correção de deficiências congênitas e adquiridas isoladas ou combinadas de fator(es) da coagulação;
- Reversão do efeito cumarínico em uma situação de emergência, como antes de um procedimento invasivo;
- Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT);
- Transfusão maciça;
- Pacientes com coagulograma alterado (TP maior 1,5 vezes a faixa média do valor normal relacionado a idade e/ou TTPa maior 1,5 vezes o limite superior do normal relacionado a idade) e com sangramento, principalmente portadores de hepatopatias e naqueles que serão submetidos a procedimentos invasivos e/ou cirurgias;
- Púrpura Fulminante do Recém-Nato por Deficit de Proteína C e/ ou Proteínas S. Nas deficiências de proteína C e proteína S está indicado o uso do PFC, lembrando o risco de trombose;
- Hemorragia por Déficit de Fatores Vitamina K-dependentes em recém-natos.

Contra-indicações:

- Expansor volêmico;
- Hipovolemias agudas (com ou sem hipoalbuminemia);
- Sangramentos sem coagulopatia;
- Imunodeficiências / fonte de imunoglobulina;
- Septicemias;
- Grandes Queimados;
- Suporte nutricional;
- Manutenção da Pressão Oncótica do Plasma;
- Prevenção de hemorragia intraventricular do recém-nato;
- Reposição de volume nas sangrias terapêuticas de recém-natos com poliglobulia;
- Profilaxia de hemorragias em hepatopatas (exceto na preparação de cirurgias ou procedimentos invasivos);
- Fórmula de reposição nas transfusões maciças;
- Acelerar processos de cicatrização;
- Recomposição de sangue total, exceto quando utilizado em exsangüíneotransfusão em recém nascido.

Situações Especiais:

O PFC deve ser ABO compatível com o re-

ceptor. Na correção de hemorragias por uso de anticoagulantes cumarínicos ou reversão rápida dos efeitos dos cumarínicos, o produto de escolha é o complexo protrombínico. Como a disponibilidade deste tipo de concentrado ainda não é suficientemente ampla nos hospitais brasileiros, o uso de PFC é uma alternativa aceitável. Nas tromboses por Déficit de Anti-Trombina III, o produto de escolha é o concentrado de AntiTrombina III. Todavia, este produto, raramente está disponível para uso nos hospitais brasileiros.

Infusão:

- Volume 10 a 15 mL/Kg peso;
- Tempo de infusão: 1 a 2 horas e, não pode ultrapassar 4 horas;
- Avaliar a capacidade do RN em suportar volume;
- Tempo de efeito do PFC: 6 a 12h. Reavaliar com exames diariamente.

Crioprecipitado

Objetivo:

Prevenir ou cessar o sangramento em pacientes com deficiência quantitativa ou qualitativa, primordialmente, de fibrinogênio. Contém: fatores I, VIII, XIII e de von Willebrand.

Indicações:

- Hipofibrinogenemia;
- Transfusão em hemofilias e Doença de Von Willebrand quando o fator indicado não estiver disponível.

Infusão:

- Volume: 1 a 2 unidade/10Kg de peso
- Avaliar a capacidade do recém nato em suportar volume;
- Tempo de infusão: 30min à 1 hora, não podendo ul;ar 4 horas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue. D. O. U., Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jun. 2014. n. 113, Seção 1, p. 50

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para uso de hemocomponentes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

- NEW, H.V., et al. Guidelines on Transfusion for fetus, neonates and older children. Br. J. Haematol. p.1-45, 2016.

- HAMERSCHLAK, N.; BRITTO, J.L.B.C. Uso racional de sangue e componentes em pediatria. In: JUNQUEIRA, P.C.; HAMERSCHLAK, N.; ROSENBLIT, J. Hemoterapia clínica. São Paulo: Rocca, 2009.

ENFERMARIA

AMENORRÉIA

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID10

Amenorréia primária – Investigação

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%), himen 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 transverso de vagina ou hímem imperfurado. Nestes casos haverá hematométrio com ou sem hematocolpo.

Amenorréia secundária – investigação

Entre as principais causas têm-se: anovulação (40%), disfunção hipotalâmica (35%), disfunção hipofisária (20%) e patologias uterinas (5%).

Anamnese e exame físico:

- Orientam 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, alopécia, 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 (E2 ≥ 40pg/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;

  - Ausência de atividade estrogênica (hipogonadismo).

Teste estrogênio somado a progesterona:

- Realizar após um teste de progesterona negativo e já excluídas gravidez. 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

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU LABORATORIAL

Exames laboratoriais

- BhCG: Descartar gravidez - causa mais comum de amenorréia.

- 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.

MANEJO

Causas hipotalâmicas:

- 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 GnRH e, consequentemente, 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 subsequente 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, hipoestrogenismo 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, pêlos 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 estrogenioterapia 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.

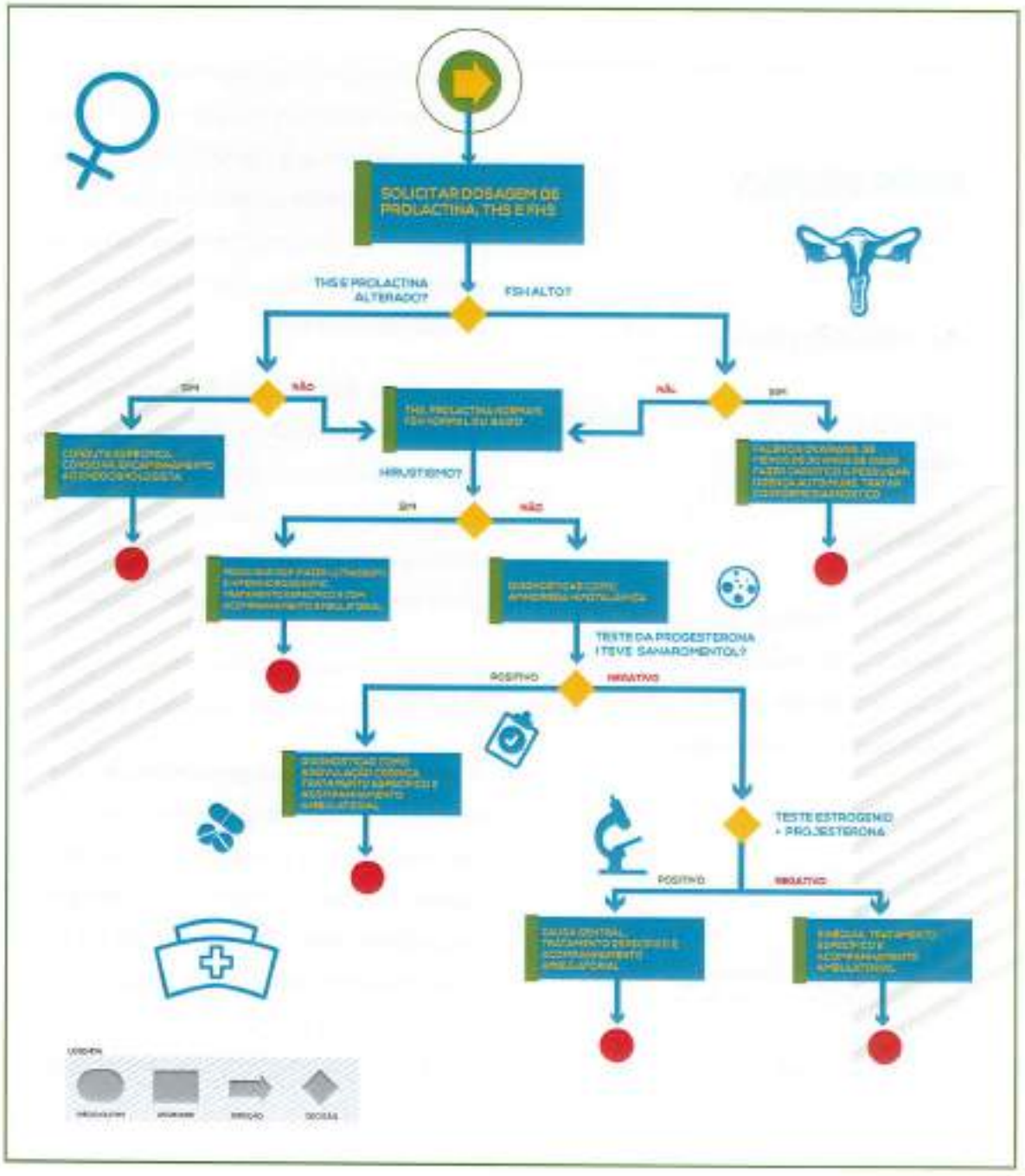
HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (HAC)

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, consequentemente 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 3 B hidroxiesteróide.



ALGORITMO AMENORRÉIA



BIBLIOGRAFIA

The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. Fertility and Sterility. 2008; 90:219-25.

Rebar R, Stryker H. Kalamazoo MI. Evaluation of amenorrhea, anovulation, and abnormal bleeding. Gynec Reprod Biol. Michigan State University College of Human Medicine, - Chapter 4. Grand Rapids, MI. October 1, 2014.

Golden NH, Carlson JI. The Pathophysiology of Amenorrhea in the Adolescent. Ann. New York Academy of Sciences 2008; 1135: 163–178.

Fritz MA, Speroff L. Clinical gynecologic, endocrinology and infertility. 8ª edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Heath; 2011.

CÂNCER DE COLO UTERINO

EPIDEMIOLOGIA

Tipos histológicos

80% dos tumores são do tipo escamoso e 20% são adenocarcinomas.

Sintomas

Nos estágios iniciais, o tumor costuma ser assintomático, podendo haver, entretanto, queixa de corrimento aquoso, sinusorragia ou sangramento intermenstrual.

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;
- Observação: considerar teste de HIV e outras sorologias.

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 Emissão de Positrões (PET) e Raio X de tórax. Tais exames fornecem informação sobre o tamanho tumoral, acometimento linfonodal, propagação local ou metástase à distância.

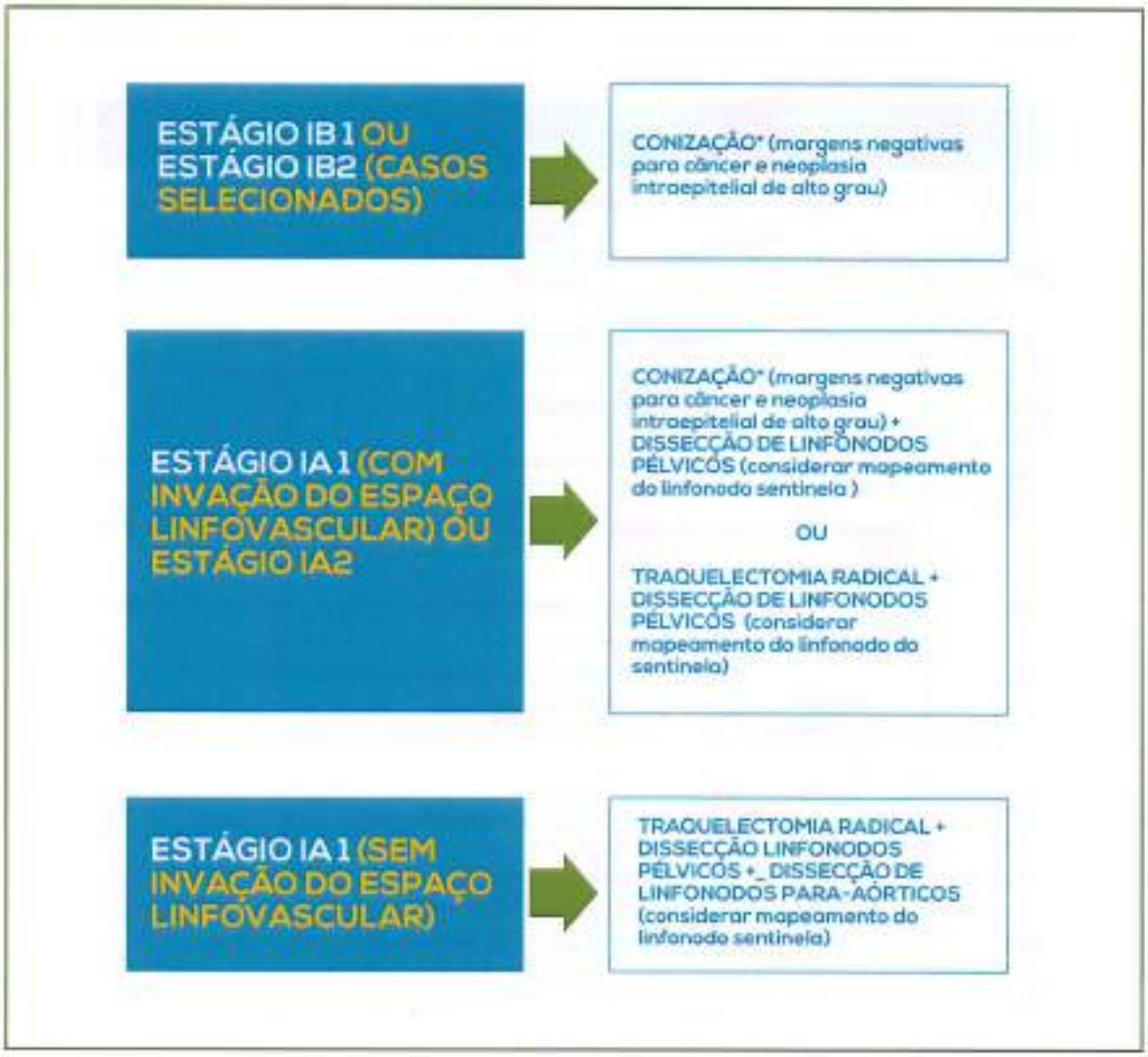
Não existe necessidade de investigação laboratorial. Bexiga e reto devem ser avaliados por cistoscopia e retosigmoidoscopia em pacientes sintomáticas. Cistoscopia também é recomendada nos casos de crescimento endocervical em forma de barril e em acometimento da parede vaginal anterior. A suspeita de envolvimento vesical ou retal deve ser confirmada por biópsia.

Quadro 1: Estadiamento câncer de colo uterino

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO
I	Carcinoma confinado ao colo uterino (extensão ao corpo uterino deve ser ignorada).
IA	Carcinoma invasivo diagnosticado apenas por microscopia com profundidade de invasão estromal menor 5,0mm.
IA1	Invasão estromal menor 3,0 mm de profundidade.
IA2	Invasão estromal maior 3,0 mm e menor 5,0 mm de profundidade.
IB	Carcinoma invasivo com menor 5,0 mm de profundidade de invasão (maior que o estágio IA) limitado ao colo.
IB1	Carcinoma invasivo com maior 5,0 mm de profundidade de invasão e menor 2cm na sua maior dimensão.
IB2	Carcinoma invasivo com menor 2cm e menor 4cm na maior dimensão.
IB3	Carcinoma invasivo com menor 4cm na maior dimensão.
II	Carcinoma cervival invade além do útero, mas não a parede pélvica ou terço interior vaginal.
IIA	Envolvimento limitado aos dois terços superiores da vagina, sem envolvimento parametrial.
IIA1	Carcinoma invasivo menor 4cm em sua maior dimensão.
IIA2	Carcinoma invasino maior 4cm em sua maior dimensão.
IIB	Envolvimento parametrial, mas não parede pélvica.
III	Carcinoma envolver o terço inferior da vagina e/ou parede pélvica e/ ou causa hidronefrose.
IIIA	Tumor envolve o terço inferior da vagina sem extensão a parede pélvica
IIB	Extensão a parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionante.
III	Envolvimento de linfonodos pélvicos e /ou para aórticos.
IIIC1	Apenas metástase para linfonodos pélvicos.
IIIC2	Mestástase para linfonodos para aórticos.
IV	O carcinoma estendeu-se para além da pelve verdadeira ou envolveu (biópsia comprovada) a mucosa da bexiga ou reto
IVA	Envolvimento de órgãos pélvicos adjacentes.
IVB	Mestástase para orgãos distantes.

Fonte: FIGO (2018).

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.

Fluxograma 1: Tratamento em estágios iniciais com desejo de preservação da fertilidade:

- Preferência para uma amostra não fragmentada com margens negativas de 3mm;
- Cone a frio de preferência, mas pode ser por cirurgia de alta frequência, se margens adequadamente negativas;
- Se as margens forem positivas, após a conização por câncer repetir conização ou realizar traquelectomia.

Após completar a prole, oferecer histerectomia simples se sinais de infecção persistente por HPV, citologias anormais ou desejo da paciente.

Fluxograma 2: Tratamento em estágios iniciais sem desejo de preservação da fertilidade:



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 + dissecção de linfonodos pélvicos (considerar mapeamento de linfonodo sentinela) OU repetir conização para melhor avaliar a profundidade da lesão.



RESSECÇÃO CIRÚRGICA

Quadro 2: Modalidades cirúrgicas para tratamento do câncer de colo uterino

	HISTERECTOMIA SIMPLES / EXTRAFASCIAL (TIPO A)	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA (TIPO B)	HISTERECTOMIA RADICAL (TIPO C)	TRAQUELECTOMIA SIMPLES	TRAQUELECTOMIA RADICAL
INDICAÇÃO/ ESTÁGIO	IA1	IA1 com ILV* ou IA2	IB1, IB2 ou IB3, IIA1 (casos selecionados)	Carcinoma in situ ou IA1	IA2, IB1 ou IB2 (casos selecionados)
ÚTERO	Removido	Removido	Removido	Preservado	Preservado
OVÁRIOS	Remoção opcional	Remoção opcional	Remoção opcional	Preservado	Preservado
COLO UTERINO	Removido	Removido	Removido	Removido a maioria (deixado 5mm proximal para circlagem)	Removido a maioria (deixado 5mm proximal para circlagem)
MARGEM VAGINAL	Mínima	Margem de 1-2cm	1/4 a 1/3 superior de vagina	Mínima	Margem de 1-2cm
ABORDAGEM CIRÚRGICA	Vaginal, laparotomia ou minimamente invasiva	Laparotomia	Laparotomia	Vaginal, laparotomia ou minimamente invasiva	Vaginal, laparotomia ou minimamente invasiva

*IVL: invasão do espaço linfovascular Fonte: NCCN, 20

Conduta no achado incidental de câncer de colo após histerectomia simples:

- Ia1 sem invasão do espaço linfovascular → acompanhamento
- Ia1 com invasão do espaço linfovascular → anamnese e exame físico; hemograma, função hepática e renal.
- Exames de imagem (Radiografia de tórax, tomografia de tórax, abdome e pelve e/ou PET/CT, ressonância de pelve) opcionais se estágio ≤ Ib1.
- Se margens negativas e imagens negativas → reoperar (completar parametrectomia, vaginectomia de 1/3 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 de recidiva (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 RM de pelve com contraste 6 meses após o procedimento e anual por 2 a 3 anos.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Informações sobre câncer de colo do útero. Disponível em:

‹http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_utero/definicao› Acesso em: 05 Dez. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Câncer do colo do útero. Revista Brasileira de Cancerologia, 2000. 46(4): 351-54.

National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2.2020. July 24, 2020.

BHATLA, N.; AOKI, D.; SHARMA, D. N. et al. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet, v. 143, p. 22–36, Out, 2018.

BHATLA, N.; BEREK, J.S.; CUELLO FREDES, M. et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet. v. 147(2), p.279-280. Nov. 2



CLIMATÉRIO

DEFINIÇÕES

Quadro 1: Definições de termos utilizados na fase do climatério

Menopausa	Diagnóstico retrospectivo, sendo o último sangramento seguido de 12 meses de amenorreia.
Menopausa espontânea	Menopausa que ocorre sem intervenção cirúrgica ou medicamentosa.
Perimenopausa	Período que precede a menopausa, caracterizada por alterações no ciclo menstrual relacionadas as alterações hormonais específicas do estágio reprodutivo tardio.
Climatério	Fase referente a transição do período reprodutivo para o período não reprodutivo feminino.
Síndrome climatérica	Elenco de sintomas e sinais que podem ocorrer no climatério.
Menopausa induzida	É a parada da menstruação imediata causada por intervenção médica (quimioterapia ou terapia de irradiação pélvica) ou intevenção cirúrgica.
Menopausa precoce	Ocorrência de menopausa na idade inferior a 2 desvios-padrão da idade estimada para a população de referência[2].

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de menopausa é clínico, conforme os critérios descritos anteriormente. Dosagem sérica de hormônios esteróides, gonadotrofinas, inibina B ou hormônio antimulleriano não são critérios diagnósticos e nem interferem na conduta. Em pacientes que realizaram histerectomia sem a ooforectomia, níveis séricos de FSH acima de 30 UI/mL associado ao nível de estradiol abaixo de 20pg/ml podem sugerir o diagnóstico, porém, não o confirmam.

QUADRO CLÍNICO

O climatério geralmente é associado a alterações físicas e emocionais que quando surgem são caracterizadas como síndrome climatérica. Os sintomas do climatério sofrem influência de inúmeros fatores de ordem biológica, aspectos psicológicos e aspectos sociais[1]. Dentre eles, destacam-se os sintomas vasomotores, como fogachos e sudorese, a atrofia genital, que podem levar a dispareunia e ressecamento vaginal, e os transtornos psicológicos, como transtornos de humor e do sono. Estes sintomas podem provocar prejuízo pessoal e implicação social de grande importância.

A sintomatologia geralmente tem início alguns anos antes da menopausa e podem durar por anos.

Os sintomas vasomotores são caracterizados principalmente pelos fogachos, que tem início súbito e duração entre 2 e 4 minutos, podendo ser associados a palpitação e sudore-

se, podendo ocorrer também durante o sono, diminuindo a qualidade de vida da paciente.

A síndrome genitourinária da menopausa é caracterizada por atrofia genital e alterações urinárias. Os sintomas relacionados a síndrome são dor vulvar, prurido, ressecamento vaginal, dispareunia, sinusiorragia, disúria, urgência miccional e infecções urinárias recorrentes. Em relação a sexualidade da mulher no climatério, as alterações que ocorrem na mulher que vivencia o climatério, mesmo com sintomas de intensidades diferentes, geram consequências que podem afetar o seu bem-estar geral. Essas modificações não necessariamente irão provocar a diminuição do prazer, mas poderá influenciar diretamente na sua resposta sexual, tornando a mais lenta e menos prazerosa podendo causar insatisfação sexual.

TRATAMENTO

A escolha da terapia deve ser individualizada a partir dos riscos e benefícios que a mesma trará para a paciente. Podem ser utilizados métodos hormonais ou não hormonais, disponíveis em diversas apresentações. Uma vida saudável, com mudança dos hábitos de vida prejudiciais à saúde, prática regular de exercícios e alimentação apropriada deve ser considerada como objetivos primários no manejo terapêutico destas pacientes.

Terapia hormonal (TH):

- O uso de TH geralmente é indicado para pacientes abaixo de 60 anos e que tiveram a menopausa há menos de 10 anos, critérios conhecidos como janela de oportunidade3. A duração do tratamento hormonal continua sendo um dos assuntos mais controversos na literatura;

- Apesar de os dados de segurança não indicarem aumento de risco com até cinco anos de utilização de TH estroprogestativa, a manutenção do tratamento pode ser feita e deve ser sustentada nas indicações propostas e no melhor juízo clínico, avaliando-se os riscos e benefícios (nível de evidência: A);

- No caso da terapia somente com componente estrogênico, parece haver maior flexibilidade no tempo de utilização visto que não houve associação entre risco de câncer de mama e uso de estrogênio isoladamente por até sete anos (nível de evidência: A).

Indicações de tratamento hormonal:

- sintomas vasomotores;
- osteoporose;
- síndrome geniturinária da menopausa;
- menopausa precoce.

O tratamento dos sintomas vasomotores intensos e moderados permanece como a indicação primária da TH. Essa terapia é o tratamento mais efetivo para os sintomas vasomotores na peri e pós- menopausa, sendo especialmente indicada a mulheres sintomáticas abaixo dos 60 anos e com menos de dez anos de menopausa (nível de evidência: A).

Terapia estrogênica é efetiva para tratar sintomas isolados da atrofia vaginal e dispareunia, sendo a via vaginal preferível (nível de evidência: A)

O estrogênio não é recomendado como um agente de primeira linha para controle da osteoporose, no entanto, se a decisão for tomada para uso desse hormônio para o tratamento dos sintomas neurovegetativos, reduções na perda óssea e no risco de fratura serão benéficas (nível de evidência: A). Como tratamento de primeira linha utilizamos os bifosfonados ou raloxifeno para prevenção e de bifosfonados para o tratamento de osteoporose estabelecida.

Quadro 2: Contraindicações à terapia hormonal.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS
Antecedentes pessoais de câncer de mama e/ ou endométrio recente	Tromboembolismo prévio
Tromboembolismo agudo	Doença coronariana
Sangramento transvaginal de origem indeterminada	Diabetes mellitus/Hipertensão arterial
Doenças hepáticas ativas e graves	Mioma uterino e endometriose
Porfiria	Lupus eritematoso sistêmico

Quadro 3: Estrogênios: doses e vias de administração.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
VIA ORAL	
Estrogênios conjugados eqüinos (EEC)	0,3 - 0,45 - 0,625 - 1,25 mg/dia
17 beta estradiol micronizado (E2)	1 - 2 mg/dia
Valerato de estradiol (VE)	1 - 2 mg/dia
Estriol (E3)	2 - 6 mg/dia

VIA TRANSDÉRMICA	
Estradiol transdérmico (E2)	25-37,5-50-75-100 mcg/dia cada 3 d e meio
Estradiol gel (E2)	1,5 - 3,0 mg/dia
VIA NASAL	
Estradiol intranasal (E2)	300 ug/dia
VIA SUBCUTÂNEA	
Estradiol implante (E2)	25 mg cada 6 meses
VIA VAGINAL	
Estrogênios conjugados (EEC)	0,625 mg/dia
Estriol (E3)	1-2 mg/dia
Promestrieno	10 mg/dia

Quadro 4: Progestagênios: doses e vias de administração.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
VIA ORAL	
Acetato de medroxiprogesterona (AMP)	1,5 - 2,5 - 5,0 - 10 mg/dia
Acetato de ciproterona (AC)	1-2 mg/dia
Acetato de noretisterona (NETA)	0,35 - 0,5 - 0,7 - 1,0 mg/dia
Acetato de nomegestrol (ANG)	2,5 - 5,0 mg/dia
Diprogesterona	5,0 - 10 mg/dia
Drospierenona	2,0 mg/dia
Norgestimato	90 mcg 3 dias sim / 3 dias de pausa

Gestodeno	25 mcg/dia
Progesterona micronizada	100-200-300 mg/dia
Trimegestona	0,25 - 0,5 mg/dia
VIA TRANSDÉRMICA	
Acetato de noretisterona (NETA)	140 - 170 - 250 mcg/dia cada 3 dias e meio
VIA VAGINAL	
Progesterona micronizada	50 -100 -200 -300 mg

A TH em mulheres com hipoestrogenismo deve ser feita o emprego de formulações estrogênicas. A única razão para a administração de progestagênios em adição aos estrogênios é a proteção das anormalidades endometriais (hiperplasia e câncer) que se observam com a terapêutica estrogênica isolada. Em terapêutica com fármacos deve-se procurar a menor dose que propicie segurança e eficácia[6]. Os principais estrogênios e progestagênios empregados em TH na peri-menopausa e na pós-menopausa podem ser observados, respectivamente, nas tabelas 3 e 4.

Tibolona

A tibolona é um esteróide sintético, derivado do progestagênio noretinodrel. Após sua absorção origina três metabólitos com funções estrogênica, progestacional e androgênica. Em decorrência desta diversidade funcional, a tibolona exerce diferentes ações a depender do tecido alvo. É empregada na dose de 2,5 mg/dia. Seu uso está indicado para alívio dos sintomas climatéricos e para pacientes com queixa de diminuição da libido. Os efeitos de longo prazo sobre risco cardiovascular, redução de fraturas osteoporóticas e risco de câncer de mama ainda não estão bem estabelecidos, necessitando, para tanto, mais estudos.

Androgênios

A terapia androgênica na mulher após a menopausa ainda é um assunto longe de um consenso e constitui-se em um dos temas mais controversos da endocrinologia feminina. Ainda não se têm bem definidos quais os níveis fisiológicos de testosterona na mulher após a menopausa ou os seus limites mínimos para se estabelecer o diagnóstico de insuficiência de testosterona. A Endocrine Society (USA) concluiu que não se pode fazer o diagnóstico de insuficiência androgênica na mulher, seja pela falta de uma definição bem precisa desta síndrome clínica ou pela falta de uma linha divisória dos níveis de androgênios, para se definir as mulheres com e sem a síndrome ainda são prescrições off label.

A reposição androgênica, se indicada, deve ser cuidadosamente prescrita tendo em vista seus efeitos colaterais e pelo fato de que boa parte de suas indicações para esta finalidade.

Terapêutica não hormonal

Quando não se pode empregar a TH, a exemplo de pacientes operadas de câncer de mama, ou em casos mais raros, onde existem sintomas de fogachos a despeito de se ter atingido boas doses de TH, pode-se considerar a indicação de fármacos antidepressivos. O cloridrato de venlafaxina, um inibidor da recaptação de serotonina e de noradrenalina, têm se mostrado eficaz no alivio dos sintomas vasomotores em doses que podem variar de 25 a 150 mg/dia. Igualmente, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina, como a paroxetina e a fluoxetina nas doses de 20 mg/dia parecem ter boa eficácia.

Os fitoestrogênios são substâncias encontradas nos vegetais e que possuem atividade semelhante aos estrogênios, vez que possuem a sua estrutura molecular semelhante. Os fitoestrogênios mais freqüentes na dieta são as isoflavonas, os lignanos e cumestranos. Os resultados dos estudos que avaliaram os fogachos são discrepantes, ora mostrando redução, ora mostrando que os sintomas permanecem inalterados. Com relação à massa óssea, os resultados dos estudos também divergem. Até o momento não se dispõe de resultados consistentes que demonstrem redução no risco de fraturas com uso de fitoestrogênios. Não se dispõe também de estudos que possam atestar a sua segurança quando empregados por longos períodos.

Em relação aos sintomas de ressecamento vaginal, podem ser usados hidratantes vaginais a base de água até 3 vezes por semana, podendo ou não ser associados ao uso de lubrificantes durante o ato sexual. O uso está relacionado a melhora na dispareunia e na satisfação sexual das pacientes.

Quadro 5: Indicações para realização de densitometria óssea

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 sofreram 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

Quadro 6: Fatores de risco para osteoporose

Doenças endócrinas (Hipogonadismo, hiperparatireoidismo, hipertireoidismo, hipercortisolismo, hiperprolactinemia).
Doenças gastrointestinais (Doenças inflamatórias intestinais, doença celíaca, cirrose biliar primária, cirurgias de bypass gástrico, gastrectomias).
Desordens nutricionais (Deficiência ou insuficiência de vitamina D, deficiência de cálcio, ingestão excessiva de álcool, anorexia nervosa, nutrição parenteral).
Doenças crônicas (Artrite reumatoide, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistêmico, doença pulmonar obstrutiva crônica, acidose tubular renal, hipercalciúria idiopática, mieloma múltiplo, doença metastática, mastocitose sistêmica, desordens hereditárias do tecido conjuntivo, osteogênese imperfeita, síndrome de imunodeficiência adquirida).
Uso de medicações: glicorticoides, anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína e, em menor escala, carbamazepina e ácido valproico), agentes imunossupressores (ciclosporina, tacrolimo, micofenolato), anticoagulantes (heparina não fracionada).
Idade maior que 65 anos
Sedentarismo
Fratura osteoporótica prévia (déficit cognitivo, longo período de internação em instituição, doença de Parkinson, perda ponderal, idade avançada, deficiência da mobilidade, tontura e um conceito negativo da própria saúde).
Menopausa precoce

CÂNCER COLORETAL

Categoria	Jejum*	2h após 75g de glicose	Casual **
Glicemia normal	<100	<140	--
Tolerância da glicose diminuída	≥100 a <126	≥140 a <200	--
Diabetes Mellitus	≥126	≥200	≥200 (com sintomas clássicos***)

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).

Quadro: Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos.

* 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.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, Estela Rodrigues Paiva et al . Climacteric: intensity of symptoms and sexual performance. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 64-71, Mar. 2015.

LUI FILHO, Jeffrey Frederico et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, [s.l.], v. 37, n. 4, p.152-158, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032015000500282.

STUENKEL, Cynthia A. et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism, [s.l.], v. 100, n. 11, p.3975-4011, nov. 2015. The Endocrine Society. http://dx.doi.org/10.1210/jc.2015-2236.

Wender, Maria Celeste Osório; Pompei, Luciano de Melo; Fernandes, César Eduardo Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC) – São Paulo: Leitura Médica, 2014.

REPRODUÇÃO E CLIMATÉRIO: Guideline - Climatério. São Paulo: Elsevier, 2012. Disponível em:<http://www.sbrh.org.br/sbrh_novo/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_climaterio.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

FONTES, Tereza Maria Pereira; ARAÚJO, Luiz Felipe Bittencourt de; SOARES, Paulo Roberto Gonçalves. Osteoporose no climatério I: epidemiologia, definição, rastreio e diagnóstico. Femina, Rio de Janeiro, v. 40, p.109-116, mar. 2012. Bimensal.

FONTES, Tereza Maria Pereira; ARAÚJO, Luiz Felipe Bittencourt de; SOARES, Paulo Roberto Gonçalves. Osteoporose no climatério II: prevenção e tratamento. Femina, Rio de Janeiro, v. 40, p.217-233, ago. 2012. Bimensal.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – OSTEOPOROSE. PORTARIA Nº 224, DE 26 DE MARÇO DE 2014. Ministério da Saúde.

DISTOPIAS GENITAIS

INCIDÊNCIA

O risco de desenvolvimento de prolapso de órgãos pélvicos é cerca de 12 a 19% durante toda vida da mulher, com mais de 300.000 cirurgias para prolapso genital realizadas por ano nos EUA.

O POP responde por aproximadamente 15-18% das histerectomias e o prolapso uterovaginal é a indicação mais comum de histerectomia na pós-menopausa.

Prolapso da parede vaginal anterior é a forma mais comum de POP, detectada duas vezes mais que o prolapso da parede vaginal posterior e três vezes mais que o prolapso apical. No entanto, na maioria dos casos sintomáticos, prolapso de múltiplos compartimentos vaginais são observados.

FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO

A fisiopatologia do POP ainda não está totalmente esclarecida, mas sabe-se que a distopia genital decorre de um desequilíbrio das forças de sustentação e suspensão que mantém a estática pélvica.

Conhecimento avançado e compreensão conceitual da anatomia e suporte do assoalho pélvico são essenciais para orientar o reconhecimento e manejo do POP. Assim, DeLancey (1992), dividiu os componentes de sustentação vaginal em três níveis, correspondentes a três diferentes áreas ou grupos de suporte: falta anexar bibliografia no final e ano da citação

- **Nível I –** sustenta o útero e o terço superior da vagina; formado pelas fibras do complexo uterossacro-cardinal e pelas fibras superiores do paracolpos. Lesões nessa região propiciam o aparecimento do prolapso uterino ou de cúpula vaginal, nas mulheres histerectomizadas, associados ou não à enterocele.

- **Nível II –** sustenta o terço médio da vagina; formado pelas fibras do paracolpos, que unem a parede vaginal anterior e posterior ao arco tendíneo da fascia pélvica e músculo ileo-coccígeo respectivamente. Lesões nessa região determinam prolapso das paredes vaginais anterior e/ou posterior.

- **Nível III –** compreende a área de fusão da vagina com as estruturas adjacentes mais distais – músculo levantador do ânus lateralmente, corpo perineal posteriormente e uretra anteriormente. Lesões nessa área, dependendo de sua localização predominante irão propiciar incontinência urinária, quando ocorrem anteriormente, podendo determinar a incontinência fecal ou de flatos em consequência das lesões posteriores, que atingem o corpo perineal.O prolapso de parede vaginal anterior é o defeito mais comum e pode estar representado pela desinserção cervical da fáscia pubocervical (defeito transverso), lateral (desinserção da fáscia no arco tendíneo) e central dando aspecto sem pregas da parede vaginal. Várias causas estão relacionadas aos prolapsos de órgãos pélvicos

FATORES DE RISCO PARA PROLAPSO (POP)
Fatores de risco estabelecidos
• Elevada paridade: o número de partos vaginais é o fator de risco mais forte para POP em mulheres <60anos. Comparando com nulíparas, o risco relativo para desenvolvimento de POP foi 8,4 vezes maior em mulheres com dois partos e 10,9 vezes maior em mulheres com quatro ou mais partos.
• Parto vaginal
• Idade avançada
• Obesidade
• Histerectomia prévia
FATORES DE RISCO POTENCIAIS
• Uso de fórceps
• Outros fatores obstétricos: peso do RN > 4500g; segundo período de parto prolongado; idade da primeira gestação < 25 anos e gestação
• Forma e orientação da pelve
• Ocupação que demande pegar peso
• Constipação
• Desordens do colágeno
• História familiar de prolapso genital

Tabela 1: Fatores de risco para prolapso do órgão pélvico

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Anamnese e avaliação clínica da paciente com distopia genital são imprescindíveis para o diagnóstico e tratamento adequados. O quadro clínico é variável, dependendo do compartimento, nível da distopia e sensibilidade da paciente. O sintoma mais fortemente relacionado ao POP e mais específico é a sensação de bola na vagina. Pode ser ainda relatado sensação de peso ou desconforto vaginal que piora ao esforço físico. Os sintomas geralmente se acentuam ao longo do dia, mas costumam melhorar com repouso. Considerando a sobreposição existente de outras disfunções do assoalho pélvico, as pacientes devem ser questionadas sobre sintomas urinários, intestinais e sexuais, que são frequentemente associados. Mulheres com prolapso avançado podem apresentar ulcerações vaginais ou da cérvice, com ou sem sangramento vaginal.

O exame físico geralmente é realizado na posição ginecológica, devendo a paciente realizar manobra de Valsalva para avaliação das distopias, mas pode ser realizado em ortostase quando não se visualiza em posição supina. Compreende a avaliação das paredes vaginais anterior e posterior, colo uterino ou cúpula vaginal, hiato genital, corpo perineal e esfíncter anal.

CLASSIFICAÇÃO

Em 1996 foi proposto a classificação dos prolapsos de órgãos pélvicos (POP-Q) pela Sociedade Internacional de Continência na tentativa de quantificar o prolapso de maneira mais objetiva, facilitando a comparação de dados e troca de informações padronizadas.

São realizadas nove medidas a partir de pontos de referência fixos – as carúnculas himenais e meato uretral externo – dados como marco zero. As medidas são consideradas negativas quando proximais ou acima do hímen e positivas quando distais ou abaixo do hímen. Esta avaliação deve ser realizada durante manobra de Valsalva (Tabela 2).

Tabela 2: As nove medidas do POP-Q

PONTO AA	Localizado na Parede vaginal anterior, 3 cm acima do meato uretral externo (correspondendo, à junção uretrovesical). O valor descritivo da posição deste ponto pode variar de -3 a no máximo +3 cm
PONTO BA	Representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal anterior, localizado entre o ponto Aa e o ápice vaginal
PONTO C	Representa o ponto mais distal do colo do útero ou da cúpula vagina (em mulheres histerectomizadas)
PONTO D	Representa a localização do fundo de saco de Douglas na paciente com colo uterino. É justamente o nível de fixação do colo uterino nos ligamentos uterossacros. Este ponto não existe em mulheres histerectomizadas e serve, essencialmente, para diferenciar o prolapso uterino da hipertrofia de colo
PONTO AP	Localizado na Parede vaginal posterior, 3 cm acima da carúncula himenal. Análogo ao Ponto Aa, também pode variar de -3 a +3 cm
PONTO BP	Representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal posterior, localizado do ponto Ap à cúpula vaginal
HIATO GENITAL (HG)	Medida de distância do meio do meato uretral externo à fúrcula vaginal na altura carúnculas himenais
CORPO PERINEAL (CP)	Medida da distância do ponto médio do ânus à fúrcula vaginal na altura das carúnculas himenais
COMPRIMENTO VAGINAL TOTAL (CVT)	Medida da distância da carúncula himenal à cúpula vaginal ou fórnice vaginal posterior, única medida feita no repouso, com redução do prolapso

As medidas devem ser registradas de forma padronizada em um diagrama tipo "jogo da velha", conforme a figura (Figura 1).

Figura 1: Diagrama tipo "jogo da velha"

PAREDE ANTERIOR Aa	PAREDE ANTERIOR Ba	COLO/CÚPULA C
HIATO GENITAL HG	CORPO PERINEAL CP	COMP. VAGINAL TOTAL CVT
PAREDE POSTERIOR Ap	PAREDE POSTERIOR Bp	FORMIX POSTERIOR D

Após a realização das medidas, o prolapso é estadiado, conforme a classificação:

- Estádio 0: Ausência de prolapso de estruturas pélvicas, ou seja, os pontos Aa, Ap, Ba, Bp estão em -3 cm e os pontos C e D estão entre o comprimento total da vagina e o comprimento total da vagina menos dois centímetros;
- Estádio I: Ponto de maior prolapso menor do que -1;
- Estádio II: Ponto de maior prolapso entre -1 a +1;
- Estádio III: Ponto de maior prolapso maior do que +1 e menor do que CTV-2;
- Estádio IV: Ponto de maior prolapso maior ou igual a CTV-2.

TRATAMENTO

Tratamento conservador

Opções terapêuticas conservadoras para POP incluem treinamento dos músculos do assoalho pélvico e uso de pessáro vaginais. Devem ser consideradas terapias de primeira linha e são particularmente úteis para mulheres com prolapso leve, idosas ou que apresentem comorbidades, e aquelas que não desejam ser submetidas a cirurgia.

Orientações sobre estilo de vida, incluindo perda de peso, tratamento da constipação, evitar pegar peso, tosse crônica ou exercício de alto impacto - não apresentam muitas evidências, mas, como oferece pouco risco, podem ser realizadas.

A fisioterapia do assoalho pélvico com exercícios perineais normalmente é oferecida para paciente com prolapsos estádio 1 e 2 e no pós-operatório de forma adjuvante. Pode melhorar a sintomatologia, porém vários estudos demostraram que não houve melhora em relação ao estadiamento do prolapso.

Pessários são dispositivos mecânicos inseridos na vagina, que reduzem o tecido prolapsado, fornecem suporte para as estruturas pélvicas e alivia a pressão na bexiga e no intestino, a fim de evitar ou prorrogar a necessidade de cirurgia. Estão disponíveis em diferentes formas e tamanhos. Os mais comumente usados são o anel, anel com suporte, Gellhorn e donut. São fáceis de inserir e remover, sendo uma boa opção inicial para a maioria das pacientes. Estão indicados nos casos de prolapso sintomático, estádio 2, 3 e 4 associado à contraindicação cirúrgica (idade muito avançada, comorbidades) ou simplesmente o fato de a paciente não desejar cirurgia.

É realizado o exame vaginal para determinar o tamanho do primeiro pessário a ser testado. Após sua colocação são realizados alguns testes, como manobra de Valsalva e tosse, e após um episódio de diurese espontânea a paciente é liberada com retorno em uma semana. Programa seguro de acompanhamento deve ser realizado com consultas periódicas para constante avaliação de possíveis complicações e sintomas que podem surgir com o uso do dispositivo, como por exemplo, dor pélvica, sangramento vaginal, corrimento ou odor, incontinência urinária, erosão da mucosa vaginal e até mesmo expulsão do dispositivo.

Tratamento cirúrgico

Objetivo da cirurgia para POP é restaurar a anatomia pélvica normal, eliminar os sintomas e normalizar as funções vesicais, intestinais e sexuais. A cirurgia é geralmente reservada para pacientes sintomáticas, que tem prolapso igual ou maior que estádio II.

A cirurgia ainda representa a melhor opção terapêutica, porém mesmo assim a taxa de recorrência pode chegar a 34,6%. A taxa de recorrência dependerá de fatores como: estádio da distopia (quanto maior, maior a recorrência), atrofia genital (status hormonal), fatores que aumentam a pressão intra-abdominal e principalmente de fatores constitucionais.

Com o intuito de diminuir a incidência das recorrências, principalmente nas grandes distopias, diversos tipos de materiais sintéticos e biológicos vem sendo utilizados nas reconstruções do assoalho pélvico. As próteses sintéticas (telas) de polipropileno, monofilamentares de baixo peso molecular e macroporosas são aas mais utilizadas.

Tratamento cirúrgico dos defeitos apicais

Lesões das estruturas que compreendem o complexo ligamentar dos paramétrios e uterossacros, anel pericervical, ou seja, nível I de DeLancey, resultam em prolapso uterino ou de cúpula vaginal. Portanto ao realizar a histerectomia, seja por via abdominal ou vaginal, o cirurgião deve se preocupar em realizar adequada fixação da cúpula a este complexo ligamentar para prevenir prolapso vaginal.

Perda de suporte apical é comum em mulheres com POP que se estende além do hímen. Em mulheres com prolapso uterino, a histerectomia é frequentemente realizada para facilitar a suspensão apical, porém isoladamente não corresponde tratamento para prolapso. Procedimento de suspensão uterina (histeropexia) também representa boa opção para pacientes que desejam preservar o útero. Várias técnicas cirúrgicas existem para corrigir o prolapso apical, as duas abordagens transvaginais mais comuns são: fixação no ligamento uterossacro e fixação no ligamento sacroespinhal e abdominal: colpossacro fixação e redução dos ligamentos uterossacros.

Fixação da cúpula vaginal nos ligamentos uterossacros (culdoplastia de McCall) é excelente técnica na correção do prolapso apical com taxa de sucesso em torno de 80%, porém apresenta elevado risco de lesão ureteral (10% a 15%).

Na fixação Sacro-Espinhal a cúpula vaginal é suturada ao ligamento sacroespinhal, utilizando-se fio inabsorvível ou de absorção lenta. Pode ser realizado de modo unilateral ou bilateral, porém há preferência pelo unilateral. Tecnicamente a fixação da cúpula vaginal é feita no ligamento sacroespinhal, 2 cm mediais à espinha esquiática, evitando-se os nervos e vasos pudendos.

Recente ensaio randomizado e multicêntrico (OPTIMAL) mostrou que a fixação no ligamento uterossacro tem resultados anatômicos e subjetivos similares a fixação no ligamento sacro espinhal em dois anos de seguimento.

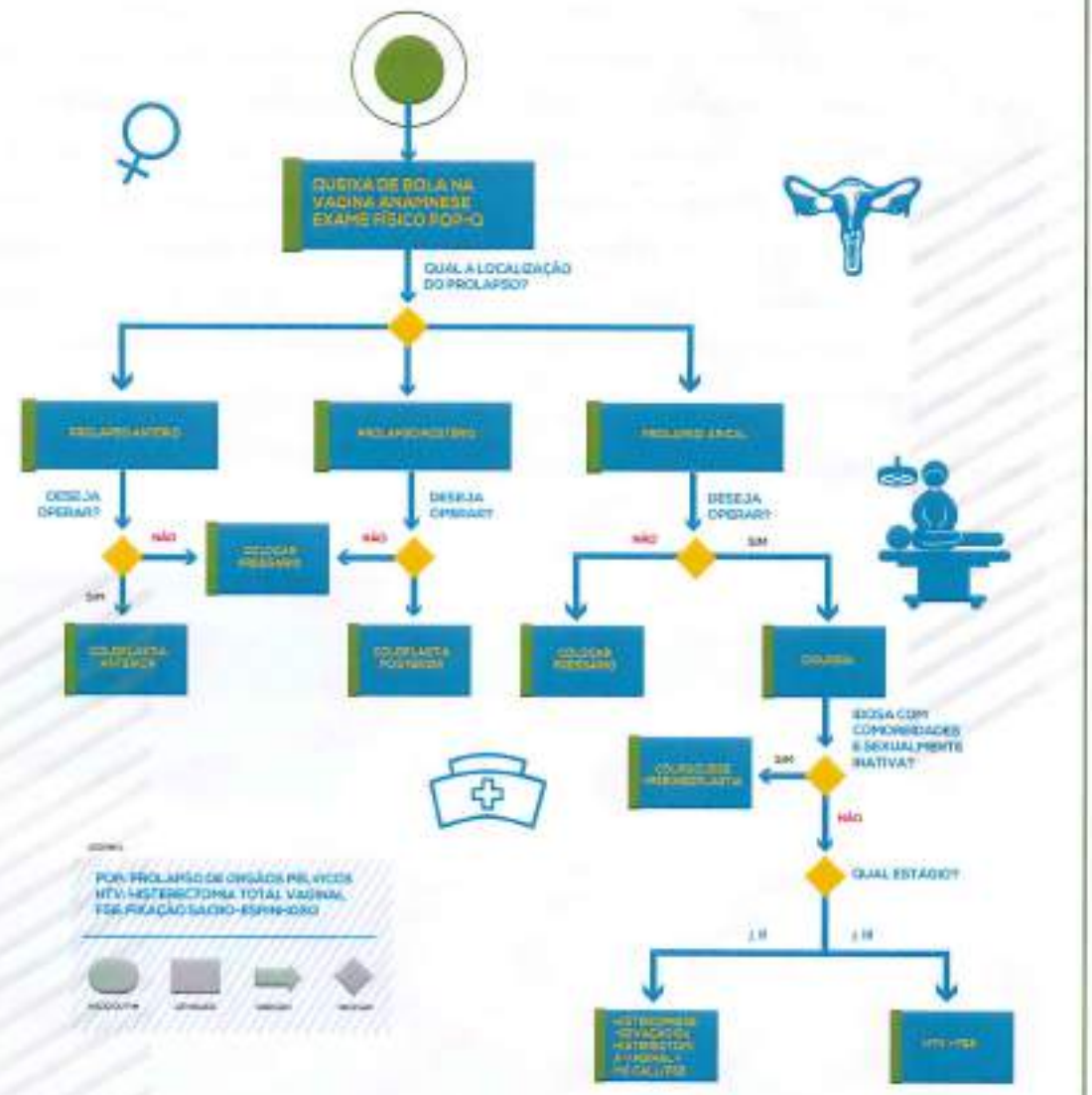
Colposacrofixação pode ser realizada por laparotomia ou laparoscopia, com interposi-

ção de material sintético em forma de "Y" no ligamento anterior da coluna e nas paredes vaginais. Apresenta taxas de cura de 78 a 100%, estando associada a recorrências menores, bons resultados anatômicos e funcionais, menos dispareunia, porém com tempo cirúrgico e recuperação mais prolongados, bem como custos maiores em relação as técnicas vaginais. Esta técnica restaura o eixo vaginal semelhante ao fisiológico, preservando o comprimento vaginal. As principais complicações são a lesão da artéria sacral média, veia ilíaca comum esquerda e exposição de tela pelos tecidos.

Podemos ainda utilizar procedimentos obliterativos para o tratamento do prolapso apical. A colpocleise de Le Fort deve ter indicação restrita às mulheres idosas, com alta morbidade para procedimentos cirúrgicos maiores, sem vida sexual ativa e nem pretensão futura, uma vez que se trata de procedimento que obstrui a luz vaginal. Requer a remoção de uma faixa retangular de mucosa das paredes vaginais anterior e posterior em espelho, suturando a área desnuda simetricamente. A taxa de sucesso é bastante elevada, em torno de 97 a 100%. As potenciais complicações incluem hematomas, infecção urinária e disfunções do trato urinário.



ALGORITMO - PROLAPSO GENITAL/DISTOPIA GENITAL



BIBLIOGRAFIA

Atlas de anatomia pélvica e cirurgia ginecológica. BAGGISH KARRAM, 3ª edição, 2012.

Bezerra LBPS. Temas em uroginecologia: manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área de saúde, Expressão gráfica e Editora, 2013.

Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North AM. 1998; 25(4): 723-746.

Chapple CR, Cruz F, Deffieux X et al. Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the Use of Implanted Materials for Treating Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. European Urology, in press. 2017.

Candido EB, et al. Conduta nos prolapsos genitais. Femina. v. 40, n. 2, 2012.

Clinical Updates - Pelvic organ prolapse. Barber MD. BMJ 2016.

DeLANCEY, J.O.L. Anatomy of the female pelvis. In: THOMPSON J.D., ROCK J.A. Eds. TeLinde's operative gynecology.

7.ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1992.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, manual de orientação em ginecologia e cirurgia vaginal. 2010.

Pelvic Organ Prolapse: New Concepts in Pelvic Floor Anatomy. Maldonado & Wai et al. Obstet Gynecol Clin N Am 43 (2016) 15–26.

The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth: An Update. Hallock & Handa. Obstet Gynecol Clin N Am 43. 2016.

Sung VW, Hampton BS. Epidemiology of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North AM. 2009; 36:421–443.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

EPIDEMIOLOGIA

Dados dos Estado Unidos (2005) estimam que haja 750.000 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 menores 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 citomegalovirus (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 critérios mais específicos para o 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 gravide 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 endocérvix, 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.

pia endovenosa:

- 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.

QUADRO 1: TRATAMENTO AMBULATORIAL
Ceftriaxona 250 mg IM em dose única e Doxiciclina 100 mg VO 2x/dia por 14 dias - com ou sem Metronidazol 500 mg VO 2x/dia por 14 dias.
OU
Outras cefalosporinas parenterais de 3ª geração (ceftizoxima ou cefotaxima) e Doxiciclina 100 mg VO 2x/dia por 14 dias - com ou sem Metronidazol 500 mg VO 2x/dia por 14 dias.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

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

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. Ensaios clínicos têm demonstrado que dose única de cefoxitina é efetiva em obter reposta clínica a curto prazo em pacientes com DIP. Entretanto, as limitações teóricas na cobertura da ce-

foxitina 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/ 1x 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.

Ceftriaxona 250 mg IM em DU e Doxiciclina 100 mg VO 2x/dia por 14 dias - com ou sem Metronidazol 500 mg VO 2x/dia por 14 dias.
OU
Cefoxitina 2 g EV a cada 6 horas e Doxiciclina 100 mg VO ou IV a cada 12 horas (VO sempre que possível até para pacientes hospitalizados).

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.

QUADRO 2: TRATAMENTO ENDOVENOSO (HOSPITALAR)
Clindamicina 900 mg, EV, 8/8 h e Gentamicina EV 1x ao dia Seguidos por doxiciclina 100mg VO 12/12 horas.
OU

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 dos 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 tra-

balho de parto prematuro. Estas mulheres devem ser hospitalizadas e tratadas com antibioticoterapia endovenosa.

BIBLIOGRAFIA

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Recomendação. Ministério da Saúde. 2015.

WORKOWSKI KA, BERMAN S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59:1-110.

WORKOWSKI KA, BOLAN GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendation.

DOR PÉLVICA CRÔNICA

EPIDEMIOLOGIA

Foram identificados 4 estudos de base populacional, nos quais se investigou a prevalência de DPC em mulheres com idade entre 18 e 50 anos. A prevalência descrita foi de 14,7% nos Estados Unidos, 24% no Reino Unido, 25,4% na Nova Zelândia e 21,5% na Austrália. Essa variação pode ser atribuída às diferentes definições, uma vez que alguns autores incluíram a dor durante o meio do ciclo menstrual como um caso de DPC, enquanto outros não o fizeram. Nos estudos conduzidos no Reino Unido e na Nova Zelândia, quando mulheres com dor relacionada à ovulação foram excluídas, a prevalência de DPC reduziu, respectivamente, para 16,93 e 16,5%, valores próximos daquele relatado para mulheres norte- americanas.

Não sabemos sua real prevalência em países em desenvolvimento, como o Brasil, mas estima-se que seja superior àquela encontrada em países desenvolvidos.

ANAMNESE

A forma de aproximação com a paciente é crucial. As pacientes portadoras de DPC são extremamente frustradas por tratamentos passados malsucedidos e podem agir de modo agressivo, impacientes ou pouco colaborativas. A anamnese será o primeiro contato entre médico e paciente, portanto é muito importante que se estabeleça um vínculo de cumplicidade, mostrando paciência para ouvir as queixas, ainda que desconexas.8 Dada a complexidade de elementos envolvidos, a história deve incluir elementos gastrintestinais, ginecológicos, sintomas urológicos e musculoesqueléticos. Ao coletar a história da mulher, deve-se ter especial atenção a todos os sintomas de "bandeira vermelha", que podem indicar necessidade de mais investigação e\ou encaminhamento a outros especialistas. São eles:

- Hematoquezia;
- Sintomas intestinais novos em pacientes > 50 anos de idade;
- Início da dor após a menopausa;
- Massa pélvica;
- Ideação suicida;

- Perda de peso excessiva;
- Sangramento vaginal irregular em pacientes > 40 anos de idade;
- Sinusorragia.

O local, intensidade (escala EVA), tempo, padrão durante as atividades, relação com mudanças de posição, associação com as funções corporais, sua relação com o ciclo menstrual são todos elementos importantes da dor. É interessante completar um diário de dor, identificando fatores provocadores ou associações temporais.

O passado obstétrico, clínico e cirúrgico deve ser questionado. Perguntar quais drogas foram usadas anteriormente, e se ajudaram ou não, pode ser útil para auxiliar o diagnóstico e planejar uma gestão eficaz.

Investigar comorbidades psicológico, geralmente, o interrogatório sobre o apetite, o sono, o humor e a convivência em casa é suficiente para identificar alterações.

É necessário perguntar diretamente sobre agressão sexual passada ou presente, particularmente violência de parceiro íntimo. Essa é uma das etapas mais importantes da anamnese. Deve ser feita com cautela e pode ser realizada em consultas subsequentes ou durante o exame físico. Preferencialmente sem a presença do marido ou outro acompanhante. O médico deve estar preparado para ouvir e aceitar essas experiências conforme declarado e saber onde acessar o apoio de especialistas.

Para o sucesso do atendimento, também é necessária uma avaliação para determinar o nível de incapacidade funcional. A capacidade do doente ao trabalho, de se envolver em atividades diárias e relacionamentos emocionais e sexuais é relevante; tanto para monitorar o progresso quanto para enfatizar o valor das metas funcionais.

EXAME FÍSICO

Segundo a Sociedade Internacional de Dor Pélvica, o exame físico deve constar de quatro etapas: exame na posição ortostática, sentada, supina, e posição de litotomia. O exame deve incluir completa avaliação dos sistemas músculo-esquelético, gastrointestinal, urinário e psiconeurológico

Posição ortostática

Começa com a observação da marcha da paciente, o conforto com assento, facilidade de levantar, de sentar e de deitar. Procurar alterações posturais como lordoses, escolioses e hérnias inguinais, femorais, de Spiegel com ajuda da manobra de Valsalva.

Posição sentada

A postura da paciente quando sentada deve ser avaliada. A síndrome da dor miofascial envolvendo a musculatura do soalho pélvico costuma fazer com que as pacientes desloquem o peso para uma das nádegas ou sentem-se na beirada da cadeiraB. Palpar o dorso da paciente a procura de pontos dolorosos a fim de descartar fibromialgia, síndrome miofascial e outros problemas posturais. Procurar "pontos de gatilho" da dor.

Posição supina

- A inspeção do abdome deve se concentrar na detecção de cicatrizes cirúrgicas, que aumentam a possibilidade de obstrução intestinal provocada por aderências ou hérnia incisional. Além disso, é possivel observar distensão abdominal nos casos com obstrução intestinal ou ascite;

- Na ausculta do abdome pode-se identificar sons intestinais hiperativos ou muito altos caracteristicos de obstrução intestinal. Já os sons hipoativos proporcionam menos informações diagnósticas;

- Os testes de mobilidade podem agregar informações. Na maioria dos casos, a mulher é capaz de elevar a perna até 80º, a partir da posição horizontal, em direção à cabeça, o que é chamado de teste de elevação com a perna esticada. A ocorrência de dor com a elevação da perna pode ser observada em paciente com hérnia de disco lombar, doença da articulação do quadril ou síndrome miofascial. O teste do obturador a paciente, em posição supina, flexiona a coxa até 90º enquanto o pé permanece em flexão plantar. O tornozelo é imobilizado e o joelho é gentilmente empurrado lateral e depois medialmente para avaliação de dor. O teste iliopsoas, a paciente em posição supina tenta flexionar cada quadril separadamente contra a resistência da mão do examinador. Se a dor for descrita com a flexão, o resultado do teste será positivo. O teste de Carnett é usado para diferenciar a dor abdominal de origem miofascial da intra-abdominal. Neste teste, quando o ponto doloroso abdominal é palpado, solicita-se à paciente que eleve a cabeça. Caso a dor aumente com esta manobra, considera-se origem miofascial, se diminuir, origem intra-abdominal;

- Por fim, o exame habitual do abdome, com palpação superficial e profunda, descompressão e percussão; verificar a presença de massas, aumento do tamanho de vísceras e distensão de alças intestinais.

Posição de litotomia

- Idealmente iniciar o exame com a bexiga vazia;

- Inspeção: Iniciamos pela inspeção da genitália externa a procura de hiperêmia;

- leucorréia, abscessos, nodulações, fístulas, entre outros;

- Palpação: Após a inspeção, procede-se à palpação sistemática com pressão pontual da vulva com um cotonete para mapear as áreas dolorosas. Um teste sensorial básico deve ser feito para avaliar os reflexos bulbocavernoso e anal. Palpa-se o vestíbulo vaginal suavemente, para descartar vestibulite. Palpa-se o arco púbico, monte de Vênus e região inguinal a procura de nodulações;

- Toque vaginal deve, primeiramente, ser unidigital que deve ser gradualmente inserido 3 a 4 cm. A pressão sistemática de varredura aplicada sobre a musculatura do soalho pélvico, ao longo do seu comprimento, talvez possa identificar nós isolados de músculos tensionados nas pacientes com síndrome da dor miofascial do soalho pélvico. Normalmente, os músculos pubococcígeo, iliococcígeo e obturador interno podem ser alcançados;

- Mais adiante, partimos para a palpação da vagina anterior, uretra e área do trígono vesical. A presença de sensibilidade à palpação da

uretra e da bexiga são indicadores, respectivamente, de divertículo uretral e de cistite intersticial.

- A presença de dor à palpação profunda dos fórnices vaginais pode indicar endometriose, e a dor à mobilização do colo uterino é observada com doença inflamatória pélvica (DIP) aguda e crônica;

- O toque bimanual é feito comprimindo o útero contra o sacro para avaliar a forma, consistência e mobilização do útero. Miomatose, adenomiose, aderências pélvicas e endometriose podem tornar o exame doloroso, com útero de forma alterada, consistência endurecida. Nodulações nos ligamentos útero-sacros e septo retovaginal, sugerem endometriose;

- Exame especular com coleta de colpocitologia e material para bacterioscopia. Não se deve esquecer de visualizar as paredes vaginais e o fundo de saco anterior e posterior, a procura de abaulamentos, feridas, escoriações, condilomatoses, além de notar as características do colo uterino e presença de leucorreia;

- Toque retal: A palpação de fezes endurecidas ou de hemorroidas pode indicar distúrbios gastrintestinais, e nódulos no septo retovaginal podem ser encontrados em casos de endometriose ou de neoplasia. A sensibilidade miofascial à palpação envolvendo os músculos puborretal e coccígeos pode ser constatada com toque em varredura usando o dedo indicador aplicando pressão sobre esses músculos. A exata sequência do exame deve ser ajustada perante as informações obtidas durante a história: examinar as áreas menos propensas a ser dolorosa em primeiro lugar. Palpação das áreas mais sensíveis primeiro pode elevar a ansiedade e distorcer a dor as respostas de áreas subsequentes.

DIAGNÓSTICO

Os exames diagnósticos devem ser realizados de acordo com a história clínica e exame físico, quando seus resultados puderem interferir no diagnóstico, seguimento e tratamento. Sempre lembrando que a dor pélvica crônica é multifatorial, podendo se deparar com uma associação das etiologias.

- A ultrassonografia transvaginal (USG TV) é indicada para avaliação de massas pélvicas. Uma revisão sistemática do valor da USG TV no diagnóstico da endometriose constatou que endometriomas podem ser distinguidos com precisão de outras massas anexiais. Também é útil na identificação de anormalidades estruturais, tais como hidrosalpinges ou fibróides, que podem ser relevantes mesmo que não seja a causa da dor. A sensibilidade da ressonância magnética e USG TV para o diagnóstico de adenomiose é comparável se USG realizado por médico experiente. A dopplervelocimetria pode ser útil na presunção do diagnóstico da síndrome de congestão pélvica, apesar da sua confirmação depender da venografia;

- A pesquisa de clamídia e gonococos (cultura, PCR), tem sua utilidade na confirmação diagnóstica em alguns casos de doença inflamatória pélvica de difícil tratamento;

- A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética têm indicação limitada, sendo recomendadas para melhorar a sensibilidade da ultrassonografia em alguns casos de massas pélvicas com suspeita de comprometimento de estruturas adjacentes;

- A laparoscopia diagnóstica foi considerada no passado como o

"padrão-ouro" no diagnóstico dor pélvica. Hoje, é visto como uma investigação de segunda linha se outras intervenções terapêuticas falharem;

- Na suspeita clínica de endometriose devemos solicitar USG com mapeamento para endometriose;

- Em pacientes com queixas urinárias o exame de urina de rotina e a urocultura devem ser realizados para descartar a presença de hematúria e infecções. É importante ressaltar que a urocultura positiva não descarta a presença de síndrome da bexiga dolorosa (SBD) concomitantemente. Hematúria persistente obriga a exclusão de câncer de bexiga, principalmente nos pacientes com mais de 40 anos, fumantes ou com exposição ocupacional a agentes de risco. A citologia urinária pode ser indicada em combinação com a cistoscopia. Em pacientes com SBD o cistoscopia com ou sem hidrodistensão e a biópsia não são indispensáveis já que o diagnóstico é clínico e de exclusão, mas auxiliam na documentação e classificação da doença;

- Pensando em síndrome do intestino irritável (SII), os exames subsidiários que são solicitados na investigação inicial visam avaliar o estado geral do paciente e os principais componentes que podem se apresentar eventualmente alterados no estabelecimento do diagnóstico diferencial (HC, VHS, glicemia, função tireoidiana e fezes - parasitológico e sangue oculto). Exames mais elaborados só devem ser realizados quando necessário o diagnóstico diferencial, como por exemplo a colonoscopia, pesquisa de anticorpos anti-endomísio, prova de absorção de lactose e outros.

TRATAMENTO

A natureza multifatorial da dor pélvica crônica deve ser discutida e explorada desde o início. O objetivo é desenvolver uma parceria com a paciente para planejar uma conduta de forma compartilhada.

O manejo da DPC, ela própria como patologia, envolve tratamento medicamentoso, psicológico, neuroablativo e equipe multidisciplinar com profissionais especializados em dor crônica.

Abordagem multidisciplinar

A abordagem com psicoterapia e fisioterapia leva a uma melhora significativa e sustentada nos escores de dor, consumo de analgesia, uso de recursos de serviços de saúde e capacidade de trabalho. Ao longo do tratamento, as mulheres parecem desenvolver um maior autoconhecimento e mais responsabilidade e controle sobre sua própria saúde.

Tratamento medicamentoso

O tratamento da dor normalmente se inicia com analgésicos orais, como paracetamol ou medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Se não se obtiver melhora satisfatória, pode-se associar um opióde leve, como codeína, propoxifeno ou hidrocodona. Se a dor persistir, opióides mais potentes, como morfina, metadona, fentanil, oxicodona e hidromorfina, podem substituir os mais brandos. É essencial manter a paciente sob acompanhamento próximo e regular. Uma alternativa aos opioides clássicos é o hidrocloreto de tramadol que, além do seu efeito opioide central, também inibe a serotonina e

a receptação de norepinefrin;

Supressão hormonal. Os contraceptivos orais combinados, progestogênios, agonistas do hormônio liberador da gonadotrofina (GnRH) e alguns androgênios já tiveram sua efetividade comprovada mesmo em pacientes portadores de DPC que a etiologia não é endometriose. Evidência de benefício dos progestágenos foi mantida até nove meses após o tratamento. As mulheres que fazem uso de agonista de GnRH apresentam uma melhora maior quando comparada às usuárias dos progestágenos;

ANTIDEPRESSIVOS E ANTICONVULSIVANTES. A AMITRIPTILINA E SEU METABÓLITO, NORTRIPTILINA, APRESENTAM EFICÁCIA COMPROVADA NO TRATAMENTO DAS SÍNDROMES DE DOR NEUROPÁTICA E NÃO NEUROPÁTICA (BRYSON, 1996). NO ENTANTO, NOS ÚLTIMOS ESTUDOS A GABAPENTINA TEM SE MOSTRADO SUPERIOR À AMITRIPTILINA NO ALÍVIO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA;

OS ANESTÉSICOS TÓPICOS INJETÁVEIS. SÃO UTILIZADOS PARA INJEÇÃO LOCAL NOS PONTOS DE GATILHO NA PAREDE ABDOMINAL OU EM MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO PARA TRATAMENTO DA SÍNDROME MIOFASCIAL E PARA BLOQUEIO DE NERVOS ÍLIO-INGUINAIS E ÍLIO-HIPOGÁSTRICOS. O BLOQUEIO PODE SER REALIZADO COM INJEÇÃO DE VOLUMES PEQUENOS DE UM ANESTÉSICO LOCAL. 5/1 ML DE LIDOCAÍNA A 1% OU DE 0,25-0,5% DE BUPIVACAÍNA.11 A DOR CRÔNICA POR ESPASMO DE MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO PODE SER TRATADA TAMBÉM POR BLOQUEIO ANESTÉSICO LOCAL, INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA1, FISIOTERAPIA OU ELETRO-ESTIMULAÇÃO;

TRATAMENTO NEUROABLATIVO. A DESTRUIÇÃO DA SUBSTÂNCIA NERVOSA, DENOMINADA NEURÓLISE, ENVOLVE TRANSECÇÃO DO NERVO OU INJEÇÃO DE AGENTE QUÍMICO NEUROTÓXICO NO PRÓPRIO NERVO. A TRANSECÇÃO NERVOSA PODE SER REALIZADA PELO CORTE. ENTRE AS TÉCNICAS LAPAROSCÓPICAS, A LUNA (LAPAROSCOPIC UTERINE NERVE ABLATION), ABLAÇÃO DO NERVO UTERINO COM RESSECÇÃO DOS LIGAMENTOS UTEROSACROS, É A MAIS UTILIZADA. A LUVE (LAPAROSCOPIC UTEROVAGINAL GANGLION EXCISION), A NEURECTOMIA PRÉ-SACRAL E A SIMPATECTOMIA OVÁRICA TAMBÉM SÃO TÉCNICAS EMPREGADAS.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Ali, Y.; Abdel, G.A.; Tarek, A.; Mohamad, S.A.; Georgine, C.; Mohamed A.B. Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment. Middle East Fertility Society Journal. v. 21, p. 205-221, 2016.

American College of Obstetricians and Gynecologists: Adult manifestations of childhood sexual abuse. Committee Opinion. n. 498, 2011.

Broder, M.S.; Kanouse, D.E.; Mittman, B.S.; Bernstein, S.J. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. Obstet Gynecol. v. 95, n. 2, p. 199-205, 2000.

Bruno, RV; Oliveira, LA; Villafana, G; Botelho, BG;

Souza, RC. Atualização na abordagem da dor pélvica crônica. FEMINA; vol. 35; nº 1, p 29-33, janeiro 2007.

Cheong, Y.; William Stones R. Chronic pelvic pain: etiology and therapy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. v. 20, n. 5, p. 695-711, 2006.

Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. Aust N Z J Public Health. 28(4):369-75; 2004.

Grace, V.; Zondervan, K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. Health Care Women Int. v. 27, n. 7, p. 585-99,2006.

Gurian, M.B.; Mitidieri, A.M.; Rosa, E.S.J.C.; Poli Neto, O.B.; Nogueira, A.A.; Candido dos Reis, F.J. Measures used to assess chronic pelvic pain in randomized controlled clinical trials: a systematic review. J Eval Clin Pract. v. 21, p. 749-56, 2015.

Gunter, J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Surv. v. 58, p. 615, 2003.

Gilron, I.; Watson, C.P.; Cahill, C.M. Neuropathic pain: a practical guide forthe clinician. Can Med Assoc J. 175:265, 2006.

Hoffman. Dor Pélvica. Williams Gynecology. Second Edition, 2014. Capítulo 11, p 304-332.

Howard, F.M. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. Obstet Gynecol Surv. v. 48, n. 6, p. 357-87, 1993.

John, F.S.; Matthew T.S. Chronic Pelvic Pain. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Lippincott Williams & Wilkins. v. 124, n. 3, 2014.

Johnson, N.P.; Farquhar, C.M.; Crossley, S; Yu, Y, Van Peperstraten, A.; Sprecher, M. A double- blind randomised controlled trial of laparoscopic uterine nerve ablation for women with chronic pelvic pain. BJOG. V. 111, n. 9, p. 950-9, 2004.

Jacoby, V.L.; Fujimoto, V.Y.; Giudice, L.C.; Kuppermann, M.; Washington, A.E. Racial and ethnic disparities in benign gynecologic conditions and associated surgeries. Am J Obstet Gynecol. v. 202, p. 514-21, 2010.

Latthe, P.; Latthe, M.; Say, L.; Gulmezoglu, M.; Khan, K.S. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health. v. 6, p.177, 2006.

Mathias, S.D.; Kuppermann, M.; Liberman, R.F.; Lipschutz, R.C.; Steege, J.F. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol. v. 87, n. 3, p. 321-7, 1996.

Madhusree, G.; Kamal, O. Medical and surgical management of chronic pelvic pain. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. V. 21, n. 9, p. 249-253, 2011.

Mengarda, C.V.; Passos, E.P.; Picon, P.; Costa, A.F.; Picon, P.D. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire - EHP-30). Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro. v.30, n.8, 2008.

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Abril/2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf

Nogueira AA; Reis, FJC; Neto, OBP. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(12): 733-40.

Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Shelley JM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. Med J Aust. 2008;189(3):138-43.

RCOG Green-top Guideline No. 41. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2012.

Reiter, R.C. Evidence-based management of chronic pelvic pain. Clin Obstet Gynecol. v. 41, n. 2, p. 422-35, 1998.

Saarto, T.; Wiffen, P.J. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database. Syst Rev

3:CD005454. 2005.

Sharma. D.; Dahiya, K.; Duhan. N. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. Arch Gynecol Obstet. v. 283, n. 2, p. 295, 2011.

Stein, S. L.; Chronic Pelvic Pain. Gastroenterol Clin N Am. v. 42, p. 785–800, 2013.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract. 2001;51(468):541-7.

Zondervan, K.; Barlow, D.H. Epidemiology of chronic pelvic pain. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. v. 14, n. 3, p. 403-14, 2000.

ENDOMETRIOSE

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO

FISIOPATOLOGIA

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 tópico 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 sub-peritoneal penetrando por mais de 5 mm sob o peritônio ou infiltração dos ligamentos útero-sacros e/ou camada muscular dos órgãos pélvicos adjacentes.

DIAGNÓSTICO

A endometriose é caracterizada geralmente por 6 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 vulvodinea;
- 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 uterossacros, 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 uterossacros. 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 uterossacros e lesões extensas ou em sigmoide, íleo, apêndice e sítios distantes da pelve.

O diagnóstico definitivo da endometriose é feito por confirmação histopatológica. Devido 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 endoretal, 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 (ligamen-

to 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.

MEDICAÇÃO	GRAU DE EVIDÊNCIA
Anticoncepcional combinado	B
Progestágenos	A
Análogo do GnRH	A
Neuromodulaores	
Analgésicos comuns (AINE, opióides e outros)	GPP

O uso de contraceptivos hormonais combinados deve ser considerado, por reduzir a dispareunia, dismenorreia e dor não menstrual. Deve-se optar pelo uso continuo (nivel 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. (nivel 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 da 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.

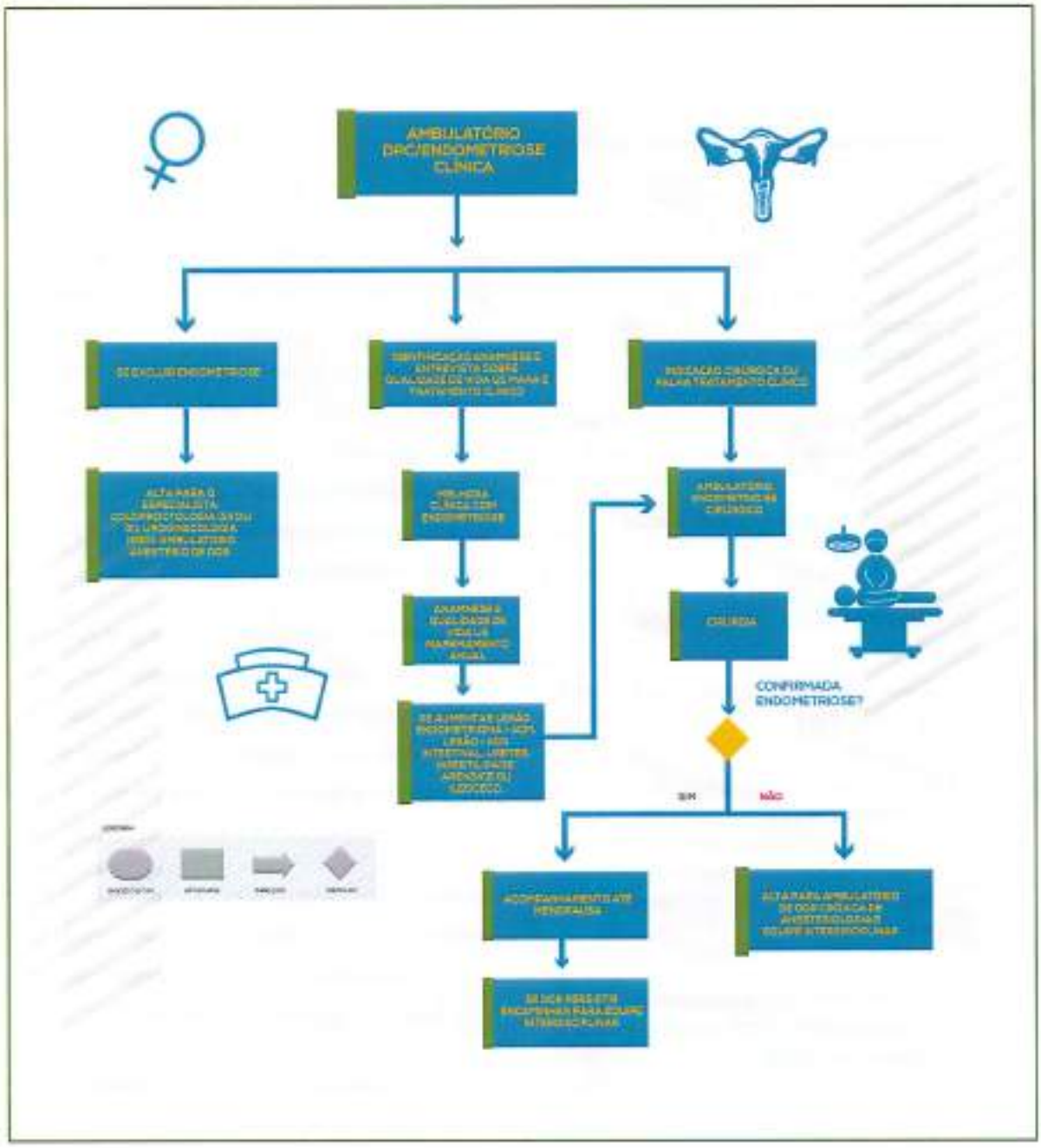
O acompanhamento das pacientes deve ser anual, e recomenda-se o uso de medicação para bloqueio das menstruações – ACO ou progestágenos, para diminuir a chance de recidiva da doença. A alta do ambulatório deve ser após a menopausa, onde se estabelece o hipoestrogenismo e a diminuição dos sintomas e da necessidade de bloqueio hormonal medicamentoso.

Se a paciente mantiver quadro álgico 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.

Abaixo o fluxograma de atendimento e tratamento proposto pelo setor de endometriose e dor pélvica crônica da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC).



ALGORITMO – DOR PÉLVIA CRÔNICA/ENDOMETRIOSE



BIBLIOGRAFIA

BURNEY, R.O., GIUDICE, L.C. Pathogenesis and Pathophysiology of Endometriosis. Fertil Steril. 2012.

DUNSELMAN, G. et al. ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. Human Reproduction, Vol. 29, No.3 pp 400-412, 2014.

BULUN, Serdar e. Endometriosis: mechanisms of disease. N Engl J Med, v. 3, n. 360, p.268- 279, jan. 2009.

GREENE, Alexis D et al. Endometriosis: where are we and where are we going? Reproduction, v. 152, n. 3, p.63-78, 10 maio 2016.

LEYLAND, N., CASPER, R., LABERGE, P., et al. Endometriosis: Diagnosis and Management. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. V.32, n.7, p.6-8, 2010

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL E CANCER DE ENDOMÉTRIO

FATORES DE RISCO

A HE e o CE possuem relação estreita com a alta exposição isolada ao estrogênio sem oposição da progesterona. São fatores de risco importantes:

- Nuliparidade;
- Obesidade;
- Anovulação crônica;
- Menarca precoce;
- Menopausa tardia;
- Diabetes;
- Tamoxifeno;
- Síndrome de Lynch: história familiar de tumores de endométrio, mama, ovários e cólon.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/ OU LABORATORIAL

O diagnóstico de HE e CE normalmente é feito a partir da investigação de pacientes com sangramento uterino anormal, quando são realizados exames de ultrassom e histeroscopia. O diagnóstico definitivo do câncer endometrial é realizado pelo exame histopatológico.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICA

Cerca de 40% das mulheres com sangramento vaginal anormal na pós-menopausa terão um câncer do trato reprodutivo, sendo a maioria endometrial. A dor não é um sintoma comum, mas pode haver leves cólicas uterinas. O exame abdominal pode revelar massa amolecida na região hipogástrica, devido ao aumento do volume uterino. Em doença avançada, pode ocorrer distensão abdominal secundária à ascite e linfonodos palpáveis na região ilíaca. O exame citopatológico de colo pode revelar atipias devido à extensão do tumor do endométrio até o colo do útero.

Casos de estenose cervical podem predispor formação de hematometra (acúmulo de sangue na cavidade endometrial) ou piometra (secreção purulenta), que podem ser confundidos de carcinoma endometrial.

CLASSIFICAÇÃO

Hiperplasia Endometrial

	HISTOLOGIA	RISCO DE PROGRESSÃO	TRATAMENTO
Simples	Proliferação glandular	1%	Terapia hormonal
Complexa	Proliferação glandular com arquitetura relevando adensamento glandular	3%	Terapia hormonal ou cirurgia
Simples com atipia	Arquitetura de HE simples com células individuais com atipias nucleares	8%	Cirurgia ou hormonioterapia para preservar fertilidade ou baixa condição cirúrgica
Complexa com atipias	Arquitetura de HE complexa com células individuais com atipias nuclearesas	28%	Cirurgia ou hormonioterapia para preservar fertilidade ou baixa condição cirúrgica

Quadro 1: Classificação histológica da hiperplasia endometrial (OMS, 1994). Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol 19, No 5, September/October 2012

CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

A maioria dos carcinomas endometriais são adenocarcinomas. Eles podem ser classificados como endometrióides e não-endometrióides.

- Adenocarcinoma endometrióide: As células são geralmente cilíndricas com núcleos mantendo a orientação basal, portanto, semelhantes a glândulas normais. A agressividade do tumor é influenciada pelo padrão de crescimento de áreas sólidas, pela presença de atipia nuclear e diferenciação escamosa. O grau histológico é considerado um bom indicador de agressividade em relação à invasão do miométrio, metástases e resposta à terapêutica. De forma geral, os endometrióides apresentam prognóstico melhor;
- Adenocarcinoma não-endometrióide: São de pior prognóstico e menos comuns. O Carcinoma Mucinoso corresponde a cerca de 5% dos carcinomas endometriais. As células com mucina intracitoplasmática compõem mais de 50% do tumor. Esse tipo apresenta bom prognóstico, semelhante ao do carcinoma endometrióide. O Carcinoma Papilar Seroso representa 3 a 4% das neoplasias malignas do endométrio. É composto por células de padrão tubário, com alto grau de atipia nuclear, arquitetura complexa e necrose proeminente. Comporta-se agressivamente, promovendo metástases via linfática e hematogênica, comprometendo precocemente o miométrio. O Carcinoma de células claras ocorre em menos de 5% dos casos. Compõe-se de células com núcleos extremamente atípicos e citoplasma abundante e claro. Seu comportamento é agressivo, tendendo a comprometer o

espaço perivascular linfático e invadir o miométrio. O Carcinoma Misto é composto por 2 ou mais componentes não escamo- celulares com cada um ocupando 10% do tumor. O Carcinoma indiferenciado é bastante raro,não possui diferenciação glandular, escamosa ou sarcomatosa. Caracteriza-se por um prognóstico muito desfavorável.

ESTADIAMENTO

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIÓIDE	ADENOCARCINOMA NÃO ENDOMETRIÓIDE
Típico	Carcinoma mucinoso
Adenoacantoma	Carcinoma papilar seroso
Carcinoma adenoescamoso	Carcinoma de células claras
Carcinoma papilífero	Carcinoma misto
	Carcinoma indiferenciado

O estadiamento do câncer de endométrio é cirúrgico e tem importância para a escolha do tratamento. O sistema de estadiamento inclui características histológicas (tipo histológico, grau de diferenciação celular, profundidade de invasão miometrial, invasão linfovascular, extensão cervical), e extensão da doença além do útero (anexos uterinos, cavidade peritoneal, linfonodos, outros órgãos). Os locais de metástases mais comuns são pulmão e vagina.

Estadiamento FIGO 2009

ESTÁDIO I: O CARCINOMA ESTÁ CONFINADO AO CORPO UTERINO.

Ia – Tumor limitado ao endométrio ou invasão menor que a metade da espessura do miométrio (G1, G2 e G3);

Ib – Invasão igual ou maior que a metade da espessura do miométrio (G1, G2 e G3). Invasão glandular do colo deve ser considerado Estádio I.

ESTÁDIO II: O CARCINOMA INVADE DO ESTROMA CERVICAL (G1, G2 E G3), MAS AINDA ESTÁ LIMITADO AO ÚTERO.

ESTÁDIO III: CARCINOMA COM INFILTRAÇÃO LOCAL OU REGIONAL. IIIA – TUMOR INVADINDO SEROSA E/OU ANEXOS (G1, G2 E G3); IIIB – ENVOLVIMENTO VAGINAL E/OU PARAMETRIAL (G1, G2 E G3);

IIIc – Metástase para linfonodos pélvicos e/ou retroperitoneais (G1, G2, G3);

IIIc1 – Linfonodos pélvicos comprometidos;

IIIc2 – Linfonodos retroperitoneais comprometidos. Lavado peritoneal deve ser reportado, porém sem alterar o estadiamento.

ESTÁDIO IV: INVASÃO DE ÓRGÃOS ADJACENTES OU A DISTÂNCIA.

IVa – Tumor invadindo bexiga e/ou mucosa intestinal (G1, G2 e G3);

IVb – Metástases à distância, incluindo as intra-abdominais e/ou linfonodos inguinais.

ESTADIAMENTO CIRÚRGICO

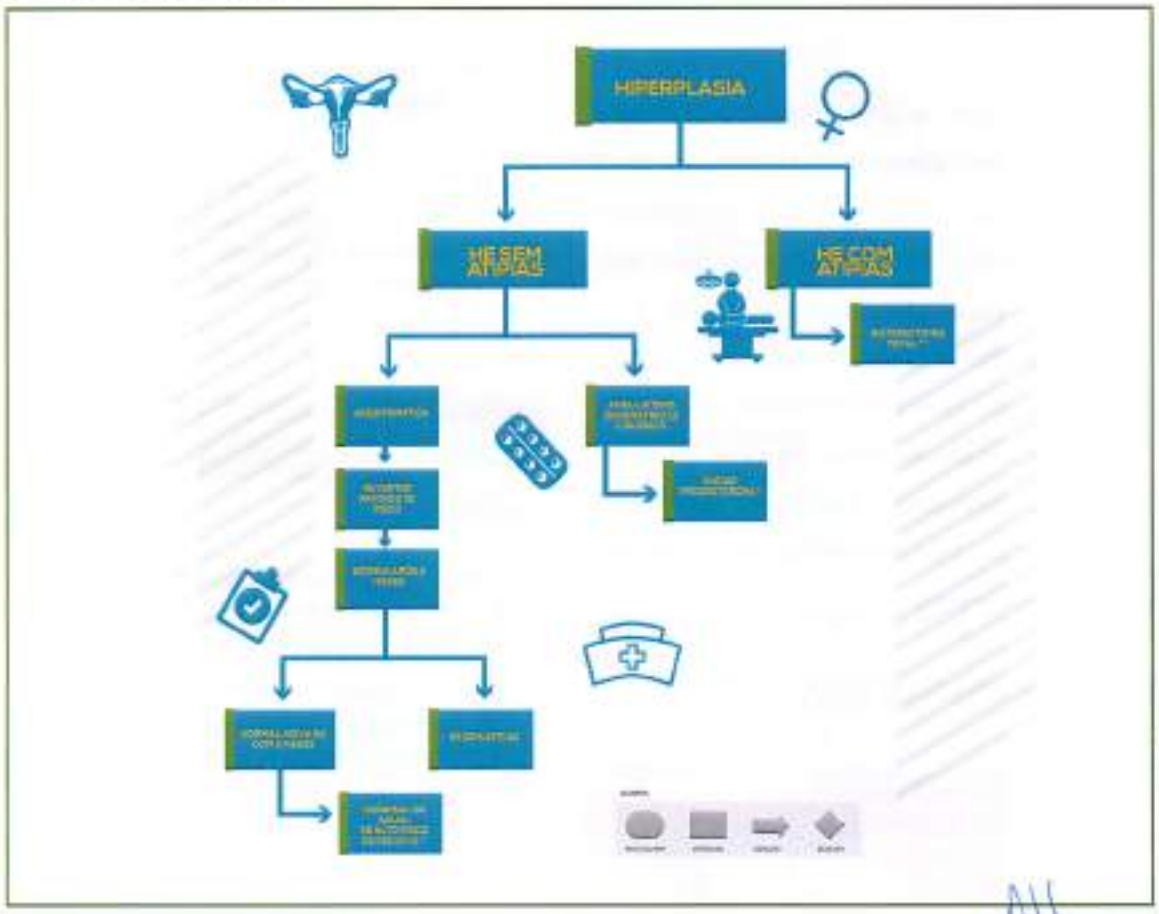
- Lavado peritoneal para citologia oncótica;
- Exploração de toda cavidade abdominal;
- Omentectomia infra-mesocólica;
- Histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral;
- Linfadenectomia pélvica e retroperitoneal sistemáticas no caso de histologia tumoral desfavorável (seroso-papilífero, escamoso, células claras e endometrióde grau 3), invasão superior a metade do miométrio, extensão istmocervical do tumor, e presença de doença extra- uterina.

TRATAMENTO

O tratamento para HE pode ser clínico, em casos selecionados, em extremos de idade (pacientes muito jovens ou muito idosas), utilizando-se de altas doses de progestágeno. O tratamento cirúrgico baseia-se na histerectomia e anexectomia bilateral e cirurgia de estadiamento. Pode ser necessário o tratamento complementar com radioterapia. O tratamento das recidivas depende da localização, do volume tumoral e das terapias anteriormente administradas.

ALGORITMO 1

CONDUTA RECOMENDADA DE ACORDO COM CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA DA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL



1ª LINHA: DIU DE LEVONORGESTREL

2ª LINHA (CONTÍNUO): MEDROXIPROGESTERONA 10-20MG/DIA OU NORESTITERONA 10-15MG/DIA.INDICA-SE HISTERECTOMIA EM MULHERES QUE NÃO DESEJAM PRESERVAR FERTILIDADE QUANDO HÁ PROGRESSÃO PARA HIPERPLASIA ATÍPICA. NÃO HÁ REGRESSÃO HISTOLOGIA APÓS 12 MESES DE TRATAMENTO. HÁ PERSISTÊNCIA DE SANGRAMENTO OU HÁ IMPOSSIBILIDADE DE SEGUIMENTO.

Se paciente pós menopausa, oferecer salpingooforectomia bilateral. Se paciente pré-menopausa, individualizar, mas sempre pensar em salpingectomia.

PROGNÓSTICO

Tumores maiores de 5 cm, idade superior a 51 anos e pós-menopausa estão associados à piora da sobrevida. Em tumores restritos ao corpo uterino (estágio I) a sobrevida em 5 anos é de 70-90%. Em tumores que invadem a cérvice (estágio II) a frequência cai para 60%. Nos tumores regionais que invadem a pelve (estágio III) a sobrevida em 5 anos é de 40%. Na doença pélvica avançada ou com metástase à distância (estágio IV) é <10%. Tumores com indiferenciação histológica, penetração miometrial profunda, com ausência de receptores de estrogênio e progesterona são os de pior prognóstico.

REFERÊNCIAS

CUNHA V.; REDONDO L.; FATELA A.; MARQUES C. Endometrial Hyperplasia. Acta Obstet Ginecol Port 2014;8(1):38-44.

MANAGEMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA GREEN-TOP GUIDELINE n 67. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/ British Society for Gynaecological Endoscopy: February 2016.

YUK JS. The incidence rates of endometrial hyperplasia and endometrial cancer: a four-year population based study. PeerJ. 2016; 4:e2374. doi: 10.7717/peerj.2374. eCollection 2016.

ARMSTRONG AJ, HURD WW, ELGUERO S, NICHOLE M. Diagnosis and Management of Endometrial Hyperplasia. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2012; 19(5): 562-571.

WILDEMEERSCH D, JANSSENS D, PYLYSER K, et al: Management of patients with non-atypical and atypical endometrial hyperplasia with a levonorgestrel-releasing intrauterine system: long-term follow-up. Maturitas 57(2):210, 2007.

SILVERBERG SG, KURMAN RJ, NOGALES F, et al: Tumors of the uterine corpus [Epi- thelial tumors and related lesions]. In Tavassoli FA, Devilee P (eds): World Health Organization Classification of Tumours. Lyon, France, IARC Press, 2003, p 22.

MUTTER GL. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): will it bring order to chaos? The Endometrial Collaborative Group. Gynecol Oncol 76(3):287, 2000.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

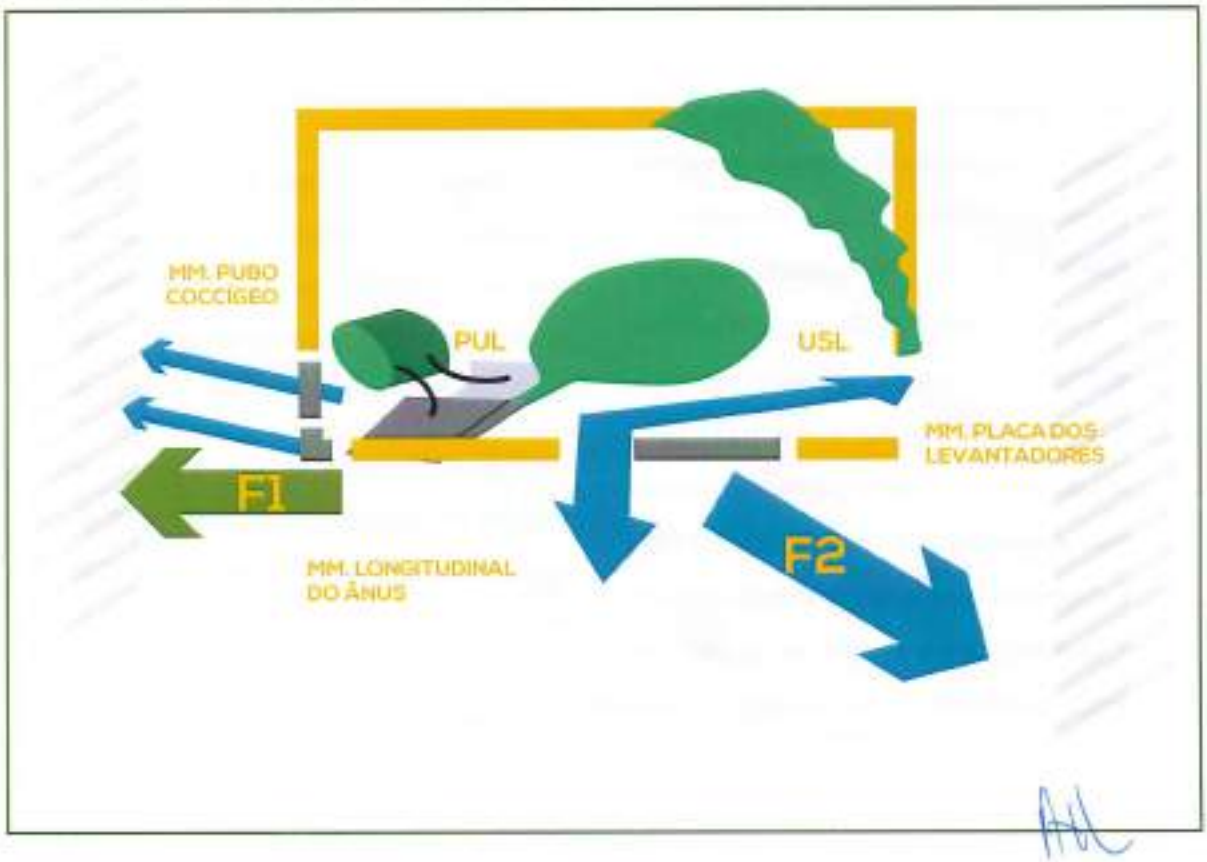
FISIOPATOLOGIA

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 arco tendíneo da fáscia pélvica e os músculos levantadores do ânus e longitudinal do ânus.

Figura 1: Mecanismos de abertura e fechamento da uretra e do colo vesical de acordo com a teoria integral (adaptado de Petros e Ulmstem, 1990).



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 esfincteriana intrinseca.

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, consequentemente, levar a perda urinária. Inibidores da ECA podem levar a tosse crônica, aumento da pressão intra-abdominal e, consequentemente, 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 hipermobilidade do colo vesical e valores menores que 60cmH2O, defeito esfincteriano intrinseco. 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 que-

sito 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.

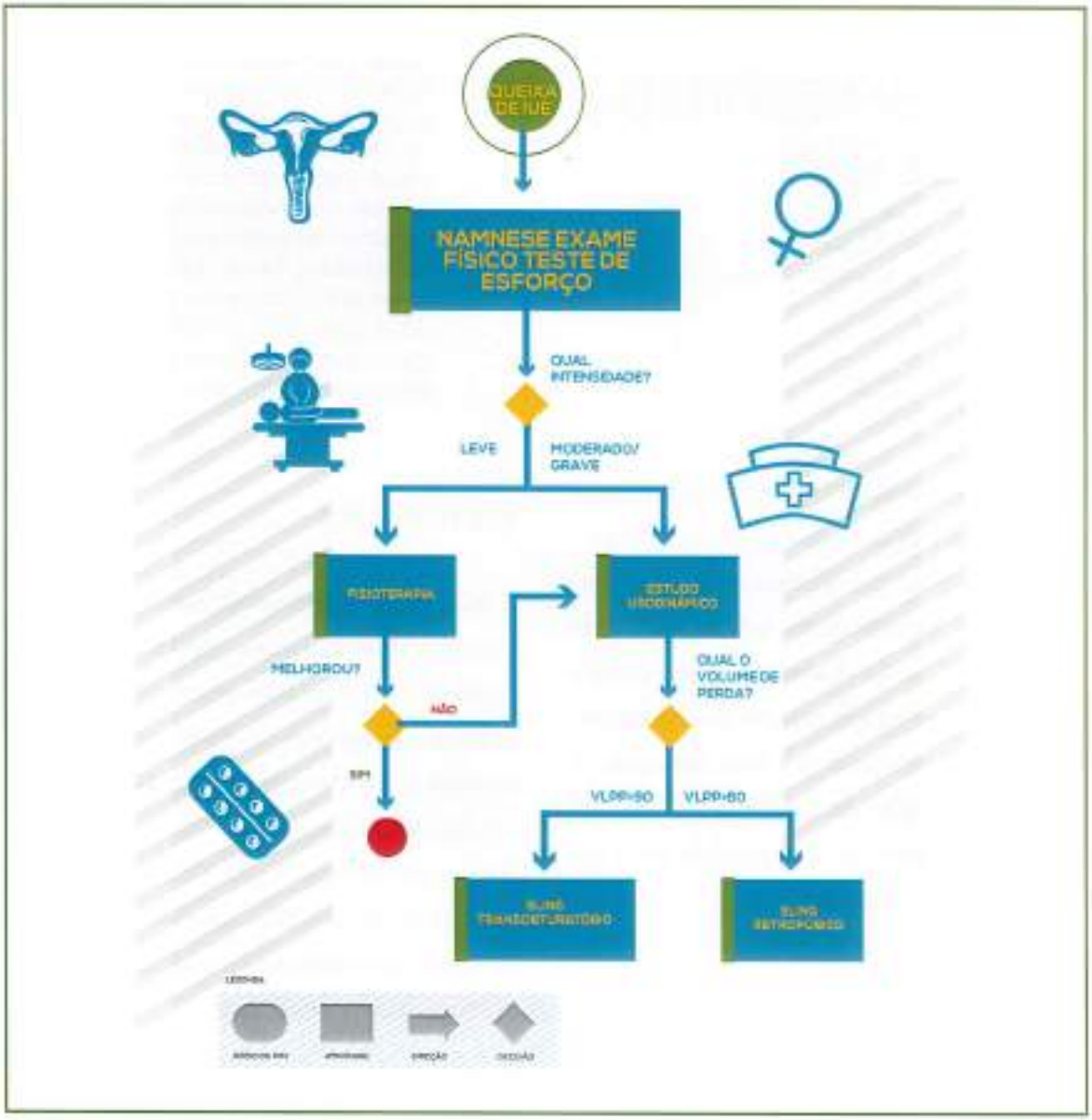
Resultados do estudo TOMUS e 20 ensaios clínicos adicionais que compararam sling retropúbico com transobutório foram resumidos na revisão sistemática e metanálise da Society for Gynecologic Surgeons (SGS), incorporando dados de mais de 3000 mulheres. A metanálise favoreceu sling retropúbico para taxas 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 6,5% 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.

ALGORITMO - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO



BIBLIOGRAFIA

Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodyn. 29(1):213-40 2010.

Bezerra LBPS. Temas em uroginecologia: Manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área de saúde. Expressão gráfica e Editora, 2013

Erin Seifert Lavelle, MD, Halina M. Zyczynski, MD. Stress Urinary Incontinence: Comparative Efficacy Trials. Obstet Gynecol Clin North Am. Mar;43(1):45-57, 2016.

Ginecologia de Williams. Hoffman Et Al. Versão em Português. 2ª Edição. Porto Alegre: AMGH, 2014.

Kirby AC1, Tan-Kim J, Nager CW. Midurethral slings: which should I choose and what is the evidence for use? Curr Opin Obstet Gynecol. 2015 Oct;27(5):359-65.

Oliveira E, Castro RA, Takano CC, Zucchi EVM, Araújo MP, Sartori MGF, Girão MJBC. Mecanismos de continência e teoria integral da incontinência urinária feminina. Femina. 2007; 35: 205-211.

Schimpf MO, Rahn DD, Wheeler TL, et al. Sling surgery for stress urinary incon- tinence in women: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2014;211(1):71.e1

INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - ULCERAS GENITAIS

SÍFILIS

Doença infecciosa sistêmica causada pelo Treponema pallidum, que no seu estádio primário se apresenta em forma de úlcera genital única, arredondada, indolor, com base limpa, endurecida, conhecida como cancro duro. Pode ser acompanhada por adenopatia inguinal, não dolorosa, sem flutuação. A lesão pode passar despercebida, sobretudo na mulher. O período de incubação dura entre duas a seis semanas.

Diagnóstico

Laboratorial: Microscopia de campo escuro (mobilidade em saca rolha), imunofloresc ência direta. Esses exames positivos, permitem diagnóstico definitivo, porém resultado negativo não exclui o diagnóstico. O diagnóstico de sífilis primária também pode basear-se em testes sorológicos, que permitem apenas diagnóstico presuntivo e podem ser negativos até 3-4 semanas.

- Testes treponêmicos (FTA-ABS, Elisa, Westernblot, TPHA): utilizam o antígeno T. pallidum para detectar anticorpos contra seus componentes celulares. São testes de alta especificidades, por isso usados como testes confirmatórios. A sororeversão destes testes é rara;

- Testes não-treponêmicos (VDRL; RPR): tornam-se positivos cerca de 1 – 4 semanas após o aparecimento da úlcera. De sensibilidade alta, são ideais para rastreio e monitorização terapêutica. A sororeversão ocorre, geralmente, após cerca de 6 meses após a terapêutica adequada. Tem como desvantagem a possibilidade de originar falsos positivos (gravidez, lúpus, hanseníase dependência química).

Tratamento

O tratamento recomendado para a sífilis primária (fase de úlcera genital) e a administração intramuscular de Penicilina Benzatina 2,4 milhões de unidades em dose única. Para pacientes alérgicos, pode ser usada a Doxiciclina 100mg duas vezes ao dia por 15 dias, exceto em gestantes. Os pacientes devem ser avaliados clinicamente e por meio de testes não-treponêmicos periódicos 3º, 6º e 12º mês no primeiro ano.

Considerar repetir tratamento se: sinais e sintomas de sífilis persistirem ou recorrerem, ou ainda, aumento do título de testes não treponêmicos.

Tratar todos os parceiros que tiveram contato sexual nos 90 dias que precederam o aparecimento da úlcera.

HERPES GENITAL

A principal causa de úlceras genitais em países desenvolvidos, o Herpes Genital é cau-

sado principalmente pelo vírus Herpes simplex tipo 2 (HSV-2), sendo o restante causado pelo Herpes simplex tipo 1 (HSV-1), associado ao herpes labial. As manifestações clínicas podem ser divididas em primo-infecção e surtos recidivantes.

As manifestações na primo-infecção, em geral, são mais severas, caracterizada pelo surgimento de lesões eritematosas de 1 a 3 mm e que evoluem rapidamente para vesículas sobre bases eritematosas, muito dolorosas de conteúdo citrino, raramente turvo.

A linfonodomegalia inguinal bilateral está presente em até 50% dos casos. O quadro pode durar de 2-3 semanas. Na maioria das vezes, esse quadro é acompanhado por sintomas gerais, como febre, mal-estar, mialgia, disúria, cervicite e uretrite. Até 90% dos pacientes desenvolverão novos sintomas nos próximos 12 meses, por reativação viral, causada por infecções, exposição à radiação ultravioleta, traumas locais, menstruação, estresses físicos ou emocionais, antibioticoterapia prolongada ou imunodeficiência. Nas recorrências, o quadro clínico é menos intenso, com regressão espontânea em 7 a 10 dias.

Os surtos tendem a se tornar menos intensos e menos frequentes. A maioria dos pacientes que adquirem infecção por HSV nunca desenvolverão manifestações.

Herpes na gravidez

Maior risco de infecção neonatal se infecção ocorrer no terceiro trimestre. Recomenda-se a administração contínua de antivirais nas últimas quatro semanas da gravidez (a partir da 36ª semana), se houver lesões herpéticas, para diminuir recorrências e evitar cesárea. O parto cesariano deve ser considerado apenas em mulheres com lesões ativas no momento do parto.

Tratamento

Não existe tratamento curativo. Os antivirais permitem o controle de sinais e sintomas da doença, mas não alteram a frequência ou severidade das recorrências (exceto em uso diário profilático). Não se aconselha o uso de antivirais tópicos por sua baixa eficácia.

Primo-infecção (Iniciar assim que possível): Aciclovir 400mg, 3 vezes por dia por 7 dias / Aciclovir 200mg 5 vezes por dia por 7 dias / Valaciclovir 1g 2 vezes por dia por 7 dias / Famciclovir 250mg 3 vezes por dia por 7 dias

- Recorrência (Iniciar nos pródromos): Aciclovir 200mg 5 vezes por dia por 5 dias / Aciclovir 400mg 3 vezes por dia por 5 dias / Aciclovir 800 mg duas vezes por dia por 5 dias / Valaciclovir 500 mg duas vezes por dia por 5 dias / Valaciclovir 1g 1vez por dia por 5 dias/ Famciclovir 125mg 2 vezes por dia por 5 dias.

- Terapia de supressão: Aciclovir 400mg, 2 vezes por dia / Valaciclovir 1g 1 vez por dia / Famciclovir 250mg 2 vezes por dia. O tratamento deve durar 1 ano com a suspensão da terapia de supressão para reavaliar recorrência. Esse tratamento está indicado para pacientes com surtos repetidos (mais de 6 vezes ao ano).

Nota: Pomadas antibióticas podem ser associadas em caso de infecção secundária. Analgésicos orais devem ser usados se necessário. Os pacientes devem ser reavaliados até que haja resolução clínica das lesões.

CANCROIDE

Tem como agente o gram negativo Haemophilus ducreyi, doença também denominada como Cancro Mole e se apresenta como múltiplas úlceras dolorosas com exsudato purulento e hemorrágico na base, associada a eritema e adenomegalias inguinais (mais frequente no sexo masculino), uni ou bilaterais dolorosas com flutuação com drenagem espontânea tipicamente por orifício único, sendo contraindicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos. Tem um período de incubação de 2 a 10 dias.

O diagnóstico definitivo é dado por isolamento em cultura a partir da úlcera ou aspirado ganglionar.

Tratamento

1ª OPÇÃO: AZITROMICINA 1G ORAL EM DOSE ÚNICA OU CEFTRIAXONA 250MG IM, DOSE ÚNICA;

2ª OPÇÃO: CIPROFLOXACINO 500MG, ORAL DUAS VEZES AO DIA POR 3 DIAS. TRATAR OS PARCEIROS SEXUAIS CONTACTANTES DOS 10 DIAS ANTERIORES AO SURGIMENTO DAS ÚLCERAS, MESMO ASSINTOMÁTICOS. MANTER ÚLCERAS SECAS E HIGIENIZADAS. AS FLUTUAÇÕES DEVEM SER ASPIRADAS, SEM REALIZAR DRENAGEM CIRÚRGICA O QUE DIFICULTA A CICATRIZAÇÃO.

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

Doença rara causada pela Chlamydia trachomatis sorotipos L1, L2 e L3, apresentando-se inicialmente como uma pápula ou pústula anogenital, que evolui para úlcera de pequenas dimensões, que cicatriza espontaneamente. Nessa fase pode haver corrimento mucopurulento uretral ou cervical. Após 2 a 6 semanas da lesão inicial surgem adenomegalias inguinais ou femorais, unilaterais, dolorosas, com flutuação e que podem ter rotura espontânea, com o sem fístulas por orifícios múltiplos, essa fase pode ser acompanhada de sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar, anorexia, artralgia, sudorese noturna e meningismo. A obstrução linfática crônica leva a elefantíase genital (estiomene na mulher). Pode ocorre formação de fístulas genitais, vaginais, vesicais e estenose retal, a depender do local da inoculação.

É recomendada a pesquisa de C. trachomatis em praticantes de sexo anal que apresentem úlceras anorretais. O período de incubação varia de 3 a 30 dias.

Tratamento

1ª OPÇÃO: DOXICICLINA 100MG ORAL, 2X/ DIA POR 21 DIAS;

2ª OPÇÃO: AZITROMICINA 1G 1X/ SEMANA POR 21 DIAS.

As parcerias que tiveram contato sexual até 30 dias antes do surgimento dos sintomas devem ser examinadas e tratadas. Se sintomáticas com o mesmo esquema do caso índice; se assintomáticas com Azitromicina 1g, dose única ou Doxiciclina 100mg, 2x/dia por 7 dias.

DONOVANOSE

Tem como agente Klebsiella granulomatis (previamente conhecido por Calymmatobacterium granulomatis), que se apresenta clinicamente como nódulos subcutâneos ou pápulas que evoluem para úlceras não dolorosas, progressivas, que ao confluírem podem causar destruição extensa da região anogenital. São úlceras extremamente vascularizadas, sangrantes ao toque. Há dificuldade de diagnóstico clínico e evolução lenta das lesões pela grande variabilidade de apresentação clínica que podem ser úlceras-granulomatosas, hipertróficas, nodulares, necróticas ou com esclerose. O período de incubação é de 1 a 12 semanas.

Tratamento

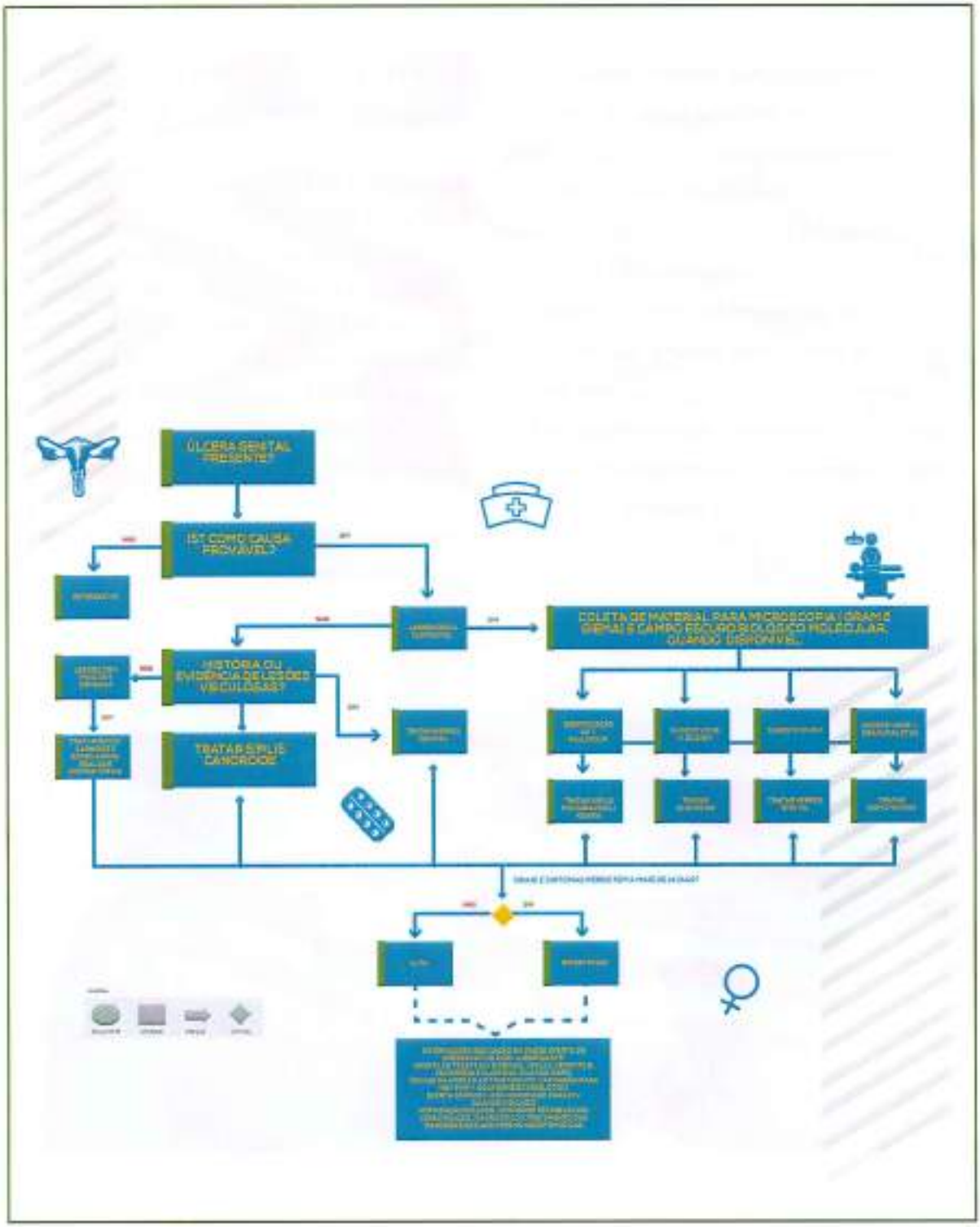
1ª OPÇÃO: DOXICICLINA 100MG 2X/DIA POR PELO MENOS 21 DIAS OU ATÉ O DESAPARECIMENTO DAS LESÕES;

2ª OPÇÃO: AZITROMICINA 1G 1X/ SEMANA POR PELO MENOS 3 SEMANAS OU ATÉ DESAPARECIMENTO DAS LESÕES OU CIPROFLOXACINO 750 MG 2X/DIA POR PELO MENOS 21 DIAS OU ATÉ DESAPARECIMENTO DAS LESÕES OU SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIM 2 COMPRIMIDOS 2X/DIA POR NO MÍNIMO 3 SEMANAS.

Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias.



ALGORITMO 1 – ABORDAGEM DE ÚLCERAS GENITAIS



REFERÊNCIAS

DA COSTA, JB. Úlceras Genitais Causadas por Infecções Sexualmente Transmissíveis. Atualização do Diagnóstico e Terapêuticas e a sua Importância na Pandemia do VIH. Acta Med Port19, 335-342. Lisboa, 6 de janeiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas infecções sexualmente transmissíveis. Relatório de Recomendação. Brasília, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZARTION. Guidelines for the Manegement of sexually Transmitted Infections. Suiça. 2013

INFERTILIDADE

INFERTILIDADE

A infertilidade de um casal consiste em ausência de gravidez após um ano de atividade sexual regular e sem o uso de métodos anticonceptivos. Ela pode ser subdividida em:

INFERTILIDADE PRIMÁRIA: SEM GESTAÇÕES PRÉVIAS;

INFERTILIDADE SECUNDÁRIA: FALHA GESTACIONAL APÓS UMA OU MAIS GESTAÇÕES PRÉVIAS.



Vários fatores aumentam o risco de infertilidade, tais como a idade, a obesidade (disfunção ovulatória), álcool (diminuição da qualidade seminal), fumo (alteração negativa de morfologia e concentração do sêmen/aceleração da depleção folicular). Nas mulheres, destaca-se principalmente a idade, pois a fertilidade da mulher decresce com o tempo, tendo, esse decréscimo, início aproximadamente aos 30 anos e, a partir de então, assumindo um caráter progressivo, quando praticamente cessa aos 45 anos.

Em alguns casos está indicado o início da investigação precoce da infertilidade do casal:

- Naqueles casais em que se observa ausência de gestação após 6 meses de relação sexual desprotegida e que a mulher tem mais de 35 anos de idade;
- História de testículos não descidos;
- História pregressa de DIP ou história conhecida de Endometriose grau III-IV;
- História de oligomenorreia ou amenorreia.

Para dar início a abordagem do casal infértil devemos nos ater a uma anamnese geral, procurando saber o que o casal entende de infertilidade; história sexual (detalhar o ato

sexual, frequência, variação de posição); histórico do uso de métodos anticonceptivos; se possuem filhos vivos; história ocupacional; hábitos; história de tratamentos anteriores; história menstrual; história obstétrica; cirurgias prévias; história patológica pregressa. Devemos realizar também exame físico, tanto no homem, fazendo uma avaliação da virilização, observando-se caracteres sexuais primários e secundários masculinos, quanto da mulher, fazendo um exame ginecológico, das mamas, observando caracteres sexuais primários e secundários femininos, inspeção da vulva, malformações e alterações no clitóris.

CAUSAS DA INFETILIDADE

- Anatômicas: relacionadas ao útero e às trompas (Pólipo, mioma, aderências das trompas);
- Hormonais: falha no eixo hipotalâmico-hipófise-gônadas;
- Masculinas: alterações na produção, morfologia, concentração e motilidade do espermatozoide;
- Desconhecidas: sem alteração após a avaliação da infertilidade do casal.

ABORDAGEM DA INFERTILIDADE FEMININA

Há uma série de fatores responsáveis pela infertilidade feminina e que são classificados de acordo com a parte anatômica envolvida no problema. O histórico releante da paciente deve incluir:

- Duração da infertilidade e tratamentos prévios;
- História menstrual;
- História de gestações anteriores e se houve alguma complicação;
- Métodos anteriores de anticoncepção;
- Frequência coital;
- Cirurgias anteriores ou história de doenças inflamatórias pélvica;
- Uso de medicações atuais;
- Antecedente familiar de defeitos congênitos ou problemas reprodutivos;
- Ocupação e exposição a perigos ambientais;
- Uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas;
- Avaliação nutricional.

Fator Ovulatório

Presente em 15% de todos os casais inférteis e responsável por 40% da infertilidade feminina. As causas mais comuns são Síndrome do Ovário Policístico, obesidade, ganho ou perda ponderal, exercícios extenuantes, disfunção tireoidiana e hiperprolactinemia.

Para iniciar a investigação deste fator, a história menstrual pode ser tudo o que é necessário, pois a regularidade dos ciclos pressupõe ovulação. Alguns exames podem ser realizados para avaliar a função ovulatória:

- Medição da temperatura basal: método simples e barato, baseado na ação termogênica da progesterona. Ciclos ovulatórios cursam com curva bifásica da temperatura (aumento da temperatura basal no período da ovulação), enquanto ciclos anovulatórios cursam com padrão monofásico;
- Avaliação da reserva ovariana através da dosagem sérica de FSH e estradiol no 3 e 5 dias do ciclo;
- FSH > 10-20 mU/ml estão associados a dificuldade de concepção; FSH < 10 mU/ml pressupõe uma boa reserva ovariana;
- Dosagem sérica de prolactina: mulheres com irregularidade menstrual e galactorréia;
- Dosagem de hormônios tireoidianos: dosar TSH e T4 livre;
- Ultrassonografia seriada:
- Revela número de folículos em desenvolvimento e fornece evidência de ovulação e luteinização;
- Observação da evolução endometrial em resposta aos níveis de estradiol;
- Contagem de folículos antrais na fase proliferativa precoce (excelente marcador de reserva ovariana);

Fator Uterino

Alterações na cavidade uterina podem resultar em algum nível de dificuldade de implantação embrionária. Alguns métodos de avaliação consistem em:

- Ultrassonografia: pode diagnosticar patologias uterinas como mioma, malformação congênita e/ou ovariana;
- Histerossalpingografia: define tamanho e a forma da cavidade uterina, pode revelar anomalias uterinas (útero bicorno, septado) ou anomalias adquiridas (pólipo, miomas, entre outros). Avalia permeabilidade tubária bem como pode sinalizar possíveis alterações na motilidade tubária;
- Histerossonografia: evidencia presença de pólipos, sinéquias, miomas;
- Ressonância Magnética (RM): caracterizar melhor o que foi visto em exames iniciais como ultrassonografia ou USG ou histerossalpingografia (HSG);
- Histeroscopia: padrão-ouro para diagnóstico e tratamento. Indicado nos casos em que há alteração ao ultrassom.

Fator tuboperitoneal

Geralmente é investigado naquelas mulheres que possuem história prévia de Doença Inflamatória Pélvica, uso de dispositivo intrauterino (DIU), cirurgias abdominais, gravidez ectópica. Os métodos usados para a sua avaliação são:

- Ultrassonografia: revelar patologias pélvicas como endometriose;
- Histerossalpingografia: avalia a permeabilidade das trompas, realizar após a avaliação do seminal; pode documentar oclusão tubária; salpingite ístmica e

aderências tubárias;

- Laparoscopia e Cromotubagem:

- Introduzido azul de metileno pelo orifício do colo uterino, conseguindo-se dessa forma avaliar a patência tubária ou obstrução proximal ou distal;

- Identificar e corrigir fatores tubários como aderências que podem não ser vistas em métodos não invasivos como a HSG.

ABORDAGEM DA INFERTILIDADE MASCULINA

A infertilidade masculina como causa primária ocorre em aproximadamente 50% dos casos. Qualquer condição que altere a quantidade ou a qualidade do esperma pode levar a infertilidade. A infertilidade masculina é definida através de parâmetros seminais, entretanto, ela pode estar presente mesmo após avaliação de parâmetros seminais normais.

A avaliação começa com história clínica completa:

- Problemas médicos ou cirúrgicos;

- Hábitos e ou aspectos referentes a atividade profissional e exposição a agente externo;

- Distribuição de caracteres sexuais secundários, especialmente distribuição de pelos;

- Observar alterações no pênis, tamanho do testículo (80% do volume testicular e determinado pela espermatogênese;

- História de febre ou doença sistêmica;

- História de infertilidade prévia;

- História sexual: ereções, tempo e frequência das relações sexuais;

- História familiar de criptoquirdia, hipospádia;

- Medicações em uso (cimetidina, espironolactona, esteroides anabolizantes).

A análise do sêmen é o pilar da avaliação laboratorial e ajuda a definir a gravidade do fator masculino de infertilidade. O espermograma é um teste sensível (89,6%), porém pouco específico. É colhido através de masturbação, com um intervalo de abstinência de 2 a 5 dias e em um local distante no máximo 1 horas do laboratório onde será analisado, diminuindo o intervalo de tempo para o início da avaliação. A análise seminal fornece informações sobre o volume do sêmen bem como a concentração do esperma, sua motilidade e sua morfologia.

A padronização do espermograma deve seguir as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction). De acordo com a mesma, considera-se como valores de referência:

Quadro 1: Valores de referência do espermograma, segundo OMS.

PARÂMETRO	VALOR
Volume	≥ 1,5ml
Concentração ($x10^3$/ml)	15
Concentração total ($x10^3$)	39
Motilidade total (%)	40
Motilidade progressiva (a+b)	32
Vitalidade (% vivos)	58
Morfologia (% normais)	4

Observação:

Categoria A = progressão linear rápida

Categoria B = progressão linear lenta ou não linear Categoria C = motilidade não progressiva Categoria D = imóveis

A maioria dos centros utiliza a morfologia segundo o critério estrito de Kruger, cujo valor de referência para um paciente normal é maior ou igual a 4% de formas normais.

Teste para verificar a capacidade de fertilização do espermatozoide:

- Teste de migração espermática, avaliações da capacitação espermática, da reação acrossômica, e da ligação do espermatozóide (teste de ligação à zona pelúcida e teste de penetração na zona livre de óvulo de hamster), além do teste de hipoosmolaridade e laranja de acridina;

- A avaliação endócrina/dosagem de hormônios raramente é necessária, sendo feita apenas nos casos de oligozoospermia grave ou azoospermia, função sexual prejudicada ou quando outros achados sugerem uma endocrinopatia. A avaliação hormonal inicial mínima é feita com as dosagens de FSH sérica e Testosterona Total.

Quadro: Níveis basais de hormônios masculinos em várias patologias

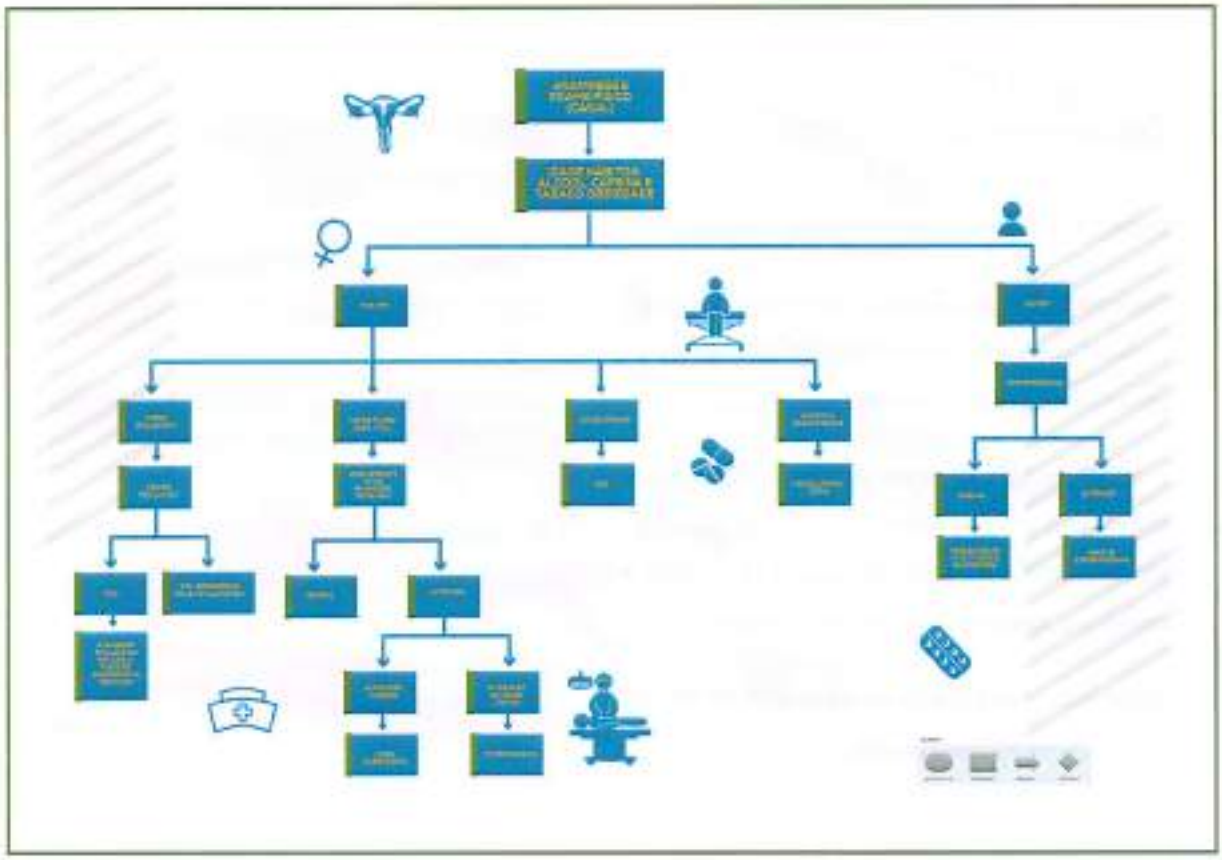
A avaliação genética está indicada somente se:

- ANÁLISE DO SÊMEN COM 5 MILHÕES DE ESPERMATOZOIDE OU MENOS;
- SUSPEITA FAMILIAR DE SÍNDROME GENÉTICA (EX: KLINEFELTER);
- AZOOSPERMIA OU CONCENTRAÇÃO BAIXA DE ESPERMATOZOIDE;
- AUSÊNCIA DE NO MÍNIMO UM DUCTO DEFERENTE;
- PLANEJAMENTO PARA A REPRODUÇÃO ASSISTIDA.

DOSAGEM HORMONAL	FSH	LH	T	PRL
Espermatogênese normal	normal	normal	normal	normal
Hipogonadismo hiponadrotófico	baixo	baixo	baixo	normal
Espermatogênese anormal	alto/normal	normal	normal	normal
Falha testicular/Hipergonadismo hipogonadotrófico	alto	alto	normal/baixo	normal
Tumor de pituitária	normal/baixo	normal/baixo	baixo	alto

*FSH (hormônio do folículo estimulante); LH (hormônio luteinizante); T (testosterona); PRL (prolactina).

ALGORITMO 1 - INVESTIGAÇÃO BÁSICA DO CASAL INFÉRTIL



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. Birmingham, Alabama 2015.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Birmingham, Alabama 2015.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de orientação de reprodução humana. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de atenção básica – Saúde sexual e reprodutiva. Brasília – DF. 2013.

SOUZA, M. C. B.; VITORINO, R. L.; A abordagem do casal infértil. Femina_outubro_2008.indb. volume 36, pág. 603-609.

RIZVI S.; JAFRI A.; HAIDER R. Tubal sterilization reversal: Is there any role in this modern era of art? 2015; 21(4): 290-294.

PANDIAN Z.; AKANDE V.A.; HARRILD K.; BHATTACHARYA S. Surgery for tubal infertility. Cochrane Database Syst Rev. 2008;16(3):CD006415

VAN SEETERS J.A.H.; CHUA S.J.; MOL B.W.J.; KOKS C.A.M. Tubal anastomosis after previous sterilization: a systematic review. Hum Reprod Update. 2017;23(3):358-370.



INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO NO PÓS PARTO IMEDIATO

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

O dispositivo intrauterino (DIU) baseado no tempo após a dequitação ocorrida no parto vaginal ou cesárea, a introdução do DIU pode ser classificada em:

- Pós-placentária ou Pós-parto imediato: até 10 minutos após delivramento;
- Pós-parto Precoce: mais de 10 minutos e até 48hr pós parto;
- Pós-parto Tardio: 1 semana até 6-8 semanas pós-parto;
- Intervalo: após 6-8 semanas pós-parto.

A inserção pós-placentária do DIU é uma opção segura, conveniente e eficaz para a contracepção pós-parto.

Comparado a outros métodos contraceptivos, a inserção precoce do DIU pós-parto tem várias vantagens: fornece contracepção imediata sem interferir com a amamentação, pode evitar o desconforto relacionado à inserção, garante a certeza de que a paciente não estar gestante e diminui a chance de uma gestação não planejada que ocorre no intervalo da consulta pós-parto.

O procedimento não aumenta o índice de infecção, perfuração uterina, hemorragia pós-parto, ou involução uterina. A taxa de expulsão é mais elevada (cerca de 12% no primeiro ano pós-parto) quando a inserção se dá no pós-parto em comparação com 6 semanas após o mesmo (cerca de 6 a 8%), e as taxas de continuidade são relativamente elevadas (87,6% e 76,3%, em 6 e 12 meses, respectivamente).

Para mulheres com acesso limitado aos cuidados médicos, a possibilidade de inserção precoce é uma boa oportunidade para abordar a necessidade de contracepção, visto que a maioria das mulheres retoma a atividade sexual dentro de 1 a 2 meses pós-parto e as que não amamentam tem um retorno médio da ovulação com 45 dias. Uma paciente que retorna à Unidade Básica de Saúde (UBS) para a inserção do DIU 4 a 8 semanas após o parto está, portanto, colocando-se em risco de uma gravidez indesejada. Além disso, o elevado índice de absenteísmo a estas consultas pós-parto constitui uma barreira significativa para o uso de contraceptivos pós-parto.

CONDIÇÕES	DIU DE COBRE
<48 hs do delivramento	CATEGORIA 1
Entre 48 hs e 4 semanas do parto	CATEGORIA 3
>4 semanas pós-parto	CATEGORIA 1
Sepse puerperal ou aborto séptico	CATEGORIA 4

Tabela. Critérios de Elegibilidade para uso do DIU de cobre pós-parto/aborto.

ACONSELHAMENTO E DOCUMENTAÇÃO

Idealmente, as opções de planejamento familiar pós-parto devem ser discutidas durante o pré- natal da paciente. A inserção do DIU no pós-parto imediato ainda não é uma prática comum em nosso meio, portanto aconselhamento sobre este método pode ser oferecido se a paciente fizer alguma visita à maternidade, ao pronto-atendimento ou enquanto aguarda uma internação para cesárea eletiva ou caso esteja no início de trabalho de parto. O método também pode ser oferecido no centro obstétrico logo após a internação.

As pacientes elegíveis identificadas na admissão assinarão um termo de consentimento informado padrão para a inserção, que deve indicar a taxa de expulsão de cerca de 12%.

O responsável deve documentar em prontuário a colocação do DIU, incluindo descrição do procedimento, modelo do dispositivo, data de inserção, lote e quaisquer desvios do protocolo normal, além de fornecer à paciente o cartão padrão que acompanha a embalagem com as informações preenchidas em letra legível.

INDICAÇÕES

Critério de inclusão:

- Qualquer idade (inclusive adolescentes);
- Desejo da paciente em utilizar DIU de cobre como método anticoncepcional.

Técnica pós – parto vaginal:

- Expectativa de parto (vaginal ou cesárea) na atual internação;
- Usando um espéculo, expor e visualizar o lábio anterior do colo do útero;
- Apreender delicadamente o lábio anterior do colo do útero com outra pinça de Foerster;
- Tracionar delicadamente o colo do útero e sob visão direta, introduzir o DIU através dele até que sua extremidade inferior não seja mais visualizada;
- Soltar a mão que estava tracionando o colo e coloca-la no abdome para estabilizar o fundo uterino (Lembrar que geralmente o mesmo encontra-se desviado para direita no pós parto);
- Avançar o DIU ao fundo uterino;
- Confirmar o posicionamento fúndico tanto com a mão abdominal quanto com a mão de inserção;
- Soltar o DIU da pinça, abrindo-a o máximo possível;
- Girar a pinça cerca de 45 graus e move-la lateralmente para evitar a retirada o DIU.

Técnica pós - cesárea:

- Após a dequitação e limpeza manual da cavidade uterina, coloca-se o DIU no fundo uterino com uso de pinça de Lee, Foerster, com o aplicador ou manualmente, com a apreensão do DIU entre o dedo indicador e médio.

- Posicionar o fio do DIU em direção ao orifício interno do colo do uterino. A posição pode ser ajustada com auxílio de uma pinça de dissecção.

- Certificar-se de que o DIU permanece no fundo do útero antes de proceder a histerorrafia.

SEGUIMENTO

Antes da alta, a paciente deve ser instruída sobre efeitos colaterais, possíveis complicações e sinais de alerta. Ela deve ser educada para reconhecer sinais de expulsão do DIU e retornar para reinserção ou um método contraceptivo alternativo. Quase todas as expulsões ocorrem nos primeiros três meses após a inserção. Deve ainda ser informada de que dentro de algumas semanas, os fios do DIU podem sobressair através do introito, e os mesmos serão aparados em um retorno.

Deve-se programar acompanhamento ambulatorial em cerca de 40 dias, no ambulatório de Revisão de Parto, no qual os fios serão cortados. E a avaliação da localização do DIU será realizada ambulatoriamente através da ultrassonografia, agendada pela Unidade Básica de Saúde, que deverá ser levada para a consulta (a paciente sairá com o pedido do exame na ocasião da alta médica).

A não visualização dos fios do dispositivo são mais comuns após a inserção pós-parto do que após a inserção com intervalo habitual. Os cordões podem frequentemente ser extraídos do canal cervical rotando-se uma citoescova cervical de esfregaço de Papanicolaou no canal endocervical. Caso este procedimento não resolva a situação, deve ser feita a verificação ultrassonográfica da localização do DIU na cavidade uterina, e a paciente deve ser orientada sobre a não necessidade da remoção e manutenção da eficácia do método.

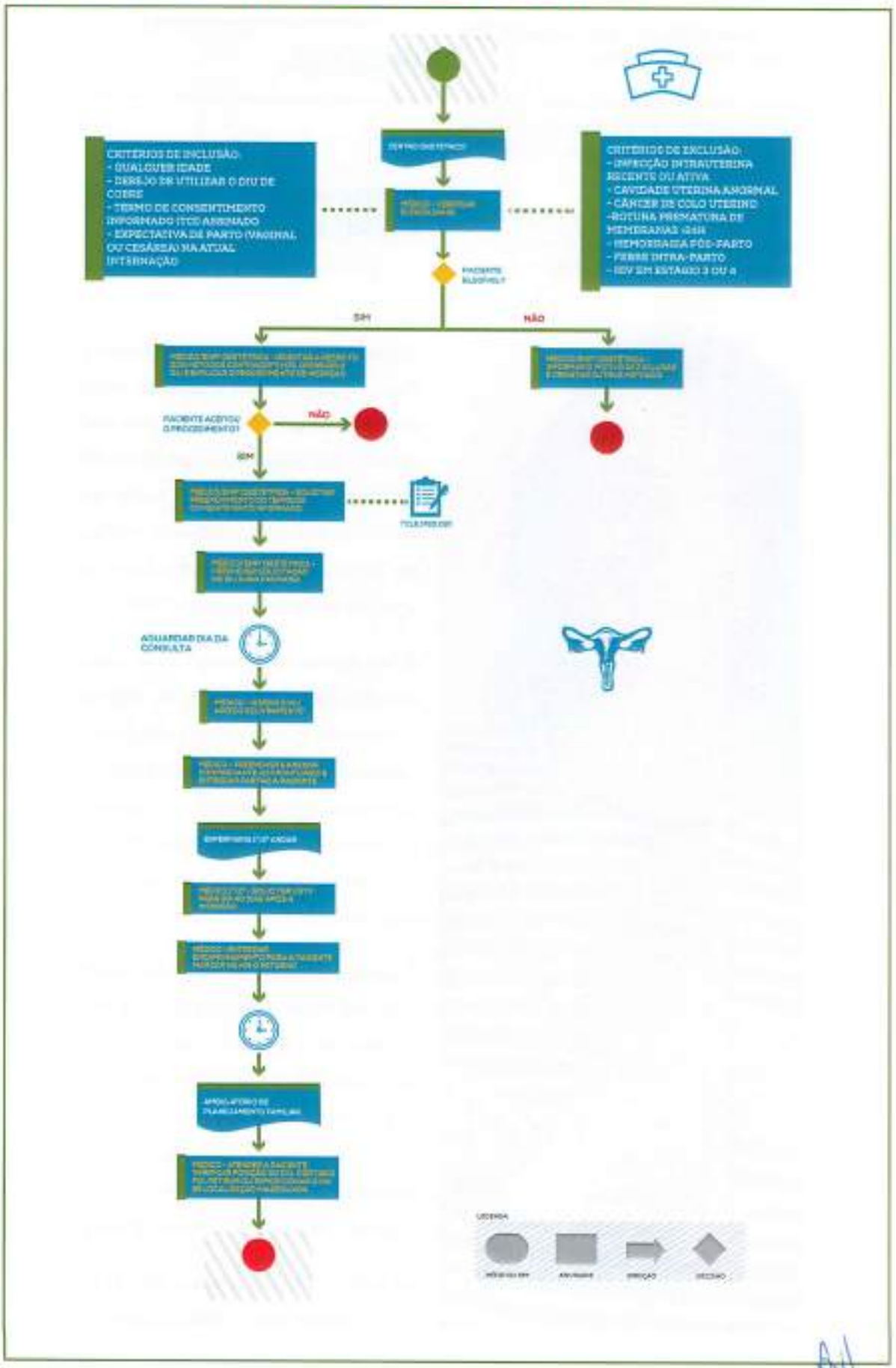
As pacientes devem ser instruídas sobre a necessidade de uma outra forma de contracepção em casos de expulsão do dispositivo. E devem ser informadas que só podem contar com o DIU como método anticoncepcional após a confirmação de que ele está normalmente inserido.

Em caso de expulsão, a paciente deve ser orientada de que pode ser realizada uma nova inserção imediatamente caso desejar.

Caso ocorra uma gestação com o DIU in situ, a paciente deve ser informada e encaminhada para acompanhamento pré-natal: a taxa de aborto espontâneo após este procedimento é de 30%.



FLUXO (FLX.MULTI.074 - INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO NO PÓS PARTO IMEDIATO)



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para profissionais de Saúde – DIU com cobre TCu 380A. 1ª Edição. Brasília – DF. 2018.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. Immediate Postpartum Long- Active Reversible Contraception. Commitee on Obstetric Practice. Nº. 670. August 2016.

WHITAKER. A.K; CHEN, B.A. Society Family Planning Guidelines: Postplacental insertion of intrauterine devices. J. Contraception 97, 2017.



MASTOLOGIA – CANCER DE MAMA

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 mundialmente 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 variados. 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 realizar mamografia (MMG) anual. Ultrassonografia (USG) pode ser solicitada de maneira individualizada, 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 parentes 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, aciclica 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 CÂNCER
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 à 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 ⅔ 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
Triplo negativo	RE, RP e Her2-, qualquer Ki67

ESTADIAMENTO

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.

Tabela 1: Estadiamento clínico

T (CATEGORIA)	T (CRITÉRIOS)
Tx	Tumor primário não pode ser identificado
T0	Não há evidência de tumor
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 I 4
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 êmbolos neoplásicos linfáticos envolvendo 1/3 ou mais da pele da mama, associado ou não à massa subjacente, com ou sem tumor).

Tabela: Estadiamento anatômico

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 ipsilaretal

M (CATEGORIAS)	M (CRITÉRIOS)
M0	Sem evidências clínicas ou radiológicas de metástases à distância
M0 (i+)	Presença de células tumorais ou depósitos de até 0,2 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.

Tabela: Estadiamento anatômico

ESTÁDIO	TNM
Estádio 0	TisN0M0

Estádio IA	T1N0M0
Estádio IB	T0N1miM0 T0N1miM0
Estádio IIA	T0N1M0 T1N1M0 T2N0M0
Estádio IIB	T2N1M0 T3N0M0
Estádio IIIA	T0N2M0 T1N2M0 T2N2M0 T3N1M0 T3N2M0
Estádio IIIB	T4N0M0 T4N1M0 T4N2M0
Estádio IIIC	Qualquer TN3M0
Estádio IV	Qualquer T Qualquer N M1

TRATAMENTO LOCORREGIONAL

- CDIS (TisN0M0) 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, IIA, IIB e IIIA Tumorectomia + BLS (categoria 1A)

LINFONODO	RADIOTERAPIA
Negativo	RT da mama; considerar da axila se TU>2cm E outros fatores de risco (paciente jovem ou invasão linfovascular)
1-3 LNF positivos	RT da mama; considerar RT de cadeias linfonodais
≥4 LNF positivos	RT da mama E de cadeias linfonodais (categoria 1)

ACHADO	RADIOTERAPIA
BLS neg E TU≤5cm E margem >1mm	Não fazer
BLS neg E TU≤5cm E margem <1mm	Considerar RT de parede com ou sem RT nodal se TU>2cm e outros FR

Margens comprometidas	Se ampliação não possível, RT de parede com ou sem RT nodal
BLS neg E TU>5cm	Considerar RT de parede com ou sem RT nodal
1-3 linfonodos sentinela (LS) positivos	Considerar RT de parede + fossas supra e infraclavicular
≥4 LS positivos	RT de parede + cadeias linfonodais (categoria 1)

- Estádios IIIB e IIIC

- O tratamento se inicia pela terapia sistêmica (quimio ou hormônio). A depender da resposta, segue-se com tumorectomia ou mastectomia, ambos com estadiamento axilar. A RT adjuvante 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

Quimioterapia

Refere-se à administração sistêmica de agentes citotóxicos antes ou após a cirurgia. Indica-se de 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 quimioterapia 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 extendido 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 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).

BIBLIOGRAFIA

American College os Radiology. Breast imaging reporting e data system (BI-RADS). 5.ed. Reston: American College of Radiology, 2013. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf.

Boff, Ricardo Antonio, et. al. Compêndio de Mastologia. 1 ed. Caxias do Sul: Lorigraf, 2015.

Frasson, Antônio Luiz, et. al. Doenças da Mama: Guia de Bolso Baseado em Evidências. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

Nazário, Afonso Celso Pinto, et. al. Mastologia: Condutas Atuais. 1 ed. Barueri: Manole, 2016.



MIOMATOSE UTERINA

FATORES DE RISCO

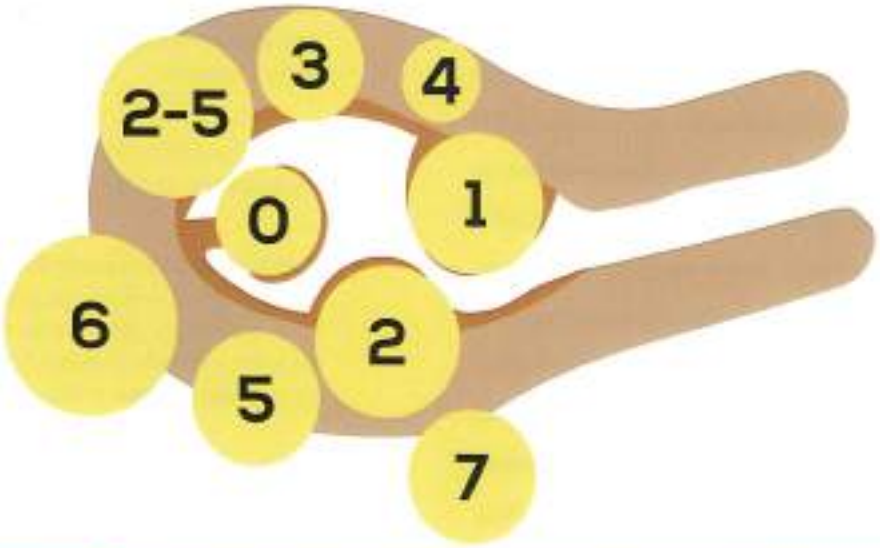
FATOR	EFEITO SOBRE O RISCO	MECANISMO PROVÁVEL
Menarca precoce	Aumentado	Maior número de anos exposta ao estrogênio
IMC aumentado	Aumentado	Aumento na conversão de androgênios em estrogênios
Familiar afetado	Aumentado	Diferenças genéticas na produção ou no metabolismo de hormônios
Afrodescendência	Aumentado	Diferenças genéticas na produção ou no metabolismo de hormônios
SOP	Aumentado	Estrogênios sem oposição em razão de anovulação
Pós-menopausa	Diminuido	Hipoestrogenismo
Paridade	Diminuido	Interrupção da exposição crônica ao estrogênio; remodelação uterina durante a involução pós-parto
Contraceptivos orais combinados	Diminuido ou inerte	Exposição ao estrogênio antagonizada pela progesterona
Tabagismo	Diminuido	Redução nos niveis sérios de estrogênio

Fonte: Ginecologia de William

CLASSIFICAÇÃO

Os miomas são costumeiramente descritos de acordo com sua localização:

- Intramurais: desenvolvem-se dentro da parede uterina e podem distorcer a cavidade uterina e a superfície serosa;
- Submucosos: derivam de células miometriais localizadas imediatamente abaixo do endométrio e frequentemente crescem para a cavidade uterina;
- Subserosos: originam-se na superfície serosa do útero e podem ter uma base ampla ou pedunculada e ser intraligamentares.



SM - SUBMUCOSA	0	Intracavitaria pedunculado
	0 - Otro	<50% intramural
	2	≥50% intramural
O - OTRO	3	Contactos endometrio; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subserosa ≤50% intramural
	6	Subserosa <50% intramural
	7	Subserosa pedunculada
	8	Otro (especifique por ejemplo, cuello uterino, parásitos)

Fonte: Sistema de subclassificação de miomas da FIGO[16]

SINTOMAS

A maioria das mulheres com leiomioma é assintomática (50 a 80%), mas número, tamanho e localização dentro do útero podem provocar diversos sintomas, principalmente ao longo da 4ª e 5ª décadas de vida. O sintoma mais comum de leiomioma uterino é sangramento uterino anormal (SUA), provavelmente devido a aumento da área de superfície do endométrio, desregulação vascular e interferência com a hemostasia endometrial. Sangramento fora do período menstrual não é comum e indica investigação complementar.

A dor pélvica é incomum e pode significar degeneração, torção ou, possivelmente, adenomioses associadas e / ou endometriose. Em casos de degeneração ou torção, pode haver a concomitância de febre e sinais de irritação peritonial. Disfunção intestinal e sintomas vesicais, como frequência urinária e urgência, podem estar presentes com tumores maiores. Na mulher pós-menopáusica que apresentou início da dor e/ou sangramento em fibróides novos ou existentes, leiomiossarcoma deve ser considerado. Outros sintomas menos comuns são: infertilidade e perda gravídica, síndrome da eritrocitose miomatosa e síndrome pseudo-Meigs. Preocupação com possíveis complicações relacionadas a mioma na gravidez não é indicação para miomectomia, exceto em mulheres que tiveram gravidez prévia com complicações relacionadas a estes fibroides.

DIAGNÓSTICO

Clínico Imagem:

Necessários para confirmação diagnóstica e definir localização do tumor.

- Ultrassonografia - O método transvaginal apresenta alta sensibilidade (95%-100%) para detectar miomas em úteros com tamanho menor ao equivalente a 10 semanas de gestação. Em casos de miomas múltiplos ou em úteros muito grandes prefere-se a via transabdominal. Não é invasivo, tem baixo risco e custo, com acurácia adequada em relação aos demais;
- Histerossonografia - Caracteriza melhor a extensão para a cavidade endometrial. Histerosalpingografia- útil especialmente na avaliação de infertilidade;
- Histeroscopia- Permite avaliação de miomas intra-cavitários;
- Tomografia Computadorizada (TC) - Tem baixa resolução para avaliar a arquitetura interna dos órgãos pélvicos, sendo superada pela ultrassonografia transvaginal;
- Ressonância Magnética (RM) - Adequado para a visualização do tamanho e localização dos tumores, podendo distinguir entre leiomiomas, adenomiose e leiomiossarcoma.

TRATAMENTO

Mulheres com miomas assintomáticos devem ser asseguradas que não existem grandes preocupações com malignidade e tratamento não é indicado (III-D). O tratamento de mulheres com sintomas deve ser individualizado, com base na sintomatologia, tamanho e localização dos fibróides, idade, necessidades e desejos de preservação da fertilidade ou do útero, disponibilidade de terapia e a experiência do médico.

Conduta clínica

- A terapia medicamentosa é a comumente utilizada para SUA, em fase aguda ou de manutenção;
- Podem ser utilizados:

- AINES (anti-inflamatórios não esteroides);
- Ácido tranexâmico - agente antifibrinolítico;
- Contraceptivos orais combinados e progestogênios – induzem atrofia endometrial e reduzem a produção de prostaglandinas;
- Dispositivo intrauterino liberador de levonogestrel (SIU-LNG) - não deve ser usado quando miomas distorcem cavidade endometrial.
- Análogos do GnRH - neuropeptídeos que regulam a função hipofisária nas mulheres. Promove amenorreia e apresenta uma redução significativa (25% a 80%) do tamanho uterino com o tratamento, com efeito máximo em 12 semanas.

Conduta cirúrgica

O tratamento de eleição para leiomiomas é cirúrgico. A histerectomia é o tratamento definitivo, recomendado para mulheres com prole completa, e a miomectomia por várias técnicas, ablação endometrial e embolização das artérias uterinas são procedimentos alternativos.

- Histerectomia: realizada por via vaginal, vaginal com assistência laparoscópica ou abdominal.
- Via vaginal: Atentar para amplitude suficiente de acesso e mobilidade do útero. A histerectomia vaginal pode ser realizada para um tamanho uterino de cerca de 12 semanas de gravidez ou um peso uterino de cerca de 250 a 300 g. Isto corresponde a um diâmetro médio do corpo uterino de cerca de 8 a 10 cm. Por outro lado, úteros muito maiores também podem ser extraídos com segurança utilizando-se da técnica de morcelamento ou hemisecção. Deve-se ter cuidado em pacientes com cesariana ou cirurgias pélvicas prévias por risco de lesão de bexiga;
- Via vaginal com assistência laparoscópica: Não há contraindicação específica. Se a laparoscopia for contraindicada em geral, deve ser considerada uma abordagem puramente vaginal ou abdominal. A parte laparoscópica do procedimento inclui todos os passos que não podem ser realizados pela vagina ou que só podem ser realizados com grande dificuldade ou risco;
- Abdominal: Indicada em úteros muito aumentados e distúrbios associados, tais como endometriose ou adesões extensas resultantes de cirurgia anterior; pacientes com vagina longa e estreita; mulheres nulíparas e com comorbidades; pacientes para os quais uma abordagem vaginal ou laparoscópica não parece ser possível ou estaria associada a um aumento do risco de complicação. Em caso de dúvida, ao decidir se a histerectomia abdominal está indicada, pode ser útil realizar o exame pélvico sob anestesia.
- Vaginal com assistência laparoscópica X transabdominal: Menor tempo operatório, menor tempo de internação, menor quantidade de analgesia necessária no pós-operatório com vaginal e assistência laparoscópica.
- Vaginal X vaginal com assistência laparoscópica: Tempo cirúrgico mais curto, menor perda de sangue transoperatório, menor tempo de íleo pós-operatório e menor tempo de internação hospitalar de maneira significativa na via vaginal.
- Vaginal X transabdominal: Menor tempo cirúrgico, menor incidência de febre, tempo de internação mais curto e custo menor na via vaginal. Sendo a via vaginal preferencial para realização de histerectomia.

PARÂMETRO S			
- tamanho T -	0	1	2
topografia	<= 2	2-5	>5
E - extensão base	inferior	média 1/3 a 2/3	superior
P - profundidade	< 1/3 0	<= 50%	>2/3
W - parede	anterior/posterior	lateral	>50%

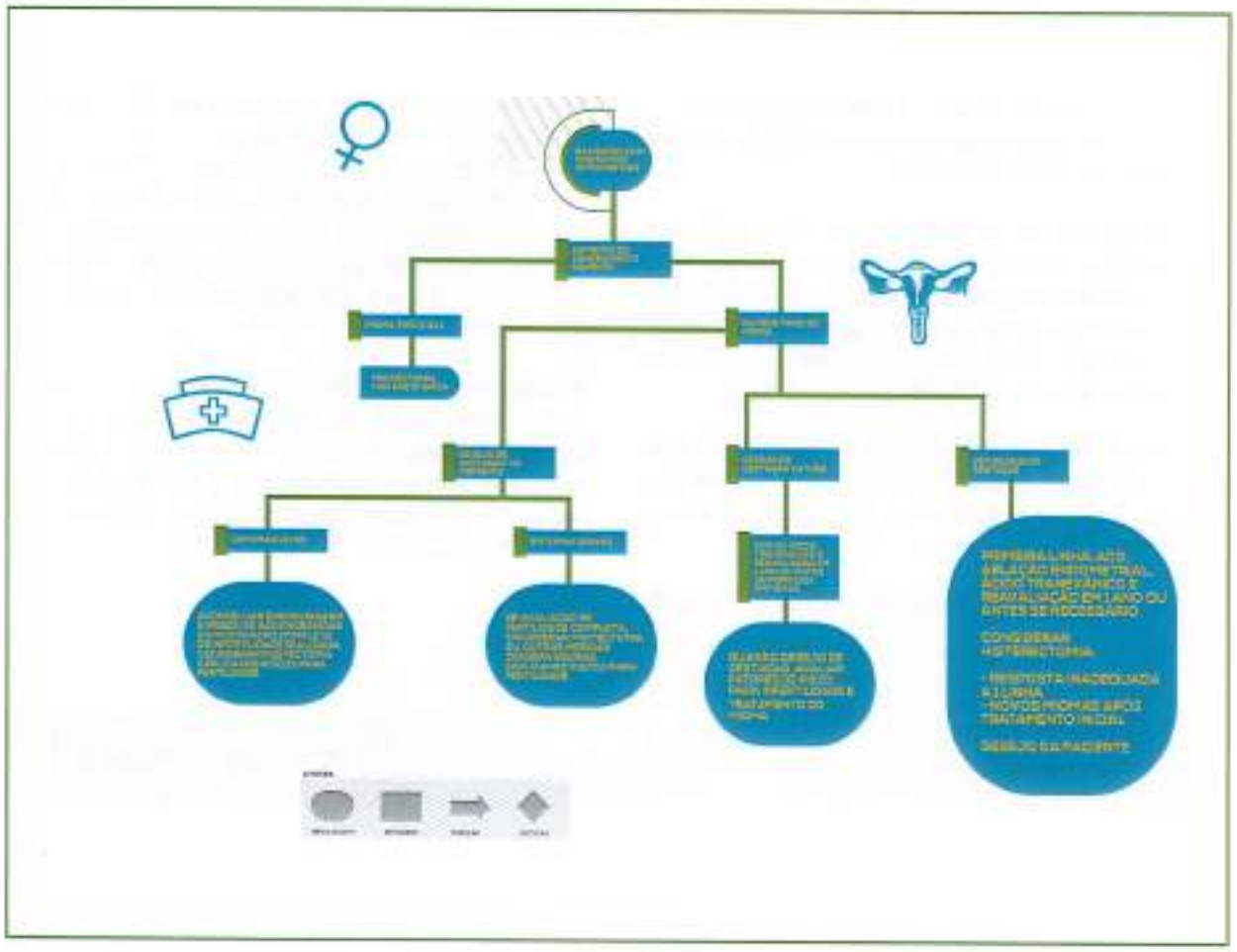
Fonte: Lasmar, 2003.

Quadro - Grupo no qual cada paciente se enquadra e conduta sugerida de acordo com maior escore obtido.

ESCORE	GRUPO	MIOMECTOMIA HISTEROSCÓPICA
0 a 4	I	Baixa complexidade
5 a 6	II	Alta complexidade
7 a 9	III	Contraindicado

Fonte: Lasmar, 2003

ALGORITMO DO TRATAMENTO DE MIOMATOSE



BIBLIOGRAFIA

Ginecologia de Williams/ Hoffman [et al.] – 2. Ed.- Porto alegre: AMGH, 2014.

Bulletins-Gynecology. ACoP. ACOG practice bulletin. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. Number 16, May 2000 (replaces educational bulletin number 192, May 1994). Int J Gynaecol Obstet. 2001;73 (3):285-93.

Stewart EA. Uterine fibroids. Lancet. 2001;357 (9252):293-8.

Overview of treatment of uterine leiomyomas (fibroids) [Internet]. 2010. Availablefrom:http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=-HHEANJaWoFaJ

The Management of Uterine Leiomyomas. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. J Obstet Gynaecol Can 2015;37(2):157–178. (Replaces, No. 128, May 2003).

Downes E, Sikirica V, Gilabert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, et al. The burden of uterine fibroids in five European countries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010; 152:96–102.

Elizabeth A. Stewart, M.D. Uterine Fibroids. The New England Journal of Medicine. April 23, 2015

Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. Obstet Gynecol. 2000;95 (5):764–9.

Cohen LS, Valle RF. Role of vaginal sonography and hysterosonography in the endoscopic treatment of uterine myomas. Fertil Steril. 2000;73 (2):197–204.

Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Ledertoug S, Olesen F. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. Am J Obstet Gynecol. 2002;186 (3):409-15.

Pérez-López FR, Ornat L, Ceausu I, et al. EMAS position statement: management of uterine fibroids. Maturitas 2014; 79: 106-16.

Ferrari MM, Berlanda N, Mezzopane R, Ragusa G, Cavallo M, Pardi G. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids. BJOG. 2000; 107(5): 620-5

Sesti F, Ruggeri V, Pietropolli A, Piccione E. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus vaginal hysterectomy for enlarged uterus. JSLS.2008; 12(3):246-51.

14. Lasmar RB, Brandão JON, Rica RPS, Bohm KR. Miomectomia. Tratado de videoendoscopia ginecológica. São Paulo: Ateneu; 2003. P.1003-20.

K. J. Neis, W. Zubke, T. Römer, K. Schwerdtfeger, T. Schollmeyer, S. Rimbach, B. Holthaus, E. Solomayer, B. Bojahr, F. Neis, C. Reisenauer, B. Gabriel, H. Dieterich, I. B. Runnenbaum, W. Kleine, A. Strauss, M. Menton, I. Mylonas, M. David, L-C. Horn, D. Schmidt, P. Gaß, A. T. Teichmann, P. Brandner, W. Stummvoll, A. Kuhn, M. Müller, M. Fehr, K. Tamussino. Indications and Route of Hysterectomy for Benign Diseases. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3 Level, AWMF Registry No. 015/070, April 2015).

Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. The FIGO Classi cation System ("PALM-COEIN") for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation. Int J Gynaecol Obstet 2011; 113:3-13.



OSTEOPOROSE

FATORES DE RISCO

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;
- Hipercortisolismo (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 atraumática 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.

Quadro: Critérios densitométricos da Organização Mundial da Saúde.

CATEGORIA	ESCORE T
Normal	Até -1
Osteopenia	Entre -1 e -2,5
Osteoporose	Igual ou inferior a -2,5
Osteoporose estabelecida	Igual ou inferior a -2,5 associada a fratura por fragilidade óssea

*Critérios estabelecidos para coluna lombar, colo do fêmur ou terço médio do rádio.

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), ingesta alcoólica de três ou mais doses/dia e DMO do colo femural. 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 osteomalacia 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): piridinolonas totais, piridinolina e deoxipiridinolina livre, N-telopeptídio (NTx), C-telopeptídio (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:

AGENTES ANTI-REABSORTIVOS	ESTIMULADORES DE FORMAÇÃO
Terapêutica de reposição hormonal (TRH), SERMs (raloxifeno), bisfosfonatos (etidronato, alendronato e risendronato), calcitonina, cálcio e vitamina D	PTH (1-34)

Quadro: Opções para tratamento farmacológico da osteopenia/osteoporose.

Bifosfonatos orais: são os medicamentos de primeira escolha no tratamento da osteoporose. Embora não haja evidência de superio-

ridade 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 (1 amp.) 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.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 224, de 26 de março de 2014. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Osteoporose.

Consenso Brasileiro de Osteoporose – Rev Bras Reumatol – vol. 42 – nº 6 – Nov/Dez de 2002.

DECHERNEY, A.H.; A NATHAN, L.; LAUFER, N.; ROMAN, A.S. Current – Ginecologia e Obstetrícia 11ed: Diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Mcraw Hill Brasil, 2016.



PATOLOGIA BENIGNA DO ENDOMÉTRIO

PREVALÊNCIA

Em geral, a prevalência de pólipos endometriais é considerada entre 20% e 30%. Entre mulheres adultas sem Sangramento Uterino Anormal (SUA), a prevalência é estimada em cerca de 10-15%.

MALIGNIDADE

Os pólipos endometriais são frequentemente benignos, mas podem apresentar alterações histológicas pré-malignas e malignas. Lieng et al. (2010) mostraram que os pólipos malignos estão presentes em 0 a 12,9%, e as lesões pré-malignas em 0,2 a 23,8% dos pólipos endometriais. Em mulheres na pós-menopausa, a prevalência foi de 1,8 e 2,3 % para lesões pré-malignas e malignas, respectivamente.

Estudo multicêntrico de Ferrazzi et al. (2010) comparou a prevalência de lesões malignas dos pólipos endometriais em mulheres pós-menopausa com e sem SUA, observando uma prevalência 10 vezes menor de malignidade em mulheres assintomáticas. Alguns fatores que podem aumentar o risco de malignidade nos pólipos endometriais, como: idade, status de menopausa, ocorrência de sintomas e tamanho dos pólipos (> 15-18mm).

DIAGNÓSTICO

A maioria dos pólipos endometriais são diagnosticados por exames de imagem e a confirmação é fornecida pelo exame histológico do material removido.

- Ultrassom: informa o tamanho da cavidade uterina e outras patologias, incluindo leiomiomas. O pólipo pode aparecer como espessamento endometrial ou como imagem hiperecogênica no interior da cavidade uterina, com contorno regular e rodeado por um halo hiperecogênico fino. Deve ser realizado na fase proliferativa do ciclo menstrual.

- Histeroscopia: a investigação padrão-ouro para o diagnóstico de pólipos endometriais é histeroscopia. O exame envolve uma avaliação subjetiva do tamanho e características do pólipo, apresentando ainda a desvantagem de ser um exame mais invasivo e com custo mais elevado.

CONDUTA

Para que a melhor conduta seja tomada diante da presença de pólipos endometriais deve-se considerar a necessidade de excluir malignidade, verificar a presença de sangramento ou a suspeita de infertilidade. As opções terapêuticas incluem tratamento conservador, ressecção cirúrgica por histeroscopia ou a histerectomia como uma opção terapêutica radical. A acurácia diagnóstica de amostragem endometrial às cegas é baixa na presença de pólipos.

- Pré-menopausa - Os pólipos

endometriais podem regredir espontaneamente em aproximadamente 25% dos casos. Mulheres na pré-menopausa assintomáticas sem fatores de risco para malignidade devem ter conduta expectante. A remoção cirúrgica estaria indicada nas mulheres sintomáticas, com pólipos maiores de 10 mm, múltiplos ou na suspeita de infertilidade. Pólipos menores têm maior chance de regressão espontânea.

Os estudos que mediram o efeito da polipectomia para a normalização do SUA, apresentaram um resultado favorável em 75-100% dos casos, principalmente no sangramento intermenstrual. No entanto, a remoção de pólipos endometriais em mulheres que sofrem de SUA intenso parece ser menos eficaz, devendo ser considerado algum tratamento adicional, como dispositivo intrauterino de levonorgestrel ou ablação do endométrio.

- Pós – Menopausa - Mulheres pós-menopáusicas sintomáticas apresentam maior risco de malignidade e devem ter os pólipos removidos. Lee et al. (2010) demonstraram que entre as mulheres pós-menopausadas que apresentaram pólipos endometriais, o sangramento vaginal associou-se a risco aumentado de neoplasia endometrial. O risco geral de malignidade entre todas as mulheres com pólipos endometriais nesta meta- análise foi de 3,57 %.

Em mulheres pós-menopáusicas assintomáticas, o tratamento deve ser individualizado com base no tamanho do pólipo, fatores de risco para malignidade, condição geral, bem como preocupações das mulheres em relação à malignidade. A polipectomia está indicada para mulheres com pólipos grandes (>15-18 mm) ou com fatores de risco para malignidade como uso de tamoxifeno, obesidade, história familiar de câncer de endométrio/ ovário/ mama/ cólon, além de HAS e DM.

INFERTILIDADE

Estudos observacionais sugeriram um efeito prejudicial dos pólipos endometriais sobre a fertilidade. O suposto mecanismo pode estar relacionado com a interferência mecânica durante o transporte de espermatozoides ou a implantação do embrião, ou com alterações inflamatórias locais que podem prejudicar a implantação embrionária.

BIBLIOGRAFIA

AAGL. Practice Report: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Endometrial Polyps. J Minim Invasive Gynecol.2012;19(1): 3-10.

ARMSTRONG AJ, HURD WW, ELGUERO S, BARKER NM, ZANOTTI KM. Diagnosis and Management of Endometrial Hyperplasia. J Minim Invasive Gynecol 2012; 19(5):562-571.

BREIJER MC, PEETERS JAH, OPMEER BC, CLARK TJ, VERHEIJEN RHM, MOL BWJ, et al. Capacity of endometrial thickness measurement to diagnose endometrial carcinoma in asymptomatic postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2012; 40: 621–629. DOI: 10.1002/uog.12306.

CLARK TJ, MIDDLETON LJ, COOPER NAM, DIWAKAR L, DENNY E, SMITH P, et al. A

randomised controlled trial of outpatient versus inpatient Polyp Treatment (OPT) for abnormal uterine bleeding. Health Technol Assess 2015; 19(61):1-194.

CLARK TJ, STEVENSON H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P) – What is the relationship; how are they diagnosed and how

are they treated? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017;40:89-104.

FERRAZZI E, ZUPI E, LEONE FP, SAVELLI L, OMODEI U, MOSCARINI M, et al. How often endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200(3):235-e1-6.

KIM KR, PENG R, RO JY, ROBBOY SJ. A diagnostically useful histopathologic feature of endometrial polyp: the long axis of endometrial glands arranged parallel to surface epithelium. Am J Surg Pathol. 2004;28(8):1057-62.

LEE SC, KAUNITZ AM, SANCHEZ-RAMOS L, RHATIGAN RM. The Oncogenic Potential of Endometrial Polyps: A Systematic Review and Meta-Analysis. Obstet&Gynecol 2010; 116(5): 1197-1205.

LIENG M, ISTRE O, QVIGSTAD E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. Acta

Obstet Gynecol Scand 2010; 89(8): 992-1002.

PEREIRA N, PETRINI AC, LEKOVICH JP, ELIAS RT, SPANDORFER SD. Surgical Management of Endometrial Polyps in Infertile Women: A Comprehensive Review. Surg Res Pract 2015; 2015:914390.



PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

MÉTODOS

Os métodos utilizados para planejamento familiar podem ser classificados em:

- Reversíveis: comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes, de emergência;
- Irreversíveis: esterilização cirúrgica masculina e/ ou feminina.

Existem diversos tipos de métodos na atualidade e a escolha deve levar em consideração os seguintes critérios:

- Desejo da paciente;
- Eficácia (Índice de Pearl) e segurança (Tabela 01);
- Critérios de Elegibilidade:

CATEGORIA 1: PODE SER UTILIZADO SEM QUALQUER RESTRIÇÃO;

CATEGORIA 2: O MÉTODO APRESENTA RISCO AO USO, PORÉM O MESMO É INFERIOR AO BENEFÍCIO QUE ELE TRARÁ, PODENDO SER UTILIZADO;

CATEGORIA 3: O RISCO PARA O USO SUPERA OS BENEFÍCIOS, NÃO É O MÉTODO MAIS APROPRIADO, MAS PODE SER UTILIZADO QUANDO NÃO EXISTIR OUTRA OPÇÃO OU QUANDO A PACIENTE DESEJAR (APESAR DE ORIENTAÇÕES MÉDICAS);

CATEGORIA 4: SEU USO DETERMINA RISCO A SAÚDE INACEITÁVEL, DEVENDO O USO SER DESENCORAJADO.

MÉTODO CONTRACEPTIVO	USO PERFEITO (PORCENTAGEM DE GRAVIDEZ)	USO HABITUAL (PORCENTAGEM DE GRAVIDEZ)	CONTINUIDADE
Ausente	85	85	--
Espermicida	18	28	42
Comportamentais	0,4 - 5%	24	47
Barreira	4	22	46
Preservativo feminino	5	21	41
Preservativo Masculino	2	18	43

Diafragma	6	12	57
Orais	0,3	9	67
Adesivo	0,3	9	67
Anel Vaginal	0,3	9	67
AMDP	0,2	6	56
DIU Cobre	0,6	0,8	78
DIU LNG	0,2	0,2	80
Implante	0,05	0,05	84
Esterilização Feminina	0,5	0,5	100
Esterilização Masculina	0,15	0,10	100

Os métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARCS) facilitam a adesão da paciente, não interferem com outros medicamentos, e têm menor índice de falha. Por tais características, são excelentes opções para pacientes de difícil seguimento, tais como: usuárias de droga ilícitas, portadoras de agravos mentais, adolescentes, além de outras indicações. Cabe orientar que, qualquer que seja a escolha, deve ser estimulado o uso associado do preservativo masculino ou feminino para proteção contra IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis).

IMPLANTE SUBDÉRMICO

Podem ser classificados de acordo com o progestágeno:

- Nomegestrol (Uniplant®);
- Levonorgestrel (Norplant®);
- Norprogesterona ST 1435 (Elcometrina®);
- Etonogestrel (Implanon®);
- Nomegestrol (Uniplant®).

Único liberado para uso no Brasil: Implanon - duração de 3 anos após inserção com ação:

- Disfunção Ovulatória;
- Alteração endometrial;

- Modificação do muco cervical;
- Modificação da motilidade tubária – controverso.

Padrão de Sangramento Imprevisível:

- 30-40% de amenorreia em 12 meses;
- Hemorragia infrequente em 50% dos casos nos primeiros 3 meses. Após 6 meses, esse índice caiu para 30%;
- Sangramento prolongado em 10 - 20% após os primeiros 3 meses.

Iniciar a qualquer momento:

- Se < 7 dias da DUM;
- Pós – parto, se em amamentação exclusiva;
- Quando da troca do método contraceptivo anterior;
- Imediatamente após abortamento de 1º e 2º trimestre;

Excluir gravidez e associar outro método (por exemplo: barreira) por 7 dias:

- Se > 7 dias da DUM, ou se em amenorréia;
- Se > 7 dias após abortamento;
- Se > 21 dias pós-parto se não estiver em amamentação;
- Após uso de contraceptivo de emergência;

Quando evitar:

- Trombose Venosa Profunda (TVP) ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo: categoria 3;
- História de doença cardíaca isquêmica: categoria 3;
- Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) com anticorpo antifosfolipide positivo: categoria 3;
- Enxaqueca com aura, em qualquer idade: categoria 3;
- Sangramento uterino anormal não investigado: categoria 3;
- Câncer de mama: atual- categoria 4; passado ou sem evidência de doença nos últimos 5 anos- categoria 3;
- Adenoma hepatocelular: categoria 3;
- Câncer hepático: categoria 3.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS - DIU de Cobre (Tcu380A) duração: 10 anos após inserção, mecanismo de ação:

- Resposta inflamatória endometrial;
- Alteração da motilidade espermática;

- Modificação do muco cervical.

Quando evitar:

- Entre 48 horas e 4 semanas pós - parto: categoria 3;
- Sepse puerperal: categoria 4;
- Infeção Sexualmente Transmissivel (IST) com cervicite purulenta/ gonorréia ou clamidia: categoria 4 para início;
- Infeção por HIV com quadro clinico de doença grave ou avançada (Estágios 3 e 4 da OMS): categoria 3.

Iniciar o método DIU a qualquer momento, desde que se assegure que a paciente não esteja grávida:

- Se < 7 dias da DUM;
- Pós - parto, se em amamentação exclusiva;
- Quando da troca de método contraceptivo regular anterior;
- Imediatamente após abortamento de 1º e 2º trimestre;
- Até 48 horas após o parto (normal ou cesárea);
- Como contraceptivo de emergência: até 5 dias da exposição.

DIU de Levonorgestrel (MIRENA) - duração: 5 anos após inserção, mecanismo de ação:

- Espessamento do muco cervical;
- Alteração da motilidade espermática;
- Menor resposta ao estradiol no endométrio;
- Efeito antiproliferativo endometrial;
- Inibição das mitoses endometriais.

Iniciar o método a qualquer momento:

- Se < 7 dias da DUM;
- Até 48 horas após parto (normal ou cesárea);
- Até 7 dias após abortamento de 1º e 2º trimestre;
- Como contraceptivo de emergência: até 5 dias da exposição.

Quando Evitar:

- Gestação confirmada: categoria 4;
- 48 horas e menos de 4 semanas

pós-parto: categoria 3;

- Sepse Puerperal ou pós abortamento: categoria 4;
- TVP/ TEP: quadro agudo – categoria 3;
- LES com anticorpo antifosfolipide: categoria 3;
- História atual ou pregressa de Doença Cardíaca Isquêmica: categoria 3 para continuidade;
- Enxaqueca com aura: categoria 3 para continuidade;
- Doença trofoblástica gestacional: categoria 3/4;
- Câncer de Colo uterino: categoria 4 para início do método;
- Câncer de Mama atual: categoria 4; Se > 5anos e sem evidência da doença: categoria 3;
- Câncer endometrial: categoria 4 para início do método;
- Câncer ovariano: categoria 3 para início do método;
- Miomatose uterina com distorção da cavidade: categoria 4;
- Doença Inflamatória Pélvica Aguda (DIPA): categoria 4 para início do método;
- IST com cervicite purulenta: categoria 4 para início;
- Infeção por HIV com quadro clínico de doença grave ou avançada (Estágios 3 e 4 da OMS): categoria 3;
- Tuberculose Pélvica: categoria 4 para início e categoria 3 para continuidade;
- Cirrose Severa descompensada: categoria 3;
- Adenoma hepatocelular: categoria 3;
- Câncer hepático: categoria 3.

Considerações:

- Mudança no padrão do sangramento;
- Aumento do fluxo – DIU de cobre;
- Diminuição do fluxo e amenorréia – DIU LNG;
- Aumento do quadro de dismenorréia – DIU de cobre;
- Maior chance de ter gestação ectópica caso engravide;
- Aumento do risco de Doença Inflamatória Pélvica Aguda (DIPA) nos primeiros 20 dias após inserção;
- Maior risco de expulsão do dispositivo no primeiro ano – 2-10%, podendo chegar a 30% após uma expulsão anterior;
- Menor risco de câncer de endométrio e de colo uterino;
- Dor durante a relação sexual referido pela parceria;
- Reflexo vasovagal durante a inserção;
- Perfuração uterina na inserção;
- Formação de cistos ovarianos – DIU LNG;
- Acne, cefaleia, mastalgia, náusea.

mudanças de humor – DIU LNG;

- Assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não há necessidade de ultrassom pélvico antes da inserção de DIU. O exame pélvico e de toque permitem definir tamanho e orientação do útero, além de verificar dor à mobilização do colo uterino e palpação de anexos. Mesmo após a inserção, a ultrassonografia só é necessária se houver dúvida quanto ao posicionamento ou suspeita de perfuração uterina.

MÉTODOS IRREVERSÍVEIS

Abrange a esterilização feminina (ligadura tubária) e/ou masculina (vasectomia). Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

A EM HOMENS E MULHERES COM CAPACIDADE CIVIL PLENA E MAIORES DE VINTE E CINCO ANOS DE IDADE OU, PELO MENOS, COM DOIS FILHOS VIVOS, DESDE QUE OBSERVADO O PRAZO MÍNIMO DE SESSENTA DIAS ENTRE A MANIFESTAÇÃO DA VONTADE E O ATO CIRÚRGICO, PERÍODO NO QUAL SERÁ PROPICIADO À PESSOA INTERESSADA ACESSO A SERVIÇO DE REGULAÇÃO DA FECUNDIDADE, INCLUINDO ACONSELHAMENTO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, VISANDO DESENCORAJAR A ESTERILIZAÇÃO PRECOCE. A MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DEVE SER EXPRESSA MEDIANTE DOCUMENTO ESCRITO E FIRMADO PELO PACIENTE E PELO PARCEIRO (SE HOUVER);

B RISCO À VIDA OU À SAÚDE DA MULHER OU DO FUTURO CONCEPTO, TESTEMUNHADO EM RELATÓRIO ESCRITO E ASSINADO POR DOIS MÉDICOS.

Não devem ser realizados no momento do parto ou aborto, salvo em situações de cesarianas sucessivas anteriores, sob pena de reclusão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG Practice Bulletin. Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Number 206.

FEBRASGO, 2015. Manual de anticoncepção. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.

OMS and Johns Hopkins, 2018. Family Planning, a global handbook for providers.

Terceira edição revisada, 2018.

OMS, 2015. Medical elegibility criteria for contraceptive use. Organização Mundial de Saúde, 5ª Edição, 2015.

OMS, 2016. Selected practice recommendations for contraceptive use. Department of Reproductive Health and Research. Organização Mundial de Saúde, 3ª Edição, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Wannmacher, 2006. Novas opções contraceptivas. Acesso em 07/08/2020 em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=487-novas-opcoes-contraceptivas-v-3-n-7-2005-76&category_slug=uso-racional-medicamentos-6856&Itemid=965.

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE– CID10

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propôs, em 2010, uma padronização da classificação do SUA para auxiliar no diagnóstico. A classificação PALM-COEIN, acrônimo refletindo as potenciais causas estruturais (PALM) e não estruturais (COEIN) do SUA, constitui uma tentativa de sistematização do diagnóstico e tratamento dessa condição.

Quadro: Classificação do Sangramento Uterino Anormal (FIGO, 2010).

CAUSAS ESTRUTURAIS DO SUA (PALM)	CAUSAS NÃO ESTRUTURAIS DO SUA (COEIN)
Pólipos	Coagulopatias
Adenomiose	Ovulação disfuncional
Leiomioma	Endometrial (transtorno primário dos mecanismos reguladores da hemostasia endometrial)
Malignidade e hiperplasia	Iatrogênica
	Não especificado

Fonte: FIGO 2010

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU LABORATORIAL

Anamnese

A história deve ser direcionada para identificação da natureza do sangramento, identificação de possíveis causas estruturais ou orgânicas, impacto na qualidade de vida e avaliação das expectativas da mulher, especialmente em relação a necessidade de contracepção ou desejo de gravidez.

O grupo HELP (Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice) propôs duas perguntas-chave para investigação de cada aspecto, conforme ilustrado no Quadro 2.

Quadro 2: Perguntas-chave "Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice" para determinação clínica do impacto do sangramento uterino anormal

ASPECTO INVESTIGADO*	PERGUNTAS-CHAVE
Como o sangramento menstrual afeta sua vida diária?	1. Você tem que organizar suas atividades sociais fora do período menstrual? 2. Você se preocupa em ter algum acidente relacionado ao sangramento?
Como você é afetada fisicamente?	1. Você apresenta perda de grandes coágulos durante a menstruação? 2. Alguma vez você se sentiu fraca ou com falta de ar durante a menstruação?

Quando você sangra?	1. Você necessita troca absorventes durante a noite ou acorda durante a noite para a troca de absorventes? 2. Durante os dias de maior sangramento, alguma vez você apresentou transbordamento do absorvente interno ou externo em menos de 2 horas?

*O relato da paciente a respeito do volume da perda menstrual já determina o início da investigação.

Exame físico

O exame físico deve minucioso para confirmar que a fonte da hemorragia é a cavidade uterina e descartar a origem do sangramento anal ou uretral. O toque bimanual irá nos fornecer informações sobre as características do útero e da presença de patologia anexial.

Exames complementares

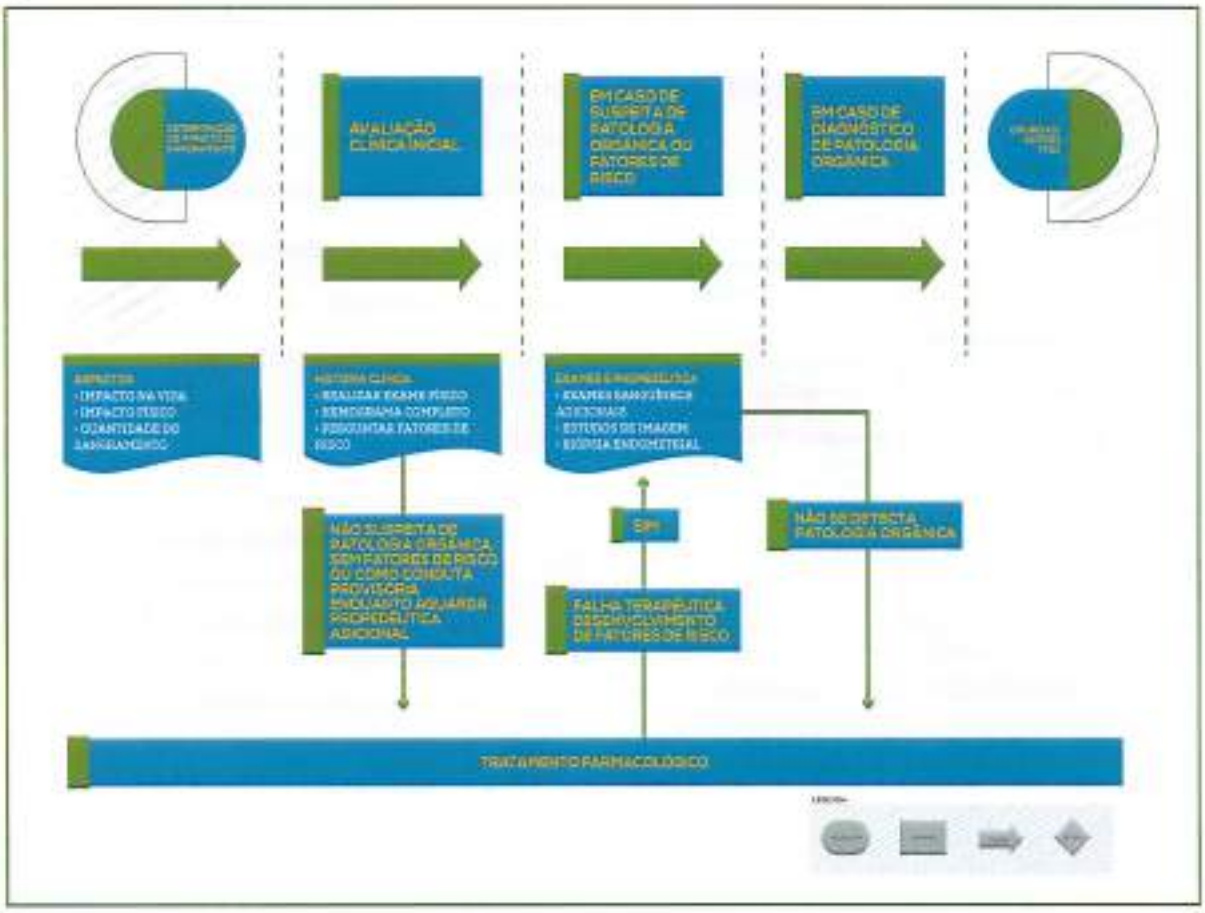
Devem ser solicitados hemoglobina e hematócrito, além de beta-HCG em casos de risco de gravidez. Os seguintes exames podem ser solicitados de acordo com a história e exame clínico: testes de coagulação, nos casos de início de SUA desde a menarca ou antecedentes pessoais e/ou familiares de sangramento anormal; dosagem TSH e prolactina; citologia cervical, caso não tenha recente. Mulheres cujo exame clínico sugere causa estrutural do sangramento, que apresentam falha do tratamento farmacológico e/ou risco de malignidade, principalmente em idade superior a 45 anos, apresentam indicação de investigação complementar:

- Ultrassom transvaginal (USTV): Constitui a primeira linha propedêutica para identificação de anomalias estruturais. É seguro, barato e tem uma grande sensibilidade no diagnóstico das anomalias uterinas. Atualmente, a combinação de ultrassom intrauterino com infusão de solução salina (histerossonografia), permite o estudo da cavidade uterina de um modo fácil, rápido e barato, com uma grande tolerância pelo paciente e praticamente sem complicações;

- A histeroscopia com biópsia dirigida: Permite a visualização direta da cavidade uterina, proporcionando um método mais eficiente do que dilatação e curetagem com biópsia;

- A biópsia endometrial: Deve ser realizada no caso de sangramento intermenstrual persistente, falha do tratamento clínico, mulheres com idade superior a 45 anos, ou com fatores de risco para câncer de endométrio;

- Ressonância magnética: particularmente eficaz no diagnóstico de adenomiose.



Fluxograma Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice para diagnóstico do sangramento uterino anormal.

*Na ausência de indicação de propedêutica complementar, os esforços devem ser direcionados para o início do tratamento. SUA: Sangramento uterino anormal; TTOs: tratamentos.

TRATAMENTO

A terapêutica nos casos de SUA ou menorragia pode ser medicamentosa ou cirúrgica, a depender da intensidade do sangramento e da característica aguda ou crônica da anormalidade. Tem como objetivo básico o correto manejo da fase aguda e a tentativa de evitar as recidivas do sangramento. Quando o quadro clínico exigir, medidas gerais devem ser tomadas, como manutenção da estabilidade hemodinâmica, reposição de ferro, correção de desvios ponderais e, se necessário, apoio psicoterápico em alguns casos.

MANEJO CLÍNICO - FASE AGUDA

O manejo da fase aguda dependerá basicamente da faixa etária, do estado geral da paciente e do volume de sangramento. A terapia hormonal é considerada a primeira linha de tratamento para pacientes com SUA aguda. As opções de tratamento incluem contraceptivos orais combinados (ACOs) e progestagênios orais. Se houver hipovolemia, indica-se o uso de altas doses de estrogênio na paciente jovem e/ou curetagem, se a paciente possuir fatores de risco para câncer de endométrio. Não dispomos de estrogênios endovenosos no Brasil.

- Estrogênios orais em altas doses podem ser oferecidos a pacientes hemodinamicamente estáveis que podem tolerar a terapia oral sem distúrbios gástricos. Uma opção é o uso de EC 2,5 mg até quatro vezes ao dia durante 21 a 25 dias, seguido de acetato de medoxiprogesterona (10 mg/dia) por dez dias;

- Contraceptivos orais combinados (COC) com 30mcg de etinilestradiol, duas a quatro vezes ao dia, geralmente cessam o sangramento em 48 horas. Pode-se utilizar um esquema com redução gradativa das doses, com uso de cinco pílulas no primeiro dia, quatro no segundo, três no terceiro, duas do quarto e uma pílula por dia a partir do quinto dia e por pelo menos mais uma semana estes esquemas tendem a ser menos efetivos do que os de uso de estrogênio isoladamente porque os progestagênios inibem a síntese de receptores de progesterona.

- Progestagênios orais como o acetato de medroxiprogesterona 10 mg a 20 mg, duas vezes ao dia, ou noretindrona 5 mg, uma a duas vezes ao dia, é uma opção a ser considerada;

- Agentes antifibrinolíticos: Agem alargando o tempo de dissolução da rede de fibrina, com resposta mais rápida, preservando o coágulo. Recomenda-se o uso de 500 mg a cada oito horas, nos dias de maior sangramento, não excedendo cinco dias. Na maioria dos estudos, a dose de ácido tranexâmico variou de 1,5 a 4,5 gramas/dia por cinco dias. Suas ações ocorrem no intervalo de duas a três horas após a administração, e podem ser mais efetivos que os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) no tratamento da menorragia aguda;

- Curetagem uterina pode ser realizada tanto terapêutica como diagnóstica em pacientes com sangramentos agudos intensos. Uma limitação do procedimento é não tratar a causa da menorragia, que irá recorrer se não for iniciada outra terapia preventiva no pós-operatório;

- Tamponamento da cavidade uterina pode ser feito colocando-se, em seu interior, um cateter de Folley e enchendo seu balão com 10 ml a 30 ml de líquido. Após três horas, metade deste líquido é retirado e, se não houver mais sangramento por uma hora, pode-se retirar a sonda. Se o sangramento persistir, pode-se manter o balão por um período adicional de até 12 horas.

MANEJO CLÍNICO – MANUTENÇÃO

Após o controle adequado da fase aguda do sangramento vaginal, torna-se imperioso a introdução de medidas que possam garantir melhor regularidade do ciclo menstrual ou até a ausência completa do sangramento. A histerectomia não deve ser considerada como primeira linha de tratamento. Várias opções de tratamento estão disponíveis para o tratamento a longo prazo de SUA crônica. As terapias médicas eficazes incluem o sistema intrauterino de levonorgestrel, ACOs (ciclos mensais ou prolongados), terapia de progestina (oral ou intramuscular), ácido tranexâmico e anti-inflamatórios não esteroides. Se a mulher está usando estrogênios, deve-se adicionar progestina ou fazer a transição para ACOs. O estrogênio sem contraposição não deve ser usado como tratamento de longo prazo.

- Sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) é

um importante procedimento terapêutico, altamente recomendado, que consiste na inserção de um dispositivo intrauterino (DIU) medicado com levonorgestrel, com liberação de 20 mcg/dia por um período de 5 anos. Este método promove oligomenorréia na maioria das pacientes nos primeiros seis meses, acompanhado de amenorréia entre 71 a 96% das usuárias. Esta modalidade terapêutica pode representar uma redução de 60% nas indicações cirúrgicas nos casos de SUA;

- Contraceptivos orais combinados utilizados em regimes cíclicos mensais, contínuos ou com intervalos trimestrais, resultam em controle adequado dos sangramentos uterinos. Entre as inúmeras formulações contraceptivas estroprogestativas atualmente disponíveis, a combinação de valerato de estradiol e dienogeste em regime dinâmico, demonstrou evidente eficácia na redução do volume de sangramento quando comparado ao placebo em estudo multicêntrico, controlado e randomizado;

- Anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) também produzem diminuição do fluxo menstrual, sendo que estas reduções variam de 16,2% (ibuprofeno), 26,4% (naproxeno), 26,9% (diclofenaco) a 29% (ácido mefenâmico). Os AINE são menos efetivos que o ácido tranexâmico, e devem ser administrados com cautela em pacientes com história de distúrbios de coagulação;

- Progestagênio oral pode ser usado em mulheres com menorragia associada a ciclos menstruais irregulares por insuficiência lútea, no regime de 12 a 14 dias por mês. Esse uso não deve ser recomendado nos casos de aumento de fluxo menstrual associado a ciclos regulares, pois não há diferença deste regime terapêutico quando comparado com AINE, ácido tranexâmico e o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG);

- Danazol: em função do alto custo e dos efeitos colaterais androgênicos não é recomendado rotineiramente no tratamento das menorragias;

- Análogo do Hormônio Liberador de Gonadotrofina (GnRH) reduz o sangramento menstrual, porém apresenta importantes efeitos colaterais como sintomas vasomotores perimenopáusicos, náuseas, cefaleias e redução da densidade mineral óssea;

- Progestagênios injetáveis de depósito demonstram importante impacto na redução do fluxo menstrual, com amenorreia de 12 a 47% dos casos. Entretanto são raros os ensaios clínicos na literatura que relacionam o uso desta medicação com o tratamento de SUA.

- Mulheres com distúrbios hemorrágicos conhecidos ou suspeitos podem responder às opções de tratamento hormonal e não hormonal listadas anteriormente.

MANEJO CIRÚRGICO

A necessidade de tratamento cirúrgico baseia-se em:

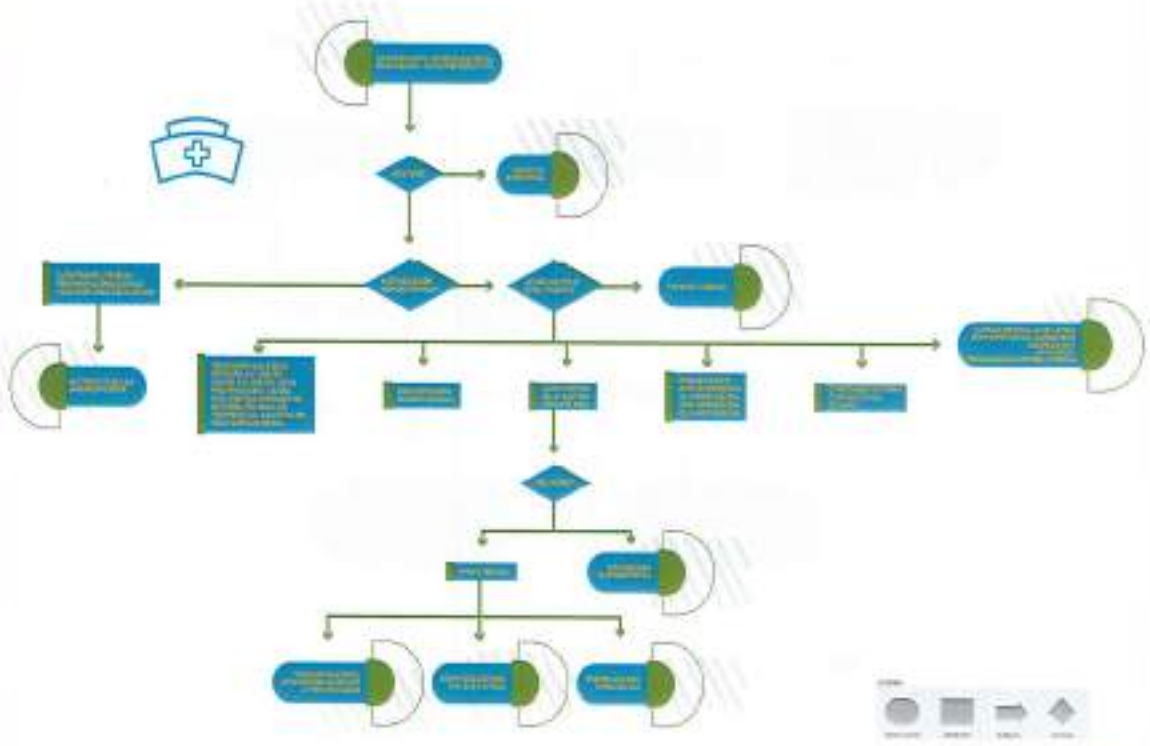
- Estabilidade clínica do paciente;
- Gravidade do sangramento;
- Contraindicações ao manejo médico;
- Falta de resposta do paciente à gestão médica;

Condição médica subjacente do paciente. As opções cirúrgicas incluem:

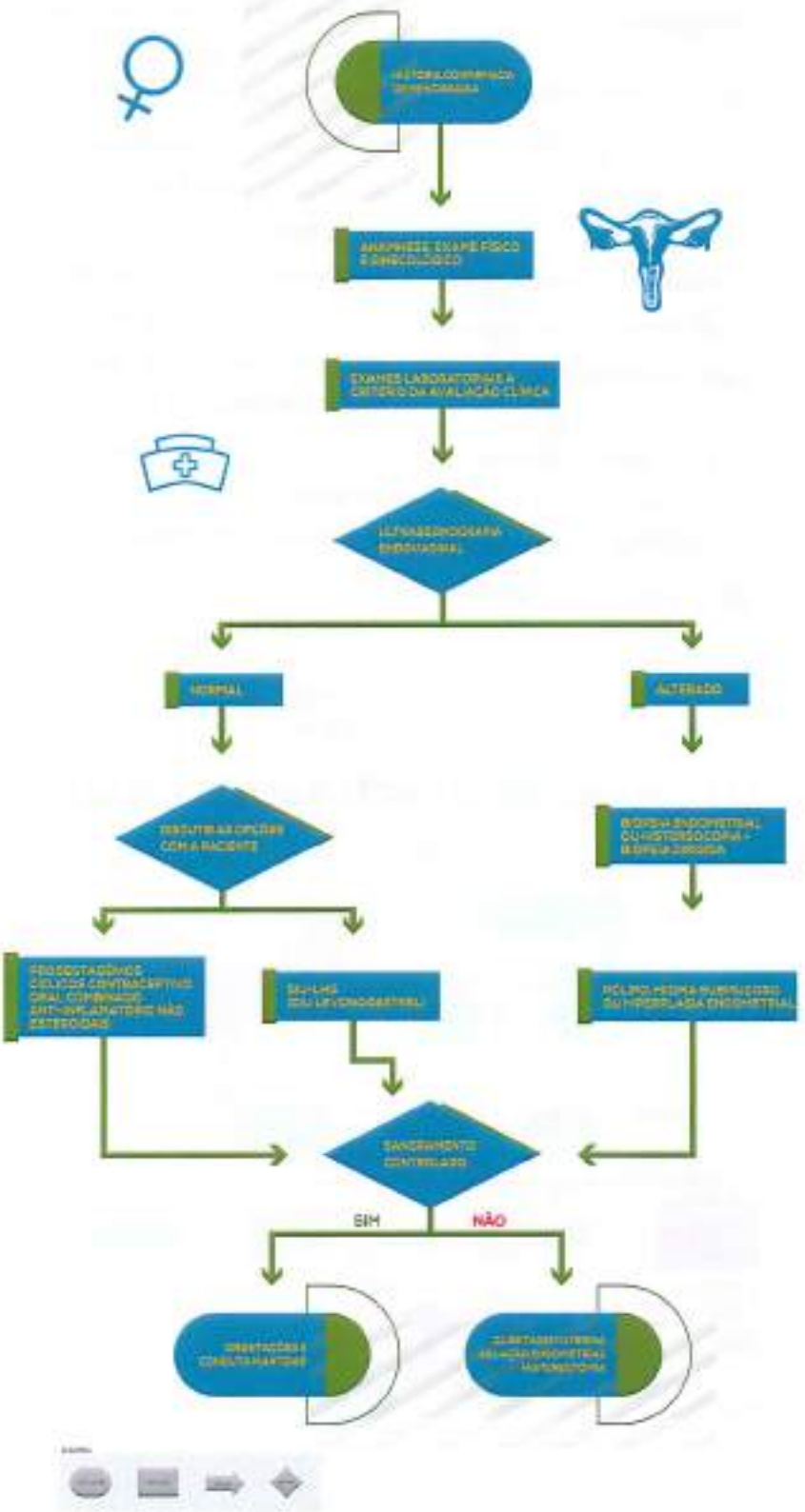
- Dilatação e curetagem (D & C);
- Ablação endometrial;
- Embolização da artéria uterina;
- Histerectomia.

A escolha da modalidade cirúrgica baseia-se nos fatores acima mencionados mais o desejo do paciente para a fertilidade futura. Tratamentos específicos, tais como histeroscopia com D & C, polipectomia, ou miomectomia, podem ser necessários se anormalidades estruturais são suspeitas como a causa de SUA aguda. A dilatação e curetagem sozinha (sem histeroscopia) é uma ferramenta inadequada para a avaliação de distúrbios uterinos e pode fornecer apenas uma redução temporária do sangramento (ciclos após o D & C não ser melhorado). Relato de casos de embolização da artéria uterina e ablação endometrial mostram que esses procedimentos controlam com sucesso o SUA agudo. A ablação endometrial deve ser considerada apenas se outros tratamentos tiverem sido ineficazes ou estiverem contraindicados, devendo ser realizada se não há planos para futura maternidade e quando a possibilidade de câncer endometrial tiver sido afastada. A histerectomia, tratamento definitivo para o controle de sangramento intenso, pode ser necessária para pacientes que não respondem à terapia clínica.

ALGORITMO 1 - MANEJO CLINICO AGUDO DO SUA



ALGORITMO 2 - MANEJO CLINICO DE MANUTENÇÃO NO SUA



BIBLIOGRAFIA

SILVA FILHO AL, ET AL. Sangramento uterino anormal: proposta de abordagem do Grupo Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice (HELP). Femina, julho/agosto 2015, vol 43, nº 4.

Committee on Gynecologic Practice. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. Committee opinion. Number 557, April 2013.

MONTEIRO, I. U. Manejo do Sangramento Uterino Anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

STRUFALDI, R. Guia prático de condutas – tratamento do sangramento uterino anormal (menorragia). São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.



SINDROME BEXIGA HIPERATIVA

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, consequentemente, 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 consequente relaxamento da musculatura estriada periuretral. Simultaneamente, a uretra proximal é tracionada póstero-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 têm hiperatividade do detrusor urodinamicamente comprovada e que 83% dos pacientes com hiperatividade do detrusor têm sintomas sugestivo de SBH. Assim, os termos não são sinônimos.

A cistoscopia também deve ser realizada nas 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, 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 ß3 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 ß3 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



BIBLIOGRAFIA

Bezerra, Leonardo Robson Pinheiro Sobreira et al. Temas em Uroginecologia: Manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde. 2013.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de Orientação Uroginecologia e Cirurgia Vaginal. 2010.

Fifth International Consultation on Incontinence. Paris, February, 2012.

Henderson, E.; Drake, M. Overactive Blandder. Maturitas, v. 66, p. 257-262, 2010.

Karen M. Wallace, Marcus J. Drake. Overactive bladder, review. F1000Research 2015, 4(F1000 Faculty Rev):1406 Last updated: 15 FEB 2016.

Stewart WF, Corey R, Herzog AR, et al. Prevalence of overactive bladder in women: results from the NOBLE program. Int Urogynecol J 2001;12(3): 166.

Willis-Gray et al. Evaluation and management of overactive bladder: strategies

SINDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

FISIOPATOLOGIA

Síntese e ação do androgênio:

O hiperandrogenismo é a característica chave da SOP, resultante da produção excessiva de androgênios ovarianos e, em menor grau, suprarrenais, decorrentes da dinâmica secretória anormal de Hormônio Luteinizante (LH) e da hiperinsulinemia.

O excesso de androgênios ovarianos ocorre devido a uma desregulação da esterogênese ovariana que inclui uma sensibilidade aumentada ao LH. É encontrado na grande maioria dos casos de SOP e pode explicar suas características clínicas essenciais: hirsutismo, oligoanovulação e ovários policísticos: a conversão para androgênios 5α reduzidos, mais potentes, inibem a ação da aromatase e a indução dos receptores de LH pelo Hormônio Folículo Estimulante (FSH) na granulosa, impedindo o desenvolvimento folicular progressivo (anovulação). Altas concentrações locais de androgênio contribuem para a morfogênese policística dos ovários.

Secreção e ação da insulina:

Aproximadamente metade dos casos de SOP têm resistência à insulina com hiperinsulinemia compensatória. No ovário, o hiperinsulinismo sinergiza com LH para aumentar a produção de andrógenos e também causa luteinização prematura das células de granulosa; no fígado, inibe a produção da Globulina Ligadora de Hormônios Sexuais (SHBG), com aumento dos androgênios livres circulantes. Essas ações de insulina agravam o hiperandrogenismo, resultam em desenvolvimento da morfologia do ovário policístico e em anovulação. A hiperinsulinemia também promove a adiposidade, o que exacerba o estado resistente à insulina.

Secreção e ação da gonadotrofina:

Altas concentrações de androgênio e níveis cronicamente elevados de estrogênios (aromatização periférica) induzem o padrão anormal da secreção de gonadotrofinas, com um aumento na frequência pulsátil de Hormônio Liberador de Gonadotrofinas (GnRH) hipotalâmico, favorecendo mais a secreção de LH em relação à de FSH.

DIAGNÓSTICO

Em 1990, o Consenso da National Institutes of Health (NIH) definiu a presença de hiperandrogenismo (clínico e/ou bioquímico) e disfunção menstrual (oligomenorréia/anovulação) como critérios diagnósticos para SOP. Posteriormente, em 2003, o Consenso de Rotterdam introduziu o aspecto de ovário policístico ao ultrassom como um novo

critério a ser adicionado aos dois critérios anteriores. Pelos critérios de Rotterdam, o diagnóstico requer dois destes três critérios, além de ser necessária a exclusão de outra patologia. Em 2006, a Sociedade de Excesso de Andrógenos reconheceu o hiperandrogenismo (clínico e/ou bioquímico) como critério diagnóstico obrigatório, em combinação com outros sintomas da síndrome. Ver o resumo dos critérios diagnósticos no Quadro 1.

CONSENSO NIH (1990) (NECESSÁRIO TODOS OS CRITÉRIOS)	CRITÉRIOS DE ROTTERDAM (2003) (2 DOS 3 CRITÉRIOS)	CRITÉRIOS DA SOCIEDADE DE EXCESSO DE ANDROGENOS (2006) (HIPERANDROGENISMO MAIS 1 CRITÉRIO)
Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial	Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial	Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial**
Disfunção menstrual (oligo/amenorréia ou anovulação)	Oligo/amenorréia ou anovulação	Oligo/amenorréia ou anovulação
	Ovários policísticos detectados ao ultrassom*	Ovários policísticos detectados ao ultrassom

*Presença de 12 ou mais folículos de 2-9 mm ou volume ovariano maior

Importante: Para todos os critérios diagnósticos, deve-se excluir outro distúrbio que curse com excesso de androgênio, tais como hiperplasia adrenal congênita não clássica, síndrome de Cushing, tumores secretores de androgênios, hiperprolactinemia, doenças da tireóide, excesso de androgênio induzido por fármacos e outras causas de oligomenorréia ou anovulação.

Cerca de 60-85% das mulheres com SOP têm disfunção ovulatória/menstrual. Os sinais de hiperandrogenismo clínico são acne, hirsutismo e alopecia.

Os sintomas anovulatórios e a morfologia dos ovários policísticos não são suficientes para fazer um diagnóstico em adolescentes, pois podem ser evidentes em estágios normais de maturação reprodutiva.

Embora obesidade, resistência à insulina e hiperinsulinemia sejam achados comuns em adolescentes com hiperandrogenismo, essas características não devem ser usadas para diagnosticar SOP entre adolescentes.

Exame Físico

- Avaliar IMC, pressão arterial, circunferência abdominal – lembrar que estas pacientes têm maior risco para desenvolvimento de Síndrome metabólica;
- Avaliar sinais de hiperandrogenismo e hiperinsulinemia: acne, hirsutismo, alopécia, acantose nigricans.

Exames complementares

Imagem – Ultrassom (US) transvaginal

- Avaliar critérios para ovários policísticos: Ovários aumentados de volume (> 10 cm³), ou presença de pelo menos 12 folículos medindo de 2 – 9 mm em cada ovário. Presente em 80% das mulheres com SOP. A presença de apenas um ovário com tal aspecto é suficiente para este critério diagnóstico;
- Avaliar anormalidades endometriais – mulheres com SOP apresentam risco aumentado para hiperplasia endometrial e câncer de endométrio.

Avaliação Hormonal

- FSH (baixo ou normal);
- LH (aumentado - relação LH: FSH aumentada);
- TSH;
- Prolactina;
- Testosterona total: a concentração total de testosterona no soro é a recomendação de primeira linha para avaliar o excesso de androgênio em mulheres. Testosterona livre não deve ser utilizada devido às limitações técnicas e não reflete a bioatividade androgênica;
- Relação Testosterona total / Globulina Ligadora de Hormônio Sexual (SHBG): pode ser a medida mais sensível para a avaliação da hiperandrogenemia;
- Androstenediona: Não deve ser solicitada - aumentada em menos de 20% das mulheres com SOP;
- DHEA: Não deve ser solicitada, pois geralmente está presente em níveis baixos, diurnos; tem alta variabilidade e sensibilidade ao estresse;
- SDHEA: Marcador adrenal, recomendado em casos de virilização mais acentuada; tem pouca ou nenhuma atividade androgênica intrínseca; requer conversão para testosterona para exercer efeito; mais elevado em tumores adrenais secretores de androgênios; tem concentrações altas e estáveis durante o dia e o ciclo menstrual.

Outros:

- TTGO 75g: avaliar intolerância à glicose; 35% das pacientes com SOP têm tolerância alterada à glicose, e 10% DM2;
- Colesterol total/frações e triglicerídeos: a dislipidemia é a anormalidade metabólica mais observada na SOP; a resistência insulínica e a hiperinsulinemia favorem o aumento de triglicerídeos e HDL;
- 17-OH Progesterona matinal, na fase folicular: descartar defeitos enzimáticos suprarrenais e esteroidogênicos; a causa mais comum é a deficiência da 21-hidroxilase, com diminuição do cortisol e aumento compensatório de ACTH e androgênios.

TRATAMENTO

Modificação do estilo de vida: A SOP é caracterizada por um ciclo vicioso onde o excesso de androgênios favorece a deposição de gordura abdominal, que agrava a resistência insulínica e a hiperinsulinemia compensatória, aumentando a secreção de androgênios ovarianos. Estratégias como dieta e exercícios físicos podem diminuir a adiposidade central e o excesso de peso, melhorando não somente as comorbidades metabólicas da SOP, mas também o excesso de androgênios e alterações reprodutivas.

Sensibilizadores da insulina: Metformina (500 a 1500mg/dia) é a droga mais amplamente usada e seu uso passou a ser mais estudado quando se percebeu que a resistência insulínica desempenhava um importante papel na fisiopatologia da SOP. Ensaios iniciais em mulheres com SOP demonstraram um pequeno benefício para redução de peso, diminuição dos andrógenos séricos (sem melhora no hirsutismo) e restauração dos ciclos menstruais em aproximadamente 50% das mulheres com oligomenorréia (embora nem sempre ovulatórias). Além disso, a metformina melhora a sensibilidade insulínica no fígado e tecidos periféricos, com efeitos locais diretos sobre a esteroidogênese ovariana.

Contraceptivos orais e progestágenos: Importantes no manuseio dos distúrbios menstruais e excesso de androgênios. Em geral, contraceptivos hormonais combinados oferecem benefícios através de uma variedade de mecanismos, incluindo supressão da secreção do hormônio luteinizante da hipófise, supressão da secreção de andrógeno ovariano e aumento da SHBG circulante. Embora sejam a base da terapia farmacológica para SOP, mesmo os de baixa dose podem contribuir para alterações metabólicas, aumento do risco cardiovascular e eventos tromboembólicos, o que tem provocado muitos questionamentos a respeito da segurança do seu uso por longo tempo. O mais prescrito contém Etinilestradiol (EE) 20 – 35mcg e um progestágeno (antiandrogênico: ciproterona; drospirenona), contudo, devemos considerar os riscos ao prescrever ACOs. Os progestágenos cíclicos são uma alternativa, principalmente no que diz respeito a proteção endometrial, contudo podem estar associados a padrões de sangramento anormais em 50-89% das usuárias.

Anti-androgênicos: Devem sempre ser usados em concomitância com contraceptivos para evitar pseudohermafrodistismo fetal em uma eventual gravidez não planejada. Os critérios de seleção para introdução destas drogas são a severidade do hirsutismo, o custo-efetividade da droga e os efeitos colaterais associados. As drogas mais usadas são a ciproterona e a drospirenona. A Ciproterona é o antiandrogênico esteróide mais usado, e combinado ao Etinilestradiol (EE) 35mcg. A Drospirenona tem características antimineralocorticóides e também antiandrogênicas. Estudos mostram que o tratamento por seis meses é efetivo na melhora do hirsutismo, além do efeito positivo na perda de peso em mulheres com SOP. Existem ainda a espironolactona, a finasterida e a flutamida. A espironolactona é um antagonista da aldosterona, mas também age bloqueando os receptores androgêni-

cos. A dose varia de 50-200mg/dia. A finasterida (dose 5mg/dia) é um inibidor da 5α redutase, inibindo a conversão local de testosterona em dihidrotestosterona; é segura e efetiva. A flutamida é um antiandrogênico não- esteróide, efetivo, entretanto deve haver monitoramento da função hepática regularmente durante o tratamento.

PACIENTES QUE DESEJAM GESTAR

1.1.Anovulação é a principal causa da disfunção reprodutiva em mulheres com SOP. A perda de peso por si pode resultar em ovulação espontânea em mulheres com sobrepeso ou obesas com SOP. Nestas pacientes, a dieta e mudança de estilo de vida são considerados o tratamento de primeira linha.

1.2.A indução da ovulação com agentes indutores tem por objetivo elevar o FSH sérico para estimular o desenvolvimento folicular. Isto pode ser conseguido com o uso de drogas anti- estrogênicas, inibidores da aromatase ou FSH exógeno.

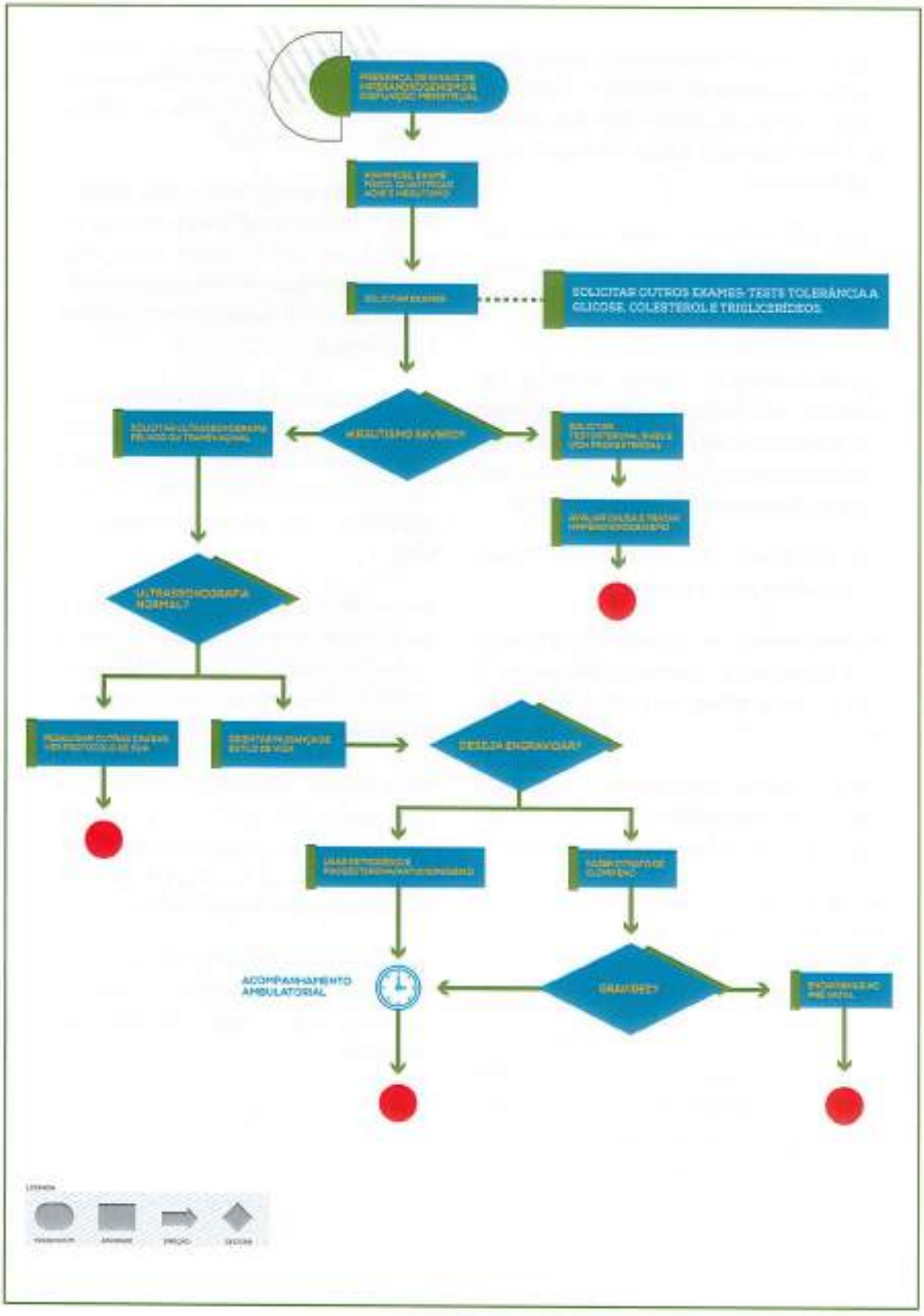
1.3. O citrato de clomifeno, antagonista do receptor de estrogênio, é uma opção para indução da ovulação, resultando em ovulação em até 75-80%. Usualmente, inicia-se o tratamento entre o 2º e 5º dia do ciclo menstrual, com uma dose que pode variar de 50 a 150mg/dia, e duração de 5 dias. O ciclo deve ser monitorado por ultrassom para avaliar a resposta à medicação. Se a ovulação foi conseguida continua-se o tratamento até obtenção de gravidez ou por cerca de 6 meses.

1.4.Dados recentes de ensaios clínicos randomizados e resultados de revisão sistemática da Cochrane em 2018 mostram que o inibidor da aromatase letrozole está associado a aumento nas taxas de ovulação, taxas clínicas de gravidez e taxas de nascidos vivos comparado com citrato de clomifeno, devendo ser considerado como terapia de primeira linha para indução da ovulação. O letrozole deve ser iniciado com a dosagem de 2,5 mg/dia por 5 dias, iniciando no dia 3, 4 ou 5 após uma menstruação espontânea ou sangramento induzido. Se a ovulação não ocorrer, a dosagem pode ser aumentada para 5 mg/dia por 5 dias com uma dosagem máxima de 7,5 mg/dia. Dosagens superiores a 7,5 mg/dia foram associadas ao afinamento do endométrio como visto com citrato de clomifeno.

1.5. Se o uso de citrato de clomifeno ou letrozole não resultar em gravidez, a intervenção de segunda linha recomendada é o uso exógeno de gonadotrofinas ou cirurgia laparoscópica para drilling ovariano. Todos os medicamentos de indução da ovulação estão associados a um aumento de nascimentos múltiplos e complicações obstétricas e riscos neonatais, como parto prematuro e distúrbios hipertensivos. Citrato de clomifeno e letrozol estão associados com risco comparável de gestação gemelar.

1.6. Estudos iniciais sugeriram que a metformina era eficaz na indução da ovulação nestas pacientes, contudo dados atuais não suportam o uso de metformina como tratamento de primeira linha para indução da ovulação nessa população. Parece ter um benefício quando usado em associação ao clomifeno na indução de ovulação, principalmente em mulheres obesas.

ALGORITMO SÍNDROME OVÁRIOS POLICÍSTICOS



REFERÊNCIAS

Domecq JP, Prutsky G, Mullan RJ, Sundaresh V, Wang AT, Erwin PJ, et al. Adverse Effects of the Common Treatments for Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab. December 2013; 98(12):4646–4654.

Spritzer PM. Polycystic ovary syndrome: reviewing diagnosis and management of metabolic disturbances. Arq Bras Endocrinol Metab. 2014;58(2):182–87.

Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. December 2013; 98(12):4565–4592.

Pasquali R, Zanotti L, Fanelli F, Mezzullo M, Fazzini A, Labate AMM, et al. Defining

Hyperandrogenism in Women With Polycystic Ovary Syndrome: A Challenging Perspective. J Clin Endocrinol Metab. May 2016; 101(5):2013–2022.

Yildiz BO. Approach to the Patient: Contraception in Women With Polycystic Ovary Syndrome. J Clin Endocrinol Metab. March 2015; 100(3):794–802.

Conway G, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Franks S, Gambineri A, et al. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. Eur J Endoc 2014; 171:1–29.

Dumesic DA, Oberfield SE, Stener-Victorin E, Marshall JC, Laven JS, Legro RS. Scientific Statement on the Diagnostic Criteria, Epidemiology, Pathophysiology, and Molecular Genetics of Polycystic Ovary Syndrome. Endoc Rev. October 2015; 36(5):487–525.

Pasquali R, Gambineri A. Treatment of hirsutism in the polycystic ovary syndrome. European Journal of Endocrinology 2014; 170:75–90.

9. ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician– Gynecologists NUMBER 194 JUNE 2018 (Replaces Practice Bulletin Number 108, October 2009) Committee on Practice Bulletins–Gynecology. This Practice Bulletin was developed by the ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology in collaboration with Richard S. Legro, MD.

Franik S, Eltrop SM, Kremer JAM, Kiesel L, Farquhar C. Aromatase inhibitors (letrozole) for subfertile women with polycystic ovary syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD010287. DOI:10.1002/14651858.CD010287.pub3.

Lim SS, Hutchison SK, Van Ryswyk E, Norman RJ, Teede HJ, Moran LJ. Lifestyle changes in women with polycystic ovary syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD007506. DOI: 10.1002/14651858.CD007506.pub4.

https://www.uptodate.com/contents/metformin-for-treatment-of-the--polycystic-ovary- syndrome?csi=ec-8f5a8f=5-8db45-bf8-f6d-658171da122e6source-contentShare.

https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathophysiology-of-polycystic- ovary=-syndrome-in-adolescents?csi-5191241 8-24c8-461c-aa8d74af33508eac8source=contentShare.

https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-polycystic-ovary-syndrome-in- adults?csi=abd12cb0=8197-480-d-7bbf23-78e05f97fc8source-contentShare.

ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

OBJETIVO:

- Recepcionar o paciente de modo humanizado;
- Conferir a identificação do paciente, prevenindo potenciais erros quanto ao procedimento cirúrgico;
- Verificar se o mesmo se encontra com parâmetros aptos para realização do procedimento cirúrgico indicado.
- Implementar assistência de enfermagem de qualidade e sistematizada no Centro Cirúrgico

RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiro, técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico.

DEFINIÇÕES:

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.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica.

ABRANGÊNCIA:

- Clínica cirúrgica;
- Transporte de pacientes.
- Centro cirúrgico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Prontuário do paciente adequadamente preenchido;
- Formulário de Check-list de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde;
- Formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem em centro cirúrgico;
- Prescrição de Enfermagem do Centro Cirúrgico;
- Prescrição Médica do Centro Cirúrgico;
- Evolução do Centro Cirúrgico;
- Descrição do Procedimento Cirúrgico;

- Relatório Médico de solicitação de Sangue/Hemocomponentes;
- Formulário de Controle dos Antimicrobianos de controle restrito;
- Requisição para solicitação de exames histopatológicos.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- Recepcionar todos os pacientes em pré-operatório no Centro Cirúrgico de forma humanizada;
- Checagem de prontuário do paciente: dados de identificação; Cartão Nacional de Saúde (CNS); exames laboratoriais, de imagem, laudos, ECG, liberação do cardiologista; Avaliação anestesiologista; Avaliação cirúrgica; Termo de consentimento cirúrgico; Termo de consentimento anestésico;
- Confirmar se a cirurgia está agendada;
- 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;
- Realizar anamnese do paciente, confirmando se há presença de alergias e tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado;
- Checar se o paciente se encontra em jejum e se foram realizados todos os cuidados pré-operatórios, tais como: banho, tricotomia;
- Conferir se há pedido de sangue ou hemocomponentes e solicitar ao Hemocentro;
- Verificar nível de consciência, monitorar sinais vitais e demais parâmetros do paciente;
- Observar aspectos de curativos, sangramento, presença de sondas e drenos;
- Conferir prescrição médica e seguir horários de medicações;
- Acompanhar o paciente na recepção e encaminhá-lo a sala determinada.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Segurança do Paciente: Protocolopara Cirurgia Segura, PROQUALIS, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos CP nº 2013.pdf>Acesso em: 07 set. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Desafio global para segurança do paciente. Manual: Cirurgias Salvam Vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE DO SÍTIO CIRÚRGICO

OBJETIVO:

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.

RESPONSABILIDADE:

Equipe médica.

DEFINIÇÕES:

Não se aplica.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica.

ABRANGÊNCIA:

- Clínica cirúrgica.
- Centro cirúrgico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

Caneta dermatológica.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 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;
- Confirme com a equipe de enfermagem dos setores de internação a (Clínicas Médica/ Cirúrgica; PS; Ambulatório) o leito/ local em que o paciente se encontra;
- Verifique o prontuário do paciente e os exames necessários para a realização do procedimento;
- Solicite a caneta dermatológica à equipe de enfermagem;
- Higienize as mãos;
- Apresente-se ao paciente e/ou responsável;
- Confirme com o paciente/ responsável: sua identificação (verbalmente, por meio da pulseira de identificação e do prontuário); o procedimento a ser realizado; o sítio cirúrgico: membro, órgão, região, lado ou nível de localização;
- Esclareça a necessidade da demarcação e certifique-se que o paciente / responsável concorde com a demarcação do sítio cirúrgico. 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;

- Higienize as mãos;
- Anote na evolução multiprofissional a demarcação realizada;
- 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.

A marcação será realizada pelo cirurgião responsável ou outro médico cirurgião/ anestesiologista, desde que esteja presente durante o procedimento.

Sempre que possível a demarcação deve ser realizada com a participação ativa do paciente e/ou responsável.

A marca padronizada (= alvo) será feita próxima ao local de abordagem cirúrgica, de forma a não deixar dúvidas e suficientemente permanente para continuar visível após preparação da pele. Marcadores adesivos não são permitidos

A demarcação do sitio cirúrgico é obrigatória em diversos procedimentos cirúrgicos, exceto: Cirurgia em órgão único.

Casos de intervenção nos quais o local de inserção do cateter/instrumento não é predeterminado. Exemplo: cateterização cardíaca, laparotomia exploradora.

- Cirurgias em dentes, face e mucosas – escrever nome e local no Termo de Consentimento Informado (não usar abreviaturas).
- Crianças prematuras – pelo risco de tatuagem definitiva, deve-se indicar órgão e lateralidade no Termo de Consentimento Informado;
- Recusa do paciente – escrever no prontuário a recusa, com data e assinatura do paciente ou responsável.
- Cirurgias de emergência – o médico responsável deverá confirmar o local de intervenção em prontuário e a checagem ocorrerá antes da incisão (time out).

Em cirurgias com abordagem bilateral deve ser feito a demarcação em ambos os lados.

- Riscos Assistenciais: Demarcação em paciente errado; Demarcação em local errado; Não demarcação.
- Riscos Legais: Ação Cível e/ou Penal.
- Riscos Financeiros: Prejuízo: aumento do tempo de internação e do custo do tratamento, por eventos adversos.

REFERÊNCIAS:

Vendramini RCR; et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Volume 44. nº 3. São Paulo. Setembro 2010.

Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. Gestão de risco e segurança evidenciam governança clínica nos hospitais da ANAHP. Edição 03/2011. p: 12-17.

Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home.

MONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA

OBJETIVO:

Padronizar o preparo da Sala Operatória (SO) de acordo com o procedimento cirúrgico proposto, providenciando materiais, instrumentais e equipamentos necessários pra a realização do procedimento cirurgico.

RESPONSABILIDADE:

Equipe de enfermagem.

DEFINIÇÕES:

Não se aplica.

TERMINOLOGIAS:

SO - Sala operatória.

ABRANGÊNCIA:

Centro cirúrgico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Aqueles padronizados para a SO (carrinho de anestesia, monitor multiparamétrico, entre outros);
- Instrumental do arsenal,
- Kits.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. CHEQUE A ESCALA DE SERVIÇO E VERIFIQUE EM QUE SALA ESTÁ ESCALADO PARA TRABALHAR;
2. VERIFIQUE A CIRURGIA PROGRAMADA PARA A SO;
3. VERIFIQUE A CONDIÇÃO DE LIMPEZA DA SO ANTES DE EQUIPÁ-LA COM OS MATERIAIS, INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ESCALADO;
4. HIGIENIZE AS MÃOS;
5. PROVIDENCIE OS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS SOLICITADOS E ENCAMINHE PARA A SO;

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. VERIFIQUE SE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO (ANESTESIA GERAL, RAQUI, BLOQUEIO) FORAM PROVIDENCIADOS PELO AUXILIAR DE ANESTESIA.;

8. SOLICITE O KIT DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAÇÕES E SOLUÇÕES NA FARMÁCIA E ENCAMINHE PARA A SO;

9. SEPARE DO KIT, OS MATERIAIS DESTINADOS PARA O PROCEDIMENTO ANESTÉSICO E COLOQUE SOBRE A MESA AUXILIAR DA ANESTESIA;

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;

11. ORGANIZE O MATERIAL QUE SERÁ UTILIZADO DURANTE O PROCEDIMENTO DE FORMA QUE FIQUE FÁCIL O ACESSO;

12. DEIXE NA SO OS IMPRESSOS QUE SERÃO UTILIZADOS;

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.

REFERÊNCIAS:

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. Práticas recomendadas SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC, 2009. p. 56-61.



DEGERMAÇÃO DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS

OBJETIVO:

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.

RESPONSABILIDADE:

- Equipe médica.
- Equipe de enfermagem.

DEFINIÇÕES:

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.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica.

ABRANGÊNCIA:

Centro cirúrgico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Clorexidina degermante 2%;
- Escova descartável (ou escova descartável impregnada com Clorexidina degermante 2%);
- Compressa estéril.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. RETIRE OS ADORNOS (ANÉIS, ALIANÇAS, PULSEIRAS, RELÓGIOS E OUTROS);

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: 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 DA ESPONJA CONTRA A PELE E ESPALHE POR TODAS AS PARTES;

3. LIMPE SOB AS UNHAS COM AS CERDAS DA ESCOVA;

4. ESCOVE AS MÃOS, NOS ESPAÇOS INTERDIGITAIS, PALMAS E DORSOS, E PROSSIGA PELOS PUNHOS E ANTEBRAÇOS, MANTENDO AS MÃOS EM NÍVEL SEMPRE ACIMA DOS COTOVELOS;

5. ENXAGUE AS MÃOS EM ÁGUA CORRENTE, NO SENTIDO DAS MÃOS PARA OS COTOVELOS, RETIRANDO TODO O RESÍDUO DO PRODUTO;

6. FECHE A TORNEIRA, SEM UTILIZAR AS MÃOS;

7. 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;

8. DESPREZE AS TOALHAS / COMPRESSAS EM RECIPIENTE APROPRIADO.

Quando realizar degermação com escovação das mãos:

No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda a equipe cirúrgica);

Orientações gerais:

- As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após seu uso;
- Evite utilizar água quente para higienização das mãos (risco de dermatites);
- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com pacientes;
- O produto utilizado na lavagem das mãos deve ser de boa qualidade, não promovendo ressecamento ou rachadura da pele.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das mãos. Brasília: Anvisa, 2009. 63-73p.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Guideline for hand hygiene in healthcare settings: Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/ APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR Recomm Rep. Atlanta, v.51, n. RR-16, p. 1-45, 2002.

PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

OBJETIVO:

Padronizar o procedimento de realização da paramentação cirúrgica para promover formação de barreira contra a invasão de microorganismos no sitio cirúrgico e proteger os profissionais envolvidos no ato cirúrgico contra fluidos corpóreos.

RESPONSABILIDADE:

- Supervisão de enfermagem do Centro cirúrgico.
- Equipe cirúrgica.

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.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica.

ABRANGÊNCIA:

Centro cirúrgico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Roupa privativa do Centro Cirúrgico,
- Gorro,
- Propés,
- Óculos de proteção,
- Máscara,
- Opa/capote cirúrgico,
- Compressas estéreis,
- Luvas estéreis.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1 ● VISTA-SE COM ROUPA PRIVATIVA, PROPÉS, GORRO E MÁSCARA AO ENTRAR NO CENTRO CIRÚRGICO;

2 ● ANTES DE REALIZAR A DEGERMAÇÃO DAS MÃOS, COLOQUE A MÁSCARA E OS ÓCULOS DE PROTEÇÃO;

3. REALIZE DEGERMAÇÃO DAS MÃOS NA PIA MAIS PRÓXIMA A SALA DE OPERAÇÃO;

4. ENTRE NA SALA OPERATÓRIA COM OS MEMBROS SUPERIORES FLETIDOS PARA CIMA, SEM ENCOSTÁ-LOS EM ÁREAS NÃO ESTÉREIS;

5. SOLICITE O PACOTE DE OPAS E COMPRESSAS ESTÉREIS AO CIRCULANTE DE SALA E AGUARDE SUA ABERTURA;

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. 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;

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;

9. SOLICITE LUVAS ESTÉREIS;

10. CALCE AS LUVAS ESTÉREIS;

11. INICIE O PROCEDIMENTO SEM ENCOSTAR-SE ÀS SUPERFÍCIES DO AMBIENTE E PESSOAS;

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 FLUÍDOS 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.

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 FLUÍDOS CORPÓREOS.

14 UTILIZE VESTIMENTAS IMPERMEÁVEIS POR BAIXO DA OPA CASO HAJA RISO DE MOLHAR OU CONTAMINAR A MESMA.

15 TROQUE AS VESTIMENTAS QUE APRESENTAREM-SE VISIVELMENTE SUJAS, CONTAMINADAS OU RASGADAS.

REFERÊNCIAS:

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas. SOBECC: São Paulo, 2007.

ELETROCIRURGIA

OBJETIVO:

Padronizar a colocação da placa de eletrocautério para que se evite lesões ao paciente submetido a procedimento cirúrgico.

RESPONSABILIDADE:

Equipe de enfermagem.

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 constituido de cabos isolados, eletrodo do paciente e do próprio gerador eletrocirúrgico. Os efeitos eletrocirúrgicos dependem de fatores como :

- Tipo do eletrodo;
- Modo de saida;
- 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.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica.

ABRANGÊNCIA:

Centro cirúrgico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Compressa limpa;

- Desinfetante bacteriostático;
- Placa de retorno de eletrocautério descartável;
- Cabo de placa, correspondente ao modelo da mesma;
- Aparelho de eletrocautério;
- Tricotomizador.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. HIGIENIZAR AS MÃOS ANTES DO PROCEDIMENTO;
2. IDENTIFICAR O NOME DO PACIENTE E A CIRURGIA PROPOSTA;
3. CONFIRMAR COM A EQUIPE CIRÚRGICA O LOCAL DE INCISÃO;
4. AGUARDAR O POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE;
5. A INTENSIDADE DO PACIENTE NO LOCAL DA PLACA DEVE SER AVALIADA ANTES E DEPOIS DA CIRURGIA PARTICULARMENTE NOS PONTOS DE PRESSÃO;
6. A PLACA DISPERSIVA DEVE SER COLOCADA SÓ DEPOIS DO PACIENTE JÁ ESTÁ NA POSIÇÃO DEFINITIVA PARA A CIRURGIA;
7. A PLACA DISPERSIVA DEVE SER COLOCADA EM ÁREA LIMPA, SEM PELOS E SECA;
8. DEVE SER COLOCADA (PLACA) MAIS PERTO POSSÍVEL DO LOCAL DA CIRURGIA E NO MESMO LADO DA CIRURGIA;
9. COLOCAR A PLACA EM AMPLA MASSA MUSCULAR EVITANDO SALIÊNCIAS ÓSSEAS, PRÓTESES DE METAL SOBRE A PELE, PONTOS DEPRESSA;
10. TAMBÉM TECIDOS ESCARIFICADAS DEVEM SER EVITADAS QUANDO COLOCAR A PLACA POIS DIMINUI O CONTATO COM O CORPO;
11. CONTATO REGULAR E HOMOGÊNEA DA PLACA DISPERSIVA COM O CORPO DO PACIENTE PARA PERMITIR A BOA DISTRIBUIÇÃO DA CORRENTE;
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

- Panturilha;
- 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 imã 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);
- Mau uso do equipamento (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.

REFERÊNCIAS:

http://pt.slideshare.net/micianyfreitas/eletrocirurgia-power-point

www.ebah.com.br/content/ABAAAgnQIAH/eletrocauterio-bisturi-eletrico

ANALGESIA, SEDAÇÃO E BLOQUEIO NEUROMUSCULARNA PANDEMIA COVID – 19

ANALGESIA

Pacientes fora da ventilação mecânica ou em ventilação mecânica capazes de se comunicar e sem droga vasopressora e/ou hipotensão arterial.

Para pacientes fora da ventilação mecânica ou em ventilação mecânica capazesde se comunicar e de relatar a dor, o uso da Escala Numérica de Avaliação (NRS) de 0 a10 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 tramadol vo 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 contraindicação importante são as situações de histórico de atopiasprévias e broncoespasmo, pelo seu potencial em liberar histamina. O opiáceos fracos ou fortes deverão ser administrados em associação aos analgésicos comuns.

1.1. Pacientes em ventilação mecânica incapazes de se comunicar em que pode-se 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 Behavioral Pain Scale (BPS) ou a Critical- Care Pain Observation 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 opiáceos fracos, como codeína ou tramadol endovenoso intermitente. Nos pacientes com dor forte (BPS 5, ou na persistência de sinais de dor na avaliação da CPOTapós o uso de opiáceo fraco), está indicado o uso de opiáceos fortes, como

morfina, endovenosa intermitente ou em infusão contínua. O opiáceos fracos ou fortes deverão ser administrados em associação aos analgésicoscomuns.

1.2. 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 opiáceos fracos, como codeína ou tramadol endovenoso intermitente. Nos pacientes com dor forte (BPS 5, ou na persistência de sinais de dor na avaliação da CPOTapós o uso de opiáceo fraco), está indicado o uso de opiáceos fortes, como fentanil endovenoso ou análogos (alfentanil, remifentanil) em infusão contínua.O opiáceos 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, hipertenssão, assincronia com o ventilador etc..., administrar opiáceos fortes (morfina ou fentanil e análogos) em infusão contínua, de acordo com os perfis descritos acima.

1.3. Pacientes sob ventilação mecânica e sedação profunda, particularmente com bloqueio neuromuscular.

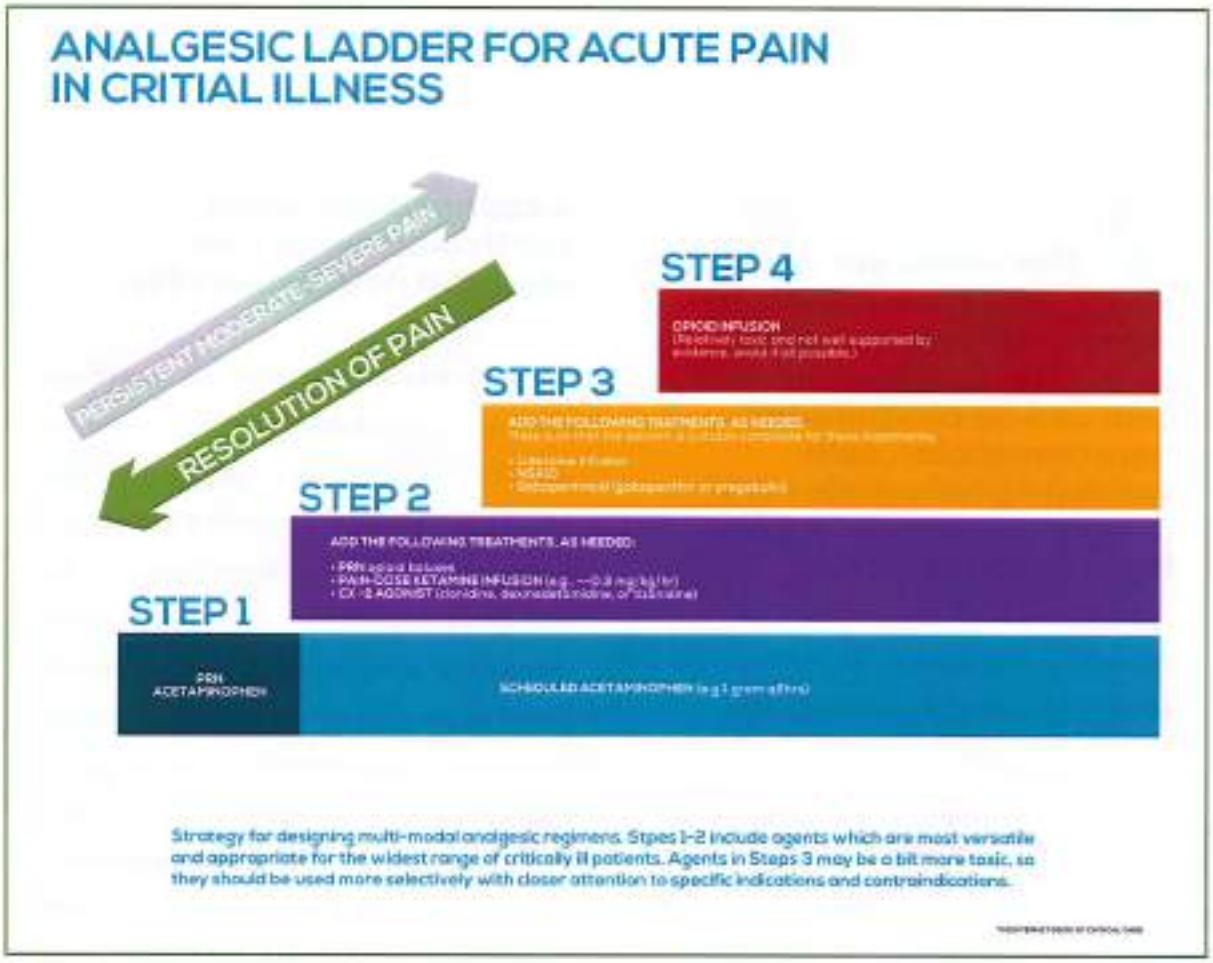
Em pacientes com necessidade de sedação profunda, principalmente com uso de bloqueador neuromuscular (BNM), nos quais não é possível observar comportamentos se sugere uso preemptivo de analgésicos opiáceos fortes EV contínuos. Como não é possível determinar precisamente a dose com utilização de escalas 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 possivel, através de uma escala validada por exemplo: - CAM-ICU ou Intensive Care Delirium- ICDSC) e que terapias não-farmacológicas de prevenção do delirium sejam estabelecidasprecocemente.

Os principais neurolépticos disponiveis no Brasil e estudados no ambiente de terapia intensiva são: haloperidol, quetiapina, olanzapina e risperidona.

O haloperidol é o mais utilizado para pacientes críticos, porém está associado a maior presença de efeitos extrapiramidais e seu uso prolongado deve ser monitorado. O seu efeito sedativo inicia-se cerca de 20 minutos 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 risco de arritmia ou intervalo QT longo (QTc > 460ms). Doses elevadas devem ser utilizados com os pacientes monitorizados.

SEDAÇÃO

A escolha do sedativo deve sempre levar em consideração o objetivo desejado da sedação: Paciente calmo, confortável, cooperativo e comunicativo, exceto quando indicada sedação profunda.

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. Portanto 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.

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 contratalidade 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, rabdomiólise e hipercalemia. Por ser um lipídio, deve-se incluir a infusão do propofol nocálculo 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 estárelacionado à bradicardia.

- Uma droga alternativa para a 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 preditoresde 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, midazolan ou fentanil. Paraos 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 orotraqueal, 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 placamoto-

ra, 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 1 a 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 tônusmuscular;
- Pode apresentar maior benefício nos casos de dissincronia com o ventiladormecânico (VM);
- Tremor no tratamento por hipotermia após parada cardíaca;
- Situações em que movimentos involuntários ou dissincronia com o VM possamser deletérios;

  -Tétano ou síndrome neuroléptica maligna;

  -Hemoptise severa ou sangramentos controlados;

  -Aumento grave da pressão intracraniana;

  -Síndrome do compartimento abdominal.

PONTOS CHAVES

- 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 fentanil e análogos para os casos com 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 utilizandoescalas 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 uso de benzodiazepínicos em doses altaspode ser uma estratégia nos casos de necessidade de doses maiores para atingir oalvo.
- Clonidina é boa opção de sedação.

ANEXO 1- ESCALA NRS NO PROTOCOLO AMIB



Zero a 10, sendo que o corresponde à "sem dor"e 10, "dor máxima".

ANEXO 2- ESCALA BPS NO PROTOCOLO AMIB

INDICADOR	ITEM	PONTUAÇÃO
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3
	Careta = esgar facial	4
Movimentos dos membros superiores	Sem movimentos	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

Pontuações de BPS superiores a 5 pontos são consideradas inadequadas, requerendo intervenção.

Fonte: Adaptado da Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(4):571-81

ANEXO 3 - ESCALA CPOT NO PROTOCOLO AMIB

COMPONENTE	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO
Expressão facial	Relaxada	0
	Tensa	1
	Careta	2
Movimentos corporais	Ausência de movimentos	0
	Movimentos de proteção	1
	Inquietação	2
Tensão muscular	Relaxa	0
	Tenso ou rígido	1
	Muito tenso ou muito rígido	2
Adaptação ao ventilador/ vocalização (pacientes extubados)	Tolera o ventilador ou movimento/fala em um tom normal ou sem som	0
	Tosse, mas tolerando o ventilador/suspiros ou gemidos	1
	Luta contra o ventilador/choro	2

Fonte: Adaptado de Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(4):571-81.



ANEXO 4 – ESCALA RASS NO PROTOCOLO AMIB

+4	Abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para o pessoal da unidade de terapia intensiva
+3	Puxa ou retira tubos ou cateteres, agressivo
+2	Movimentos não intencionais frequentes, luta contra o ventilador
+1	Ansioso, mas os movimentos não são agressivos ou enérgicos
0	Desperto e calmo
-1	Não completamente desperto, mas consegue manter-se acordado- abertura dos olhos ou contato visual em respostas à voz (10 segundos)
-2	Acorda por breves períodos e estabelece contato visual em resposta à voz (< 10 segundos)
-3	Movimento ou abertura dos olhos em resposta à voz, mas sem contato visual
-4	Não responde à voz, mas apresenta movimentos ou abertura dos olhos em resposta à estimulação física
-5	Não responde à voz ou estimulação física

Proposta de sedo analgesia no cenário atual de escassez de sedativos, analgésicos e bloqueadores neuromusculares

1. USO ROTINEIRO DE ANALGÉSICOS COMUNS
- DIPIRONA 1G-2G DE 4/4H ATÉ 6/6H PARACETAMOL GOTAS 500MG-1G 8/8H.

2. ASSOCIAÇÃO DE OPIOIDES POR VIA ORAL OU ENTERAL
- METADONA 10MG 8/8H

3. USO DE GABAPENTINÓIDES POR VIA ORAL OU ENTERAL
- PREGABALINA 75MG-150MG 12/12H. GABAPENTINA 300MG-1200MG 8/8H

4. INÍCIO PRECOCE DE NEUROLÉPTICOS PARA TRATAMENTO DE DELIRIUM/ AGITAÇÃO QUETIAPINA 25-50MG 6/6H A 8/8H.

5. INÍCIO PRECOCE DE BENZODIAZEPÍNICOS POR VIA
- ENTERAL CLONAZEPAM GOTAS 8-10GOTAS 6/6H 8/8H.

6. MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS NA FALTA DE AGENTES
- HIPNÓTICOS (UTILIZAR AS DILUIÇÕES DA TABELA ABAIXO)NA FALTA DE MIDAZOLAM E PROPOFOL À UTILIZAR DEXMEDETOMIDINA E/OU KETAMINA NA FALTA DE TODOS ACIMA UTILIZAR CLONIDINA, EM CASOS DE EXCEÇÃO.

7. MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS NA FALTA DE AGENTES OPIÓIDES
- (UTILIZAR AS DILUIÇÕES DA TABELA ABAIXO).



Tabela 1 – Sedação: Apresentação, Posologia e Ajustes

	MIDAZOLAM	PROPOFOL	DEXMEDETOMI-DINA	CETAMINA
Indicação	Sedativo/hipnótico	Sedativo/hipnótica	Analgesia/sedação	Analgesia/sedação
Apresentação	50mg/10mL	200mg/20mL, 500mg/50mL e 1000mg/100mL	200mcg/2mL	500mg/10mL
Diluentes compatíveis	‹ SF 0,9% ou SG 5%	‹ SG 5% (2mg/mL)	SF 0,9% ou SG 5% (máx: 4mcg/mL)	‹ SF 0,9% ou SG 5%
Concentração	2 ampolas em 80mL (1mg/mL)	1000mg/100mL (puro) (10mg/mL)	1 amp em 48mL (4mcg/mL)	1 ampola em 90mL (5mg/mL)
Dose inicial	0,01 a 0,05mg/kg	0,3 a 0,6mg/kg/h	1mcg/kg em 10 min	0,5mg/kg
Início de ação (min.)	2 a 5	‹1 a 2	5 a 10	≤1
Dose de manutenção	0,02 a 0,1mg/kg/h	0,3 a 3mg/kg/h	0,2 a 0,7mcg/kg/h	0,3 a 1mg/kg/h
Dose (mL/h) 50 – 79 kg	50kg: 1 a 5 60kg: 1,2 a 6 70kg:1,4 a 7	50kg: 1,5 a 15 60kg: 1,8 a 18 70kg: 2,1 a 21	50kg: 2,5 a 8,7 60kg: 3 a 10,5 70kg:3,5 a 12,2	50kg: 3 a 10 60kg: 3,6 a 12 70kg: 4,2 a 14
Dose (mL/h) 80 -109 kg	80kg:1,6 a 8 90kg: 1,8 a 9 100kg: 2 a 10	80kg: 2,4 a 24 90kg: 2,7 a 27 100kg: 3 a 30	80kg: 4 a 14 90kg: 4,5 a 15,7 100kg: 5 a 17,5	80kg: 4,8 a 16 90kg: 5,4 a 18 100kg: 6 a 20
Dose (mL/h) 110 – 139 kg	110kg: 2,2 a 11 120kg: 2,4 a 12 130kg: 2,6 a 13	110kg: 3,3 a 33 120kg: 3,6 a 36 130kg: 3,9 a 39	110kg: 5,5 a 19,2 120kg: 6 a 21 130kg: 6,5 a 22,7	110kg: 6,6 a 22 120kg: 7,2 a 24 130kg: 7,8 a 26
Dose (mL/h) 140 - 160kg	140kg: 2,8 a 14 150kg: 3 a 15 160kg: 3,2 a 16	140 kg: 4,2 a 42 150kg: 4,5 a 45 160kg: 4,8 a 48	140kg: 7 a 24,5 150kg: 7,5 a 26,2 160kg: 8 a 28	140kg: 8,4 a 28 150kg: 9 a 30 160kg: 9,6 a 32
Disfunção renal	Nenhum ajuste requerido. Há acúmulo de metabólitos. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Não há informação

Disfunção hepática	Nenhum ajuste requerido. Há acúmulo de metabólitos. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Não há informação
Obesidade	Nenhum ajuste requerido. Há acúmulo de metabólitos. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Não há informação	Ajuste não é necessário	Não há informação

Tabela 2 – Alternativa Sedação: Apresentação, posologia e ajustes

	DIAZEPAM	CLONIDINA	TIOPENTAL
Indicação	Sedativo/hipnático	Sedativo/Analgésico	Sedativo/Anticonvulsivante
Apresentação	5mg/1Ml	150mcg/ml	0,5 a 1g – pó para solução
Diluentes compatíveis	Não necessita de diluição	‹ SG 5% (4,2mcg/mL)	SF 0.9% (4mg/mL)
Concentração	Uso intermitente	7 amp em 250ml	1 amp 1000mg em 250mL (4mcg/mL)
Dose inicial	0,2 a 0,3mg/kg	0.5 mcg/kg/h	1mg/kg/h
Dose de manutenção	6 em 6 horas	0.5 a 3mcg/kg/h	1 a 5mg/kg/h
Dose (mL/h) 50 – 79 kg	Uso intermitente	50kg: 1 a 24 60kg: 7 a 28 70kg: 8 a 32	50kg: 6 a 30 60kg: 7 a 38 70kg: 9 a 44
Dose (mL/h) 80 -109 kg	Uso intermitente	80kg: 9 a 38 90kg: 10 a 42 100kg: 11 a 46	80kg: 10 a 50 90kg: 11 a 55 100kg: 12 a 60
Dose (mL/h) 110 – 139 kg	Uso intermitente	110kg: 13 a 50 120kg: 14 a 56 130kg: 15 a 60	110kg: 13 a 66 120kg: 14 a 76 130kg: 16 a 82

Dose (mL/h) 140 - 160kg	Uso intermitente	140 kg: 16 a 64 150kg: 17 a 70 160kg: 18 a 76	140kg: 18 a 88 150kg: 19 a 94 160kg: 20 a 100
Disfunção renal	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	IR: ClCr < 10mL/min administrar 75% da dose habitual
Disfunção hepática	Reduzir a dose em 50%. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Administrar 75% da dose habitual
Obesidade	Nenhum ajuste requerido. Titular dose deacordo com a resposta terapêutica.	Não há informação	Não há informação
Reação adversa à medicamento (RAM)	Bradipneia e hipotensão	Hipotensão	Hipotensão, depressão miocárdica, Contraindicado em Porfíricos

Tabela 3 – Analgesia: Opiáceos Fortes - Uso em Bomba de Infusão Contínua - Apresentação, Posologia

	MORFINA	FENTANIL	REMIFENTANIL	ALFENTANIL	SUFENTANIL
Indicação	Analgesia	Analgesia/ anestesia	Analgesia/ anestesia	Analgesia/ anestesia	Analgesia/ anestesia
Apresentação	2mg/2mL e 10mg/mL	500mcg/10mL	2mg/2mL	2,5mg/5mL	50mcg/mL
Diluentes compatíveis	SF 0,9% ou SG 5% (máx: 2mg/mL)	< SF 0,9% ou SG 5%	SF 0,9% ou SG 5% (máx.:0,4mg/mL)	< SF 0,9% ou SG 5%	< SF 0,9%
Concentração	10 ampolas de 10mg em 90mL (1mg/mL)	2 ampolas em 80mL (10mcg/mL)	1 ampola em 38mL 0,05mg/mL (50mcg/mL)	4 ampolas em 230mL (40mcg/mL)	2 ampolas em 98 mL (1mcg/mL)
Dose inicial	2 a 10 mg	1 a 2mcg/kg	até 1,5mcg/kg (0,5mcg/kg costuma ser suficiente)	5 mg divididos em período de 10 min	Não há recomendações de doses para pacientes críticos em VM.
Inicio de ação (Min)	5 a 10	<1 a 2	1 a 3	< 5	1 a 3
Dose de manutenção	2 a 4mg a cada 1-2h (intermitente) ou 2 a 30mg/hora (infusão) ou 0,07 a 0,5mg/kg/h	0,7 a 10mcg/kg/h	0,5 a 15mcg/kg/h	2mg/hora (~30mcg/kg/hora) Doses de até 0,5 a 10mg/hora foram utilizadas em ensaios clínicos	Infusão contínua recomendada em cirurgias longas: 0,3 a 0,9mcg/kg/hora. (Maior risco de RAM acima de 0,6mcg/Kg/h) Infusão máx 1mcg/kg/hora

Dose (mL/h) 50 - 79 kg	50kg: 3,5 a 25 60kg: 4,2 a 30 70kg: 4,9 a 35	50kg: 3,5 a 50 60kg: 4,2 a 60 70kg: 4,9 a 70	50kg: 0,5 a 15 60kg: 0,6 a 18 70kg: 0,7 a 21	50kg: 37,5 60kg: 45 70kg: 52,5	50kg: 15 a 45 60kg: 18 a 54 70kg: 21 a 63
Dose (mL/h) 80 -109 kg	80kg: 5,6 a 40 90kg: 6,3 a 45 100kg: 7 a 50	80kg: 5,6 a 80 90kg: 6,3 a 90 100kg: 7 a 100	80kg: 0,8 a 24 90kg: 0,9 a 27 100kg: 1 a 30	80kg: 60 90kg: 67,5 100kg: 75	80kg: 24 a 72 90kg: 27 a 81 100kg: 30 a 90
Dose (mL/h) 110 - 139 kg	110kg: 7,7 a 55 120kg: 8,4 a 60 130kg: 9,1 a 65	110kg: 7,7 a 110 120kg: 8,4 a 120 130kg: 9,1 a 130	110kg: 1,1 a 33 120kg: 1,2 a 36 130kg: 1,3 a 39	110kg: 82,5 120kg: 90 130kg: 97,5	110kg: 33 a 99 120kg: 36 a 108 130kg: 39 a 117
Dose (mL/h) 140 - 160kg	140kg: 9,8 a 70 150kg: 10,5 a 75 160kg: 11,2 a 80	140kg: 9,8 a 140 150kg: 10,5 a 150 160kg: 11,2 a 160	140kg: 1,4 a 42 150kg: 1,5 a 45 160kg: 1,6 a 48	140kg: 105 150kg: 112,5 160kg: 120	140kg: 42 a 126 150kg: 45 a 135 160kg: 48 a 144
Disfunção renal	Nenhum ajuste requerido. Há acúmulo de metabólitos. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Considerar fazer 75% da dose sem ClCr 10 - 50mL/min. Considerar fazer 50% da dose se ClCr < 10mL/min	Ajuste não necessário	Ajuste não necessário	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.
Disfunção hepática	Nenhum ajuste requerido. Há acúmulo de metabólitos. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Ajuste não necessário	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.
Obesidade	Usar com cautela na obesidade mórbida.	Usar com cautela na obesidade mórbida.	Sobrepeso >30%: calcular dose com base no pesoideal.	Sobrepeso >20%: calcular dose com base no pesoideal.	Sobrepeso >20%: calcular dose com base no peso ideal.
Reação adversa à medicamento (RAM)	Hipotensão, prurido, dependência, broncospasmo e liberação dehistamina	Bradicardia e dependência	Dor e desconforto se interrupção abrupta. Nefrotoxicidade pelo excipiente glicina	Hipertensão, bradicardia, taquicardia, náusea e vômito e apneia.	Hipotensão, náusea, cefaleia, prurido e tontura.

Tabela 4 – Analgesia: Analgésicos Comuns, Opiáceos Fortes e Fracos – Uso Intermitente – Apresentação, Posologia

	DIPIRONA	PARACETAMOL	CODEÍNA	TRAMAL	METADONA	MORFINA
Apresentação	500mg a 1g/cp	500 a 750mg/cp	30 a 60mg/cp	50 a 100mg/cp 50mg/ml	10mg/cp 10mg/ml (1amp=1ml)	0,2mg/ml
Dose de manutenção	500 a 1g de 6/6h	500 a 750mg 8/8h	30 a 60mg de 6/6h	50 a 100mg de 6/6 a 8/8h	Dor – 2,5 a 10mg 4/4h Desmame de opióide – 10mg 6/6h ou de 8/8h – evoluindo redução da dose e intervalo	0,5 a 1mg/kg de 4/4h
Dose máxima	4g/d	4g/dia	360mg/d	8mg/kg ou 400mg/d	a cada 24-48h	Não há dose máxima
Reação adversa à medicamento (RAM)	Prurido, anafilaxia, anemia aplástica	Reações alérgicas, insuficiência hepática	Náuseas, prurida, hipotensão	Náuseas, prurido, hipotensão	120mg/d	Hipotensão, prurido, dependência, broncospasmo e liberação dehistamina

Tabela 5 – Neurolépticos e Antihistamínicos: Adjuvantes na sedação e controle de agitação

	HALOPERIDOL	PROMETAZINA	QUETIAPINA	RISPERIDONA	LEVOMEPROMAZINA	CLORPROMAZINA
Apresentação	5mg/ml 1 ampola = 1ml	25mg/ml 1 ampola = 2ml	25 a 100mg/cp	1 a 2mg/cp 1mg/ml solução frasco 30ml	Frasco 20ml – gotas 4% 40gts/ml	Frasco 20ml – 40mg/ml 40gts/ml 5mg/ml – 1 amp = 5ml
Doses Habituais	Ataque: 0,5 – 10mg IM ou EV – repetir até 3 vezes a cada 20 minutos Manutenção: 2 - 10mg IM ou EV 6/6h	25-50mg/d IM	25 a 100mg de 8/8h	0,5 – 5mg/dia – dose deve ser dividida em 12 em 12 horas	0,25mg/kg/dia VO – dose deve ser dividida em 12 em 12 horas	25 a 100mg VO a cada 6 ou 8 horas 25 a 100mg IM repetidas dentro 1 a 4h – até controle dos sintomas
Dose máxima	100mg	100mg/d 0,5 ampola 6/6h IM	1200mg/dia	5mg de 12 em 12 horas	40mg/dia	2g/dia

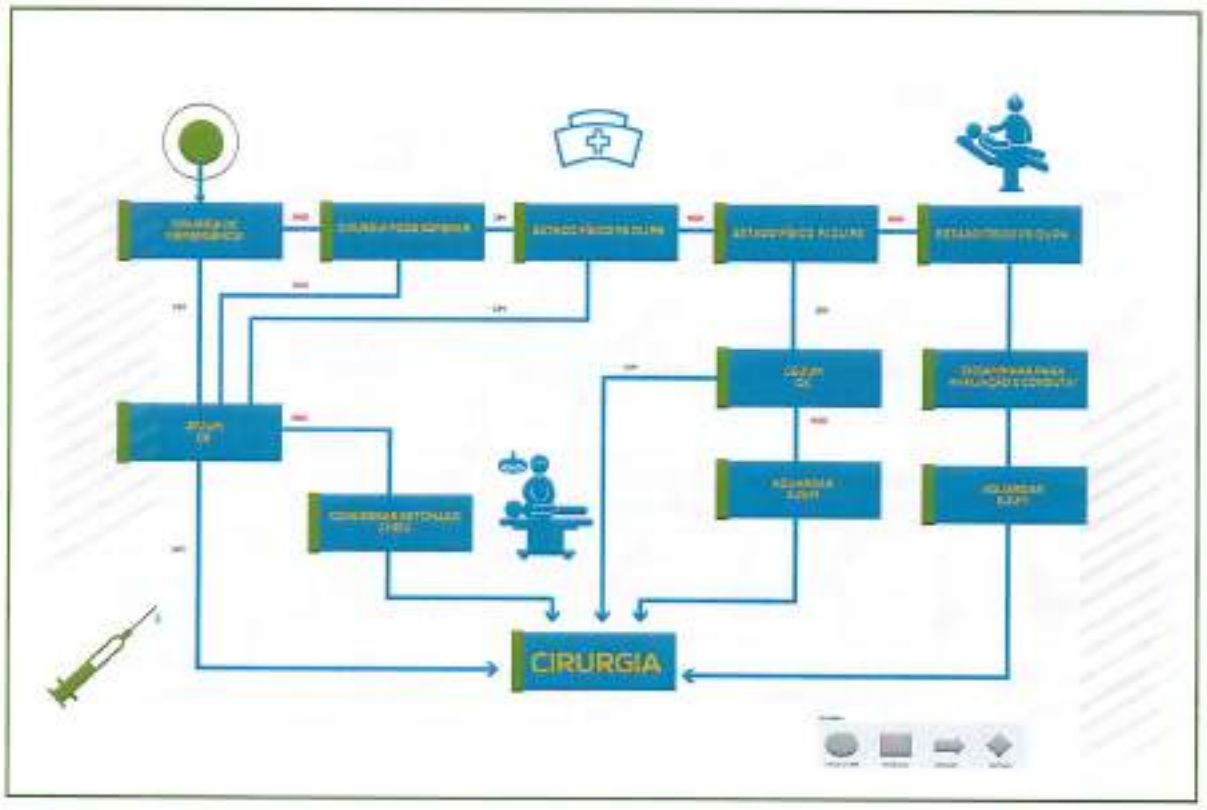
Observação	Sem grande poder sedativo, porém com bom controle de agitação	Pode ser utilizado em associação com Haldol, porém com cautela – prolongamento do intervalo QT. Potencialização de outros sedativos	Maior potencial sedativo, tem ampla variabilidade de posologia – conforme peso, idade e indicação. Controle agitação intensa: 200mg 8/8h	Menor potencial sedativo, antidepressivos aumentam sua concentração plasmatica.	Contraindicado em insuficiencia hepática grave e discrasias sanguineas	Efeitos colaterais incluem sintomas extrapiramidais, hipotensão, discinesia. Pacientes idosos ou debilitados devem utilizar ½ a 1/3 da dose

Tabela 6 – Bloqueadores neuromusculares: Apresentação e Posologia

	PANCURÔNIO	CISATRACÚRIO	ROCURÔNIO	ATRACÚRIO
Indicação	Bloqueador Neuromuscular	Bloqueador Neuromuscular	Bloqueador Neuromuscular	Bloqueador Neuromuscular
Apresentação	2mg/ml Amp = 2ml	2mg/ml Amp = 5ml	10mg/ml Amp = 5ml	10mg/ml Amp = 5ml
Diluentes compatíveis	Não necessita de diluição	SG 5%	SG 5%	SG 5%
Concentração	Dose: 0,06 - 0,1mg/kg	5 ampolas em 250ml (0,2mg/ml)	5 amp em 250mL (1mg/ml)	5 amp em 250ml (1mg/ml)
Dose de manutenção	4 em 4 horas	1- 5mcg/kg/min	10 – 16mcg/kg/min e individualizar conforme resposta neuromusuclar Dose habitual: 4-6ug/kg/min	0,3 - 0,6mg/kg/h
Dose (mL/h) 50 – 79 kg	Uso intermitente	50kg: 15 a 75 60kg: 18 a. 90 70kg: 21 a 105	50kg:12 a 48 60kg: 15 a 57 70kg: 17 a 67	50kg: 15 a 30 60kg: 18 a 36 70kg: 21 a 42
Dose (mL/h) 80 -109 kg	Uso intermitente	80kg: 24a120 90kg: 27 a 135 100kg: 30 a150	80kg: 19 a 77 90kg: 22 a 86 100kg: 24 a 96	80kg: 24 a 48 90kg: 27 a 54 100kg: 30 a 60
Dose (mL/h) 110 – 139 kg	Uso intermitente	110kg: 33a165 120kg: 36a180 130kg: 15 a 60	110kg: 27 a 105 120kg: 30 a 114 130kg: 33 a 124	110kg: 33 a 66 120kg: 36 a 72 130kg: 39 a 78
Dose (mL/h) 140 - 160kg	Uso intermitente	140 kg: 42 a 210 150kg: 45 a 225 160kg: 48 a 240	140kg: 34 a 134 150kg: 37 a 144 160kg: 39 a 154	140kg: 42 a 84 150kg: 45 a 90 160kg: 48 a 96

Disfunção renal	Pode aumentar a vida da concentração plasmática em até 4 vezes.	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Prolongamento da ação em doses > 6ug/kg	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.
Disfunção hepática	Pode aumentar a vida da concentração plasmática e do volume de distribuição corporal (aprox 50%)	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.	Prolongamento da ação em doses > 6ug/kg	Nenhum ajuste requerido. Titular dose de acordo com a resposta terapêutica.
Obesidade	Nenhum ajuste requerido. Titular dose deacordo com a resposta terapêutica.	Visto necessidade de altas vazões em pacientes obesos, sugerimos dobrar a concentração sugerida para redução de volume infundido.	Visto necessidade de altas vazões em pacientes obesos, sugerimos dobrar a concentração sugerida para redução de volume infundido.	Visto necessidade de altas vazões em pacientes obesos, sugerimos dobrar a concentração sugerida para redução de volume infundido.
Observações	Contraindicado em Miastenia Gravis Contribui com a Polineuropatia do doente crítico	Deve ser usado com cuidado em portadores de Miastenia Gravis Contribui com a Polineuropatia do doente crítico	Contribui com a Polineuropatia do doente crítico	Contribui com a Polineuropatia do doente crítico

ROTINAS DE ANESTESIA PARA CIRÚRGIAS DE EMERGÊNCIA



ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

1. HAS DE DIFÍCIL CONTROLE TERAPÊUTICO
   - PAS > 180 MMHG
   - PAD > 110 MMH
   - 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)

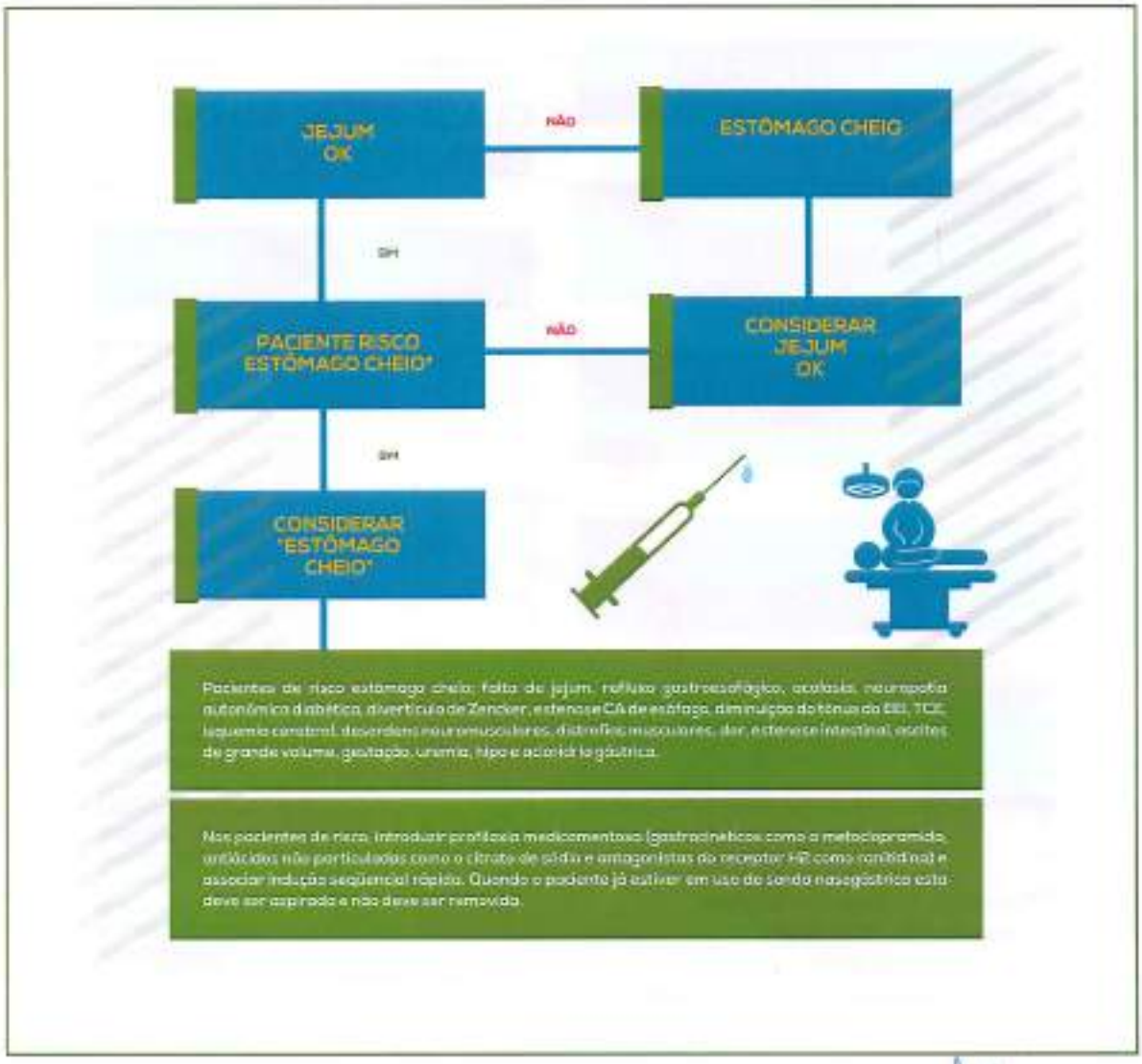
CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

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

ESTÔMAGO CHEIO



Bibliografia

Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical practice guidelines for the preven- tion and management of pain, agitation/ sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Crit Care Med2018;46(9):e825-e873.

Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, et al. Efficacy and safety of a paired sedationand ventilator weaning protocol for me- chanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomisedcontrolled trial. Lancet 2008;371:126-34.

Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative in- fusions in critically ill patients undergo- ing mechanical ventilation. N Engl J Med 2000;342:1471-7.

Strøm T, Martinussen T, Toft P. A pro- tocol of no sedation for critically ill pa- tients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. Lancet 2010;375:475- 80.

Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-SedationScale: validity and reliability in adult in- tensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:1338-44.

Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the man-agement of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med 2013;41:263-306.

Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill pa- tients: validation of the Confusion As- sessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med 2001;29: 1370-9.

Shehabi Y, Howe BD, Bellomo R, et al. Early sedation with dexmedetomidinein critically ill patients. N Engl J Med 2019; 380:2506-17.

Toft P, Olsen HT, Jørgensen HK, et al. Non-sedation versus sedation with a daily wake-up trial in critically ill patients re- ceiving mechanical ventilation (NONSEDA Trial): study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2014;15:499.

Hanne T. Olsen, M.D., Helene K. Nedergaard, M.D., Ph.D. et al. Nonsedation or light sedation in critically Ill, mechanically ventilated patients . NEJM. org. February 2020.



TROCA DA CAL ABSORVEDORA DE CO^2

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.

RESPONSABILIDADE:

- Equipe de anestesiologistas,
- Equipe de enfermagem.

DEFINIÇÕES:

Cal absorvedora de CO^2: 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).

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

ABRANGÊNCIA:

Centro cirúrgico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Compressa Cal Absorvedora de CO^2 nova para reposição;
- Saco de lixo químico.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

As atuais recomendações para troca do absorvedor são:

- Uso contínuo por mais de 8 h do aparelho de anestesia;
- 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;
- Sinais clínicos de retenção de CO2 (avaliados pelo anestesiologista).

Procedimento para Troca:

- Retirar o canister do carrinho de anestesia;
- Desprezar a Cal Absorvedora de CO^2 no lixo destinado a químicos;

- Encher o canister com a nova Cal Absorvedora de CO^2 e acoplá-lo novamente no carrinho de Anestesia;
- Fixar etiqueta de identificação da troca com data e assinatura do responsável pela troca;
- 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.

REFERÊNCIAS:

www.anestesiacma.com.br





ALTA DO PACIENTE DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

OBJETIVO:

Otimizar a alta do paciente e orientar quanto aos cuidados pós operatórios.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, técnico de enfermagem da Sala de Recuperação Pós-Anestésica-SRPA, Anestesiologista, Circulante da Sala de Cirurgia.

DEFINIÇÕES:

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.

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.

TERMINOLOGIAS:

SRPA – Sala de Recuperação Pós Anestésica.

ABRANGÊNCIA:

- Clínica cirúrgica;
- Transporte de pacientes;
- SRPA;
- Centro cirúrgico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Leito equipado conforme Protocolo de montagem da Unidade de Recuperação Anestésica (SRPA);
- Equipamentos de apoio disponíveis (monitor cardíaco, aspirador, ventilador mecânico, materiais para assistência respiratória de urgência);
- Materiais e medicamentos necessários ao cuidado do paciente na SRPA;
- Prontuário do Paciente;
- Impresso de Sistematização da Assistência de Enfermagem em centro cirúrgico.
- Escala de Aldrete.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. IDENTIFICAR O PACIENTE COM A ALTA DA SRPA;
2. VERIFICAR O PRONTUÁRIO DO PACIENTE, CHECANDO SE TODOS OS IMPRESSOS DO CENTRO CIRÚRGICO FORAM PREENCHIDOS ADEQUADAMENTE E SE A ALTA FOI ASSINADA PELO ANESTESIOLOGISTA, CASO CONTRÁRIO;
3. DESPREZAR E ANOTAR NO PRONTUÁRIO OS DÉBITOS DE DRENOS E SONDAS;
4. REGISTRAR A ALTA DO PACIENTE E O DESTINO DO MESMO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO;
5. IDENTIFICAR MATERIAL A SER ENCAMINHADO PARA HISTOPATOLÓGICO JUNTAMENTE COM REQUISIÇÃO MÉDICA, CONFORME PROTOCOLO ESTABELECIDO.
6. ACOMPANHAR O PACIENTE NA RECEPÇÃO E ENCAMINHÁ-LO A SALA DETERMINADA.

REFERÊNCIAS:

CARVALHO, R. B.; ESTELA, R. F. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. 1 ed., São Paulo: Manole, 2007.

POSSARI, J. F. Centro Cirúrgico. 2 ed. São Paulo: Ed Afiliada,2006. Cap. 14 pg.224- 227.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem .5 ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 2004.

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO – CME

DILUIÇÃO DE DETERGENTE ENZIMÁTICO

OBJETIVO:

Para melhorar a limpeza dos materiais que passarão pelo processo de desinfecção ou esterilização tais como: instrumentais, material de suporte ventilatório, etc; Diminuindo sensivelmente a carga microbiana, eliminando odores desagradáveis e removendo Biofilme.

RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiro;
- Técnicos em Enfermagem.

DEFINIÇÕES:

O detergente enzimático é um produto líquido composto por enzimas tipo amilase, lipase, protease e carbohidrase, álcool isopropílico,e água, com PH neutro, biodegradável, de ação rápida, utilizado para a limpeza de instrumentais cirúrgicos, endoscópios, equipamentos de fibra ótica e artigos de suporte ventilatório e outros materiais hospitalares em geral que apresentem sujidade com matéria orgânica, como sangue, gordura, secreções, etc. O enzimático é atóxico e não corrosivo.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

ABRANGENCIA:

Central de Material e Esterilização

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Luvas de borracha (nitrílica) de cano longo;
- Óculos de proteção;
- Galão contendo detergente enzimático;
- Protetor auricular;
- Máscara, touca, roupa privativa;
- Avental impermeável;
- Calçado fechado (botas de borracha).

HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DE ARTIGOS

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. DILUIR 02 ML DO ENZIMÁTICO PARA CADA 1LITRO D'ÁGUA (OU CONFORME ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE);
2. MERGULHAR OS ARTIGOS ABERTOS, IMERGINDO TODA A SUA SUPERFÍCIE NA SOLUÇÃO (DESMONTAR AS PINÇAS E ARTIGOS SEMPRE QUE POSSÍVEL) MANTER OS ARTIGOS SUBMERSOS NA SOLUÇÃO COM DETERGENTE ENZIMÁTICO;
3. ESCOVAR OS MATERIAIS, SE NECESSÁRIO, COM ESCOVAS ESPECÍFICAS PARA ESTE FIM, UTILIZAR ESCOVAS PARA LUMENS INCLUSIVE;
4. ENXAGUAR OS MATERIAIS COM ÁGUA ABUNDANTE;
5. SECAR O MATERIAL COM PANO E AR COMPRIMIDO;
6. ENCAMINHAR OS MATERIAIS PARA ÁREA DE PREPARO.

REFERÊNCIAS:

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

OBJETIVO:

Reduzir a carga microbiana natural dos artigos, remover contaminantes orgânicos e inorgânicos e sujidades visíveis.

RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiro;
- Técnicos em Enfermagem.

DEFINIÇÕES:

Consiste na remoção de sujidade visível de material orgânico (sangue, secreções e tecidos) e não orgânicos (esparadrapo, cola, etc.) do material hospitalar de forma manual.

É uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos médicos hospitalares, sejam críticos, semicríticos ou não críticos;

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

ABRANGÊNCIA:

Central de Material e Esterilização

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Equipamentos de Proteção Individual: luvas de cano longo (nitrílica);
- Óculos de proteção ou máscara de proteção facial;
- Avental ou capote impermeável;
- Calçado Impermeável e antiderrapante (preferencialmente botas de borracha);
- Gorro;
- Protetor auricular;
- Escovas com cerdas macias;
- Escovas para higienização de lumens de diversos tamanhos;
- Esponja não abrasiva;
- Detergente enzimático diluído.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. PARAMENTAR-SE COM OS EPIS NECESSÁRIOS;

2. AVALIAR O TIPO DO MATERIAL A SER LAVADO, EM RELAÇÃO AO GRAU DE SUJIDADE, ANTES DE INICIAR O PROCESSO DE LIMPEZA;

3. REALIZAR A PRÉ-LAVAGEM EXTERNA E INTERNAMENTE DOS INSTRUMENTAIS COM JATOS DE ÁGUA; IMERGIR EM SOLUÇÃO ENZIMÁTICA, (DILUIÇÃO E TEMPO DE EXPOSIÇÃO DE ACORDO COM ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE);

4. LAVAR AS PEÇAS SEPARADAMENTE COM ESCOVA APROPRIADA E FRICCIONAR DELICADAMENTE O CORPO, AS ARTICULAÇÕES E A CREMALHEIRA DA PINÇA, NA DIREÇÃO DAS RANHURAS DENTRO DA SOLUÇÃO DE DETERGENTE, EVITANDO OS AEROSSÓIS COM MICRORGANISMOS;

5. ENXAGUAR EM ABUNDÂNCIA OS INSTRUMENTAIS/ MATERIAIS, ELIMINANDO COMPLETAMENTE OS RESÍDUOS DA SOLUÇÃO DE LIMPEZA;

6. SECAR OS ARTIGOS COM COMPRESSA LIMPA E SECA E/OU AR COMPRIMIDO (MATERIAIS COM LUMENS, CANULADOS, ETC.);

7. FAZER INSPEÇÃO VISUAL DO ARTIGO E ENCAMINHAR PARA A ÁREA DE PREPARO;

REFERÊNCIAS:

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

LIMPEZA DE INSTRUMENTAIS

OBJETIVO:

Padronizar a limpeza manual de instrumentais para reduzir a carga microbiana natural dos artigos, remover contaminantes orgânicos e inorgânicos e sujidades visíveis.

RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiro;
- Técnicos em Enfermagem.

DEFINIÇÕES:

É a ação de remoção da sujidade visível presentes nas superfícies, reentrâncias, serrilhas, articulações e lumens de instrumentais, dispositivos e equipamentos, por meio de ação manual ou mecânica, utilizando-se água e associada ao uso de agentes químicos (detergente enzimático).

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

ABRANGÊNCIA:

Central de Material e Esterilização

ATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Equipamentos de Proteção Individual: luvas de cano longo (nitrílica);
- Óculos de proteção ou máscara de proteção facial;
- Avental ou capote impermeável;
- Calçado Impermeável e antiderrapante (preferencialmente botas de borracha);
- Gorro;
- Protetor auricular;
- Escovas com cerdas macias;
- Escovas para higienização de lumens de diversos tamanhos;
- Esponja não abrasiva;
- Detergente enzimático diluído;

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. LAVAR AS MÃOS;
2. PARAMENTAR-SE COM OS EPIS NECESSÁRIOS;
3. SEPARAR OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (BANDEJAS PERFURADAS, ESCOVAS COM

CERDAS MACIAS, ESPONJAS MACIAS, SOLUÇÃO ENZIMÁTICA);

4 MANIPULAR OS MATERIAIS CUIDADOSAMENTE EVITANDO DANIFICAR OU QUEDAS;

5 MERGIR EM SOLUÇÃO ENZIMÁTICA, (DILUIÇÃO E TEMPO DE EXPOSIÇÃO DE ACORDO COM ORIENTAÇÕES DO FABRICANTE);

6 O INSTRUMENTAL CIRÚRGICO PONTIAGUDO DEVE SER ABERTO E LIMPO COM CUIDADO, SENDO ENXAGUADO ABUNDANTEMENTE;

7 O INSTRUMENTAL CIRÚRGICO PONTIAGUDO DEVE SER ABERTO E LIMPO COM CUIDADO, SENDO ENXAGUADO E NOVAMENTE FECHADO;

8 DESMONTAR O INSTRUMENTAL CIRÚRGICO SEMPRE QUE POSSÍVEL, ABRIR OS INSTRUMENTAIS ARTICULADOS (TESOURAS, PINÇAS, GOIVA..) PARA QUE O AGENTE DE LIMPEZA ENTRE EM CONTATO COM TODA A SUPERFÍCIE DO ARTIGO, A PINÇA BACKAUS MANTER FECHADA NA PRIMEIRA CREMALHA; ARTIGOS COM COMPRESSA LIMPA E SECA E/OU AR COMPRIMIDO (MATERIAIS COM LUMENS, CANULADOS, ETC.);

9 REALIZAR PRÉ LAVAGEM DOS INSTRUMENTAIS APLICANDO JATOS DE ÁGUA CORRENTE PARA A REMOÇÃO DA SUJIDADE GROSSEIRA;

10 IMERGIR O INSTRUMENTAL CIRÚRGICO DE MODO ORGANIZADO NAS BANDEJAS PERFURADAS, PARA QUE A SOLUÇÃO ENZIMÁTICA OCUPE TODOS OS ESPAÇOS DOS INSTRUMENTAIS, OBSERVAR A DILUIÇÃO E O TEMPO DE EXPOSIÇÃO DE ACORDO COM O FABRICANTE DO DETERGENTE ENZIMÁTICO;

11 LAVAR AS PEÇAS SEPARADAMENTE COM ESCOVA APROPRIADA E FRICCIONAR DELICADAMENTE O CORPO, AS ARTICULAÇÕES E A CREMALHEIRA DA PINÇA, NA DIREÇÃO DAS RANHURAS DENTRO DA SOLUÇÃO DE DETERGENTE ENZIMÁTICO, EVITANDO OS AEROSSÓIS COM MICRORGANISMOS;

12 REALIZAR O ENXÁGUE RIGOROSO DO INSTRUMENTAL EM ÁGUA CORRENTE, ABRINDO E FECHANDO AS ARTICULAÇÕES ATÉ REMOVER A SUJIDADE E O DETERGENTE ENZIMÁTICO;

13 ENXUGAR AS PEÇAS COM COMPRESSAS OU COMPRIMIDO;

14 ENCAMINHAR PARA ÁREA DE PREPARO;

REFERÊNCIAS:

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

MONITORAMENTO DO PROCESSO DE ESTRILIZAÇÃO

OBJETIVO:

- Monitorar as cargas de materiais esterilizados. Com Teste Bowie Dick. Indicador Biológico e Pacote desafio com integrador químico;
- Avaliar a performance da bomba de vácuo;
- Detectar presença de ar residual, mensurar a penetrar do vapor, verificar todos os parâmetros críticos da esterilização, que corresponde á morte microbiana;

RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiro Supervisor
- Técnico em Enfermagem

DEFINIÇÕES:

Monitoramento Físico: Medir tempo, temperatura e pressão que devem ser registrados durante todo o processo de esterilização;

Monitoramento Químico: indicam falhas no processo de esterilização por meio da mudança na sua coloração. É realizado por meio de indicadores químicos. Avaliam as condições em todos os pacotes e se os parâmetros de esterilização foram atingidos.

Classificação dos Indicadores Químicos:

CLASSE I – INDICADORES DE PROCESSO, CONSISTE EM UMA FITA IMPREGNADA COM TINTA TERMOCRÔMICA QUE APRESENTAM ALTERAÇÃO DE COR QUANDO SUBMETIDAS AO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO, EX: FITA ZEBRADA.

CLASSE II – INDICADORES PARA USO EM TESTES ESPECÍFICOS (UTILIZADO PARA TESTAR A EFICÁCIA DO SISTEMA DE VÁCUO DA AUTOCLAVE COM PRÉ-VÁCUO, A FIM DE OBSERVAR A REMOÇÃO DE AR DO EQUIPAMENTO E GARANTIR A PENETRAÇÃO UNIFORME DO VAPOR EM TODOS OS ARTIGOS. RECONHECIDO COMO TESTE DE BOWIE&DICK).

CLASSE III – INDICADORES PARÂMETRO ÚNICO (CONSISTE EM UM INDICADOR DESIGNADO A REAGIR A UM PARÂMETRO ESPECÍFICO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO, TEMPERATURA. RDC Nº 15 NÃO RECOMENDA SUA UTILIZAÇÃO.

CLASSE IV – INDICADORES MULTIPARAMÉTRICOS (CONSISTE EM REAGIR A DOIS OU MAIS PARÂMETROS DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO. RDC Nº NÃO RECOMENDA SUA UTILIZAÇÃO.

CLASSE V – INDICADORES INTEGRADORES (REAGE A TODOS OS PARÂMETROS CRÍTICOS DO

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO (VAPOR, TEMPO E TEMPERATURA). MONITORA A QUALIDADE DO VAPOR – 95% UMIDADE. DESEMPENHO COMPARADO AOS INDICADORES BIOLÓGICOS;

CLASSE VI – INDICADORES EMULADORES (SIMULADORES). DESIGNADOS PARA REAGIR COM TODOS OS PARÂMETROS CRÍTICOS DE UM CICLO ESPECÍFICO DE ESTERILIZAÇÃO. É CONHECIDO COMO DE ALTA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE, POIS ELE NÃO REAGIRÁ ATÉ QUE APROXIMADAMENTE 95% DA FASE DE ESTERILIZAÇÃO DO CICLO ESTEJA CONCLUÍDA.

Monitoramento Biológico: verifica a eficiência dos esterilizadores são utilizados os indicadores biológicos (IB), que são ampolas com carga bacteriana (bacillus stearothermophillus), em autoclave e sterrad, que serão submetidas à esterilização e depois incubados em incubadora própria.

I. O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, no segundo ciclo do dia. Em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização;

II Após qualquer reparo importante no equipamento, manutenções corretivas, onde houve troca de alguma peça;

III. É importante lembrar, no entanto, que se o indicador biológico apresentar crescimento microbiológico positivo, cada pacote do lote deverá ser recolhido e reprocessado;

IV. No caso de os indicadores biológicos apresentarem-se positivos e não haver falha nos monitores químicos do processo, os testes deverão ser repetidos e o equipamento deverá ser checado;

V. No CME o processo de esterilização deve estar documentado de forma a garantir a rastreabilidade de cada lote processado.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

ABRANGÊNCIA:

Central de Material e Esterilização

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Epi's área limpa;
- Autoclave;
- Formulário de registro de material em cada carga e registro de carga teste subsequente;
- Grampeador;
- Pacote teste desafio Bowie Dick;
- Integradores químicos;
- Pacote desafio com integrador químico;
- Pacote desafio com indicador biológico.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

Teste Bowie Dick (primeiro ciclo do dia):

- Realizar um ciclo de pré-aquecimento da autoclave;
- Colocar o pacote pronto de Bowie Dick de 10 a 20 cm acima do dreno na autoclave vazia, após o ciclo de pré-aquecimento;
- Realizar um ciclo específico a 134 ºC durante 3,5 a 4 minutos de esterilização (selecionar o ciclo Bowie & Dick no teclado no comando da autoclave);
- Aguardar o pacote teste Bowie & Dick esfriar e em seguida abrir o pacote e avaliar o resultado conforme indicação do fabricante;
- Arquivar os testes e registrar os resultados sempre que realizados;

Teste Biológico (segundo ciclo do dia):

- O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, no segundo ciclo do dia. Em pacote desafio comercialmente ou construído pelo CME;
- Deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, observando a montagem da carga;
- Ao final do ciclo aguardar o resfriamento, realizar a incubação das ampolas e leitura final do teste conforme orientação do fabricante, anexar resultado impresso no formulário de registo;

Pacote desafio com integrador químico;

- Colocar o pacote desafio químico nas demais cargas subsequentes, de 10 a 20 cm acima do dreno, sem colocar outro pacote rente, abaixo ou acima do pacote desafio;
- Processar o ciclo de esterilização programado na autoclave;
- Após o término do ciclo, antes de distribuir os pacotes no setor de distribuição, retirar o integrador químico do pacote desafio, interpretar o resultado do integrador químico de acordo com o fabricante e registar os resultados grampeando o integrador químico no local correspondente a anotação dos artigos esterilizados no ciclo;

Esterilização propriamente dita:

- Higienizar as mãos;
- Realizar a montagem do carrinho;
- Colocar o pacote desafio com integrador químico;
- Selecionar o ciclo 121 ºC para esterilização de materiais termossenssíveis ou 134 ºC para materiais de espessura (ex: instrumentais cirúrgicos);
- Iniciar ciclo, registrar em formulário próprio, hora de início e nº do ciclo;
- Aguardar resfriamento dos materiais;

- Retirar pacote desafio;
- Retirar o rack, e liberar a autoclave para o novo carregamento.

REFERÊNCIAS:

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.



PREPARO E EMPACOTAMENTO DE ARTIGOS

OBJETIVO:

- Assegurar que os artigos esterilizados sejam transportados e armazenados com a garantia da manutenção da esterilidade até seu uso;
- Permitir a remoção do artigo do pacote sem contaminação.

RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiro;
- Técnicos em Enfermagem.

DEFINIÇÕES:

É a preparação do artigo de acordo com sua classificação (crítico, semicrítico e não-crítico) e embalo em invólucro compatível com o processo de esterilização de cada artigo.

Todo artigo a ser esterilizado, armazenado e transportado, deverá ser ACONDICIONADO em embalagem criteriosamente selecionada, para a segurança do processo.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

ABRANGÊNCIA:

Central de Material e Esterilização

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- EPI's área de preparo;
- Rótulos e etiquetas para identificação dos pacotes;
- Fita para autoclave (zebrada);
- Fita adesiva hospitalar;
- Integrador químico;
- Canetas de tinta atóxica;
- Envoltórios de algodão;
- Luvas de vinil sem talco;
- Cestos ou carros de rack.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. LAVAR AS MÃOS;
2. PARAMENTAR-SE COM OS EPIS NECESSÁRIOS;
3. INSPECIONAR OS ARTIGOS QUANTO À LIMPEZA, À INTEGRIDADE E À FUNCIONALIDADE;
4. SELECIONAR A EMBALAGEM (TECIDO DE ALGODÃO, PAPEL GRAU CIRÚRGICO);
5. COLOCAR UM INTEGRADOR QUÍMICO NO INTERIOR DAS CAIXAS E DOS PACOTES DE INSTRUMENTAIS;
6. UTILIZAR EMBALAGENS DUPLAS PARA TODOS OS TIPOS DE INVÓLUCRO APENAS NOS MATERIAIS QUE VÃO PARA O CENTRO CIRÚRGICO;
7. REMOVER O AR DO INTERIOR DAS EMBALAGENS DE PAPEL GRAU CIRÚRGICO;
8. OBSERVAR SE A SELAGEM DO PAPEL GRAU CIRÚRGICO ESTÁ ADEQUADA;
9. IDENTIFICAR A EMBALAGEM COM ETIQUETA CONTENDO AS SEGUINTES INFORMAÇÕES: DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO DA EMBALAGEM, NÚMERO DO LOTE, NÚMERO DA AUTOCLAVE, DATA DA ESTERILIZAÇÃO, DATA DE VALIDADE E NOME DO RESPONSÁVEL PELA LIMPEZA DO MATERIAL E NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREPARO;

10 APRAZAR NA ETIQUETA A DATA DE VALIDADE PÓS ESTERILIZAÇÃO DE ACORDO COM A TABELA ABAIXO;

11 COLAR UM PEDAÇO, DE NO MÍNIMO CINCO (05) CENTÍMETROS, DE FITA PARA AUTOCLAVE (ZEBRADA) NOS PACOTES, MENOS NO PAPEL GRAU CIRÚRGICO;

12 COLOCAR OS PACOTES NOS CESTOS OU CARROS DE RACK E ARRUMÁ-LOS NAS AUTOCLAVES;

13 MANTER A ÁREA LIMPA E ORGANIZADA.

REFERÊNCIAS:

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.



MONTAGEM DE CARGA NA AUTOCLAVE

OBJETIVO:

Montar a carga adequadamente para facilitar a penetração do agente esterilizante nas embalagens contendo os materiais cirúrgicos.

RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiro Supervisor;
- Técnico em Enfermagem.

DEFINIÇÕES:

A montagem da carga da autoclave deve ser executada de forma que o vapor possa circular livremente e passar por todo o pacote. Em razão da grande diversidade de tipos e configurações de produtos hospitalares, deve-se obedecer a algumas regras para dispor os artigos dentro da câmara de esterilização. Isso evitará que ocorram falhas na distribuição do vapor na carga processada

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

ABRANGÊNCIA:

Central de Material e Esterilização

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- Epi's área limpa;
- Autoclave;
- Materiais embalados e rotulados adequadamente;
- Pacote desafio manual ou pronto com integrador químico;
- Cestos Aramados;
- Luvas Térmicas;
- Formulário de Registro de Carga Subsequente;
- Caneta.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. LAVAR AS MÃOS;
2. SELECIONAR O CICLO, DE ACORDO COMA QUANTIDADE DE MATERIAIS A SEREM PROCESSADOS;
3. ACOPLAR O CARRINHO A AUTOCLAVE;
4. DESLIZAR A GRADE DO INTERIOR DA AUTOCLAVE PARA FORA. CASOS A AUTOCLAVE ESTEJA QUENTE UTILIZAR AS LUVAS TÉRMICAS;
5. DISPOR AS CAIXAS CIRÚRGICAS NA POSIÇÃO VERTICAL, PARALELOS UM AO OUTRO;
6. ESTERILIZAR TÊXTEIS E MATERIAIS RÍGIDOS EM CARGAS DIFERENTES. NÃO SENDO PRÁTICO, COLOQUE TÊXTEIS EM CIMA E MATERIAIS RÍGIDOS EMBAIXO, NÃO AO CONTRÁRIO;
7. MATERIAIS CÔNCAVOS, COMO CUBAS, BANDEJAS, JARROS E FRASCOS DEVEM SER POSICIONADOS DE FORMA QUE QUALQUER CONDENSADO QUE FORME FLUA EM DIREÇÃO AO DRENO, VIRADO PARA BAIXO OU LATERALIZADOS;
8. OS PACOTES MAIORES DEVEM SER COLOCADOS NA PARTE INFERIOR DA CÂMARA E OS MENORES NA PARTE SUPERIOR. ISTO FACILITA O FLUXO DO VAPOR ATRAVÉS DOS ESPAÇOS ENTRE OS PACOTES;
9. POSICIONAR O PACOTE DESAFIO COM INTEGRADOR QUÍMICO, NA POSIÇÃO HORIZONTAL, NA ÁREA DO CESTO QUE FICARÁ SOBRE O DRENO;

10 DEIXAR UM ESPAÇAMENTO DE 25 A 30 MM ENTRE OS PACOTES;

11 OS MATERIAIS E EMBALAGENS NÃO DEVEM TOCAR AS PAREDES E TETO DA CÂMARA;

12 EVITAR COMPACTAR AS EMBALAGENS, EVITANDO AMASSAR;

13 POSICIONAR OS MATERIAIS E EMBALADOS COM PAPEL GRAU CIRÚRGICO DE FORMA QUE O PAPEL FIQUE EM CONTATO COM O PAPEL E O PLÁSTICO COM O PLÁSTICO;

14 IDENTIFICAR OS MATERIAIS COM NÚMERO DO CICLO;

15 ANOTAR NO FORMULÁRIO DE REGISTRO DE CARGA SUBSEQUENTE TODOS OS MATERIAIS A SEREM ESTERILIZADOS, IDENTIFICANDO CM CICLO

REFERÊNCIAS:

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

MATERIAIS PARA DESINFECÇÃO QUÍMICA

OBJETIVO:

Definir quais os materiais que devem passar pelo processo de desinfecção química de alto nível com ácido peracético a 0,2%

RESPONSABILIDADE:

- Equipe de Enfermagem;
- Equipe de Fisioterapia.

DEFINIÇÕES:

A desinfecção química pode ser classificada em alto nível, intermediário e baixo nível conforme seu espectro.

Desinfecção de Alto nível – processo físico-químico capaz de eliminar todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos de artigos semicríticos.

Desinfecção de Nível Intermediário – processo físico-químico que deve destruir todas as bactérias vegetativas, bacilo da tuberculose, fungos e vírus lipídicos e alguns não lipídicos de objetos inanimados e superfícies.

Desinfecção de Baixo Nível – elimina apenas bactérias vegetativas, vírus lipídicos, alguns

vírus não lipídicos e alguns fungos, não elimina microbactéria nem esporos.

TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

ABRANGÊNCIA:

- Central de Material e Esterilização;
- Urgência e Emergência;
- Centro Cirúrgico;
- Internação Médica/Cirúrgica/ Obstétrica/ Pediátrica;
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto/Pediátrica / Neonatologia;
- Hospital Dia;
- Ambulatório

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

DISPOSITIVOS RESPIRATÓRIOS	LIMPEZA	DESINFECÇÃO	ENCAMINHAR/ARMAZENAR
Traquéias e Máscaras de Macronebulização	Emergir em detergente enzimático e proceder a limpeza com esponja e escovas própria. Enxaguar e secar.	Emergir no Ácido peracético 0,2% por 10 min. Enxágue e secagem.	Secar, embalar em sacos plásticos e identificar. Validade 30 dias
Umidificadores de Oxigênio			
Máscara de Venturi			
Máscara de Ventilação não Invasiva (VNI)			
Kit de Nebulização e Espaçador			
Máscaras de Traqueostomia			

REFERÊNCIAS:

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 54; de 19 de março de 2012.

MONITORAMENTO DO ÁCIDO PERACÉTICO

OBJETIVO:

Orientar sobre o uso e conservação da solução de ÁCIDO PERACÉTICO 0,2% nos processos de desinfecção de alto nível de materiais de assistência ventilatória, por meio de imersão.

RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiro;
- Técnico de Enfermagem.

DEFINIÇÕES:

Ácido Peracético - É um desinfetante que age por desnaturação das proteínas, alterando a permeabilidade da parede celular, oxidando as ligações sulfidril e sulfúricas em proteínas e enzimas. Tem uma ação bastante rápida sobre os microrganismos, inclusive sobre os esporos bacterianos em baixas concentrações de 0,001 a 0,2%. É efetivo em presença de matéria orgânica. Apresenta baixa toxicidade. A solução em uso tem validade por 30 dias. O ácido peracético pode ter sua concentração monitorada com fita teste especifica, diariamente. O material deve ser mergulhado limpo e seco e após o tempo de imersão indicado, retirar e enxaguar em água corrente. Deixar escorrer e secar com compressa limpa. Guardar o material em local específico limpo e protegido de poeira.

TERMINOLOGIAS:

EPI: Equipamentos de Proteção Individual. (capote impermeável, óculos de proteção, máscara, luvas, touca);

ABRANGÊNCIA:

- Central de Material e Esterilização;
- Urgência e Emergência
- Centro Cirúrgico;
- Internação Médica/Cirúrgica/ Obstétrica/ Pediátrica;
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto/Pediátrica / Neonatologia;
- Hospital Dia;

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- EPI's (capote impermeável, óculos de proteção, máscara, luvas, touca);
- Recipiente com tampa;
- Solução de ácido Peracético a 0,2% pronto uso;
- Seringa de 20ml;
- Compressas limpas;

- Fita de teste específica de leitura de ácido peracético;
- Embalagem própria para artigo;
- Etiqueta para identificação.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS;
2. PARAMENTAÇÃO COM EPI'S ADEQUADOS;
3. COLOCAR O DESINFETANTE NO RECIPIENTE, IDENTIFICAR O PRODUTO COM DATA DO PREPARO E VALIDADE DO MESMO E NOME DO RESPONSÁVEL;
4. ADICIONAR O INIBIDOR DE CORROSÃO, ESPERAR SUA DISSOLUÇÃO TOTAL;
5. MONITORAR E VALIDAR SUA CONCENTRAÇÃO, DIARIAMENTE, POR MEIO DA FITA TESTE ESPECÍFICA;
6. DESCONECTAR OS ARTIGOS;
7. LAVAR OS ARTIGOS DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA COM DETERGENTE NEUTRO;
8. ENXAGUÁ-LOS E SECÁ-LOS COM AR COMPRIMIDO E COMPRESSAS LIMPAS;
9. DISPOR OS ARTIGOS NO RECIPIENTE COM O ÁCIDO PERACÉTICO DE FORMA QUE OS MAIS LEVES FIQUEM POR BAIXO E OS MAIS PESADOS POR CIMA, FICANDO TOTALMENTE IMERSOS;
10. MONITORAR O TEMPO DE IMERSÃO, QUE DEVE SER DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DO FABRICANTE;
11. SE FOR ARTIGO CANULADO E PROLONGAMENTOS, PREENCHER O INTERIOR DO LÚMEN COM AUXÍLIO DE UMA SERINGA;
12. ENXAGUÁ-LOS EM ÁGUA ABUNDANTE, SECÁ-LOS COM AR COMPRIMIDO E COMPRESSAS LIMPAS;
13. COLOCAR EM EMBALAGEM PLÁSTICA ATÓXICA COM VALIDADE DE 30 DIAS E ACONDICIONÁ-LOS EM VASILHAS DE PLÁSTICO COM TAMPA PARA DISPENSAÇÃO.

REFERÊNCIAS:

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies – Brasília: Anvisa, 2012.

OPPERMANN, Carla Maria. Manual de biossegurança para serviços de saúde.In: Manual de biossegurança para serviços de saúde. 1. ed. Porto alegre: PMPA/SMS/CGVS, 2003. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biossegurança/manual_biossegurança-servicos_saude.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

AMBULATÓRIO

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

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

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;
- 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.

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.

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 ultima 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.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

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 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.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

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 vinculo 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 vinculo com a especialidade e retorna agendamento via Sistema.

Interconsulta:

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

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 remarcadas 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 remarcadas 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 edico 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.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

GESTÃO DE AGENDAS

PLANEJAMENTO DAS AGENDAS

O planejamento das agendas é necessário para evitar o mínimo de reprogramações. Por isso, as modificações do planejamento das agendas devem se ajustar aos seguintes critérios e prazos:

Critério	Marco ou Período temporal recomendado
Planejamento de Agendas	Ativas durante os 12 meses seguintes e adequadas à demanda prevista.
Solicitações de ausências programadas (bloqueio)	45 dias de antecedência (para garantir a estabilidade das agendas e a previsão das consultas comprometidas, sem repercussão na demora).
Planejamento dos plantões	Adaptado 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 in-

formar 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 a 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 AGENDAS

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.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS E HOSPITAL DIA

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 carbúncu-

los podem se desenvolver em pessoas higidas, 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: Foliculite, 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 fasceíte 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

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- 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 DISPONIVEL E CUBRA-A COM O CAMPO ESTÉRIL;

4. USANDO A AGULHA 40 X 12, 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;
- Orientar 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;
- Incisão com drenagem apenas é a terapia adequada para um abscesso subcutâneo simples.

EXÉRESE 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 flogísticos.

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 estél;
- Dreno de Penrose;
- Pinça hemostática curva;
- Pinça dente de rato;
- Pinça anatômica;
- Tesoura reta;
- Tesoura curva;
- Porta-agulha;
- Lâmina de bisturi nº 11;
- Soro fisiológico 0,9% 250 ml;

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

- 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.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

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 asoconstrictor;
- Campos estéril;
- Pinça hemostática curva;
- Pinça dente de rato;
- Pinça anatômica;
- Tesoura reta e curva;
- Porta-agulha;
- Lâmina de bisturi nº 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.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

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.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

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 para a realização do procedimento

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina;
- Lidocaína 1% sem asoconstrictor;
- Campos estéreis;
- Pinça hemostática curva;
- Pinça dente de rato;
- Pinça anatômica;
- Tesoura reta e curva;
- Porta-agulha;
- Lâmina de bisturi nº 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

LOGO DA UNIDADE

PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

das pápulas. As lesões características do molusco contagioso são pápulas semiesféricas com centro umbilicado, perioladas, 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 involuem 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

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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 das Unidades Básicas de Saúde.

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 se suturar o ferimento, deixando a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

Pedras/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 fistula de secreção crônica, purulenta. O tratamento consiste na incisão e retirada dela.

Vidros

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 fronte 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;

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GESTÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- 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.

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 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.

5. A ANESTESIA DEVE REALIZAR-SE APROXIMADAMENTE A 1 CM DO PERÍMETRO DO LOCAL DO OBJETO.

6. CUIDAR COM O EDEMA QUE RESULTA, POIS SE PODEM PERDER OS PARÂMETROS DA LOCALIZAÇÃO.

7. UTILIZA-SE O ORIFÍCIO DE ENTRADA QUANDO EXISTENTE OU UTILIZA-SE A CICATRIZ

PRÉVIA COMO REFERÊNCIA.

8 DEPOIS, CONTINUE A FAZER O BLOQUEIO DE MANEIRA LINEAR, AO LONGO DA LINHA DE INCISÃO PROJETADA, QUE DEVE SER LONGA.

9 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.

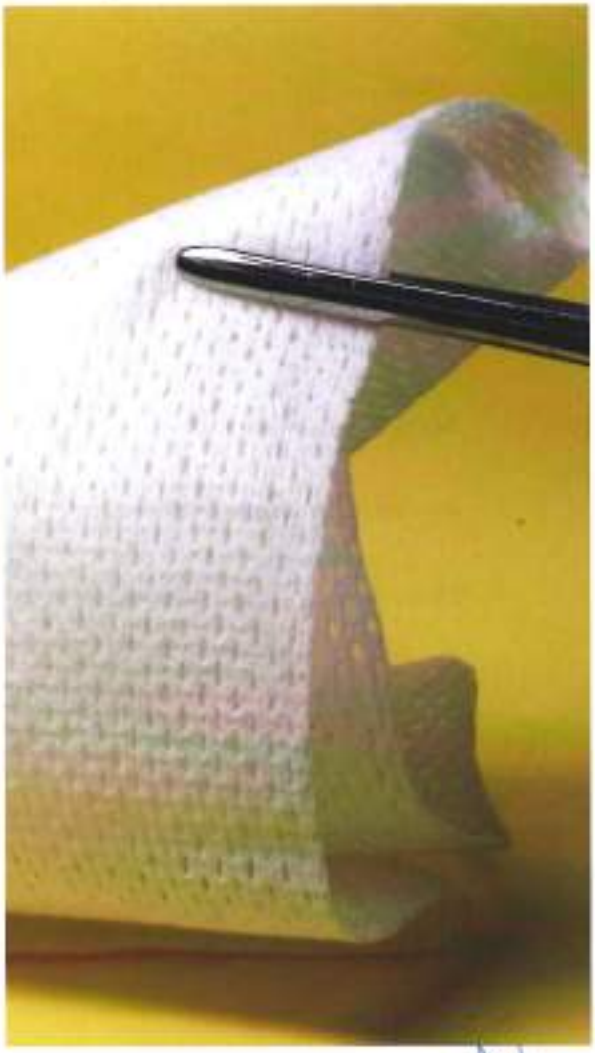
10 .CURATIVO COM GAZE.

CORPO ESTRANHO SUBUNGUEAL

As farpas que ficam sob as unhas podem ser retiradas com o auxilio 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 no pé.



ABORTAMENTO

O aborto é a interrupção da gestação antes do início do período perinatal, definido pela OMS (CIE 10) a partir de 22 semanas completas (154 dias) de gestação, quando o peso ao nascer é normalmente de 500 g. Costuma-se classificar o aborto como precoce quando ocorre antes de 13 semanas da gravidez, e como tardio quando se dá entre as 13 e 22 semanas.

O diagnóstico das diferentes formas clínicas pode ser realizado através de sinais e sintomas e dos exames complementares, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1- Formas clínicas de abortamento

SINAIS & SINTOMAS	ABORTAMENTO (FORMAS CLÍNICAS)					
	AMEAÇA	INEVITÁVEL	COMPLETO	INCOMPLETO	INFECTADO	RETIDO
Sangramento	Discreto	Presente e por vezes abundante	Discreto ou ausente	Presente e por vezes abundante	Variável	Ausente
Dor	Discreta ou ausente	Cólicas sempre presentes	Ausente	Cólicas sempre presentes	Sinais de peritonite ocasionais	Ausente
Febre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente.	Ausente
Exame especular	Sem alterações	Hemorragia pelo orifício externo	Sem alterações	Saída de tecido pelo colo	Secreção purulenta	Sem alterações
Orifício interno do colo uterino	Fechado	Entreaberto	Fechado	Entreaberto	Entreaberto	Fechado
Ultrassonografia	Sem alterações	Ovo deformado. Hematoma retro-ovular. Ovo muito baixo.	Útero vazio	Sugere presença de restos ovulares intra-uterinos	Pode visualizar restos ovulares intra-uterinos	BCF ou embrião ausentes em dois exames intercalados de 15 dias

CONDUTA

AMEAÇA DE ABORTAMENTO

- Acompanhamento ambulatorial;
- Repouso relativo;
- Abstinência sexual;
- Ultrassonografia seriada em intervalos dependentes da evolução do quadro;
- Hioscina: 1 comprimido VO de 6/6 horas em caso de cólicas.

ABORTAMENTO INEVITÁVEL E ABORTAMENTO INCOMPLETO

Medidas gerais:

- Internação da paciente;
- Sinais vitais a cada seis horas: temperatura axilar, pulso radial e pressão arterial;
- Hemograma completo para monitorar a espoliação e rastrear a infecção;
- Tipagem sanguínea. Pacientes Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh para prevenção de possível aloimunização, no momento da administração do misoprostol;
- Acesso venoso, com correção da volemia, se necessário (sangue e solutos administrados em veia distinta daquela utilizada para perfusão de ocitócito).

Gestação de 1º Trimestre

- Misoprostol;
- AMIU ou dilatação do colo e curetagem uterina.

Gestação de 2º Trimestre

- Misoprostol;
- Perfusão venosa de ocitocina em solução glicosada na velocidade de 40 mUI/min (20 UI do fármaco em 500 ml de soro glicosado a 5% a 20 gotas/min);
- Esvaziamento da cavidade uterina. AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto;
- Inibição da lactação - Cabergolina: 1 mg (2 comprimidos) VO em dose única.

ABORTAMENTO INFECTADO

- Medidas gerais (vide abortamento inevitável e incompleto)
- Antibioticoterapia
- Sem peritonite:
- Cefazolina: 2 g EV de 8/8 horas e metronidazol: 500 mg EV de 8/8 horas

- Com peritonite:

- Clindamicina 900 mg IV a cada 8 horas e Gentamicina 3-5 mg/kg IV (máx 240 mg), uma vez ao dia

- Tempo recomendado de tratamento: 7 a 10 dias.

- A profilaxia antitetânica deve ser feita com antitoxina 10.000 UI IV de soro antitetânico (SAT), se a paciente não for adequadamente vacinada. No caso de paciente com teste de sensibilidade positivo ao SAT, a imunoglobulina humana antitetânica deverá ser utilizada na dose de 3.000 a 6.000 UI.

- Se a paciente for imunizada, fazer dose de reforço da vacina se a última dose tiver sido administrada há mais de 5 (cinco) anos.

- Solicitar parecer da CCIH sempre que desejável e em casos de não haver melhora em 48 a 72 horas.

Gestação de 1º Trimestre

AMIU ou dilatação do colo e curetagem uterina uma hora após o início da terapêutica com ocitócito e antibiótico.

Gestação de 2º trimestre

- Só deve ser feito o esvaziamento uterino após a expulsão do feto.

- Misoprostol*

- Perfusão venosa de ocitocina em solução glicosada na velocidade de 40 mUI/min (20 UI do fármaco em 500 ml de soro glicosado a 5% a 20 gotas/min).

- Esvaziamento da cavidade uterina uma hora após o início da terapêutica com ocitócito e antibiótico.

- AMIU ou curetagem por técnica convencional após a expulsão do feto.

- Inibição da lactação - Cabergolina: 1 mg (2 comprimidos) VO em dose única.

ABORTAMENTO RETIDO

A ultrassonografia realizada com intervalo de 15 dias define o diagnóstico dos dois tipos de abortamento retido:

- Retenção do ovo morto ou missed abortion – presença de embrião sem vida no SG íntegro.

- Ovo anembrionado ou ovo cego – ausência de embrião no SG íntegro.

A conduta expectante pode ser uma opção nessas pacientes.

Ao optar pelo esvaziamento uterino:

- Internação da paciente.

- Medidas gerais

- Ovo cego e missed abortion com idade gestacional sonográfica < 12 semanas.

- Misoprostol*
- AMIU ou dilatação do colo e curetagem uterina
- Missed abortion com idade gestacional sonográfica ≥ 12 semanas.
- Misoprostol* - Contraindicado em caso de histerotomia prévia
- Perfusão venosa de ocitocina em solução glicosada na velocidade de 40 mUI/min (20 UI do fármaco em 500 ml de soro glicosado a 5% a 20 gotas/min).
- Esvaziamento da cavidade uterina - AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto
- Inibição da lactação- Cabergolina: 1mg (2 comprimidos) VO em dose única.

Tratamento medicamentoso com misoprostol

Embora se reconheça a efetividade do misoprostol quando administrado por via oral, sublingual ou retal, as evidências científicas apontam a via vaginal como forma preferencial, aplicando-se os comprimidos nos fundos de saco laterais.

As doses a serem utilizadas na indução do abortamento dependem da idade gestacional: o Até 12 semanas e 6 dias:

1ª OPÇÃO: 4 COMPRIMIDOS DE 200 MCG (800 MCG) VIA VAGINAL A CADA 12 HORAS (3 DOSES 0,12 E 24 HORAS)

2ª OPÇÃO: 2 COMPRIMIDOS DE 200 MCG (400 MCG) VIA VAGINAL A CADA 8 HORAS (3 DOSES 0,8 E 16 HORAS)

Observação: a 1ª opção apresenta maior eficácia, com expulsão do produto da concepção nas 24 horas, podendo, alguns casos, demorar 48 ou 72 horas, sem aumento dos efeitos colaterais. o De 13 a 16 semanas e 6 dias: 1 comprimido de 200 mcg, via vaginal, cada 6 horas (4 doses). o De 17 semanas e 26 semanas: 1 comprimido de 100 mcg, via vaginal, a cada 6 horas (4 doses).

Observação: Se necessário, repetir após 24 horas da última dose em ambos os esquemas. Após os dois dias de uso do misoprostol deve-se aguardar 72 horas pelo abortamento. Caso ele não ocorra, pode se repetir o mesmo esquema de misoprostol, considerando-se as condições clínicas e a concordância da mulher para manter o tratamento.

Para o amolecimento de colo uterino prévio a AMIU ou curetagem utiliza-se a dose de 2 comprimidos de 200 mcg (400 mcg), via vaginal, 3 a 4 horas antes do procedimento.

Contraindicações:

- Cesárea anterior;
- Cirurgia uterina prévia;
- Paciente asmática;

- O uso concomitante com ocitocina – não usar ocitocina dentro de seis horas após a última dose de misoprostol;

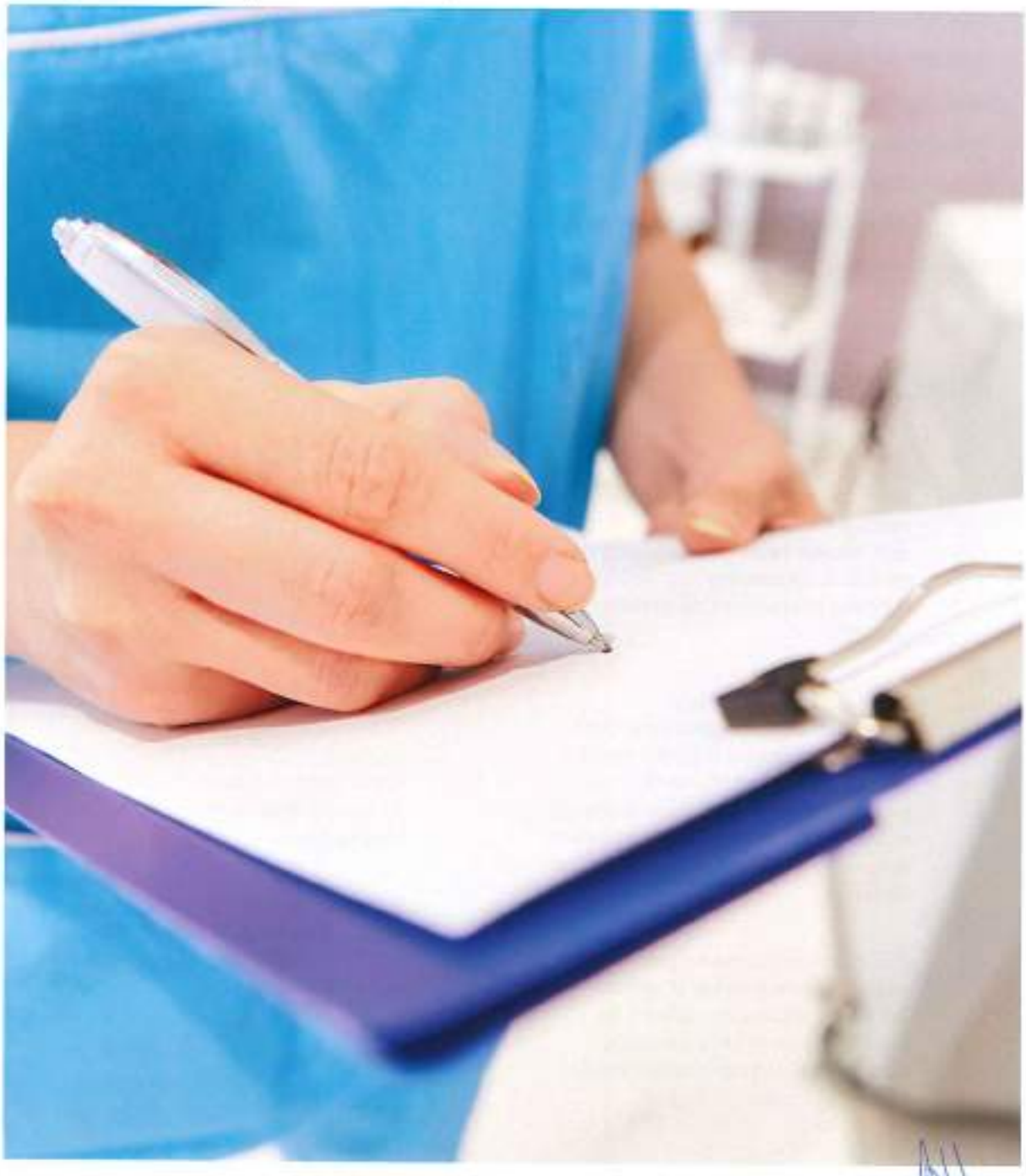
- Placenta prévia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolo misoprostol. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudedamulher>. Acesso em 08 jan. 2013.

- IPAS. Ações Afirmativas em Direitos e Saúde. Melhoria da qualidade da assistência à mulher em situação de abortamento. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2013. Disponível em:

<http://www.aads.org.br/wp/?page_id=97>. Acesso em: 05 nov. 2012.



ACELERAÇÃO DA MATURIDADE FETAL

O corticóide estimula a síntese e a liberação do surfactante no alvéolo pulmonar. Sua utilização no período antenatal está associada à redução não apenas na incidência da síndrome de angústia respiratória, como também de outras complicações, como hemorragia intraventricular, leucomalácia periventricular, retinopatia da prematuridade, enterocolite necrotizante, persistência do canal arterial e, principalmente, da mortalidade neonatal.

INDICAÇÕES

- Deve ser administrado a gestantes entre 24 e 33 6/7 semanas, sempre que houver risco de parto pretermo, incluindo gestações múltiplas e ruptura prematura de membranas (RPMO);
- Pode ser considerada a administração às gestantes com idade gestacional a partir de 23 semanas, que estão em risco de parto pretermo em 7 dias, baseada em decisão familiar, independente da presença de RPMO e do número de fetos;
- O uso do corticoide no período periviável deve estar baseado em decisão familiar acerca da possibilidade de ressuscitação neonatal, e deve ser considerado nesse contexto;
- Um ciclo único de betametasona é recomendado para gestantes entre 34 e 36 6/7 semanas de gestação, em risco de parto pretermo em 7 dias, e que não receberam dose previa de corticoide;
- Não se recomenda ciclos repetidos regularmente (mais de 2);
- Se a gestante está com menos de 34 semanas, ainda em risco de parto pretermo em até 7 dias, e já recebeu um ciclo há mais de 14 dias, pode-se considerar um novo ciclo de corticoide. Conforme o quadro clínico, este novo ciclo poderá ser administrado após 7 dias do ciclo anterior;
- Nos casos de cesárea eletiva entre 34 e 36 6/7 semanas de gestação, o uso do corticoide pode ser considerado, após avaliação e discussão com a equipe que acompanha o caso.

ACELERAÇÃO

- Betametasona: 12mg IM (6mg de fosfato e 6 de acetato). Repetir a mesma dose em 24 horas;
- Dexametasona: 6mg IM de 12/12 horas em um total de quatro doses;
- Efeito máximo da medicação ocorre 24 horas após a administração da última dose;
- Atenção quanto ao uso concomitante de tocolíticos beta-agonistas pelo risco de edema pulmonar;
- A mortalidade neonatal é menor, mesmo quando o parto ocorre em menos de 24 horas do uso do corticóide.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- NEILSON, J. P. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Obstet. Gynecol., v.109, n.1, p.189-190, 2007. Cochrane Update.

- MONTENEGRO, C. A. B., et al. Parto pré-termo. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende: obstetrícia, 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 400.

- MURPHY, K. E., et al. Multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth (MACS): a randomised controlled trial. Lancet, v.372, n.9656, p.2143-2151, 2008.

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion n°713. Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Obstet. Gynecol., v.130, n.2, p.e102-e109, 2017.



AMIU (ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA)

A técnica da aspiração manual intrauterina (AMIU) é indicada para úteros de tamanho equivalente a, no máximo, 12 semanas de gestação.

Tal procedimento deve ser feito sob analgesia ou anestesia, pois a dilatação cervical, principalmente do orifício interno, e os espasmos do esvaziamento da cavidade são causas de dor abdominal e cólicas.

A anestesia comumente empregada é o bloqueio paracervical.

INDICAÇÕES

- Biópsia de endométrio;
- Abortamento inevitável;
- Abortamento incompleto;
- Abortamento infectado;
- Retenção de restos placentários;
- Abortamento terapêutico;
- Esvaziamento de mola hidatiforme.

TÉCNICA

- Exame ginecológico bimanual para avaliação da forma, posição e tamanho do útero;
- Esvaziamento vesical;
- Inserir o espéculo e, após a verificação do estado da cérvice, aprender o lábio anterior do colo do uterino com pinça Pozzi, exercendo suave tração para posicionar o canal cervical;
- Proceder ao bloqueio paracervical ou sedação/anestesia;
- Dilatar a cérvice pelo emprego de dilatadores mecânicos de Denniston ou das próprias cânulas da AMIU;
- Inserir, através da cérvice imobilizada, cânula compatível com o tamanho do útero, imprimindo-lhe movimento giratório, até ultrapassar ligeiramente o orifício interno;
- Aprofundar lentamente a penetração da cânula até tocar o fundo da cavidade uterina. A histerometria pode ser realizada gradativamente, observando-se as marcações existentes na própria cânula;
- Após efetuar a histerometria, retrair a cânula para evitar rotura da parede uterina e encaixar a seringa na sua extremidade livre, após ter feito o vácuo;
- Soltar as válvulas de ajuste da seringa permitindo a passagem do conteúdo uterino, através da cânula, para a seringa. O processo é facilitado ao se imprimir à cânula movimento de vai e vem lento, ao mesmo tempo em que a seringa é rodada em torno de seu eixo;
- O procedimento pode ser considerado terminado quando se observa, na seringa, espuma

vermelha ou rosa e não se constata a existência de tecido, percebe-se e ouve-se aspereza ao raspar a parede do útero com a cânula e nota-se que o útero encarcera a cânula.

DIFICULDADES

A principal dificuldade técnica que pode ocorrer durante o procedimento da AMIU é a perda do vácuo, ocasionada por:

- Enchimento da seringa;
- Retração da cânula aquém do orifício externo da cérvice;
- Obstrução do orifício da cânula pela presença de tecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- IPAS. Ações Afirmativas em Direitos e Saúde. Melhoria da qualidade da assistência à mulher em situação de abortamento. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/?page_id=97>. Acesso em: 05 nov. 2012.



ASSISTÊNCIA AO PARTO

A OMS define parto normal como "aquele cujo início é espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto, mãe e filho estão em boas condições".

PERÍODO PREMONITÓRIO

- Caracteriza-se por adaptações fisiológicas, com duração extremamente variável, que antecedem o trabalho de parto;
- Observa-se aumento gradual da atividade uterina – contrações com ritmo irregular, incoordenadas, por vezes dolorosas;
- Amadurecimento do colo uterino – amolecimento, alteração da sua orientação no eixo vaginal e princípio do seu encurtamento (apagamento);
- Acomodação do polo fetal ao estreito superior da pelve;
- Aumento das secreções cervicais – perda do tampão mucoso – eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue;
- Descida do fundo uterino, caracterizado por seu abaixamento em cerca de 2 a 4 cm.

FASE LATENTE

Corresponde ao final do período premonitório e início do trabalho de parto, quando as contrações, embora rítmicas, são incapazes de promover a dilatação do colo uterino.

TRABALHO DE PARTO

Tipicamente o diagnóstico é feito por contrações uterinas que resultam em dilatação e/ou apagamento cervical:

- Contrações uterinas regulares (rítmicas), em geral dolorosas, que se estendem por todo o útero;
- Frequência mínima de 02 contrações a cada 10 minutos, duração maior que 15 a 20 segundos, mantidas após repouso no leito, por período mínimo de 30 minutos;
- Colo uterino dilatado para, no mínimo 2 cm, centralizado e com apagamento parcial ou total, com modificação progressiva.

CONDUTA

PERÍODO PREMONITÓRIO

- Exame clínico e obstétrico;
- Orientar a paciente quanto aos sinais e sintomas do trabalho de parto;

- Prescrição de medicação antiespasmódica se indicado;
- Orientação para retorno.

FASE LATENTE

Após exame clínico e obstétrico detalhado, manter a paciente em observação por algumas horas para avaliar a evolução para trabalho de parto.

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO

- Internação;
- Tricotomia – não há evidência de que traga benefícios para o parto ou puerpério. Preferencialmente, realizar a tonsura dos pêlos pubianos;
- Acesso venoso – por ocasião da coleta dos exames laboratoriais na internação, é aconselhável manter o acesso por meio de jelco®, no 18 ou 16, salinizado;
- Enema – desnecessário na conduta rotineira;
- Sinais vitais: pressão arterial, pulso, temperatura;
- Exame obstétrico detalhado

PALPAÇÃO ABDOMINAL:

AUSCULTA FETAL:

EXAME ESPECULAR:

TOQUE VAGINAL:

CARACTERÍSTICAS DO COLO UTERINO (ORIENTAÇÃO, DILATAÇÃO, APAGAMENTO):

DIAGNÓSTICO DA APRESENTAÇÃO FETAL: TIPO, ALTURA, ATITUDE (FLEXÃO E SINCLITISMO), VARIEDADE DE POSIÇÃO:

ARQUITETURA DA PELVE

- Avaliação laboratorial: VDRL, se necessário, teste rápido para HIV (se desconhecido e se autorizado pela parturiente), grupo sanguíneo e fator Rh;
- Admission test: As pacientes admitidas em trabalho de parto devem ser submetidas à cardiotocografia na sala de admissão ou logo que entrarem no CO. Um resultado anormal indica risco de mau resultado neonatal.

PERÍODO DE DILATAÇÃO

Cuidados com a Mãe

- Alimentação – optar por líquidos claros durante o trabalho de parto. Evitar alimentos sólidos.
- Atividade e posição materna – caminhar durante o primeiro estágio do trabalho de parto é frequentemente recomendado e pode reduzir o desconforto materno. Não interfere na duração do trabalho de parto, na dose de ocitocina, no uso da analgesia e no índice de cesariana. Banhos de chuveiro também aumentam

o conforto da paciente. Essas atividades dependem do status materno-fetal, da preferência pessoal e da necessidade de monitoração.

- Controle do pulso e da pressão arterial.
- Corrigir prontamente a hipotensão, a hipovolemia, a hipoglicemia e os distúrbios da contratilidade uterina.
- Hidratação – se necessária.
- Perfusão venosa de solução glicosada alternada com Ringer lactato.
- Prescrever glicose hipertônica parenteral caso o trabalho de parto se prolongue.
- Analgesia peridural contínua, sempre que possível, após certificar-se da adequada evolução do trabalho de parto (atividade uterina coordenada e evolução da dilatação cervical). Instalado o bloqueio, avaliar amiúde a atividade uterina e prescrever infusão venosa de ocitocina, se necessário.

Profilaxia da Infecção Neonatal por Estreptococus Beta-Hemolítico (GBS)

Indicações

- Recém-nascido prévio com infecção por GBS;
- Cultura vaginal e anorretal positiva para GBS na gravidez atual;
- Bacteriúria ou infecção urinária por GBS durante a gravidez atual;
- Cultura para GBS não realizada, incompleta ou com resultado desconhecido.

Indicada a profilaxia nas seguintes situações:

- Idade gestacional inferior a 37 semanas;
- Amniorrexe prematura com duração igual ou superior a 18 horas;
- Temperatura axilar superior a 38ºC.

Não indicada:

- Gestação prévia com cultura positiva para GBS (a menos que haja cultura positiva na gestação atual);
- Parto por cesariana eletiva, na ausência de trabalho de parto e de amniorrexe prematura (independente do resultado das culturas);
- Culturas vaginal e anorretal negativas na atual gestação, independente dos fatores de risco intraparto;
- Bacteriúria ou infecção urinária por GBS na gestação anterior (a menos que haja outra indicação para utilização na gestação atual).

Conduta

- Penicilina G cristalina: 5.000.000 UI EV, seguidas de 2.500.000 UI EV, a cada 4 horas;
- Ampicilina (conduta alternativa): 2,0 g EV, seguidas de 1 g EV, a cada 4 horas;
- Clindamicina (nos casos de alergia): 900 mg EV, a cada 8 horas;
- O esquema escolhido deverá ser mantido até o parto. Recomenda-se um mínimo de 4 horas de terapia antes do parto. Entretanto, níveis bactericidas no sangue do cordão umbilical são atingidos após 30 minutos da administração. Portanto, a profilaxia dever ser feita mesmo que o parto pareça iminente.

Progressão do Trabalho de Parto

- A frequência dos toques vaginais depende da evolução do trabalho de parto;
- Avaliar o grau de dilatação e apagamento, altura da apresentação, variedade de posição, estado da bolsa amniótica e perdas vaginais (sangue, líquido amniótico e sua coloração);
- As informações devem ser anotadas em um gráfico horário – Partograma;
- Quando indicada a amniotomia, praticá-la durante a contração uterina e aguardar o escoamento do líquido antes de terminar o toque vaginal;
- Monitoração do parto: sempre que possível, os partos devem ser acompanhados com monitoração eletrônica. Na sua impossibilidade sugere-se:

PALPAÇÃO ABDOMINAL MINUCIOSA A CADA 60 MINUTOS, POR NO MÍNIMO 10 MINUTOS, ANOTANDO-SE A FREQUÊNCIA E A DURAÇÃO DAS CONTRAÇÕES E O TONO UTERINO;

AUSCULTA CARDÍACA FETAL A CADA 15/30 MINUTOS, ANTES, DURANTE E, NO MÍNIMO, UM MINUTO APÓS A CONTRAÇÃO UTERINA;

CORRIGIR DISTÚRBIOS DA CONTRATILIDADE UTERINA (VER CAPÍTULO ESPECÍFICO).

Acompanhamento da Vitabilidade Fetal

- Valorizar a presença de mecônio, em especial o recente (pasta de ervilha dispersa no líquido amniótico), como sinal de alerta para o sofrimento fetal;
- Ausculta cardíaca fetal a cada 15/30 minutos, antes, durante e, no mínimo, um minuto após a contração uterina, na impossibilidade de monitoração eletrônica do parto;
- As principais alterações da frequência cardíaca do concepto que denunciam o sofrimento fetal são listadas abaixo e comentadas em rotina específica:

TAQUICARDIA;

PERDA DA OSCILAÇÃO;

DESACELERAÇÃO VARIÁVEL;

DESACELERAÇÃO TARDIA;

BRADICARDIA.

PERÍODO EXPULSIVO

- Posição da parturiente: classicamente a posição de decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdome e abdução dos joelhos, ou semissentada (permitida nos casos de leito PPP);
- Ausculta fetal a cada 5 minutos ou, preferencialmente, monitorização eletrônica continua;
- Sonda vesical de alivio, se necessário (obrigatória na utilização do fórcipe);
- Assepsia perineal;
- Anestesia locorregional – caso a paciente não tenha sido submetida à analgesia peridural ou se ainda sentir dor perineal, apesar desta;
- Bloqueio troncular bilateral do nervo pudendo interno na altura da extremidade da espinha ciática (10ml de lidocaina a 1%);
- Infiltração dos músculos elevadores do ânus e da rafe mediana (10 a 20ml de lidocaina a 1%);
- Infiltração em leque da pele e tecido celular subcutâneo a ser incisado (10ml de lidocaina a 1%);
- Episiotomia mediolateral – deve ser limitada aos partos com risco de laceração perineal, com distocia de partes moles ou em caso de necessidade de facilitar o parto de feto possivelmente comprometido.

Quando indicada:

- Praticá-la antes que a apresentação fetal distenda o períneo;
- Servir-se de bisturi para incisão da pele e tesoura para os planos profundos e mucosa vaginal;
- Fórcipe de alivio;
- Para abreviar o periodo expulsivo, quando indicado, preferir o fórcipe de alivio. Evitar a manobra e Kristeler;
- No desprendimento da cabeça fetal nas apresentações de vértice:
- Proteger o períneo posterior com compressa para prevenir o prolongamento da episiotomia;
- Evitar a deflexão brusca da cabeça para impedir traumatismos do períneo anterior;
- Correção da circular cervical de cordão, caso presente.
- Após o desprendimento do polo cefálico, nas apresentações de vértice, aguardar que se complete espontaneamente a rotação fetal e auxiliar no desprendimento do ombro – abaixamento da cabeça para o ombro anterior e elevação do polo cefálico para o ombro posterior;

- Clampeamento do cordão umbilical 8 a 10 cm de sua inserção abdominal.

SECUNDAMENTO

Proceder ao manejo ativo:

- Imediatamente após a expulsão fetal, administrar agente úterotônico: ocitocina – 10 a 20 UI em 500 ml de solução salina endovenosa, ou 5 a 10 UI IM. Não havendo resposta ou em caso de sangramento persistente, usar metilergometrina 0,2 mg IM ou misoprostol 1000 mcg via retal;

- Procedimentos indicados na condução do secundamento:

TRAÇÃO CONTROLADA DO CORDÃO ASSOCIADA À SUSTENTAÇÃO DO ÚTERO ATRAVÉS DA PAREDE ABDOMINAL;

PROCEDIMENTO DE HARVEY – QUANDO HOUVER DEMORA NA DEQUITAÇÃO;

ARTIFÍCIO DE JACOB-DUBLIN: FACILITA O DESPRENDIMENTO DAS MEMBRANAS, APÓS A EXPULSÃO PLACENTÁRIA.

- Revisão sistemática do colo uterino e da cavidade vaginal com sutura de lacerações porventura existentes, utilizando-se fios absorviveis naturais ou sintéticos, 0 ou 00;

- Episiorrafia por planos com fios absorviveis naturais ou sintéticos, 0 ou 00. Pontos separados para aproximação do plano muscular e para a síntese da pele, chuleio na mucosa vaginal. É medida útil o reparo inicial da fúrcula vaginal para que se mantenha a simetria perineal;

- Certificar-se de que o útero se encontra firmemente contraído. Desnecessária a administração rotineira de metilergometrina;

- Não realizar expressão manual do útero para expulsão de coágulo que se forma já que essa etapa (trombotamponagem) faz parte do processo de hemostasia uterina puerperal;

- A puérpera deverá ser mantida em observação por no mínimo uma hora após o parto (4º período do parto);

- O secundamento que não e completa após 30 minutos do parto caracteriza a retenção placentária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Committee Opinion n. 441. Oral intake during labor. Obstet. Gynecol., v.114, n.3, p.714, 2009.

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin, n.70. (Replaces Practice Bulletin Number 62, May 2005). Intrapartum fetal heart rate monitoring. Obstet. Gynecol., v.106, n.6, p.1453-1460, 2005.

- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON OBSTETRIC ANESTHESIA. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Anesthesiology, v.106, n.4, p.843-863, 2007.

- BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database Syst. Rev. n.1, CD001236, 2001;

- BEGLEY, C.M., et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst. Rev., n.11, CD007412, 2011.

- BLOOM, S.L. et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. N. Engl. J. Med., v.339, n.2, p.76-79, 1998.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Group B Strep (GBS). Table 3 – Indications and nonindications for intrapartum antibiotic prophylaxis to prevent early-onset group B streptococcal(GBS) disease.

- CUERVO, L.G.; RODRÍGUEZ, M.N.; DELGADO, M.B. Enemas during labor. Cochrane Database Syst. Rev. n.2, CD000330, 2000.



ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

O período pós-parto, também conhecido como puerpério, inicia-se após o nascimento do concepto e a saída da placenta. O final do puerpério não é tão bem definido, sendo muitas vezes descrito como seis a oito semanas após o parto, período em que as modificações anatômicas e fisiológicas do organismo materno, em especial do seu aparelho reprodutor, são marcadamente notadas:

- Dextrodesvio;
- Consistência firme e gradual involução uterina;
- Regeneração endometrial;
- Alongamento do colo uterino com retomada gradativa de imperviedade;
- Crise vaginal pós-parto (descamação atrófica de seu epitélio) acompanhada por processo de ressurgimento de pregueamento e tônus de suas paredes.

Didaticamente, o puerpério se divide em três etapas:

- Do 1º ao 10º dia – puerpério imediato
- Do 10º ao 45º dia – puerpério tardio
- Além do 45º dia – puerpério remoto

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Temperatura: Fenômenos fisiológicos como ingurgitamento mamário (relacionado à apojadura) e proliferação com ascensão de bactérias vaginais à cavidade uterina justificam discreta elevação de temperatura por volta do 3º dia, cuja duração não excede 48 h.

Dor abdominal: Tipo cólica, exacerbada durante as mamadas, de maior intensidade durante a 1ª semana. Decorre de contrações uterinas por ação local da ocitocina, liberada na hipófise posterior pelo reflexo de sucção mamilar.

Lóquios: Secreção vaginal pós-parto composta por sangue, fragmentos deciduais, bactérias, exsudatos e transudatos vaginais. Apresenta odor forte e característico, com volume e aspecto influenciados por gradual redução do conteúdo hemático.

Aparelho urinário: Edema e lesões traumáticas do trígono vesical e uretra podem acarretar retenção urinária. A esta, soma-se a maior capacidade vesical e eventual cateterismo para justificar predisposição à ocorrência de ITU.

Aparelho digestivo: Comum o retardo na primeira evacuação, pelo relaxamento da musculatura abdominal e perineal, assim como pelo desconforto em caso de episiorrafia e hemorróidas.

Alterações psíquicas: Breves crises de choro por instabilidade emocional, com marcantes mudanças de humor (disforia pós-parto ou blues puerperal) incidem em mais de 50% das pacientes nas duas pri-

meiras semanas do puerpério.

Mamas: O colostro já pode estar presente desde a 2ª metade da gravidez, ou no mais tardar, surge nos primeiros dias pós-parto. Apojadura com ingurgitamento mamário por volta do 3º dia pós-parto.

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

- Ascensão dos níveis de hemoglobina e hematócrito em relação à gestação;
- Manutenção, por até uma semana, da leucocitose do trabalho de parto, em especial à custa de granulócitos. Não há desvio para esquerda. Linfopenia relativa e eosinopenia absoluta são comuns;
- Maior prevalência de complicações tromboembólicas é atribuída à associação de fatores clínicos (em especial limitação de mobilização) e alterações na coagulação sanguínea (elevação de fibrinogênio e plaquetas com manutenção do nível elevado de fator VIII em relação ao final da gravidez).

CONDUTAS NO PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

Exame físico:

- Verificação de sinais vitais (PA, frequência cardíaca, temperatura), avaliação de coloração da pele e mucosas;
- Exame das mamas;
- Palpação abdominal (importante que não ocorra manipulação voluntariosa do útero visando manutenção intracavitária dos coágulos imprescindíveis a trombotamponagem) e avaliação de peristalse;
- Perdas vaginais: de relevância clínica destacam-se as variações na duração dos lóquios (não deve exceder o final da 2ª semana), constatação de redução diária de seu volume e eventual evolução patológica para padrão fétido de odor;
- Inspeção perineal (se pós-parto vaginal);
- Membros inferiores: descartar empastamento de panturrilhas.

Orientações:

- Deambulação: deve ser estimulada desde as primeiras horas do pós-parto e permitida, com supervisão (devido a ocorrência de lipotimias), desde que cessados os efeitos da anestesia. O desconforto causado pela flacidez abdominal nos primeiros dias de puerpério pode ser minimizado com o uso de faixas ou cintas apropriadas;
- Alimentação: pode ser liberada logo após o parto transpélvico. Não há restrições alimentares. A dieta deve conter elevado teor de proteínas e calorias. Importante incentivar a ingesta hídrica. Após cesariana, ver capítulo específico;
- Higiene: a vulva e o períneo devem ser lavados com água e sabão após cada micção e evacuação; orientar a higiene sempre na direção do ânus e evitar o uso de papel higiênico;

- Episiorrafia: desnecessária a prescrição rotineira de antissépticos e pomadas cicatrizantes; compressas de gelo na região perineal podem reduzir o edema e o desconforto da episiorrafia nas primeiras horas;

- Aleitamento: manutenção das mamas limpas e elevadas, através de sutiã apropriado; ingurgitamento mamário por ocasião da apojadura deve ser abordado com esvaziamento manual, compressa gelada após amamentação e, eventualmente, uso de ocitócico, spray nasal antes da mamada. Em caso de ingurgitamento mamário na ocasião da apojadura:

RETIRAR O EXCESSO DE LEITE, APÓS AMAMENTAÇÃO, POR ESVAZIAMENTO MANUAL;

BOMBAS DE SUCÇÃO DEVEM SER EVITADAS;

COMPRESSA DE GELO APÓS AMAMENTAÇÃO POR, NO MÁXIMO, 10 MINUTOS.

- Alta obstétrica: salvo intercorrências, pode ser autorizada após 48 horas. Em se tratando de parto vaginal, admite-se antecipá-la quando, além de evolução puerperal fisiológica em parto eutócico, constata-se ausência de comorbidade materna;

- Atividade sexual: liberada após 4 semanas do parto, respeitado o conforto e desejo da paciente;

- Revisão: consulta obstétrica deverá ser rotineiramente agendada para 30 a 40 dias após o parto, ocasião em que, demais do exame ginecológico, reassegura-se manutenção da amamentação e procede-se orientação individualizada quanto à contracepção.

Exames laboratoriais:

- Checagem sistemática da tipagem sanguínea materna, titulações de sífilis e HIV;

- Em caso de puérpera Rh negativo não sensibilizada (PAI negativa) torna-se obrigatória a verificação da tipagem sanguínea do recém-nato, além do Coombs direto;

- Em caso de paciente HIV positivo, suspensão da amamentação com comunicação imediata à pediatria;

- VDRL sugestivo de sífilis (sempre após análise comparativa com titulação pré-natal), contactar a pediatria.

Medicamentos

- Não faz parte da rotina a prescrição de ocitocina no pós-parto transvaginal, após a saída do CO;

- Sua utilização profilática na dose de 5 a 10 UI EV (fracionadas e diluídas nas etapas de cristaloides) no pós-operatório de cesariana se justifica por reduzir a incidência de hemorragia puerperal, por atonia uterina;

- Sulfato ferroso 300 mg/dia VO deve ser mantido pelo menos até o 3º mês de puerpério.

CONDUTAS EM DISTÚRBIOS DO PUERPÉRIO

- Hematomas de episiorrafia ou de ferida operatória de pequena monta podem ser acompanhados com vigilância clínica, aplicação local de compressa gelada e analgésico sistêmico. Deve-se proceder exploração digital da vagina em busca de hematoma no espaço pararretal (que impõe drenagem cirúrgica) em caso de dor mais intensa e sustentada, que pode estar acompanhada de instabilidade hemodinâmica;

- Em caso de palpação da bexiga por via abdominal ("bexigoma"), deve-se realizar cateterismo vesical, caso a paciente seja incapaz de esvaziá-la;

- Aparecimento ou agravamento de hemorróidas, comum nos primeiros dias que se seguem ao parto, são conduzidos com aplicação local de pomadas analgésicas e banhos de assento com água morna;

- Suporte psicológico à puérpera que evolui com blues puerperal;

- Para distúrbios da amamentação vide capítulo específico;

- Distensão abdominal com timpanismo e íleo paralítico é comum, principalmente no pós-operatório de cesariana. Deve ser conduzido com antifiséticos, dieta laxativa e deambulação estimulada.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AMBROSE, A.; REPKE, J.T. Puerperal problems. In: JAMES, D.J.(Ed.). High risk pregnancy: management options. 4th.ed. St. Louis: Elsevier, 2011. p.1313-1329.

- CUNNINGHAM, F.G. et al. The puerperium. In: CUNNINGHAM, F.G. et al. Williams obstetrics.22nd ed. New York: Mcgraw-Hill , 2005. p.693-710.

- GABBE, S.G. et al.(Ed.). Obstetrics: normal and problems pregnancies. 6th ed. Philadelphia:Saunders, 2012. Section IV Postpartum Care.

- FRANCISCO, R.P.V.; FONSECA, E.S.V.B. da; SAPIENZA, A.D. Parto e puerpério: puerpério normal. In: ZUGAIB, M.(Ed.). Zugaib obstetrícia. Barueri: Manole, 2008. p.429-440.



CRESCIMENTO INTRAUTERINO RESTRITO

Define o feto que não consegue atingir o seu potencial genético de crescimento. O CIUR representa um grupo heterogêneo, onde a maior parte corresponde a fetos constitucionalmente pequenos, mas saudáveis. Pode estar associado ou não a várias etiologias. Demanda diagnóstico correto, visando estabelecer rotina para o acompanhamento pré-natal e durante o parto.

O ganho ponderal depende de fatores que provocam redução no seu potencial de crescimento intraútero.

O crescimento fetal se processa em três fases – Figura 1.



Figura 1 - Características das fases do crescimento fetal

CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA

É estabelecida conforme figura 2.



Figura 2 - Classificação do CIUR em função da sua etiologia e da época em que acomete o crescimento fetal

DIAGNÓSTICO – Figura 3.

- Identificar fatores de risco;

- Atentar para o correto diagnóstico da idade gestacional;
- Rastrear doenças próprias e intercorrentes na gestação;
- Avaliar o ganho ponderal materno;
- Avaliar a medida do fundo uterino e acompanhar seu crescimento;
- Ultrassonografia:

PREDIÇÃO DO PESO FETAL;

MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL FETAL (CA) - 2 AFERIÇÕES COM INTERVALO DE 14 DIAS;

ESTIMATIVA DO VOLUME DE LÍQUIDO AMNIÓTICO (VLA);

ESTUDO DA MATURIDADE PLACENTÁRIA;

A COMBINAÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL FETAL E DO DOPPLER DA ARTÉRIA UMBILICAL (AU) CONSTITUI O MELHOR PROCEDIMENTO PARA DIAGNOSTICAR O CIUR DE CAUSA PLACENTÁRIA.

- Procedimentos complementares - dependem da história clínica e dos achados sonográficos;
- Ultrassonografia morfológica (para excluir anomalia fetal);
- Cariótipo fetal;
- Sorologia Materna e PCR no LA para pesquisa de infecção;
- Diagnóstico preditivo e precoce de pré-eclâmpsia (Doppler de artérias uterinas);
- Diagnóstico das trombofilias;
- Diagnóstico da insuficiência placentária (Doppler de artéria umbilical).

CONDUTA NA GESTAÇÃO

- Repouso relativo e controle dietético;
- Desestimular fumo, álcool e drogas ilícitas;
- Tratar as doenças de base, se existentes;
- Ultrassonografia nível II para estudo morfológico do concepto;
- Dopplerfluxometria - avaliação da circulação feto-placentária;
- Acelerar a maturidade pulmonar fetal, se indicado.

CIUR SIMÉTRICO OU PRECOCE

- Estudo genético do concepto (ver rotina específica);
- Pesquisar infecção fetal (Líquido amniótico: PCR; sangue de cordão: IgM, IgG);
- Solicitar Ecocardiografia fetal;
- Avaliar a vitabilidade fetal (ver rotina específica);
- Monitorar o crescimento fetal pela ultrassonografia.

CIUR ASSIMÉTRICO OU TARDIO

- Monitorar o crescimento fetal pela ultrassonografia;
- Avaliar a vitabilidade fetal (ver rotina especifica);
- Interromper a gestação caso haja indicação materna ou sofrimento fetal.

CONDUTA NO PERIPARTO

A periodicidade das avaliações fetais aqui propostas deverão SEMPRE levar em consideração a evolução/deterioração da doença materna de base, caso ela exista. O manejo das gestações complicadas por CIUR deverá ser baseado na realização do Doppler e perfil biofísico fetal – figura 4.

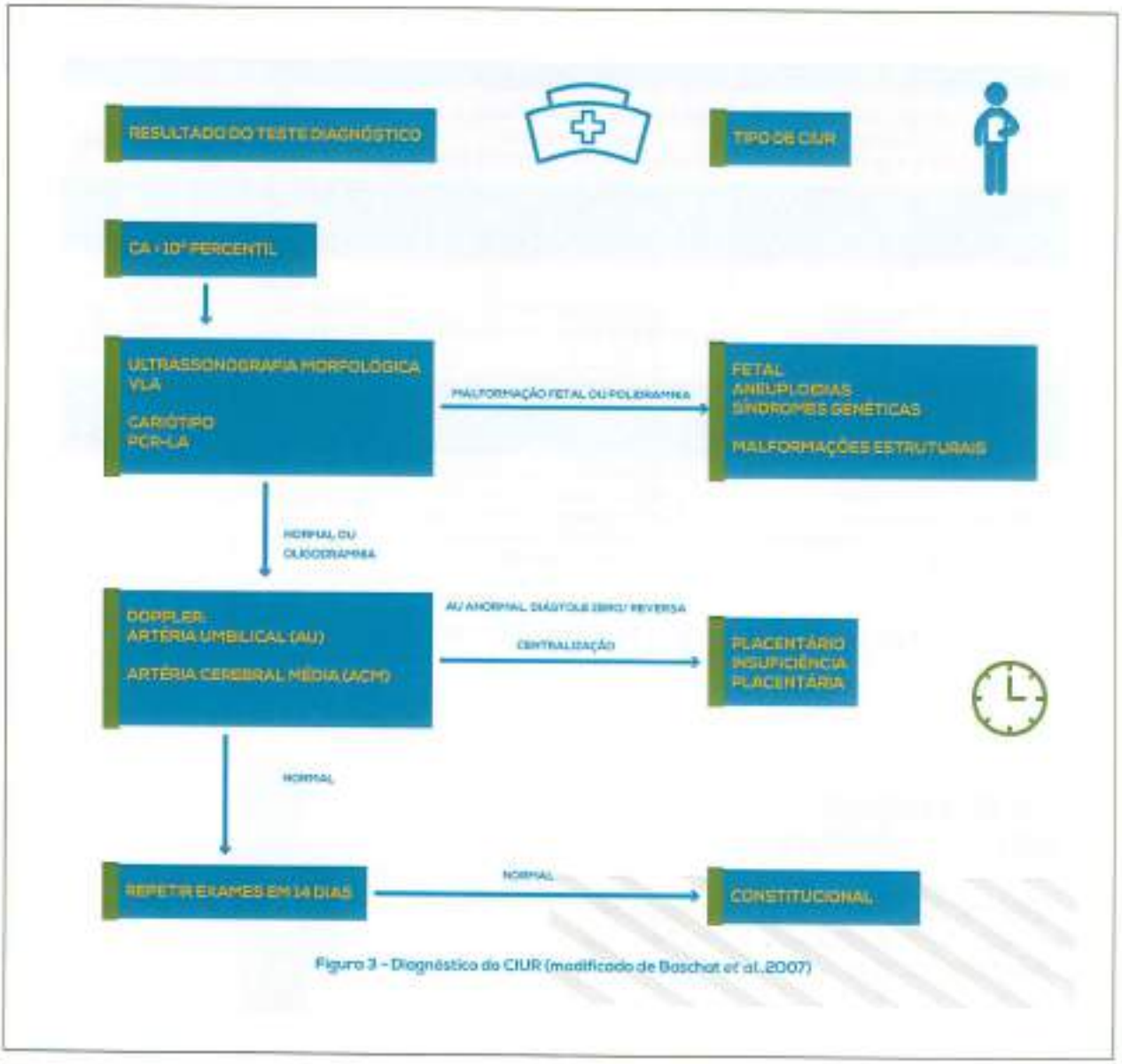


Figura 3 - Diagnóstico do CIUR (modificado de Baschat et al.,2007)

Figura 3 - Diagnóstico do CIUR (modificado de Baschat et al., 2007)

CIUR POUCO PROVÁVEL		
CA, CC/CA, AU, ACM, DV, PBF e vLA normais	Axfixia extremamente rara Baixo risco para SFA	Parto por indicação obstétrica ou materna
CIUR CONFIRMADO		
CA < 10º p, CC/CA aumentado, AU anormal, ACM e DV normais, PBF 8/10 e vLA normal	Asfixia extremamente rara Aumenta risco de SFA	Parto por indicação obstétrica ou materna
REDISTRIBUIÇÃO DE FLUXO		
CIR critérios acima, ACM anormal, DV normal PBF 8/10 e vLA normal	Asfixia rara Hipoxemia possível Aumenta risco de SFA	Parto por indicação obstétrica ou materna Doppler semanal PBF 2x / semana
REDISTRIBUIÇÃO DE FLUXO SIGNIFICATIVO		
AU DZ / DR DV normal PBF 6/10 e oligodramnia	Hipoxemia comum Acidemia ou axfixia possível Início comprometimento fetal	> 34 semanas : parto < 32 semanas: internação, corticosteróides, Doppler e PBF diários
COMPROMETIMENTO FETAL		
DV PI anormal PBF 6/10 e oligodramnia	Hipoxemia comum Acidemia ou axfixia provável	> 34 semanas : parto < 32 semanas: internação, corticosteróides e individualização Doppler e PBF diários/ até 3 x/dia
DESCOMPENSAÇÃO FETAL		
Critérios acima DV onda A ausente ou reversa Pulsatilidade veia umbilical PBF <6/10 e oligodramnia	Instabilidade cardiovascular, distúrbio metabólico, natimortalidade possível, mortalidade perinatal elevada independente dos cuidados imediatos	Parto imediato em centro de cuidados terciário com UTI-Neonatal especializado

Figura 4 - Algoritmo do manejo periparto no CIUR (Modificado de Baschat & Hecher, 2004)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASCHAT, A. A.; HECHER, K. Fetal growth restriction due to placental disease. Semin. Perinatol., v.28, n.1, p.67-80, 2004.

- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Crescimento Intrauterino Restrito. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.514-518.



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Trata-se da separação prematura da placenta normalmente inserida. Complica cerca de 1% dos nascimentos, e cerca de 80% dos casos ocorrem antes do início do trabalho de parto.

FATORES DE RISCO

- DPP em gestação anterior: é o maior determinante de risco, elevando-o em 15 a 20 vezes na gestação atual;
- Multiparidade;
- Idade materna avançada;
- Tabagismo;
- Uso de cocaína;
- Trauma;
- Hipertensão materna;
- Rotura prematura das membranas ovulares;
- Gestação múltipla;
- Polidramnia com rápida descompressão da cavidade uterina;
- Trombofilias (hereditárias ou adquiridas);
- Miomatose e malformações uterinas;
- Anomalias placentárias;
- Sangramento no início da gravidez.

DIAGNÓSTICO

- A hipertensão arterial é frequentemente diagnosticada ou referida pela paciente;
- Dor abdominal espontânea (subitânea e de intensidade variável) ou à palpação;
- Hipertonia uterina (identificação difícil na presença de obesidade);
- Sangramento vaginal (80% dos casos) podendo ser mínimo, eventual, ou não observado (sangramento oculto, hematoma retroplacentário) em 10 a 20% dos casos;
- Bolsa das águas tensa;
- Líquido amniótico ocasionalmente hemorrágico (hemoâmnio);
- Sinais de hipovolemia materna podem estar presentes;
- Bradicardia fetal importante ou BCF inaudível;
- Cardiotocografia geralmente anormal, com padrão não reativo ou bradicardia fetal acentuada;
- A ultrassonografia é importante para o diagnóstico de óbito fetal. Quando normal, não afasta o DPP.

CONDUTA

- MEDIDAS GERAIS
- Internação imediata;
- Cateterismo vesical;

- Administração de oxigênio úmido sob máscara;
- Avaliação laboratorial da série vermelha, da função renal e da coagulação sanguínea;
- Reposição da volemia, se necessário;
- Correção dos distúrbios de coagulação, se presentes (Grau IIIB).

CONDUTA OBSTÉTRICA

- Estando o concepto vivo (Grau II), realizar o parto o mais rápido possível, por operação cesariana (conduta preferencial), ou por via baixa, com o emprego do fórcipe, se em período expulsivo;
- Estando o concepto morto (Grau III), utilizar a via mais segura para a mãe, preferencialmente o parto vaginal.

COMPLICAÇÕES IMEDIATAS

- Útero de Couvelaire. Só realizar histerectomia (subtotal) se não houver resposta contrátil do útero após a sua sutura e a administração de ocitácicos;
- Distúrbios da hemocoagulação e coagulação intravascular disseminada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, C. M. de. Sangramento no terceiro trimestre. Manual de perinatologia/perinatal. Rio de Janeiro: Grupo Perinatal, 2012, p.177-180.

- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Descolamento prematuro da placenta. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p.408-415.



DIABETES MELLITUS

É definido como a intolerância a carboidratos, de gravidade variável, com início ou primeiro reconhecimento durante a gravidez. No entanto, pelos novos critérios preconizados pelo International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG, 2010), o diabetes diagnosticado durante a gravidez pode ser classificado como prévio ou gestacional. A forma gestacional da doença é responsável por 90% dos casos de diabetes, e sua prevalência varia de acordo com o critério diagnóstico utilizado, podendo chegar a 18%.

A gestação é um período caracterizado por resistência a insulina em consequência da produção placentária de determinados hormônios que se contrapõem a sua ação. Exemplos destes hormônios diabetogênicos são o hormônio de crescimento, o hormônio liberador de corticotropina, o lactogênio placentário e a progesterona. Associa-se ainda o aumento do aporte calórico e da deposição de gordura materna, assim como a diminuição da prática de exercícios físicos. Todos estes fatores predispõem algumas mulheres a desenvolverem diabetes.

FATORES DE RISCO

- História familiar de diabetes, principalmente em parentes de 1º grau;
- Índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional > 30, ou ganho ponderal excessivo durante a gravidez;
- Idade superior a 25 anos;
- História de feto com peso superior a 4000g;
- História de intolerância à glicose;
- História de perda fetal inexplicada ou malformação fetal;
- Peso de nascimento da mãe superior a 4000g ou inferior a 2700g;
- Glicosúria na primeira visita pré-natal;
- Síndrome dos ovários policísticos
- Uso regular de glicocorticóides;
- Hipertensão essencial ou relacionada à gravidez.

RASTREAMENTO

Objetiva identificar as gestantes assintomáticas que tenham alta probabilidade de desenvolverem diabetes. Como 90% das mulheres grávidas apresentam algum fator de risco para intolerância à glicose, atualmente o rastreio universal parece ser a melhor abordagem.

O método ideal de rastreio ainda é controverso, sendo a abordagem proposta pelo American College of Obstetricians and Gynecologists diferente daquela defendida pelo IADPSG e pela American Diabetes Association. Em nosso Serviço, adaptamos a metodologia proposta pelo IADPSG (2010) - ver Figura 1.

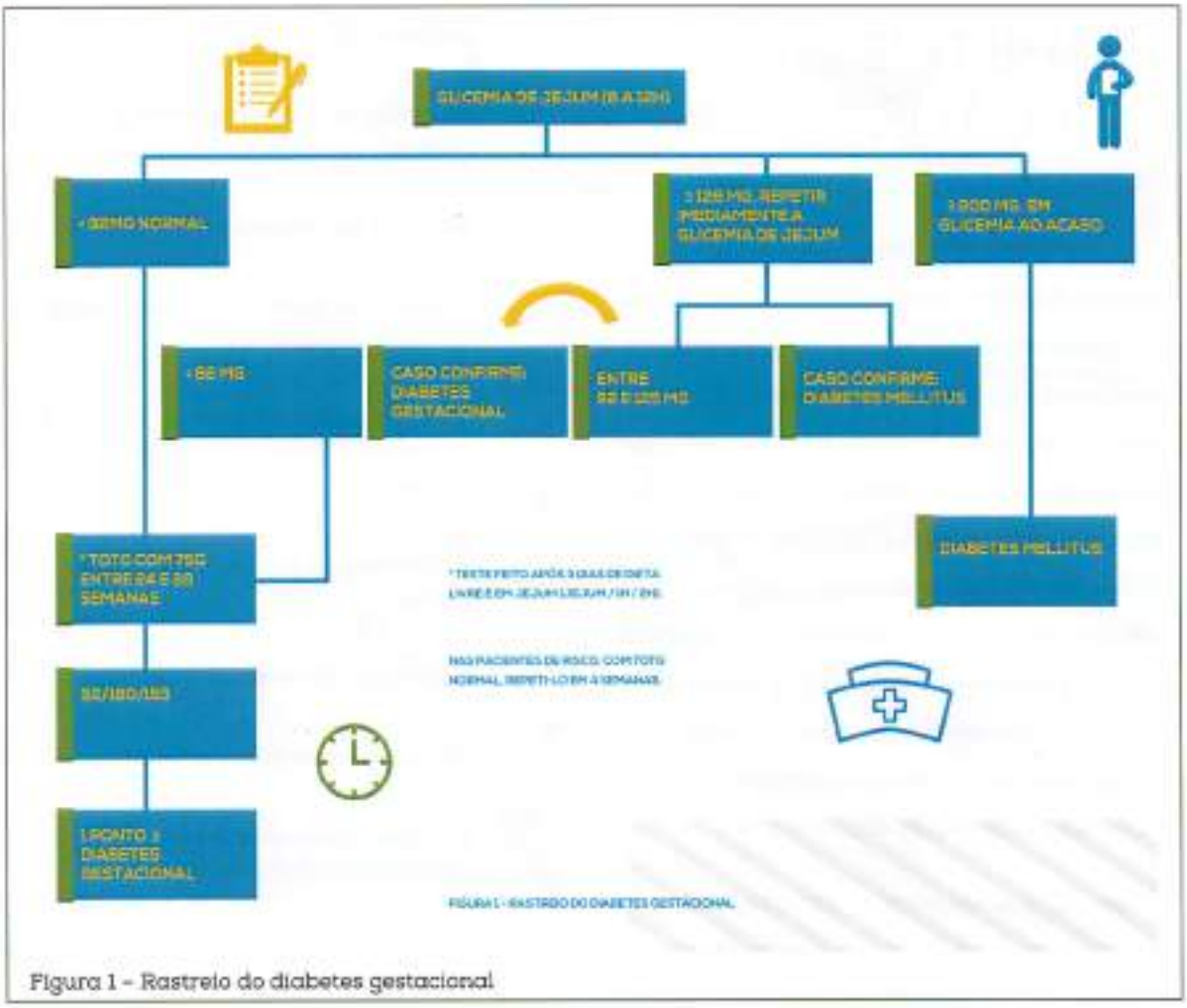


Figura 1 – Rastreio do diabetes gestacional

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O diagnóstico de diabetes prévio pode ser feito em mulheres que preencham um dos seguintes critérios na primeira consulta pré-natal:

- Glicemia plasmática de jejum ≥126 mg/dl, ou
- Hemoglobina glicosilada ≥6,5%, ou
- Glicemia plasmática aleatória ≥200 mg/dl, confirmada subsequentemente por elevação da glicemia de jejum ou da hemoglobina glicosilada.
- O diagnóstico de diabetes gestacional pode ser feito em mulheres que preencham um dos seguintes critérios:
- Glicemia plasmática de jejum ≥92 mg/dl, mas <126 mg/dl, em qualquer idade gestacional, ou
- Entre 24-28 semanas de gestação: teste oral de tolerância a glicose de 2 horas com 75g de glicose anidra, apresentando pelo menos 1 dos valores alterados – glicemia de jejum ≥92 mg/dl, mas <126 mg/dl; ou glicemia com 1 hora ≥180 mg/dl; ou glicemia com 2 horas ≥153 mg/dl.

DIABETES MELLITUS PRÉ-GESTACIONAL

- Trata-se de doença sistêmica crônica e progressiva, caracterizada por alteração do metabolismo de

carboidratos, gorduras e proteínas. Pode evoluir com alterações morfológicas e funcionais dos vasos sanguíneos (microangiopatia), acometendo a retina e os glomérulos renais;

- A classificação do diabetes mellitus (DM) e as complicações maternas associadas não são objetivo específico deste capítulo. No entanto, cabe ressaltar que a associação desta patologia à gravidez implica fundamentalmente em acompanhamento pré-natal multidisciplinar, com estreita integração entre as equipes obstétrica, endocrinológica, de nutricionistas e de enfermagem;

- É importante destacar ainda que a gestação pode levar a piora de retinopatia, nefropatia, neuropatia, hipertensão arterial crônica, e dificuldade no controle glicêmico.

COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES DO DMG

- Macrossomia - esta condição aumenta o risco de parto operatório e desfechos neonatais adversos, tais como distócia de ombro, lesão de plexo braquial e fratura de clavícula;

- Pré-eclâmpsia - gestantes portadoras de DMG apresentam maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia, possivelmente devido à resistência insulínica;

- Polidramnia - embora seja mais comum em pacientes portadoras de DMG, não parece estar associada à maior morbidade e mortalidade perinatal;

- Óbito fetal intrauterino - fetos de mulheres com DMG parecem apresentar maior risco para este evento, sendo este risco relacionado ao pior controle glicêmico;

- Morbidade neonatal - risco aumentado para hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, e síndrome de angústia respiratória;

- Ao contrário do que se observa nas pacientes com DM pré-gestacional, gestantes portadoras de DMG geralmente não apresentam vasculopatia ou risco aumentado de malformações congênitas;

- Por outro lado, existem riscos associados ao DMG que vão além do período gestacional e neonatal.

- As mulheres que apresentaram DMG têm maior risco de desenvolverem diabetes tipo 2, incluindo doença vascular associada;

- Os filhos de mulheres que apresentaram DMG têm maior risco de se tornarem obesos ou de desenvolverem resistência à insulina ou síndrome metabólica.

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

- O acompanhamento da gestante portadora de DM, gestacional ou prévio, inclui o conhecimento dos riscos maternos e fetais associados a esta patologia, o uso da ultrassonografia para avaliação do crescimento e bem-estar do feto, a monitorização materna e fetal intraparto, a tomada de decisão sobre o momento e a via de parto, e a abordagem pós-parto;

- É importante destacar que nestas gestantes, além de seguir toda a rotina pré-natal habitual, deve-

se ter sempre como objetivo a identificação precoce das principais complicações;

- A manutenção adequada do controle glicêmico é o aspecto fundamental nesse processo, pois reduz a frequência e a gravidade das complicações;

- A abordagem multidisciplinar durante o pré-natal é mandatória, sendo a equipe constituída por obstetras, nutrólogos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos. Os objetivos são:

INSTITUIR DIETA ADEQUADA;

IMPLEMENTAR MODIFICAÇÕES DE ESTILO DE VIDA, COM A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA;

INICIAR TRATAMENTO COM INSULINA, QUANDO NECESSÁRIO.

- Quanto à monitorização fetal anteparto, não há consenso a respeito do melhor método a ser utilizado;

- Do ponto de vista prático, deve-se levar em consideração a gravidade do DM, ou seja, avaliar como o controle glicêmico foi obtido (às custas de dieta/exercícios ou pelo uso de insulina) e também a presença ou não de outros fatores de risco para um desfecho desfavorável (idade materna avançada, história de perda fetal, associação de outras comorbidades como hipertensão);

- De forma geral, recomenda-se que pacientes portadoras de DMG que necessitem de insulina devam ser monitoradas da mesma forma que aquelas que são diabéticas pré-gestacionais;

- O momento de iniciar a avaliação no 3º trimestre, a frequência de exames, e os testes mais adequados e utilizados variam entre as diversas instituições.

Em nosso serviço, propõe-se a rotina de avaliação fetal descrita a seguir.

- Na 1ª consulta pré-natal, deve-se:

TER AVALIAÇÃO CONJUNTA COM A EQUIPE DE NUTRIÇÃO;

INICIAR MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA EM JEJUM E 1H PÓS-PRANDIAL;

SUSPENDER HIPOGLICEMIANTES ORAIS E INICIAR INSULINA, SE NECESSÁRIO;

SOLICITAR AVALIAÇÃO RETINIANA (FUNDOSCOPIA) E AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL, NOS CASOS DE DIABÉTICAS PRÉ-GESTACIONAIS. A FUNDOSCOPIA SERÁ REPETIDA COM 16 SEMANAS SE A PRIMEIRA FOR ALTERADA OU COM 28 SEMANAS SE A PRIMEIRA FOR NORMAL;

SOLICITAR ULTRASSONOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE E IDADE DA GESTAÇÃO;

APÓS ESTA CONSULTA, ALÉM DOS EXAMES DE ROTINA DO PRÉ-NATAL, SERÃO REALIZADAS AS AVALIAÇÕES DESCRITAS NA TABELA 1.

1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Entre 11 sem e 13 sem 6 dias US para estimativa da idade gestacional e rastreio de 1o trimestre.	Entre 22 e 24 semanas US morfológica Doppler obstétrico USTV (medida do colo). Entre 24 e 26 semanas Ecocardiografia fetal somente para pacientes portadoras de DM prévio.	US para avaliar crescimento fetal e volume de líquido amniótico com 28 / 32 / 36 / 38 / 39 semanas. CTG semanal a partir de 32 semanas - para pacientes em uso de insulina. CTG no termo - para pacientes em dieta. Doppler fetal com 32 semanas. Individualizar seguimento na presença de vasculopatia ou outro fator de risco para CIUR.

Tabela 1 - Propedêutica fetal para acompanhamento do DMG

APRAZAMENTO DE CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Consultas com Nutricionista a cada 1-2 semanas ao longo de toda a gestação nos casos de DM prévio, e de acordo com a necessidade nos casos de DMG;
- Consultas de pré-natal nos casos de DM prévio e DMG em uso de insulina:

MENSAL ATÉ 20 SEMANAS;

QUINZENAL ATÉ 32 SEMANAS;

SEMANAL APÓS 32 SEMANAS.

- Consultas de pré-natal nos casos de DMG em controle com dieta:

MENSAL ATÉ 28 SEMANAS;

QUINZENAL ATÉ 34 SEMANAS;

SEMANAL APÓS 34 SEMANAS.

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

- A terapia nutricional deve ser iniciada o mais precocemente possível e deve ser planejada de forma individualizada. Tem como objetivo promover o controle glicêmico, adequada nutrição materno fetal e ganho de peso adequado para diminuir o risco de desfechos indesejáveis. A gestante deverá ser encaminhada para o ambulatório de nutrição para que o nutricionista faça o planejamento dietético e o acompanhamento dessas gestantes;
- Todo o planejamento dietético está descrito no capítulo do protocolo da assistência nutricional para gestantes com diabetes;
- Quanto à composição:

50 - 52% DE CARBOIDRATOS;

30 A 40% DE LIPÍDIOS;

15 A 20% DE PROTEÍNAS.

- Ressalta-se que estes percentuais são os adotados na prática clínica pelo Serviço de Nutrição, pois, associam-se com boa adesão por parte das gestantes com DM e com bons resultados perinatais;
- Quanto ao teor energético: a dieta da grávida com DM ou DMG deve ser calculada individualmente considerando a idade materna, o peso, a atividade física e o ganho de peso gestacional recomendado por semana até o parto.

INSULINOTERAPIA

- Indicada para todas as gestantes com DM tipo 1 e para outras cujas glicemias não estão compensadas com dieta;
- Insulina NPH na dose diária total de 0,3 a 0,4 U/Kg/dia, fracionada conforme avaliação das glicemias capilares;
- Pode ser necessário usar insulina regular para controle da glicemia. A dose ideal de insulina NPH / insulina regular é individual e será alcançada pela observação da glicemia medida em diversos períodos do dia;
- Controle adequado: glicemia de jejum até 95mg% e glicemia pós-prandial até 140mg% (1h) ou 120mg (2h). A monitorização com glicemia capilar é feita 6 vezes por dia, antes e após as refeições.

USO DE CORTICÓIDE

Utilizado com base em indicação obstétrica. Deve ser feito com a paciente internada e sob rigoroso controle da glicemia.

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

- Preferencialmente no termo da gestação;
- Pacientes em dieta - 40 semanas;
- Pacientes em uso de insulina - 38/39 semanas;
- Nas pacientes bem controladas, a indicação da via de parto é obstétrica;
- Cuidados durante a cirurgia:

PRESCREVER NA VÉSPERA 1/3 A 1/2 DA DOSE DE INSULINA NPH EM USO;

MANTER PERFUSÃO VENOSA DE SOLUÇÃO GLICOSADA ISOTÔNICA DURANTE TODO O ATO CIRÚRGICO E NO PÓS OPERATÓRIO, ENQUANTO EM DIETA ZERO.

MANTER GLICEMIA DURANTE O PARTO ENTRE 70 E 110MG%, VERIFICANDO DE 1/1 HORA.

ACOMPANHAMENTO PÓS-PARTO

- DM pré-gestacional:

RETORNAR A 1/3 DA DOSE DE INSULINA DE ANTES DA GESTAÇÃO;

RETORNAR 1 SEMANA APÓS A ALTA HOSPITALAR AO AMBULATÓRIO DE NUTROLOGIA.

- DMG:

PRESCREVER DIETA LIVRE APÓS O PARTO.

NÃO USAR, DE ROTINA, INSULINA NO PÓS-PARTO;

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE NUTROLOGIA 6 SEMANAS APÓS O PARTO PARA TOTG-75G;

ANTICONCEPÇÃO: DIU, MINIPÍLULA (AC À BASE DE PROGESTERONA) OU MÉTODOS DE BARREIRA.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

-AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin, n.30.

Gestational diabetes. Obstet. Gynecol., v.98, n.3, p.525-538, 2001 - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin, n.60.



DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

É doença fetal que cursa com anemia, podendo comprometer a saúde fetal e o resultado neonatal. É passível de tratamento durante a gravidez. Na última década houve redução significativa na sua frequência, em virtude da administração preventiva de imunoglobulina anti-Rh durante a gestação e no puerpério imediato.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- Investigar a existência de incompatibilidade sanguínea entre os pais;
- Arguir sobre a ocorrência de situações passíveis de sensibilização materna;
- Pesquisar história prévia de natimortos, hidrópicos ou recém-natos que necessitaram de exsanguinotransfusões ou de transfusões intrauterinas.

LABORATORIAL

- Sangue materno:

RH NEGATIVO E DU NEGATIVO;
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (PAI) POSITIVA;

AUMENTO SÚBITO DOS TÍTULOS DE ANTICORPOS.

Sangue paterno:

RH POSITIVO OU DU POSITIVO.

ULTRASSONOGRÁFICO

- Placentomegalia;
- São sinais sugestivos de agravamento do processo hemolítico:

POLIDRAMNIA;

CRESCIMENTO ANORMAL DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL;

ASCITE;

DERRAME PLEURAL;

DERRAME PERICÁRDICO;

ANASARCA.

RECÉM-NASCIDO

- Rh positivo ou Du positivo; Coombs direto positivo;

- Anemia grave;
- Ictericia e, por vezes, Kernicterus;
- Hidropisia neonatal.

CONDUTA – Figura 1.

GESTANTE RH NEGATIVO NÃO-SENSIBILIZADA

- Tipagem do sangue do parceiro, se possivel;
- PAI na primeira consulta, repetido com 28, 32 e 36 semanas de gestação;
- Profilaxia da isoimunização pela administração de 300mcg, IM, de imunoglobulina anti-Rh, nas seguintes situações:

NAS PRIMEIRAS 72 HORAS DE PÓS-PARTO, O MAIS PRECOCE POSSÍVEL, CASO O RECÉM-NATO SEJA RH POSITIVO OU DU POSITIVO;

EM CASO DE ABORTAMENTO, PRENHEZ ECTÓPICA OU NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

- Após procedimento invasivo;
- Nas sindromes hemorrágicas;
- Após transfusão de sangue incompativel.

GESTANTE RH NEGATIVO SENSIBILIZADA.

- PAI < 1:16.

REPETIR O EXAME MENSALMENTE, ATÉ 28 SEMANAS E, A PARTIR DAÍ, A CADA 15 DIAS.

- PAI > 1:16.

A HISTÓRIA DE GESTAÇÕES PRÉVIAS COM MAU RESULTADO PERINATAL DEVE SER CONSIDERADA COMO FATOR AGRAVANTE EM CASO DE DÚVIDAS EM RELAÇÃO À CONDUTA A SER PRATICADA.

DOPPLERFLUXOMETRIA DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA (ACM) DO CONCEPTO PARA AVALIAR O PICO DE VELOCIDADE DO FLUXO, QUE DEVERÁ SER < QUE 1,5 MÚLTIPLOS DA MEDIANA.

ULTRASSONOGRAFIA PARA ESTUDO DA PLACENTA, VOLUME AMNIÓTICO, EDEMA E HIDROPISIA FETAL.

TRANSFUSÃO INTRAVASCULAR INTRA-UTERINA (TIV), SE INDICADO.

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO POR OPERAÇÃO CESARIANA NOS CASOS DE COMPROMETIMENTO DA VITABILIDADE FETAL OU, EM QUALQUER SITUAÇÃO, APÓS 34 SEMANAS.

ACELERAR A MATURIDADE PULMONAR FETAL (VER ROTINA

ESPECÍFICA).

AVALIAÇÃO DA VITABILIDADE FETAL (VER ROTINA ESPECÍFICA).

TRANSFUSÃO INTRAVASCULAR INTRA-UTERINA (TIV)

- A TIV é o tratamento de escolha para fetos anemiados, até 34 semanas de gravidez;
- Indicações.

PICO DE VELOCIDADE DE FLUXO DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA > QUE 1.5 MÚLTIPLOS DA MEDIANA;

SINAIS SONOGRÁFICOS DE PRÉ-HIDROPISIA: PLACENTOMEGALIA, POLIDRAMNIA;

SINAIS SONOGRÁFICOS DE HIDROPISIA: ASCITE, DERRAMES VISCERAIS, ANASARCA.

- O intervalo entre as transfusões deve ser individualizado, lembrando que o hematócrito nos fetos transfundidos cai um ponto percentual ao dia.
- Sinais sonográficos de agravamento fetal são também relevantes para o planejamento de nova TIV.



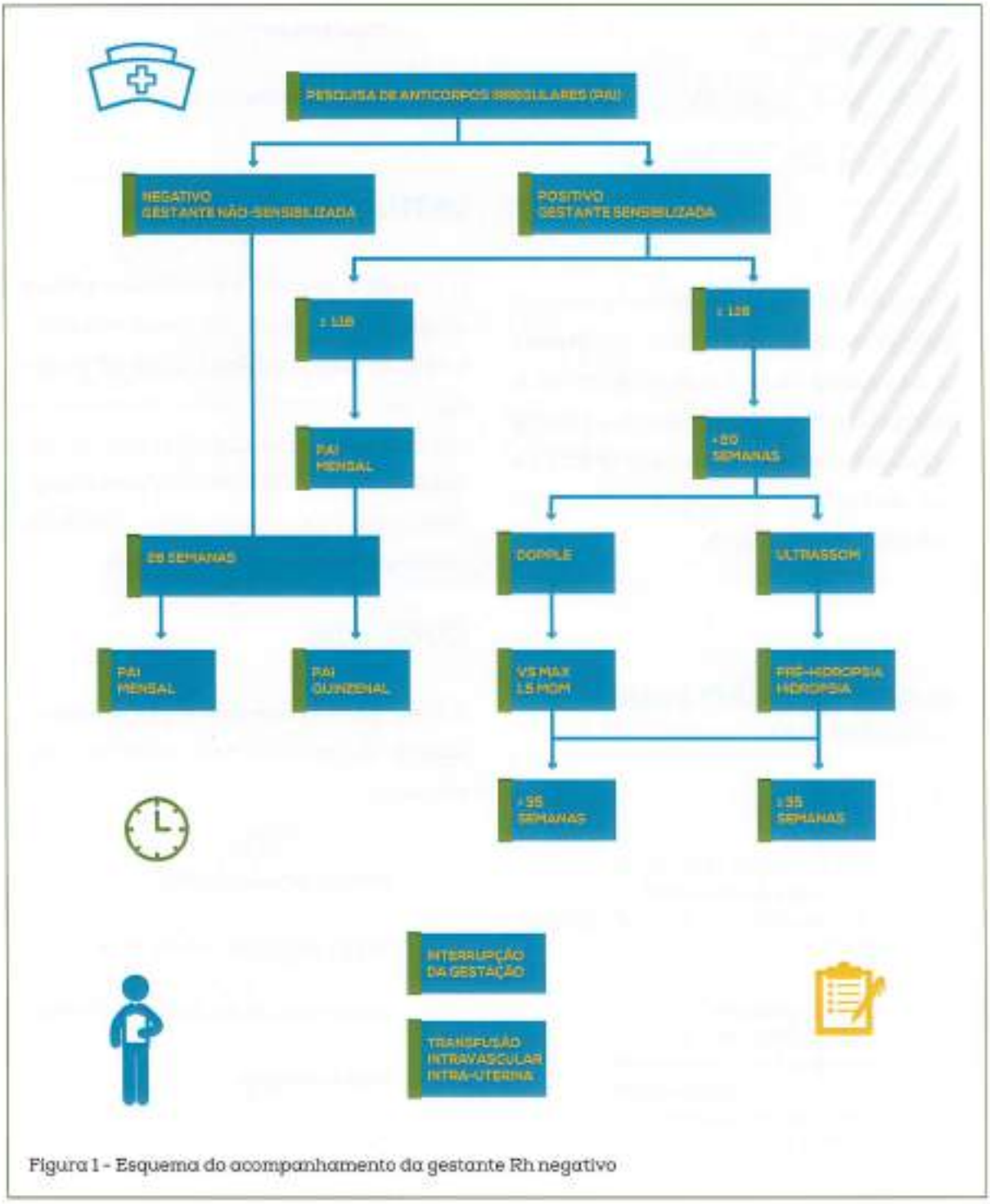


Figura 1 - Esquema do acompanhamento da gestante Rh negativo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GEAGHAN, S. M. Diagnostic laboratory technologies for the fetus and neonate with isoimmunization. Semin. Perinatol., v.35, n.3, p.148I-54, 2011.

- KIM, Y. A.; MAKAR, R.S. Detection of fetomaternal hemorrhage. Am. J. Hematol., v.87, n.4, p.417-423, 2012.

- RATH, M.E., et al. Hematological morbidity and management in neonates with hemolytic disease due to red cell alloimmunization. Early Hum. Dev., v.87, n.9, p.583-588, 2011.

- FRISZER, S., et al. Determination of the optimal timing of serial in utero transfusions in red blood cell alloimmuniation. Ultrasound Obstet Gynecol. Accepted for publication.

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

É o termo usado para nomear os tumores do trofoblasto viloso placentário, englobando as diferentes formas da mola hidatiforme, a mola invasora, o coriocarcinoma e o tumor trofoblástico do sítio placentário (PSTT). As três últimas são denominadas neoplasia trofoblástica gestacional.

CLASSIFICAÇÃO (mola hidatiforme)

Mola completa: feto, cordão e membranas estão ausentes e é o cariótipo invariavelmente feminino 46 XX;

- Mola parcial: feto, cordão e membrana amniótica frequentemente presentes. O cariótipo é triplóide, com par adicional de cromossomos de origem paterna.

QUADRO CLÍNICO

- Sangramento vaginal;
- Aumento do volume uterino em desacordo com a idade gestacional;
- Cistos tecaluteínicos dos ovários;
- Hiperêmese;
- Toxemia gravídica precoce.

ULTRASSONOGRAFIA

É o melhor método não invasivo para o diagnóstico de mola. Na mola completa, evidencia útero contendo material ecogênico, com múltiplas vesículas anecóicas de tamanhos diferentes, sem fluxo intrauterino, ausência de feto e BCF. Na mola parcial, placenta grande de aspecto normal com lesões intraplacentárias anecóicas difusas.

CONDUTA

Solicitar para todas as pacientes em que há suspeita de gestação molar antes do esvaziamento:

- Hemograma completo;
- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Determinação do nível de beta- Hcg;
- Raio X de tórax;
- Esvaziamento molar por aspiração.

SEGUIMENTO PÓS MOLAR

- Dosagem de beta-hCG: deve ser realizada 48 h após o esvaziamento molar, e depois semanais. Quando for negativo por 3 semanas consecutivas, dosá-lo mensalmente por 6 meses. Após 6 meses consecutivos de negativação do

beta-hCG, a gravidez pode ser permitida;

- Ultrassonografia: útil para sugerir malignização após o esvaziamento e para acompanhar os cistos tecaluteínicos;

- Histeroscopia: pode ser utilizada para inspecionar a cavidade uterina após esvaziamento;

- Anticoncepção: importante evitar nova gravidez durante o período de seguimento, pois prejudica a análise do beta-hCG que é o marcador tumoral;

- Critérios da FIGO para diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional através da dosagem de betahCG:

ESTABILIZAÇÃO DE 4 VALORES DOSADOS NO PERÍODO DE 3 SEMANAS (DIAS 1, 7, 14, 21);

AUMENTO DO NÍVEL DE HCG > 10% A PARTIR DE 3 VALORES OBTIDOS NO PERÍODO DE 2 SEMANAS (DIAS 1, 7 E 14);

PERSISTÊNCIA DE HCG DETECTÁVEL POR MAIS DE 6 MESES APÓS ESVAZIAMENTO MOLAR.

- O acompanhamento das formas malignas será feito em Serviço de referência com posterior estadiamento e tratamento que seguirá protocolos de utilização dos agentes quimioterápicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAGSHAWE, K.D. Introduction. In: HANCOCK, B.W., et al.(Ed.). Gestational trophoblastic disease. 2nd ed., London: Chapman & Hall Medical, 2004. p.1.

- FELTMATE, C.M., et al. Placental site trophoblastic tumor: a 17-year experience at the New England Trophoblastic Disease Center. Gynecol. Oncol., v.82, n.3, p.415-419, 2001.

- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

- WHO. Gestational trophoblastic diseases. 1983. (Technical Report Series, n. 692). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_692.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2013.



ECLÂMPSIA E PRÉ-ECLÂMPSIA

A pré-eclâmpsia (PE) é doença específica da gravidez definida pela presença da hipertensão arterial, com ou sem proteinúria, após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. As desordens hipertensivas são responsáveis por aproximadamente 26% dos casos de mortes maternas. A prevalência da PE é estimada em 3-5% das gestações.

FORMAS CLÍNICAS

- Hipertensão gestacional: Hipertensão (PAS≥140mmHg e/ou PAD≥90mmHg), em duas ocasiões no mínimo, com intervalo de 4 horas entre as aferições, após 20 semanas de gravidez, sem a presença da proteinúria, cujos níveis tensionais retornam ao normal 6 a 12 semanas pós-parto.
- Pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade
- Pré-eclâmpsia com critérios de gravidade
- Pré-eclâmpsia superajuntada ou sobreposta - Desenvolvimento de PE em pacientes com hipertensão arterial crônica.
- Síndrome HELLP – Uma das formas de PE grave caracterizada por: Hemólise, Elevação das enzimas hepáticas e Plaquetopenia.
- Eclâmpsia - Presença de convulsão, tônico-clônica, focal ou multifocal. Pode ocorrer antes, durante e após o parto.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE PRÉ-ECLÂMPSIA

• Hipertensão arterial

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) ≥140MMHG OU PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD)≥90MMHG EM MAIS DE DUAS OCASIÕES, COM INTERVALO DE PELO MENOS 4 HORAS APÓS 20 SEMANAS DE GESTAÇÃO, EM MULHERES COM PRESSÃO ARTERIAL NORMAL PREVIAMENTE.

PAS≥160MMHG OU PAD≥110MMHG, CARACTERIZANDO HIPERTENSÃO ARTERIAL SEVERA.

• Proteinúria

300MG OU MAIS EM URINA COLETADA EM 24 HORAS OU

RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA DE ≥0,3MG/DL OU

2+ EM FITA REAGENTE.

Na ausência de proteinúria, a presença de hipertensão arterial, com um dos seguintes fatores abaixos caracteriza critério diagnóstico para PE:

- Trombocitopenia: contagem de

plaquetas < 100.000/mm3

- Insuficiência renal: cretinina sérica ≥1.1mg/dl
- Disfunção hepática: elevação das transaminases hepáticas (dobro do basal)
- Edema pulmonar
- Distúrbios visuais ou cerebrais: escotomas, convulsão e cefaléia de início recente, não responsiva a medicamentos e sem associação comoutras condições.

PREDIÇÃO

O rastreio da PE, que incorpora e combina dados da história com características maternas, marcadores biofísicos e/ou bioquímicos, aplicados entre 11 e 13 semanas e 6 dias, consiste na abordagem mais promissora de predição precoce e deve ser realizado universalmente.

Os algoritmos desenvolvidos pela Fetal Medicine Foundation (FMF) expressam o risco para PE na forma de uma fração que representa a probabilidade de desenvolvimento da doença na gestação, estratificada em relação à idade gestacional do parto. A calculadora do risco para PE é disponibilizada gratuitamente na webpage da FMF, considerado positivo quando o risco é igual ou maior do que 1/150, baseado no teste combinado com os fatores maternos, medida da pressão arterial média (PAM) e índice de pulsatilidade (PI) das artérias uterinas.

PROFILAXIA

Pacientes que iniciam o pré-natal antes de 14 semanas serão submetidas ao exame ultrassonográfico morfológico de 1° trimestre, que inclui o rastreio para PE.

ASPIRINA

As gestantes cujo rastreio indicar alto risco para a doença, receberão, na ocasião, a prescrição do ácido acetilsalicílico(AAS) na dose de 100mg/dia, à noite, a partir de 12 semanas e mantendo-o até 36 semanase 6 dias ou até o diagnóstico de PE. O obstetra deverá acompanhar a adesão da paciente à profilaxia, através de registro no prontuário.

As gestantes não submetidas ao rastreio de 1° trimestre, e portadoras de quaisquer das condições abaixo, devem iniciar a profilaxia com AAS até 16 semanas de gestação. Tal recomendação não se aplica aquelas com rastreio negativo.

- Hipertensão arterial crônica
- História de doença hipertensiva durante a gestação anterior
- Diabetes tipo 1 ou tipo 2 ou Diabetes Mellitus Gestacional
- Doença renal crônica
- Doenças autoimunes, tais como Lúpus Eritematoso Sistêmico ou Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídeo.

Ou, mais de um dos fatores abaixo:

- Primeira gestação
- Idade materna ≥40 anos
- Intervalo entre as gestações superior a 10 anos
- IMC ≥35kg/m2
- História familiar ou pessoal de PE
- Gestação múltipla

CÁLCIO

A suplementação de cálcio como prevenção da PE é recomendada pela OMS, na dose de 1,5g-2g/dia, via oral, para pacientes com fatores de risco para PE e baixa ingesta de cálcio.

CONDUTA

Pré-eclâmpsia Sem Critérios de Gravidade

- Tratamento ambulatorial com consultas semanais;
- Períodos de repouso diários em decúbito lateral;
- Dieta normossódica e hiperprotéica;
- Não prescrever diuréticos;
- Evitar dieta hipossódica;
- Avaliação da vitabilidade fetal;
- Avaliação laboratorial: proteinúria de 24 horas, clearence da creatinina, hematócrito, hematoscopia, contagem de plaquetas, uréia, creatinina, ácido úrico, proteínas totais e frações, enzimas hepáticas, LDHe bilirrubinas;
- Interromper a gestação apenas se ocorrer comprometimento da vitabilidade fetal ou se houver agravamento do quadro materno.

Pré-eclâmpsia Com Critérios de Gravidade

- Internação da paciente e estabilização do quadro clínico;
- Controle rígido da pressão arterial (PA) e dos sintomas;
- Dieta normossódica e hiperprotéica;
- Avaliação da vitabilidade fetal (ver rotina específica);
- Aceleração da maturidade fetal (ver rotina específica).
- Avaliação laboratorial conforme rotina da Pré-Eclampsia Sem Critérios de gravidade,a cada 3 dias.

Hipotensor

- Ataque (manter PA diastólica entre 90 e 100mmHg);
- Nifedipina:10mg, VO, e repetir 10mg a cada 30 min., se necessário. Se não houver resposta adequada, administrar hidralazina venosa;
- Hidralazina: 5 mg EV, em bolus,

lentamente, durante um a dois minutos. repetida a cada 15 minutos (diluir 1 ampola de 20 mg em água destilada e aplicar 5 ml). A dose de bolus máximo é de 20 mg. A queda na pressão sanguinea começa dentro de 10 a 30 minutos e dura de duas a quatro horas;

- Manutenção (em casos selecionados em gestações longe do termo -IG < 32 semanas):

• Hidralazina: 25 a 50 mg VO de 6/6 horas (dose máxima de 200 mg/dia) e/ou

• Nifedipina: Dose entre 30 a 120 mg por dia.

Profilaxia da convulsão

Ataque:

• Sulfato de Magnésio:4 g EV, em dose única (diluir 8 ml da solução a 50% em 42 ml de soro glicosado a 5% e ministrar, com bomba de infusão, em 10 minutos).

Manutenção:

• Sulfato de Magnésio:1 a 2 g por hora, EV (diluir 20 ml da solução a 50% em 480 ml de soro glicosado a 5% e ministrar com bomba de infusão 50 a 100 ml por hora).

Só continuar a medicação se:

• Diurese > 30 ml por hora

• Freqüência respiratória > 10 irpm.

• Reflexos patelares presente.

Avaliar os parâmetros descritos acima a cada 4 horas e manter a medicação por 24 horas após o parto.

Antídoto do Sulfato de Magnésio:

• Gluconato de Cálcio:1g EV, perfundidos em 10 minutos.

Interromper a gestação:

• Quatro horas após estabilizado o quadro clínico, se gravidez ≥34 semanas.

• Quarenta e oito horas depois de iniciada a aceleração da maturidade pulmonar fetal, se gravidez < 34 semanas e se a resposta clínica e laboratorial ao tratamento for adequada.

• Se ocorrer comprometimento da vitabilidade fetal.

Eclâmpsia

- Internação da paciente com assistência intensiva;
- Garantir permeabilidade das vias aéreas; aspiração de secreções; Oxigênio sob cateter nasal
- Cateterismo venoso e vesical com controle horário da diurese;
- Contenção da paciente no leito e proteção da língua durante a convulsão.

Avaliação laboratorial:

- De urgência: coagulação sanguinea (TAP, PTT, fibrinogênio), série vermelha e plaquetas;
- Complementar conforme rotina laboratorial da Pré-Eclampsia Sem Critérios de Gravidade;
- Hidralazina parenteral e Sulfato de Magnésio conforme descrito acima.
- Tratamento das complicações clínicas, como o Edema Agudo de Pulmão, se presente;
- Interromper a gestação 4 horas depois de estabilizado o quadro clínico, em qualquer idade gestacional;
- Manter o tratamento até 48 a 72 horas após o parto.

Síndrome HELLP

- Avaliar coagulação pelo teste de Wiener;
- Avaliação laboratorial;
- De urgência: coagulação sanguinea (TAP, PTT, fibrinogênio), série vermelha e plaquetas;
- Complementar conforme rotina da Pré-Eclampsia Sem Critérios de gravidade;
- Correção dos distúrbios da coagulação, se presentes;
- Corrigir o TAP e o PTT prolongados;
- Manter o fibrinogênio plasmático > 100 mg%.
- Uma unidade de crioprecipitado contém 250 mg de fibrinogênio (01 unidade de crioprecipitado aumenta o fibrinogênio em 10 mg);
- Uma unidade deplasma frescocontém 500 mg de fibrinogênio;
- Transfundir concentrado de plaquetas quando sua contagem for < 50.000 mm3;
- Uma unidade de concentrado de plaquetas eleva a contagem em 5.000/mm3;
- A quantidade usualmente transfundida está em torno de 6 a 8 unidades;
- Ultra-sonografia para investigar hematoma subcapsular hepático;
- Estabilização do quadro clínico;
- Interrupção da gravidez.

Hipertensão Gestacional

- Conduzir como a Pré-Eclâmpsia Sem Critério de Gravidade.

Pré-Eclampsia Superajuntada ou sobreposta

- Conduzir como Pré-Eclâmpsia, de acordo com a gravidade da apresentação clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS -ACOG. ACOG Practice Bulletin. n. 202. Gestational hypertension and preeclampsia. Obstet. Gynecol., v.133, n.1, p.e1–e25, 2019.

- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Pré-eclâmpsia. São Paulo: Febrasgo, 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n.8, 2017).

- FIGO WORKING GROUP ON GOOD CLINICAL PRACTICE IN MATERNAL-FETAL MEDICINE -FIGO. Good clinical practive advice: first trimester screening and prevention of pre-eclampsia in singleton pregnancy. Int. J. Gynecol. Obstet., v.144, n.3, p.325–329, 2019.



GRAVIDEZ ECTÓPICA

- Corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina, e incide em 1,5 a 2% de todas as gestações;
- A gravidez tubária responde por 95% dos casos;
- Fora do útero, pode se desenvolver nas trompas (istmica, ampular, infundibular ou fimbriária), no peritônio (abdominal), no ligamento largo (intraligamentar) e no ovário (ovariana);
- No útero, fora do seu corpo, pode se implantar no colo (cervical) e no interstício tubário (intersticial ou cornual).

FATORES DE RISCO

- Idade entre 25 e 34 anos;
- Infertilidade – risco 4 vezes maior;
- Doenças sexualmente transmissíveis, especialmente Chlamydia;
- Antecedente de laqueadura ou reconstrução tubária;
- Paciente usuária de DIU;
- Endometriose.

QUADRO CLÍNICO

- As manifestações clínicas surgem tipicamente entre 6 e 8 semanas após o último período menstrual normal, mas podem ocorrer mais tardiamente se a gravidez estiver fora da trompa;
- Os sintomas da gravidez inicial normal também estão presentes: aumento da sensibilidade mamária, náuseas e polaciúria;
- Na maioria das vezes a prenhez tubária íntegra é assintomática e só se manifesta na ocasião da rotura. Já a prenhez abdominal pode evoluir até alcançar o termo;
- Os sintomas clássicos da prenhez ectópica são:
  - ✓ Dor abdominal;
  - ✓ Atraso menstrual;
  - ✓ Sangramento vaginal irregular.

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

Idealmente o diagnóstico deve suspeitado antes que o quadro clínico se apresente, pois permite diferentes abordagens. (Fluxograma 1).

PRENHEZ TUBÁRIA ÍNTEGRA

- Conduta cirúrgica: laparoscopia ou operação a céu aberto.
- Tratamento conservador: Methotrexate (MTX), 50mg IM em

dose única quando:

- ✓ Paciente hemodinamicamente estável;
- ✓ Saco gestacional < 3,5 cm;
- ✓ Dosagem de β-hCG ≤ 5.000 mUI/ml;
- ✓ Ausência de atividade cardíaca fetal.

- Solicitar hemograma e provas de função hepática e renal antes de iniciar o tratamento;
- Cerca de 15 a 20% das pacientes irão necessitar de segunda dose, e menos de 1% de mais de duas doses;
- Dosar o β -hCG no dia 1 (dia da administração) e no dia 7. Administrar segunda dose se não houver queda de 15% do valor obtido no dia 1. Recomenda-se no máximo 3 doses;
- Repetir dosagem semanal do β-hCG até que seja indetectável;
- Durante o tratamento com MTX evitar:

- ✓ Toques vaginais (risco de rotura);
- ✓ Relações sexuais;
- ✓ Exposição ao sol (risco de dermatite pelo MTX);
- ✓ Antiinflamatórios não esteroidais (AINEs), pelo risco de anemia aplástica e toxicidade gastrointestinal quando associados ao MTX.

- Conduta conservadora:

- ✓ Pacientes com GE inicial e níveis baixos (< 1.000mUI/ml) de β-hCG são as candidatas;
- ✓ Aproximadamente 20 a 30% das GE estão associadas a níveis decrescentes de β-hCG. Mais de 80% dos casos evoluem para resolução espontânea quando os níveis são inferiores a 200 mUI/ml;
- ✓ O seguimento deve ser feito a cada 48 horas, com dosagem de β-hCG e ultrassonografia transvaginal.

PRENHEZ TUBÁRIA INTERROMPIDA

- Avaliação da volemia materna: sinais vitais, hemograma;
- Reposição volêmica e tratamento do choque hipovolêmico;
- Salpingectomia;
- Em casos eventuais admite-se a salpingostomia com microcuretagem tubária e reconstituição da trompa atingida. É conduta alternativa reservada a paciente em boas condições, que deseja filhos e que possui a outra trompa comprometida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAHILL, D. J.; SWINGLER, R.; WARDLE, P. G. Bleeding and pain in early pregnancy. In: JAMES, D. (Ed.). High risk pregnancy: management options. 4 th ed. St. Louis: Elsevier: Sunders, 2011. p.57-74.

- MONTENEGRO, C. A. B.; DESMARAIS, C. C. F.; REZENDE FILHO, J. Gravidez ectópica. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabrara. Koogan, 2013. p. 390-401

HEMORRAGIA PUERPERAL

Tradicionalmente definida como a perda de sangue > 500 ml após o parto vaginal ou > 1.000 ml após o parto cesáreo. Para fins de definição clínica, qualquer perda de sangue que cause instabilidade hemodinâmica também pode ser considerada como hemorragia pós-parto.

Principal causa de morte materna em todo mundo, acontecendo em sua maioria nas primeiras 4 horas pós-parto. Além do óbito, grave morbidade pode estar associada à hemorragia pós-parto; incluem a síndrome de angústia respiratória do adulto, coagulopatia, choque e necrose hipofisária (Síndrome de Sheehan).

CLASSIFICAÇÃO

Primária (precoce)

OCORRE DENTRO DE 24 HORAS DO PUERPÉRIO;

CAUSADA PELA DEFICIÊNCIA DA CONTRATILIDADE UTERINA (ATONIA UTERINA).

Secundária (tardia)

QUANDO O SANGRAMENTO EXCESSIVO INCIDE ENTRE 24 HORAS E 12 SEMANAS PÓS-PARTO;

GERALMENTE ASSOCIADA À: SUBINVOLUÇÃO DO LEITO PLACENTÁRIO; RETENÇÃO DE RESTOS OVULARES, INFECÇÃO (ENDOMETRITE); DEFEITOS HEREDITÁRIOS DA COAGULAÇÃO (DOENÇA DE VON WILLEBRAND, PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA, PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA E HEMOFILIA A).

FATORES DE RISCO

- Multiparidade;
- Distensão uterina exagerada pela prenhez gemelar, polidrâmnio e macrossomia;
- Parto rápido ou prolongado;
- Anestesia geral;
- Sulfato de magnésio;
- Infecção amniótica.

ETIOLOGIA

Segue a regra dos 4 "T's: tono, trauma, tecido, trombina.

- A atonia uterina é a causa mais comum de hemorragia pós-parto;
- Trauma deve sempre ser excluído.

Lacerações e hematomas resultam do traumatismo do parto e causam significante perda sanguínea. A episiotomia, especialmente a mediolateral, aumenta o sangramento e deve ser evitada de rotina. Outra causa de trauma puerperal hemorrágico é a rotura uterina, hoje em dia mais comum nos países desenvolvidos, é a pós-cesárea que ocorre no parto vaginal de mulheres anteriormente operadas. Nos países em desenvolvimento ainda é comum a rotura uterina por parto obstruido;

- Retenção de tecido placentário ocorre quando a placenta não se descola de seu situo habitual, total (caso de acretismo) ou parcialmente (restos placentários);

- As desordens da coagulação são causas raras de hemorragia pós-parto. Coagulopatias hereditárias estão representadas pela Doença de Von Willebrand, púrpura trombocitopênica idiopática, púrpura trombocitopênica trombótica e hemofilia A. A coagulação intravascular disseminada (CID) pode ser vista em pacientes com a síndrome HELLP, descolamento prematuro da placenta (DPP), embolia por líquido amniótico (ELA), sepse, retenção prolongada de ovo morto.

DIAGNÓSTICO

Inspeção cuidadosa do sistema genital inferior, buscando a presença de lacerações e hematomas.

Revisão sistemática do canal de parto

- Sinais de rotura uterina no parto:

ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS MATERNAS;

SANGRAMENTO VAGINAL;

DOR ABDOMINAL;

RETENÇÃO PLACENTÁRIA;

DEFEITOS DA COAGULAÇÃO.

TRATAMENTO

MEDIDAS GERAIS

- Acesso venoso adequado;

- Sonda vesical de demora, para controle do débito urinário;

- Exames laboratoriais: Hematócrito, hemoglobina e contagem de plaquetas;

- Coagulograma com dosagem de fibrinogênio;

- Amostra sanguínea para prova cruzada, em vista da eventual necessidade de transfusão de sangue;

- Expansão de volume com cristalóides (Ringer lactato ou soro fisiológico) e/ou expansores plasmáticos sintéticos;

- Transfusão de concentrado de hemácias, caso hemoglobina < 7g%;

- Transfusão de plasma fresco congelado (10 ml/kg), se prolongamento do TAP e/ou do TTPa acima de 1,5;

- Transfusão de Concentrado de plaquetas (4 a 6 unidades), caso

contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm3;

- Transfusão de Crioprecipitado (1U a cada 10 kg), caso dosagem de fibrinogênio abaixo de 100;
- Ácido Tranexâmico – 1g EV em 10 minutos. Se necessário, repetir a dose em 30 minutos.

NOS CASOS DE ATONIA UTERINA

- Massagear o fundo uterino;
- Ocitocina: 20 a 40 mU/minuto em perfusão venosa;
- Ergometrina: 0,2 mg IM;
- Misoprostol: 200 mcg por via retal (para a administração, dividir o comprimido ao meio);
- Tamponamento uterino em caso de falha dos uterotônicos;
- Sutura uterina de B-Lynch;
- Após o útero ser exteriorizado é aplicada uma compressão bimanual, com uma mão posicionada na parede posterior e as pontas dos dedos na altura do colo e a outra na parede anterior de forma que todo útero seja comprimido em sentido longitudinal;
- Se a compressão parar o sangramento, existe a possibilidade da aplicação da sutura ser eficaz;
- O útero permanecerá exteriorizado até o término da histerorrafia.
- Um assistente deve se posicionar entre as pernas da paciente para avaliar intermitentemente o sangramento via vaginal com gaze montada em pinça de De Lee;
- Com o uso de fio cromado catgut-2 ou poliglactina-1 com agulha cilíndrica robusta de 70 mm, transfixa-se a parede anterior do útero 3 cm abaixo da borda inferior da histerotomia e a 3 cm da margem lateral direita do útero, emergindo 3 cm acima da borda superior da histerotomia e a 4 cm da borda lateral direita. O fio percorre externamente o corpo uterino e em sentido longitudinal, passando aproximadamente 3 a 4 cm do corno uterino direito e desce longitudinalmente pela parede posterior até o nível da histerotomia, na qual transfixa-se a parede posterior do lado direito na altura do primeiro ponto de entrada do fio na parede anterior. No sentido horizontal, num ponto simétrico do lado esquerdo, transfixamos a parede posterior. O fio sobe pela face posterior esquerda percorrendo externamente o trajeto inverso ao descrito no lado direito;
- Após compressão manual do útero realizada pelo assistente, o fio é tracionado pelas suas extremidades pelo cirurgião e aplicado um nó duplo seguido de dois nós simples, para, em seguida, realizar a histerorrafia.

NOS CASOS DE LACERAÇÕES DO CANAL DE PARTO

- Hemostasia e síntese cuidadosa das lesões;
- Compressa de gelo na região perineal.

NOS CASOS DE INVERSÃO UTERINA AGUDA

- Correção manual via vaginal (manobra de Taxe);
- Cirurgia de Huntington (via abdominal).

NAS SUSPEITAS DE FRAGMENTOS OU RESTOS PLACENTÁRIOS

- Ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico de restos placentários;
- Ocitocina: 20 a 40 mU/minuto em perfusão venosa;
- Ergometrina: 0,2 mg IM;
- Curagem e curetagem uterina sob anestesia, de preferência sob guia ultrassonográfica.

NA PRESENÇA DE HEMATOMAS

No geral, os pequenos hematomas perineais e abdominais resolvem-se espontaneamente. Nesses casos a conduta é expectante, estando indicados: compressa morna no local e Paracetamol, 500 a 750 mg VO de 6/6 horas. Nos grandes hematomas, nos subaponeuróticos ou naqueles que cursam com quadro álgico importante:

- Abertura e exploração da ferida operatória sob anestesia;
- Lavagem exaustiva com soro fisiológico;
- Ligadura dos vasos sangrantes;
- Drenagem da região afetada (dreno de Penrose).

PROFILAXIA

- Exame sistemático da placenta após o delivramento;
- Revisão sistemática do canal do parto;
- Ocitocina IV – 20 a 40 UI em 500 ml de SF 0,9% após o nascimento do concepto.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- SILVA, L. G. P.; PAULA, G. M. Hemorragia Pós-parto. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 846-851.



HIPERÊMESE GRAVÍDICA

A ocorrência de náuseas e vômitos ocasionais até cerca de 14 semanas de gestação é chamada emese gravídica, e pode ser considerada normal. Sua forma grave, a hiperêmese, ocorre em 0,3 a 2% das gestações, com vômitos persistentes que obrigam ao jejum forçado e levam à perda de peso. A maior parte das pacientes apresenta melhora a partir da segunda metade da gestação, mas em alguns casos o quadro clínico pode persistir até o parto.

DIAGNÓSTICO

- Vômitos incoercíveis antes de 20 semanas de gravidez;
- Perda de peso corporal (4% a 10%);
- Sinais de desidratação grave;
- Distúrbios hidroeletrolíticos;
- Cetose;
- Cetonúria;.
- Alterações laboratoriais

EXAMES LABORATORIAIS

- Hemograma;
- Perfil eletrolítico;
- Hepatograma;
- Uréia;
- Creatinina;
- Rotina de urina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Geralmente é diagnóstico de exclusão, e sintomas associados como febre, dor abdominal, cefaleia, bócio, sintomas neurológicos, diarreia, constipação ou hipertensão arterial sugerem outros diagnósticos como:

- Neoplasia trofoblástica gestacional;
- Colecistite;
- Apendicite;
- Hepatite;
- Pancreatite;
- Gastroenterite e úlcera gástrica;
- Obstrução intestinal;
- Hérnia de hiato;
- Litíase biliar ou urinária;
- Infecção urinária;
- Neuropatias;
- Intoxicações exógenas;
- Hipertensão intracraniana;
- Síndromes paraneoplásicas.

CONDUTA

CUIDADOS GERAIS

- Internação;
- Suspender alimentação nas primeiras 24 horas (ou por mais tempo, a depender da evolução do quadro clínico);
- Controle diário de peso e diurese;
- Após estabilização do quadro, introduzir dieta líquida, com evolução progressiva para sólida/ branda, pobre em lipídios e rica em carboidratos, conforme aceitação da paciente;
- Avaliar a necessidade de nutrição parenteral nos casos prolongados, rebeldes à terapêutica instituída;
- Evitar medicamentos à base de ferro;
- Esclarecer a paciente e familiares sobre o caráter transitório dos sintomas, e da necessidade da gestante de atenção e apoio;
- Psicoterapia pode ser indicada.

MEDICAÇÕES

Esquema de reposição hidroeletrolítica

- Primeiras 24 horas – 1000 ml de soro fisiológico (SF) 0,9% em 2 h, com 20 mmol de KCl, seguidos de :

1000 ML DE SF 0,9% EM 4 H COM 20 MMOL DE KCL

1000 ML DE SF 0,9% EM 6 H

1000 ML DE SF 0,9% EM 8 H

1000 ML DE SF 0,9% EM 8 H (MANUTENÇÃO)

- Reposição de potássio de acordo com os níveis séricos;
- Evitar soluções com alta concentração de glicose;
- Evitar reposição vigorosa de sódio;
- Não exceder 6000 ml de fluidos por dia.

Piridoxina (Vitamina B6) – é a droga mais segura, utilizada na dose de 10 a 25 mg a cada 8 horas

Antieméticos – 1ª escolha

- Metoclopramida: 10 a 20mg, IV, de 6/6 h.
- Dimenidrinato: 50 mg IV , de 6/6 h
- Prometazina: 25 mg IM de 8/8 h
- Ondansetron (em casos graves): 4 a 8 mg IV até de 6/6 h - evitar o uso no primeiro trimestre.

Sedativos – 2ª escolha

- Levometromazina – (solução a 4%) - 3 gotas (6mg)VO de 8/8 h
- Diazepam 5 mg VO ou 10 mg IV até de 8/8 h

Corticosteróides – 3ª escolha

- Metilprednisolona 16 mg IV de 8/8 h (evitar o uso antes de 10 semanas)

TERAPÊUTICA ADJUVANTE

RANITIDINA: 150 MG VO 12/12H OU 50 MG IV 8/8H

OMEPRAZOL: 20 MG VO / DIA

RECOMENDAÇÕES DIETÉTICAS

Ao preparar as refeições:

EVITAR COZINHAR, SE POSSÍVEL. PEDIR A AJUDA DE AMIGOS OU FAMILIARES E PREPARAR PREFERENCIALMENTE ALIMENTOS FRIOS, COMO SANDUÍCHES;

EVITAR O CHEIRO DE COMIDA QUENTE;

TENTAR INGERIR ALIMENTOS FRIOS E LÍQUIDOS GELADOS (LIMONADA, SUCO DILUÍDO DE FRUTAS, SOPA);

EVITAR COMER EM LUGAR ABAFADO OU COM ODORES DE COMIDA.

Ao comer:

PREFERIR PEQUENAS REFEIÇÕES FREQÜENTES E LANCHES LEVES ENTRE AS REFEIÇÕES;

DIMINUIR A INGESTA LÍQUIDA DURANTE AS REFEIÇÕES, BEBER LÍQUIDOS 30 MIN A 1 HORA APÓS;

EVITAR ALIMENTOS GORDUROSOS, FRITURAS, APIMENTADOS E MUITO DOCES;

PREFERIR ALIMENTOS LEVES E SECOS, AMIDOS DE FÁCIL DIGESTÃO (ARROZ, BATATA, MACARRÃO, CEREAIS E PÃO) E COM BAIXO TEOR DE GORDURAS E PROTEÍNAS.

COMPLICAÇÕES

- Síndrome de Mallory-Weiss;
- Tromboembolismo venoso;
- Depressão;
- Encefalopatia de Wernicke.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ZUGAIB, M.; NOMURA, R.M.Y. Hiperêmese gravídica. In: MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.326-338.

- CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Gemelidade. In: CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Manual de Condutas em Obstetrícia. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. p. 75-78.



HIV E GESTAÇÃO

A gestação acelera a evolução da doença nas mães portadoras do vírus e cerca de 20% dos recém-natos de mães aidéticas não medicadas também carregam o HIV. A importância do seu estudo na gestação reside no esforço de reduzir as taxas de transmissão vertical, que pode ocorrer por via transplacentária, intraparto por inoculação direta ou através da amamentação. A carga viral elevada é o principal fator de risco associado à transmissão vertical.

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

- Deve-se solicitar, de rotina, o teste ELISA para HIV na primeira consulta pré-natal e na rotina de 3º trimestre, na dependência da autorização da grávida – lembrar que no nosso meio o rastreamento do HIV necessita da autorização expressa da paciente (assinatura no prontuário);
- Em caso de positividade do ELISA, durante o pré-natal, confirmar com novo ELISA e Western-blot, em uma 2a amostra. Se positivos, encaminhar a gestante para atendimento em Centro Especializado no Controle e Tratamento da AIDS (IPPMG), e acompanhamento pré-natal.
- Na internação, deve ser solicitado o teste rápido para HIV, quando não houver sorologia prévia ou se esta tiver mais de três meses.

CONDUTA NO PARTO

- A proteção da equipe de saúde durante a condução e manejo do parto deve obedecer as normas universais de proteção;
- Deve-se postergar, ao máximo, a prática da amniotomia na condução do parto transpélvico de pacientes soropositivas;
- Tentar evitar, se possível, toques vaginais repetidos, episiotomia ou parto operatório (fórcipe);
- As indicações da via de parto são obstétricas;
- Quando a carga vira for superior ou igual a 1000 cópias/ml ou desconhecida (não investigada ou anterior a 34 semanas de gestação) é indicada a operação cesariana;
- Durante o trabalho de parto, ou no dia da cesariana programada, manter os medicamentos antirretrovirais orais utilizados pela gestante, nos seus horários habituais, independentemente do jejum, ingeridos com pequena quantidade de água, inclusive durante o período de infusão venosa do AZT. A única droga que
- deve ser suspensa até 12 horas antes do início do AZT venoso é a d4T (estavudina);
- Durante o trabalho de parto deve ser feita a aplicação de AZT por via venosa até o clampeamento do cordão umbilical;
- Em caso de cesariana eletiva, o AZT deve ser utilizado por pelo menos quatro horas antes do procedimento cirúrgico;
- Utilizar antibiotico profilático materno, dose única de cefazolina

ou cefalotina 2g IV, logo após a expulsão do feto no parto vaginal.

ESQUEMA POSOLÓGICO DA ZIDOVUDINA INJETÁVEL

- AZT: 2mg/kg EV, perfundidos em uma hora, seguido de 1mg/kg/hora até o nascimento;
- Caso o AZT parenteral não esteja disponível, 400mg VO no início do trabalho de parto seguido de 200mg VO de 4/4 horas;
- No caso de cesariana eletiva, iniciar a medicação quatro horas antes da intervenção cirúrgica;
- Não prescrever outras drogas antiretrovirais.

CONDUTA NO PUERPÉRIO

- Proibir a mãe de amamentar e orientá-la, com ênfase, sobre os cuidados necessários para evitar a exposição do recém-nato ao seu sangue e fluidos corporais;
- Compressão (enfaixamento) das mamas, se possível ainda na sala de parto;
- Compressa gelada por 10 minutos, a cada 6 horas, durante 24 horas;
- A lactação deve ser inibida com o uso de cabergolina 1,0 mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmisão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: guia de tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série Manuais, n.46).

- DUARTE G. HIV/AIDS. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.707-720.



INDUÇÃO DO PARTO

É a estimulação artificial das contrações uterinas para realizar o parto antes do seu início espontâneo. A resolução da gestação antes do início do trabalho de parto espontâneo é indicada quando há riscos materno/fetais associados a continuidade da gravidez. Quando não há contraindicações para o trabalho de parto e parto vaginal a indução é geralmente preferida, dado o aumento dos riscos maternos associados à cesariana.

INDICAÇÕES:

- Gestação pós-termo;
- Rotura prematura de membranas ovulares;
- Síndromes hipertensivas;
- Óbito fetal;
- Condições médicas maternas: Diabetes mellitus, doença renal, doença pulmonar crônica, síndrome antifosfolipídio;
- Restrição do crescimento fetal;
- Corioamnionite;
- Malformações fetais incompatíveis com a vida;
- Oligodramnia;
- Doença Hemolítica Perinatal;
- Interrupção legal da gravidez.

CONTRAINDICAÇÕES:

- Cicatrizes uterinas corporais;
- Rotura uterina prévia;
- Herpes genital ativo;
- Placenta prévia ou vasa prévia;
- Prolapso de cordão umbilical ou apresentação funicular persistente;
- Apresentações anômalas;
- Câncer cervical invasivo;
- Desproporção cefalopélvica;
- Traçado de frequência cardíaca fetal categoria III, (padrão sinusóide ou ausência de variabilidade da FCF basal, e qualquer das seguintes alterações: desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes ou bradicardia).

O status do colo é um dos mais importantes fatores preditivos da probabilidade de sucesso da indução do parto. O índice de Bishop parece ser a melhor forma de avaliar o colo uterino e predizer a probabilidade de a indução resultar em um parto vaginal.

- Índice ≤ 6: necessário amadurecimento cervical prévio a indução
- Índice > 6: indução (ocitocina)

- Índice >8: a probabilidade de parto vaginal após a indução é semelhante àquela após trabalho de parto espontâneo.

Avaliação detalhada das condições maternas e fetais deve ser realizada antes do início da indução, para assegurar que a indicação seja apropriada, confirmar a ausência de contraindicações e para avaliar a probabilidade de êxito na indução.

Minimamente, essa avaliação deve incluir a reavaliação da idade gestacional, a estimativa do peso fetal e do potencial de distocia, determinação da apresentação fetal, avaliação do colo uterino, verificação do padrão da frequência cardíaca fetal e revisão do histórico médico e pré-natal da paciente.

AMADURECIMENTO DO COLO (Bishop ≤ 6):

O amadurecimento do colo uterino é um processo complexo que resulta no amolecimento e no aumento da distensibilidade do colo, levando ao seu apagamento e dilatação. As duas principais formas de amadurecimento do colo são:

Método de Krause (indução mecânica):

- Colocação de sonda de Foley nº 14 ou 16 através do colo, atingindo a cavidade uterina
- Enchimento do balão com 30ml de água destilada ou soro fisiológico

Misoprostol:

- 25 mcg 6/6h via vaginal, iniciado preferencialmente durante o dia.
- Este esquema deve ser mantido até o colo atingir um índice de Bishop ≥ 6 em 24h.
- Caso não seja atingido um índice de Bishop ≥ 6 em até 24h, o caso deve ser revisto e avaliada a possibilidade de novo ciclo por mais 24h.
- Após 48h sem evolução satisfatória, considerar como falha do procedimento.

INDUÇÃO COM OCITOCINA (Bishop > 6):

- Perfusão venosa de ocitocina em bomba de infusão;
- Diluir 5UI de ocitocina em 500ml SG5% (10 mUI/ml);
- Velocidade de infusão: 2 mUI/min (12 ml/h);
- Aumentar a velocidade em 2 mUI/min a cada 15 min até atingir padrão contrátil adequado para a fase do trabalho de parto, até a dose máxima de 40 mUI/min (240 ml/h);
- Caso a atividade uterina não tenha atingido o padrão desejado em 2 horas de administração de dose máxima de ocitocina, considerar como falha de indução.

MONITORIZAÇÃO DA INDUÇÃO

- Quando ocorrer taquissistolia, hipertonia uterina e sofrimento fetal, diminuir ou suspender a perfusão de ocitocina, administrar oxigênio sob cateter nasal, hidratação venosa e mudança de decúbito da paciente.

- Monitorização eletrônica fetal intraparto.

LEMBRETES

- A resposta uterina à ocitocina depende da idade gestacional. Há aumento gradual na resposta entre 20 e 30 semanas, seguido por plateau entre 34 semanas e o termo;

- A proporção gotejamento/infusão contínua em bomba é de 1:3;

- Exemplo: para infundir 2 mUI/ml de ocitocina/ minuto, usar 5 U de ocitocina em 500 ml de soro glicosado 5%, gotejar em equipo 4 gotas/minuto, ou 12 microgotas/min ou 12 ml/hora em bomba de infusão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin, n.107. Induction of labor. Obstet. Gynecol., v.114, n.2pt.1, p.386-397, 2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolo misoprostol. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf>. Acesso em 01 set. 2015.

- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Contratilidade uterina. Rezende Obstetrícia Fundamental. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabrara Koogan, 2014. p. 197.



INFECÇÃO PUERPERAL

É a que se origina no aparelho genital após parto recente. No Brasil é a 3ª causa de mortalidade materna.

DIAGNÓSTICO

- Temperatura > 38ºC com duração superior a 48 horas, que surge nos 10 primeiros dias de pós-parto, excluídas as primeiras 24 horas;
- Fogem à regra as puérperas acometidas de infecção limitada à ferida operatória (episiotomia ou cesariana) que raramente apresentam quadro febril.

EXAMES LABORATORIAIS

Podem auxiliar na identificação do provável agente etiológico, na localização da infecção e na avaliação da gravidade do caso:

- Hemograma e hemocultura;
- Rotina e cultura de urina;
- Cultura de secreções aparentes;
- Raios X de tórax e de abdome;
- Ultrassonografia: útil na suspeita de coleções e abscessos.

INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Sinais e sintomas flogísticos locais: dor, rubor e calor;
- Febre moderada ocasional;
- Secreção, por vezes purulenta;
- Em casos raros, quando existe contaminação por Clostridium perfringens, a infecção pode evoluir com necrose dos tecidos afetados.

CONDUTA

- Higiene local com soluções antissépticas;
- Quando o abscesso é localizado sem indícios de infecção sistêmica e a paciente está em bom estado geral, apenas drenagem e cuidados locais são suficientes;
- Não ocorrendo melhora após 48 horas de terapêutica clínica, indicar:

ABERTURA E EXPLORAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA SOB ANESTESIA;

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO;

DESBRIDAMENTO DO TECIDO NECRÓTICO;

DRENAGEM DA REGIÃO AFETADA (DRENO DE PENROSE).

MEDICAÇÃO

- Diclofenaco sódico: 50 mg VO ou retal de 12/12 horas;
- Paracetamol: 500 a 750 mg VO de 6/6 horas; ou Dipirona: 500 mg VO de 6/6 horas;
- Antimicrobianos são indicados em casos de comprometimento extenso e/ou com sinais e sintomas de acometimento sistêmico:

CEFAZOLINA 1G IV DE 8/8 HORAS (1ªESCOLHA EM PACIENTES INTERNADOS);

CEFALEXINA 500 MG VO DE 6/6 HORAS (2ª ESCOLHA);

OXACILINA 1 A 2 G IV DE 4/4 HORAS (ESQUEMA RECOMENDADO NOS CASOS MAIS GRAVES);

TEMPO RECOMENDADO DE TRATAMENTO: 7 A 10 DIAS.

INFECÇÃO NA INCISÃO DA EPISIOTOMIA

CONDUTA

- Higiene local com soluções antissépticas;
- Diclofenaco sódico: 50 mg VO ou retal de 12/12 horas;
- Paracetamol: 500 a 750 mg VO de 6/6 horas; ou Dipirona: 500 mg VO de 6/6 horas;
- Antimicrobianos:

CEFALEXINA 500 MG VO A CADA 6 HORAS;

CEFUROXIMA 500 MG VO A CADA 12 HORAS;

CLINDAMICINA 900 MG IV A CADA 8 HORAS OU CLINDAMICINA 600 MG VO A CADA 8 HORAS;

A VIA DE ADMINISTRAÇÃO DEPENDE DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE;

TEMPO RECOMENDADO DE TRATAMENTO: 7 A 10 DIAS.

A incidência de infecção na episiotomia geralmente é baixa. Em geral não é um caso grave.

Quando há infecção grave com áreas extensas e necrose de estruturas perineais é necessário desbridamento e antimicrobiano sistêmico. Aproximação grosseira dos planos subdérmicos, evitando-se oclusão da ferida.

ENDOMETRITE / ENDOMIOMETRITE

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Febre;
- Lóquios purulentos e com odor fétido;
- Útero amolecido e doloroso;

- Secreção purulenta quando da manipulação do colo uterino.

CONDUTA

- A curetagem só está indicada quando da existência de restos ovulares, devendo ser praticada após iniciada a antibioticoterapia e com a paciente em uso de ocitocina venosa;
- Nas pacientes refratárias ao tratamento clínico indicar histerectomia;
- A profilaxia antitetânica deve ser feita com antitoxina 10.000 UI IV de soro antitetânico (SAT), se a paciente não for adequadamente vacinada. No caso de paciente com teste de sensibilidade positivo ao SAT, a imunoglobulina humana antitetânica deverá ser utilizada na dose de 3.000 a 6.000 UI. Se a paciente for imunizada, fazer dose de reforço da vacina se a última dose tiver sido administrada há mais de 5 (cinco) anos.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Se possível, orientada pelo antibiograma.

Como conduta geral sugere-se:

- Clindamicina 900 mg IV 8/8 horas + Gentamicina 1,7 mg /kg peso IV (Max 240 mg) uma vez ao dia;
- Ampicilina 1,5 a 2 g IV de 6 em 6 horas+ Gentamicina 3-5 mg/kg (máx 240 mg) uma vez ao dia IV ou IM + Metronidazol 500 mg IV a cada 8 horas;
- Amoxacilina/ Ácido Clavulânico 1 g IV 8/8h.

O antibiótico deverá ser interrompido, decorridos três dias do desaparecimento dos sintomas. Em casos mais graves a antibioticoterapia poderá ser mantida por até 21 dias.

Em 7 a 10 dias, no geral, a paciente já se encontra assintomática. Depois de iniciada a medicação, a presença de febre por mais de 48 horas indica insucesso terapêutico. Reexamina e considerar:

- Infecção por Enterococcus spp (quando utilizado esquema que não oferece cobertura);
- Infecção de parede necessitando de drenagem;
- Abscesso pélvico;
- Tromboflebite séptica pélvica;
- Febre por droga.

ANTIINFLAMATÓRIOS, ANALGÉSICOS E ANTITÉRMICOS

- Diclofenaco sódico: 50 mg VO ou retal de 12/12 horas;
- Paracetamol: 500 a 750 mg VO de 6/6 horas; ou Dipirona: 500 mg VO de 6/6 horas.

PARAMETRITE

Decorre, no geral, de laceração de colo e da

vagina.

Os seguintes achados caracterizam a parametrite:

- Temperatura elevada, ≥ 39OC, com remissão matutina;
- Paramétrios endurecidos e dolorosos ao toque vaginal;
- Presença de tumoração parametrial de consistência cística sugere abscesso, melhor estudado pela ultrassonografia.

CONDUTA

- Na maioria das vezes o quadro regride com medidas clínicas;
- Antibioticoterapia (ver em Endometrite);
- Anti-inflamatórios, analgésicos e antitérmicos (ver em Endometrite);
- Drenagem de abscessos porventura diagnosticados.

ANEXITE

Some-se à febre, sempre presente, os seguintes sinais e sintomas:

- Dor abdominal aguda nas fossas ilíacas;
- Defesa abdominal localizada, no mais das vezes discreta;
- Sensibilidade anexial ao toque vaginal;
- Tumorações porventura suspeitadas pelo exame físico devem ser melhor esclarecidas pela ultrassonografia.

PERITONITE

- Febre alta, ≥ 40OC;
- Taquicardia;
- Distensão abdominal;
- Íleo paralítico;
- Sinal de Blumberg positivo: dor intensa à descompressão abdominal súbita;
- Dor intensa quando, ao toque vaginal, mobiliza-se o fundo-de-saco de Douglas, que pode estar abaulado (coleção purulenta).

CONDUTA

- Antibioticoterapia (ver em Endometrite);
- Antiinflamatórios, analgésicos e antitérmicos (ver em Endometrite);
- Drenagem de abscesso do fundo-de-saco de Douglas por colpotomia;
- Laparotomia com histerectomia e pesquisa de outros focos abdominais nos casos de peritonite generalizada resistente à terapêutica clínica instituída;
- Admitir a hipótese de tromboflebite pélvica séptica associada quando persistir o quadro febril.

TROMBOFLEBITE PÉLVICA SÉPTICA

- Febre puerperal persistente, a despeito da antibioticoterapia, associada à dor abdominal mal localizada, sugere tromboflebite pélvica séptica;
- Nesses casos é aconselhada prova terapêutica com heparina que, se eficaz, leva à rápida regressão do quadro e a paciente se torna afebril em 36 horas.

CONDUTA

- Antibioticoterapia (ver em Endometrite);
- Antiinflamatórios, analgésicos e antitérmicos (ver em Endometrite).

ANTICOAGULANTE

- Heparina: 1.000 UI por hora, EV, preferencialmente com bomba de infusão;
- Controlar a dose de heparina, diariamente, com o tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), que deverá se manter entre 1,5 e 2,5 vezes o valor do controle;
- Após estabilização do quadro, o acompanhamento com o TTPA pode ser feito a cada quatro ou cinco dias;
- Manter o tratamento por 10 a 14 dias;
- Antidoto da heparina: sulfato de protamina (1 mg antagoniza 100U de heparina);
- Nos casos de embolia, a terapêutica anticoagulante deve ser mantida por três a seis meses: Warfarin, 1 comprimido ao dia, controlando com o tempo de protrombina;
- A Heparina pode ser substituída por Enoxaparina: 20 a 40 mg/dia, SC. Refere-se como vantagens da enoxaparina a menor prevalência de complicações e efeitos colaterais e a não necessidade de controle laboratorial. Como desvantagem cita-se o seu custo.

CHOQUE SÉPTICO

Quadro grave, habitualmente causada por Escherichia coli. Dentre suas manifestações destacam-se:

- Febre constante;
- Calafrios;
- Taquicardia;
- Estado geral comprometido;
- Hipotensão arterial;
- Paradoxalmente o útero pode ser indolor à palpação e os lóquios podem se apresentar discretos.

CONDUTA

- Mandatório o tratamento em Unidade de Terapia Intensiva;
- Antibioticoterapia (ver em Endometrite);
- Antiinflamatórios, analgésicos e

antitérmicos (ver em Endometrite);

- Investigação e drenagem de abscesso porventura existente;

- Laparotomia com histerectomia e pesquisa de outros focos abdominais, nos casos de peritonite generalizada resistente à terapêutica clínica instituída.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- JESUS, N.R. et al.(Col.). Recomendações para uso de antimicrobianos em obstetrícia. Rio de Janeiro: Maternidade Escola/CCIH, 2011. 10p.

- MAHARAJ, D. Puerperal pyrexia: a review part II. Obstet. Gynecol. Surv., v.62, n.6, p.400-406, 2007.

- van DILLEN, J., et al. Maternal sepsis: epidemiology, etiology and outcome. Curr. Opin. Infect. Dis., v.23, n.3, p.249-254, 2010.



INSUFICIÊNCIA CERVICAL

É entidade clínica que determina a falência do sistema oclusivo da matriz, de tal modo que a cérvice não se mantém cerrada, tornando-se incapaz de reter o produto da concepção até o final da gravidez. Sua incidência é de 4,5:1.000 partos.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

- Exibindo quadro clínico característico, é a insuficiência cervical uma das principais causas de abortamento tardio ou de parto pretermo habituais. A "dilatação cervical é sem dor" e o concepto nasce vivo e morfologicamente normal;
- É usualmente precedida pela história de trauma cervical causado por conização, laceração cervical no parto, dilatação cervical exagerada em casos de terminação da gravidez. Secreção mucóide vaginal e dilatação de 4-5 cm sem desconforto apreciável ou percepção de contrações uterinas dolorosas reforçam o diagnóstico;
- A insuficiência cervical aguda é definida como a dilatação cervical de no mínimo 2 cm com herniação das membranas visualizadas ao exame especular;
- As perdas gestacionais ocorrem tipicamente no segundo ou no início do terceiro trimestre, com cada interrupção ocorrendo mais cedo que a anterior. Usualmente há história de duas ou mais perdas gestacionais;
- O diagnóstico é feito pela história de rotura espontânea das membranas e dilatação cervical sem dor;
- Não há nenhum teste diagnóstico pré-concepcional que mereça ser recomendado para confirmar a presença de insuficiência cervical.

TRATAMENTO

Podemos considerar três categorias de pacientes com insuficiência cervical que preenchem a rubrica de abortamento habitual.

- Primeiro aquelas com a história clássica de insuficiência cervical com três ou mais perdas de 2.º trimestre, sem sangramento ou sinais claros de parto precedendo a interrupção, candidatas à cerclagem eletiva;
- A segunda categoria é de mulheres com dilatação cervical > 2 cm ou prolapso das membranas, mas sem contrações dolorosas e regulares, possíveis candidatas à cerclagem de emergência;
- Há ainda a considerar categoria nova, surgida do exame do colo com o ultrassom vaginal, candidata à cerclagem terapêutica ou indicada.

Cerclagem Eletiva

A história de duas ou mais perdas gestacionais, associadas com dilatação cervical indolor no 2º ou no 3º trimestre, compõe o grupo de mulheres que se beneficiariam da cerclagem eletiva ou profilática. A cirurgia deve ser realizada entre 12 e 14 semanas da gravidez, após o ultrassom mostrar feto vivo e sem anomalias.

TÉCNICA DA CERCLAGEM.

- No curso da prenhez, os diversos procedimentos têm, em comum, procurar o fechamento do colo deiscente;
- Mais utilizado, atualmente, o procedimento de McDonald – sutura em bolsa ao nível da junção cervicovaginal com fio Ethibond 5, utilizando-se Clindamicina vaginal;
- Iniciar tocólise duas horas antes do procedimento cirúrgico e manter por 12 horas após o ato operatório;
- Repouso relativo por 30 dias com proibição do coito;
- Mesmo com a simplicidade da técnica de McDonald, a circlagem eletiva não está isenta de complicações: aumento da atividade ou irritabilidade uterina, rotura das membranas, corioamnionite, deslocamento da sutura, cicatrização cervical levando à "distocia cervical".

Cerclagem Terapêutica

O exame seriado ultrassonográfico, para acompanhamento do comprimento do colo, será oportuno na paciente com fator de risco para parto pretermo e iniciado no segundo trimestre.

Cerclagem de Emergência

Em pacientes com dilatação cervical avançada < 4cm e herniação das membranas no início da gravidez, entre 14 e 24 semanas.

CONTRAINDICAÇÕES

- Hemorragia ativa;
- Amniorrexe;
- Corioamniotite;
- Anomalia fetal incompatível com a vida.

REMOÇÃO DA CERCLAGEM.

- Deve ser removida com 36 semanas;
- Em mulheres com cerclagem e rotura prematura das membranas, a sutura deve ser retirada imediatamente; apenas entre 24 e 32 semanas da gestação deve-se esperar 48 h para o corticóide amadurecer o pulmão fetal.

LEMBRETE

O exame especular deve sempre ser realizado na primeira consulta pré-natal com o intuito de identificar dilatação cervical ou herniação de bolsa assintomáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. Abortamento. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.361-368.

PARTO PRETERMO

É parto pretermo (PPT) o ocorrido antes de 37 semanas de gestação (259 dias). Concomitantemente, é recém-nascido de baixo-peso aquele com peso inferior a 2.500 g. Os limites inferiores para o parto pretermo e para o baixo-peso, embora omissos pelas definições internacionais, parecem estar situados, respectivamente, em 22 semanas e em 500 g. O parto pretermo é a causa principal de morbidade e de mortalidade perinatal e um dos principais responsáveis pela mortalidade infantil.

CLASSIFICAÇÃO

O parto pretermo pode ser dividido de acordo com a idade gestacional em:

- Prematuridade extrema, < 28 semanas (5%).
- Prematuridade grave, 28-30 semanas (15%).
- Prematuridade moderada, 31-33 semanas (20%).
- Prematuridade quase-termo, 34-36 semanas (60%).

FATORES DE RISCO

- História reprodutiva de PPT anterior e de reprodução assistida;
- Hemorragia anteparto, rotura prematura das membranas, anomalias uterinas, mioma, conização do colo (notadamente aquelas feitas com lâmina de bisturi frio);
- Fatores fetais/intrauterinos: prenhez gemelar, anomalias fetais, polidrâmnio;
- Infecção: corioamnionite, bacteriúria, vaginose bacteriana com história de PPT;
- Fatores demográficos: baixo-nível socioeconômico e educacional, etnicidade (em países desenvolvidos), idade materna <18 e >35 anos;
- Hábitos de vida: tabagismo, uso de drogas ilícitas, estresse, abuso físico;
- Assistência pré-natal deficiente, baixo peso pré-gravídico e ganho de peso inadequado na gravidez.

Os diagnósticos mais frequentemente associados ao parto pretermo indicado são as desordens hipertensivas, hemorragia e sofrimento fetal agudo e crônico (CIUR).

ETIOLOGIA

O parto pretermo pode ser dividido em três grupos:

- Parto pretermo espontâneo, com membranas íntegras;
- Parto pretermo por rotura prematura das membranas pretermo (RPMP);
- Parto pretermo indicado por razões maternas ou fetais.

Cerca de 45% dos partos pretermo são espontâneos, 25% seguem a RPMP e 30% são indicados. Este último é relacionado ao aumento da incidência de parto pretermo. Outro fator de grande contribuição é a gestação múltipla resultante das técnicas de reprodução assistida.

A RPMP é definida como a amniorrexe espontânea ocorrida antes de 37 semanas de gestação no mínimo 1 hora precedendo o início das contrações. A causa na maioria dos casos é desconhecida, mas a infecção intrauterina assintomática parece ser bem frequente.

PREDIÇÃO

Após um parto pretermo, as oportunidades de repeti-lo chegam a 20%; após dois partos pretermo anteriores o risco ascende para 35-40%. Atualmente existem três grandes marcadores de parto pretermo:

- Vaginose bacteriana – existem evidências de aumento significativo do risco de parto pretermo nas portadoras de vaginose bacteriana assintomática.
- Medida do comprimento do colo uterino – O comprimento do colo na população obstétrica geral é relativamente estável nos 2 primeiros trimestres da gravidez.
- Em mulheres assintomáticas, com 24 semanas de gestação, o comprimento cervical < 25 mm (avaliado sempre pela ultrassonografia transvaginal) define o risco aumentado de parto pretermo; quanto mais curto o colo, maior o risco.
- O comprimento do colo pode discriminar entre as mulheres que não estão em verdadeiro trabalho de parto e aquelas com risco pronunciado de parto pretermo.
- Quando o comprimento do colo for > 30 mm a probabilidade de parto na semana subsequente é de apenas 1%.

Fibronectina fetal

- É marcador bioquímico de parto pretermo – glicoproteína presente na secreção cervicovaginal, marcadora de disrupção coriodecidual;
- Tipicamente a fibronectina está ausente da secreção vaginal de 24 semanas até o termo; todavia, 3-4% das mulheres com fibronectina positiva (> ou = 50 ng/ml), no rastreamento de 24-26 semanas, apresentam risco elevado de parto pretermo;
- Em virtude de seu alto custo, não é utilizado na prática clínica.

DIAGNÓSTICO

Devem estar presentes:

- Contratilidade uterina (precocemente aumentada), 1 a 2 contrações/10 minutos;
- Considera-se elevado o padrão contrátil quando dolorosas as contrações, com frequência igual ou superior às acima apontadas, que modificam o colo progressivamente, persistindo no mínimo por uma hora, estando a grávida em repouso no leito pelo período mínimo de 30 minutos;
- Alterações do colo uterino: apagamento > 80%, dilatação > 2 cm, centralização.

CONDUTA

- Internação da paciente;
- Confirmação da idade gestacional;
- Avaliação da vitalidade fetal;
- Afastar a corioamnionite (história, exame físico e leucograma);
- Investigar amniorrexe prematura;
- Tocólise;
- Aceleração da maturidade pulmonar - ver capítulo específico;
- Profilaxia para GBS – exceto para pacientes com cultura negativa recente (< 5 semanas);
- Neuroproteção (na falha ou contraindicação da tocólise).

TOCÓLISE

As drogas tocolíticas atualmente utilizadas na Instituição são:

Bloqueadores de canal de cálcio

- A nifedipina é o bloqueador de cálcio mais utilizado e estudado, tendo sido demonstrado in vitro potente efeito relaxante no miométrio;
- Efeitos colaterais leves: rubor, cefaléia e náusea;
- Efeitos adversos graves (0,9% dos casos) têm sido relatados: infarto do miocárdio, dispneia intensa, hipóxia materna, hipotensão com morte fetal e fibrilação atrial;
- A taxa de efeitos adversos graves é mais elevada quando a dose total de nifedipina é > 60 mg;
- A dose ótima inicial é de 10 mg VO. Se as contrações persistirem, essa dose pode ser repetida a cada 15 a 20 minutos até a dose máxima de 40 mg durante a 1a hora do tratamento, e então 10 a 20 mg VO a cada 4 a 6 horas;
- Contraindicações: hipotensão e doenças cardíacas.

Agonistas-β2

- Dos agonistas-β2, o salbutamol é o mais empregado no Brasil, principalmente em decorrência de

seu baixo custo. A via de escolha é IV, na dose inicial de 5 mcg/min, podendo-se dobrar a dose a cada 20 minutos até o máximo de 40 mcg/min. O salbutamol é encontrado em ampolas de 1 ml contendo 0,5 mg de sulfato de salbutamol. A solução pode ser preparada colocando-se 5 ou 10 ampolas em 500 ml de soro glicosado a 5%;

- Efeitos colaterais maternos: pulso > 120 bpm e/ou queda da PA > 15%;
- Manter a tocólise por 24 h após a cessação das contrações uterinas;
- No caso de retorno das contrações, reiniciar o esquema endovenoso;
- Contraindicações: cardiopatia, principalmente se associada a arritmia. Deve ser usada com cautela em diabéticas não controladas, e nos casos de hipertireoidismo.

PREVENÇÃO

Comprimento do colo uterino

- A identificação de um colo uterino curto pela ultrassonografia transvaginal mostrou-se um poderoso preditor do parto pretermo;
- O colo uterino curto tem etiologia multifatorial, o que justifica o seu rastreio universal, por ocasião da ultrassonografia morfológica (entre 22 e 24 semanas);
- A prevenção do parto pretermo tem por base a medida do comprimento do colo (CC) e o antecedente de parto pretermo (PPT).

Progesterona

- Mulheres com história de parto pretermo anterior e/ou o colo curto, entre 18 e 24 semanas, ao ultrassom transvaginal, têm indicação para a terapia profilática com a progesterona, a ser iniciada a partir de 16 semanas e mantida até ser pequeno o risco de prematuridade (36 semanas);
- A prevenção em mulheres com história de parto pretermo deve ser feita com progesterona vaginal, 200 mg via vaginal, ao deitar;
- Observou-se resultados significativos para a redução na taxa de parto pretermo (< 37 semanas), recém-nascido de baixo-peso (< 2.500 g) e morbimortalidade neonatal, quando a progesterona foi utilizada.

Tratamento da vaginose bacteriana

- Mulheres com história de parto pretermo ou de abortamento de 2º trimestre, portadoras de vaginose bacteriana assintomática, foram beneficiadas com o diagnóstico e tratamento da vaginose. O tratamento deve ser precoce, de preferência antes de 16 semanas, e por isso essas mulheres de risco, geralmente assintomáticas, devem ser rastreadas rotineiramente no pré-natal;
- Clindamicina 300 mg 2/dia, via oral, durante 7 dias (preferencialmente) ou Metronidazol 500 mg VO 8/8h por 7 dias, o que é capaz de reduzir em 40% o parto prematuro espontâneo antes de 37 semanas e em 80% o abortamento tardio após 16 semanas.

Suplementos nutricionais

A suplementação nutricional com o ômega-3, ácido polinsaturado, está associada à redução na produção de mediadores inflamatórios. Assim, pacientes com história de parto pretermo devem consumir peixe (rico em ômega 3), 3 vezes por semanas antes de 22 semanas, o que reduz em 40% na incidência de parto pretermo. A ingestão acima desta quantidade não oferece nenhum benefício adicional.

ASSISTÊNCIA AO PARTO PRETERMO

Na falha da tocólise, iniciar assistência ao parto prematuro:

- Monitorização fetal continua;
- Analgesia peridural;
- Amniotomia tardia (acima de 8 cm de dilatação);
- Episiotomia ampla;
- Fórcipe de alivio – se peso fetal estimado pela USG for > 1500 g;
- Na apresentação pélvica, indicar operação cesariana. A via vaginal é restrita aos fetos inviáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin n. 130. Prediction and prevention of preterm birth. Obstet. Gynecol., v.120, n.4, p.964-973, 2012.

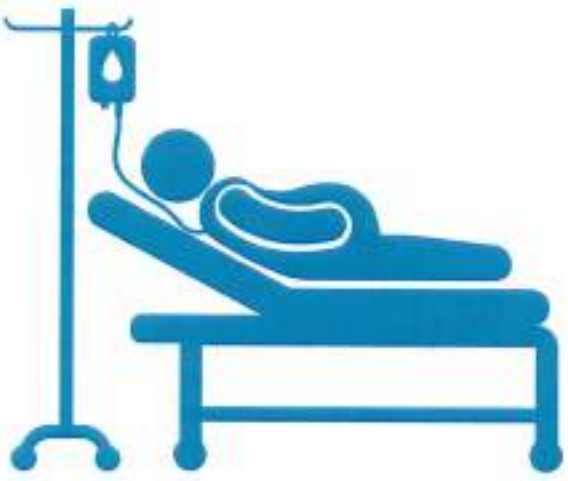
- BERGHELLA V. Universal cervical length screening for prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol Surv. v.67, n.10, p.653-656, 2012.

- CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Gemelidade. In: CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Manual de condutas em obstetrícia. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2011. p.125-136.

- CONDE-AGUDELO, A. et al. Vaginal progesterone vs cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: a systematic review and indirect comparison meta-analysis. Am. J. Obstet. Gynecol. v. 208, n. 1, p.42. e1- 42e18, 2013.

- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Descolamento prematuro da placenta. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.409-415.

- NORWITZ, E. R. Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm birth. Disponivel em: <http://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-ofspontaneous-preterm-birth/contributors>.



ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES

Rotura Prematura das Membranas Ovulares (RPMO) é a rotura das membranas antes do início do trabalho de parto. A rotura de membrana que ocorre antes de 37 semanas de gestação é referida como RPMO pré-termo.

Complica cerca 8 a 10% das gestações a termo e apenas 2% das pré-termo, entretanto está associada a 40% dos nascimentos prematuros e a 18% das mortes perinatais.

FATORES DE RISCO

- Infecção intra-amniótica;
- Baixo nível socioeconômico;
- Sangramentos no segundo e terceiro trimestre;
- IMC menor que 19,8, deficiências nutricionais de cobre e ácido ascórbico;
- Doenças do tecido conjuntivo;
- Tabagismo;
- Conização;
- Cerclagem;
- Trauma abdominal;
- Hiperdistensão uterina;
- Amniocentese.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- A história clínica, a inspeção vulvar e o exame especular estéril são suficientes para confirmar o diagnóstico em 90% dos casos;
- Exames digitais devem ser evitados, uma vez que poucas informações adicionam ao exame especular.

LABORATORIAL

- Cristalização do conteúdo vaginal: o esfregaço do conteúdo vaginal é aplicado sobre lâmina e, após secagem, examinado ao microscópio. A presença de padrão arboriforme sugere RPMO;
- Ultrassonografia: a presença de oligodramnia associada à história clínica pode auxiliar no diagnóstico. Afastar oligodramnia por anomalias renais e insuficiência placentária. Normodramnia não descarta RPMO;
- Detecção da alfa-1 microglobulina placentária: presente no líquido amniótico em concentrações 10.000 vezes maiores que nas secreções cervicovaginais.

CONDUTA

- Internação da paciente;
- Diagnóstico da idade gestacional: os critérios de datação da gestação devem ser revistos uma vez que as condutas serão direcionadas por esta informação;
- Avaliação da vitalidade fetal: os testes de avaliação biofísica fetal têm valor limitado na predição de infecção fetal. A CTG pode auxiliar na identificação compressão do cordão umbilical, atividade uterina assintomática e taquicardia fetal (sugestiva de infecção);
- Rastrear infecção pelo estreptococo do grupo B (GBS);
- Colher swab vaginal/retal;
- A profilaxia antibiótica é recomendada para pacientes em trabalho de parto pré-termo e/ou a termo e amniorrexe por mais de 18 horas, a menos que a paciente tenha cultura recente negativa (< 5 semanas);
- Rastreamento de processo infeccioso:
  - ✓ Monitorar temperatura materna e frequência cardíaca materno-fetal (a cada 4 horas).
- Indicadores de infecção:
  - ✓ Febre acima de 38°C;
  - ✓ Palpação uterina dolorosa;
  - ✓ Secreção vaginal purulenta;
  - ✓ Taquicardia materna ou fetal.
  - ✓ Contagem de leucócitos e dosagem da proteína C-reativa são inespecíficos quando não há nenhuma evidência clínica de infecção, especialmente se corticosteróides foram administrados.
- Antibióticos: indicados entre 24 e 33 semanas completas.
- Para prolongar a latência:

AMPICILINA 2 G IV 6/6 HORAS POR 48 HORAS + AZITROMICINA 1G VO DOSE ÚNICA;

APÓS 48 HORAS, SUBSTITUIR A AMPICILINA POR AMOXICILINA 500 MG VO DE 8/8 HORAS POR 5 DIAS;

NÃO USAR AMOXICILINA+CLAVULANATO DEVIDO AO RISCO DE MAIOR INCIDÊNCIA DE ENTEROCOLITE NECROSANTE.

- Na infecção intra-amniótica:

INICIAR TRATAMENTO PARA CORIOAMNIONITE (CLINDAMICINA 900 MG IV 8/8 HORAS E GENTAMICINA 240 MG IV 1X/DIA);

ANTECIPAÇÃO DO PARTO EM QUALQUER IDADE GESTACIONAL;

CORTICOSTERÓIDES: ADMINISTRAR ENTRE 24 E 33 SEMANAS COMPLETAS. NÃO PRESCREVER NA PRESENÇA DE INFECÇÃO INTRA-AMNIÓTICA.

- Tocolíticos:

NO MOMENTO NÃO HÁ CONSENSO A FAVOR OU CONTRA A ADMINISTRAÇÃO DA TOCÓLISE PARA PERMITIR A AÇÃO DOS ANTIBIÓTICOS E CORTICOSTERÓIDES NA PACIENTE COM RPMO PRÉ-TERMO.

NA PRESENÇA DE METROSSÍSTOLES, A TOCÓLISE SÓ DEVE SER INICIADA PARA POSSIBILITAR A CORTICOTERAPIA, ENTRE 24 E 32 SEMANAS, POR NO MÁXIMO, 48 HORAS. (VER CAPÍTULO ESPECÍFICO).

- Sulfato de Magnésio: Utilizado para neuroproteção do feto entre 24 e 30 semanas;

- Infecção pelo Herpes simples:

O PERÍODO DE LATÊNCIA NÃO AUMENTA O RISCO DE INFECÇÃO NEONATAL. SE, NO MOMENTO DO PARTO, LESÕES ATIVAS ESTÃO PRESENTES A CESARIANA DEVE SER INDICADA;

O TRATAMENTO PROFILÁTICO COM ANTIVIRAIS (ACYCLOVIR 400 MG 3 VEZES AO DIA NO PERÍODO PERIPARTO) PODE SER CONSIDERADO.

- Infecção pelo HIV:

CONDUTA (EXPECTANTE OU INTERVENCIONISTA) NÃO DIFERE DAQUELA PROPOSTA PARA AS PACIENTES NÃO PORTADORAS DO VÍRUS;

NA DECISÃO DA VIA DO PARTO UTILIZAR PROTOCOLO PROPOSTO PARA AS PACIENTES PORTADORAS DO VÍRUS.

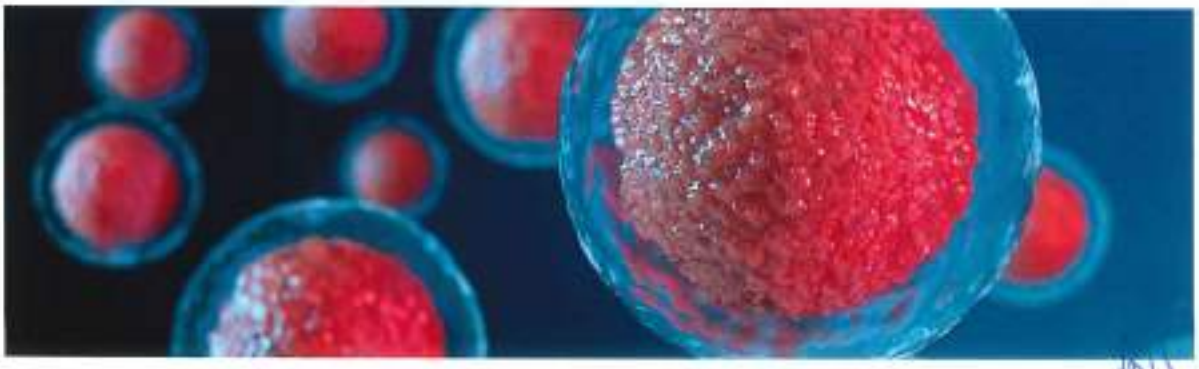
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS . ACOG Practice Bulletin n. 80. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet. Gynecol., v.109, n.4, p.1007-1019, 2007.

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. . Committee Opinion n. 455. Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. Obstet. Gynecol., v.115, n.3, p.669-671, 2010.

- AUSTRALIAN RESEARCH CENTRE FOR HEALTH OF WOMEN AND BABIES. Antenatal magnesium sulphate prior to preterm birth for neuroprotection of the fetus, infant and child – National Clinical Practice Guidelines. v.16, mar. 2010.

- BUCHANAN, S.L., et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Syst .Rev., n.3, CD004735, 2010.



SOFRIMENTO FETAL AGUDO

Define-se sofrimento fetal agudo como a presença de hipoxemia e hipercapnia,(acidose metabólica) decorrentes do comprometimento da troca de gases. Na maioria das vezes ocorre durante o trabalho de parto. Porém, em algumas situações pode ser observado no período anteparto.

ETIOLOGIA

Insuficiência úteroplacentária aguda

- Hiperatividade uterina (hipersistolia, taquissistolia, hipertonia), sem causa evidente ou;
- Após administração intempestiva e imprudente de ocitócicos.
- Associada à pré-eclâmpsia.
- Associada ao parto obstruído.

Hipotensão arterial materna:

- Hemorragias.
- Mau posicionamento da paciente.
- Anestesia de condução.

Insuficiência fetoplacentária aguda

- Associada a patologia funicular:

CIRCULARES (CERVICAL, EM MEMBROS, NO ABDOME)

NÓS FALSOS E VERDADEIROS

PROCIDÊNCIA E PROLAPSO

POR AUTOCOMPRESSÃO

OLIGODRAMNIA

PROFILAXIA

Reduzir a ansiedade materna proporcionando ambiente tranquilo e incentivando o apoio familiar.

- Não efetuar amniotomia precoce;
- Não acelerar o parto que progride normalmente;
- Só utilizar ocitocina quando a evolução do parto se detém ou se retarda por deficiência na contratilidade uterina;
- Se houver indicação médica para indução do parto, observar rigorosamente as rotinas referidas no capítulo correspondente;
- Monitorar todos os partos induzidos e/ou de alto-risco;

- Diagnosticar tempestivamente e corrigir os distúrbios da contratilidade uterina;

- Corrigir prontamente a hipovolemia, a hipotensão, a hipoglicemia e os distúrbios eletrolíticos maternos.

DIAGNÓSTICO

Alterações da freqüência cardíaca fetal (fcf) e do traçado cardiotocográfico

- Taquicardia: frequência cardíaca fetal com valores acima de 160 bpm, por período superior a 10 minutos, sinalizará hipoxemia fetal (exceto nos casos de febre materna, uso de drogas simpaticomiméticas). No traçado cardiotocográfico, poderá estar acompanhada de alterações como a perda das acelerações, a mudança do traçado (perda das oscilações da linha de base) e a presença de desacelerações..

- Bradicardia: frequência cardíaca abaixo de 110 bpm, por período superior a 10 minutos; poderá converter-se em bradicardia severa evoluindo para óbito fetal. Na cardiotocografia pode representar sofrimento fetal agudo quando acompanhada de perda das acelerações e/ou das oscilações da linha de base, e na presença de desacelerações..

- Desacelerações (dips) tardias: são as desacelerações retardadas em relação à contração uterina (o tempo entre o pico da contração e o fundo do dip é igual ou maior que 18 - 30 segundos). Estão associadas à estase de sangue interviloso e são sempre ominosas para o feto, acompanhadas de qualquer valor da frequência cardíaca fetal basal. Na ausência de acelerações e movimentos fetais, com oscilação lisa, evoluem para bradicardia terminal e morte intraparto.

- As desacelerações variáveis: irão adquirir significado patológico quando apresentarem elevada frequência de aparecimento, forem profundas (60 bpm), apresentarem retorno lento (ausência de aceleração compensatória), houver perda das acelerações, ocorrer modificação das oscilações da linha de base (linha de base com padrão liso) e a frequência cardíaca fetal basal de modo geral apresentar taquicardia.

Mecônio

- O achado de mecônio, por si só, não é sinal de sofrimento fetal agudo;

- Exige maior cuidado do obstetra no acompanhamento da vitabilidade fetal, quando do tipo recente, espesso tipo pasta de ervilha;

- Sugere sofrimento fetal quando acompanhado de alterações da frequência cardíaca fetal. A ausência de acelerações e de movimentos fetais, durante o trabalho de parto representam marcadores importantes de baixa oxigenação fetal.

CONDUTA

A ansiedade da parturiente é amenizada com a presença constante do médico assistente.

- Administrar oxigênio sob máscara, 8 a 10 l/min;

IMED

- Alterar a posição da paciente para decúbito lateral;

- Suspender a infusão de ocitocina venosa, mantendo-se a via de acesso com soro glicosado;

- Se presente hipotensão arterial materna pelo uso de anestesia de bloqueio, corrigir com infusão de líquidos e vasoconstritores;

- Abreviar o período expulsivo com o uso do fórcipe, desde que presentes condições de praticabilidade;

- No insucesso das medidas assumidas, indicar operação cesariana de urgência. Enquanto se aguarda o início do procedimento, pode-se prescrever uterolíticos: (Salbutamol, 5mg em 500 ml de SG, 20 gotas por minutos (10microg/min). Nestes casos, logo após a saída da massa placentária infundir ocitocina venosa para evitar graves hipotonias: (20 UI em 500 ml de soro glicosado a 5%, perfundidas na velocidade de 20 gotas/min – 40 mUI/min).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARBONNE, B., et al. Maternal position during labor: effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. Obstet. Gynecol., v.88, n.5,p.797-800, 1996.

- CLARK, S.L., et al. Oxytocin: new perspectives on an old drug. Am. J. Obstet. Gynecol., v.200, n.1, p.35.e 1-6, 2009.

- CUNNINGHAM, F.G., et al. Williams obstetrics. 22nd.ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

- DANIELIAN, P.; STEER, P.J. Fetal distress in labor. In: JAMES, D., et al. High risk pregnancy: management options. 4th.ed. Philadelphia: Saunders, 2011. p.1191-1210.

- DANTI, L., et al. Cardiotocografia: guida practica. Padova: Piccin Nuova, 2010.



TOXOPLASMOSE

Trata-se de parasitose causada pelo Toxoplasma gondii, podendo acometer o feto de mulheres infectadas durante a gestação. A transmissão vertical ocorre em cerca de 1/3 dos fetos das gestantes afetadas. A grande maioria permanecerá assintomática após o nascimento, e até 4% evoluirão com óbito ou sequelas, como deficiência neurológica ou visual graves.



Estima-se que o risco de infecção intrauterina seria de 15% no primeiro trimestre, 30% no segundo e quase 60% no terceiro trimestre. Enquanto o risco de infecção intrauterina aumenta com a duração da gravidez, a sua gravidade é maior no início da prenhez, especialmente até 20 semanas.

Cerca de 10% da infecção pré-natal resulta em abortamento e apenas 10 a 20% dos recém-nascidos infectados in útero mostram sinais de toxoplasmose ao nascimento.

DIAGNÓSTICO

LABORATORIAL

CONDUTA

- Solicitar teste imunoenzimático (IgG e IgM) de rotina, na primeira consulta pré-natal;
- Nos casos de paciente susceptível, repetir o teste a cada trimestre da gestação e instituir profilaxia;

EVITAR INGESTÃO DE CARNES MAL PASSADAS E VEGETAIS MAL LAVADOS;

EVITAR CONTATO COM GATOS;

TRATAR PACIENTES COM INFECÇÃO AGUDA E INVESTIGAR INFECÇÃO FETAL;

SOLICITAR EXAME HISTOPATOLÓGICO DA PLACENTA NO PÓS-PARTO.

TRATAMENTO

- Espiramicina: 3g/dia, VO, até o final da gestação;
- Se infecção fetal confirmada, alternar a espiramicina, em ciclos de 3 semanas, a partir do segundo trimestre, com a associação de:

SULFADIAZINA: 4 G VO POR DIA (2 CP 500 MG VO, 6/6H);

PIRIMETAMINA: 25 A 50 MG VO POR DIA;

ÁCIDO FOLÍNICO: 15 MG VO POR DIA.

- Suspender o esquema tríplice com 34 semanas, mantendo-se exclusivamente a espiramicina;
- Monitorar mensalmente a grávida que estiver se submetendo ao esquema tríplice com hemograma (série vermelha) e contagem de plaquetas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, J.Q.; AMORIM FILHO, A.G.; ZUGAIB, M. Toxoplasmose. In: MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.p.834-840.

- CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Gemelidade. In: CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Manual de Condutas em Obstetrícia. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. p. 284-287



POLÍTICAS

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Tem como objetivo disseminar a cultura de segurança, assegurando a melhoria continua dos processos de cuidado e segurança do paciente, com as ações voltadas à redução do risco de dano no cuidado com a saúde.

ESCOPO

Gerenciar os riscos e identificar as oportunidades de melhorias nos processos assistenciais e de apoio, disseminando a cultura de segurança do paciente.

ÁREA DE APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landô- HESLMB.

DESCRIÇÃO

Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente

A segurança do paciente é orientada por uma metodologia que contempla todas as atividades que ocorrem no hospital para garantir a segurança e o cuidado com o paciente, entre outras medidas descritas nos procedimentos operacionais, que integram a padronização e disseminação das ações de melhorias, focando em diminuir os riscos a um mínimo aceitável.

A Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP) é formado por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Está institucionalmente ligado a Diretoria Técnica e reporta-se diretamente à Diretoria Corporativa de Planejamento e Processos, conforme a Política da Qualidade Institucional.

O CQSP tem como finalidade:

- Propor planos e políticas para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhoria continua da Segurança do Paciente;
- Identificar e propor melhorias para as ações;
- Propor indicadores voltados à prevenção de riscos relacionados

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

à segurança do paciente, bem como para o monitoramento dos processos, sempre em concordância com as diretrizes institucionais e contratuais com a Secretaria de Saúde de Goiás;

- Dar suporte às lideranças para a avaliação técnica dos resultados;
- Analisar as ações propostas pelas áreas envolvidas e acompanhar a implementação das ações;
- Propor ferramentas da qualidade e risco a serem utilizadas;
- Realizar auditorias internas de segurança e risco;
- Garantir as análises das notificações dos incidentes;
- Propor treinamentos e auxiliar na capacitação da instituição nas ações que visem à Segurança do Paciente;
- Mapear processos essenciais e propor alterações, quando pertinente;
- Agir proativamente, de acordo com a Política da Qualidade, para análise, redução ou eliminação dos riscos que comprometam a segurança do paciente/família/acompanhante, dos profissionais e do ambiente.

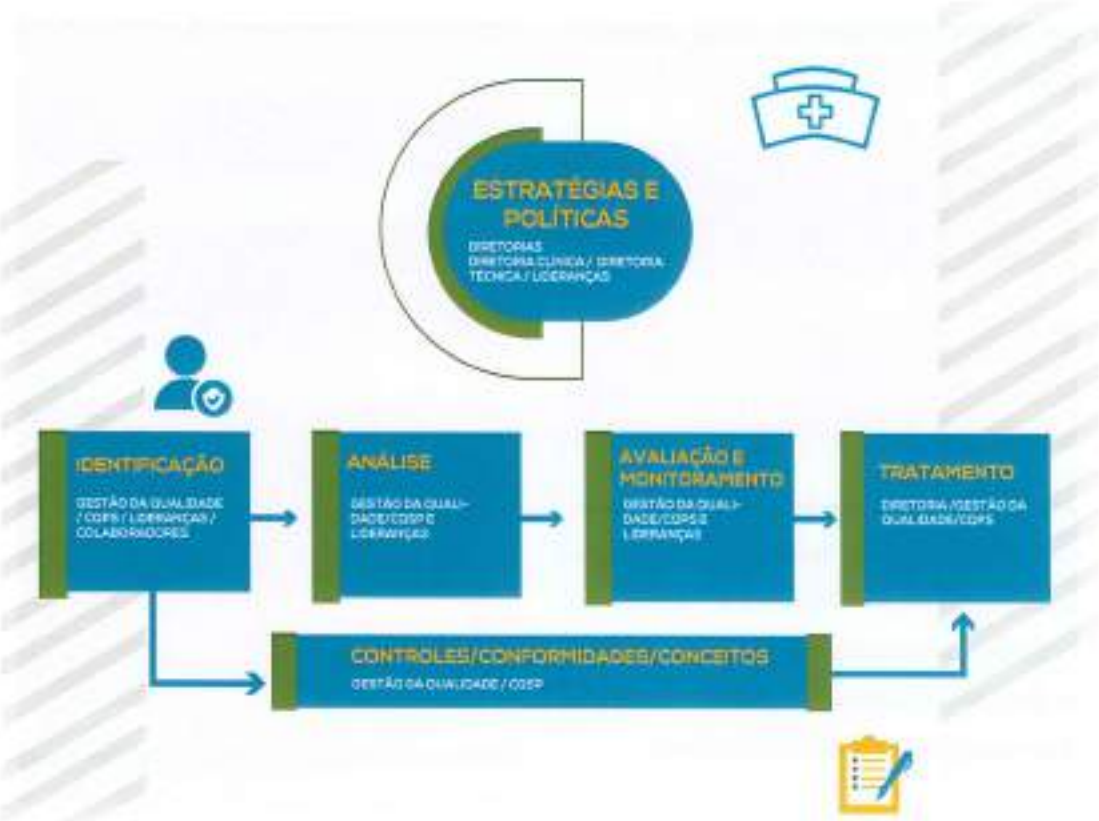
Alta Liderança:

- Garantir e viabilizar as ações de Segurança do Paciente;
- Aprovar a Política de Gestão da Qualidade e Política de Segurança do Paciente;
- -Avaliar os resultados dos indicadores e as ações de melhorias propostas pelas áreas envolvidas;
- Acompanhar os incidentes na instituição e suas análises.

Gerenciamento de Riscos

O gerenciamento de riscos na instituição tem a finalidade de implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais para garantir eficácia e eficiência operacional, de modo a oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente. Consiste na aplicação sistêmica e continua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e incidentes que afetem a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. O fluxo das etapas e áreas envolvidas no Gerenciamento de Risco são:

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX



A. IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS

Estabelece-se a identificação do risco de duas maneiras:

- PROATIVA: POR MEIO DE BUSCA ATIVA DE RISCOS ATRAVÉS DOS SEGUINTES MÉTODOS: AUDITORIAS INTERNAS/EXTERNAS, MAPEAMENTO DE PROCESSOS E RISCOS COM ACOMPANHAMENTO, ALÉM DA IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS MODOS DE FALHA PELAS ÁREAS DA GESTÃO DA QUALIDADE, SESMT E SCIRAS.

- REATIVA: POR MEIO DE NOTIFICAÇÕES ANÔNIMAS VIA INSTRUMENTO MANUAL (ANEXO A), COMPARTILHADO COM AS ÁREAS DE INTERESSE.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Notificação de Incidentes

A notificação acontece de forma interna e externa:

- INTERNA: ATRAVÉS DE INSTRUMENTO MANUAL CONFORME FLUXO INSTITUCIONAL ESTABELECIDO.

- EXTERNA: ATRAVÉS DE PADRONIZAÇÃO/SISTEMA DO ÓRGÃO NOTIFICADOR.

Todos os incidentes deverão ser notificados ao COSP por meio de instrumento de notificação. Aqueles relacionados à assistência ao paciente deverão ser registrados em instrumento de transição de cuidados (sistema MV) e passagem de plantão (anexo B).

Análise das Notificações

Os incidentes notificados são classificados conforme a **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS.** Considera-se:

- INCIDENTES: SÃO EVENTOS OU CIRCUNSTÂNCIAS QUE PODERIAM RESULTAR, OU RESULTARAM, EM DANO DESNECESSÁRIO AO PACIENTE. HÁ 3 GRUPOS DE INCIDENTES:

- CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO: É UMA SITUAÇÃO EM QUE HOUVE POTENCIAL SIGNIFICATIVO DE DANO, MAS NÃO OCORREU UM INCIDENTE;

- "QUASE - ERRO": INCIDENTE QUE NÃO ATINGE O PACIENTE;

- INCIDENTE SEM DANO: UM EVENTO QUE OCORREU A UM PACIENTE, MAS NÃO CHEGOU A RESULTAR EM DANO;

- INCIDENTE COM DANO = EVENTO ADVERSO: INCIDENTE QUE RESULTA EM DANO PARA UM PACIENTE (DANOS NÃO INTENCIONAIS DECORRENTES DA ASSISTÊNCIA E NÃO RELACIONADAS À EVOLUÇÃO NATURAL DA DOENÇA DE BASE)

Todos os incidentes com danos serão classificados pelo grau de dano, isto é, o grau de comprometimento do estado de saúde do paciente ocasionado pelo incidente. Para nortear a decisão, segue a compreensão sobre cada um dos graus:



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Grau de Dano

NENHUM	NENHUM SINTOMA, OU NÃO DETECTADO E NÃO FOI NECESSÁRIO TRATAMENTO.
LEVE	SINTOMAS LEVES, PERDA DE FUNÇÃO OU DANOS MÍNIMOS OU MODERADOS, MAS COM CURAÇÃO RÁPIDA, E APENAS INTERVENÇÕES MÍNIMAS SENDO NECESSÁRIAS (EX.: OBSERVAÇÃO EXTRA, INVESTIGAÇÃO, REVISÃO DE TRATAMENTO, TRATAMENTO LEVE).
MODERADO	PACIENTE SINTOMÁTICO, COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO (EX.: PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO ADICIONAL, TRATAMENTO ADICIONAL, COM AUMENTO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO, COM DANO OU PERDA DE FUNÇÃOPERMANENTE OU DE LONGO PRAZO
GRAVE	PACIENTE SINTOMÁTICO, COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO PARA SUPORTE DE VIDA, OU INTERVENÇÃO CLÍNICA/ CIRÚRGICA DE GRANDE PORTE, CAUSANDO DIMINUIÇÃO DA EXPECTATIVA DE VIDA COM GRANDE DANO OU PERDA DE FUNÇÃO PERMANETE OU DE LONGO PRAZO.
ÓBITO	DENTRO DAS PROBABILIDADES, EM CURTO PRAZO O EVENTO CAUSOU OU ACELEROU A MORTE.

Comunicação do Incidente

Os incidentes com dano ao paciente deverão ser comunicados imediatamente à liderança local. Fica estabelecido que a liderança local deverá informar ao setor de Gestão da Qualidade via telefone todos os incidentes com dano moderado ou grave/óbito para a investigação e análise. Cabe a avaliação da Qualidade e comunicação para Diretoria.

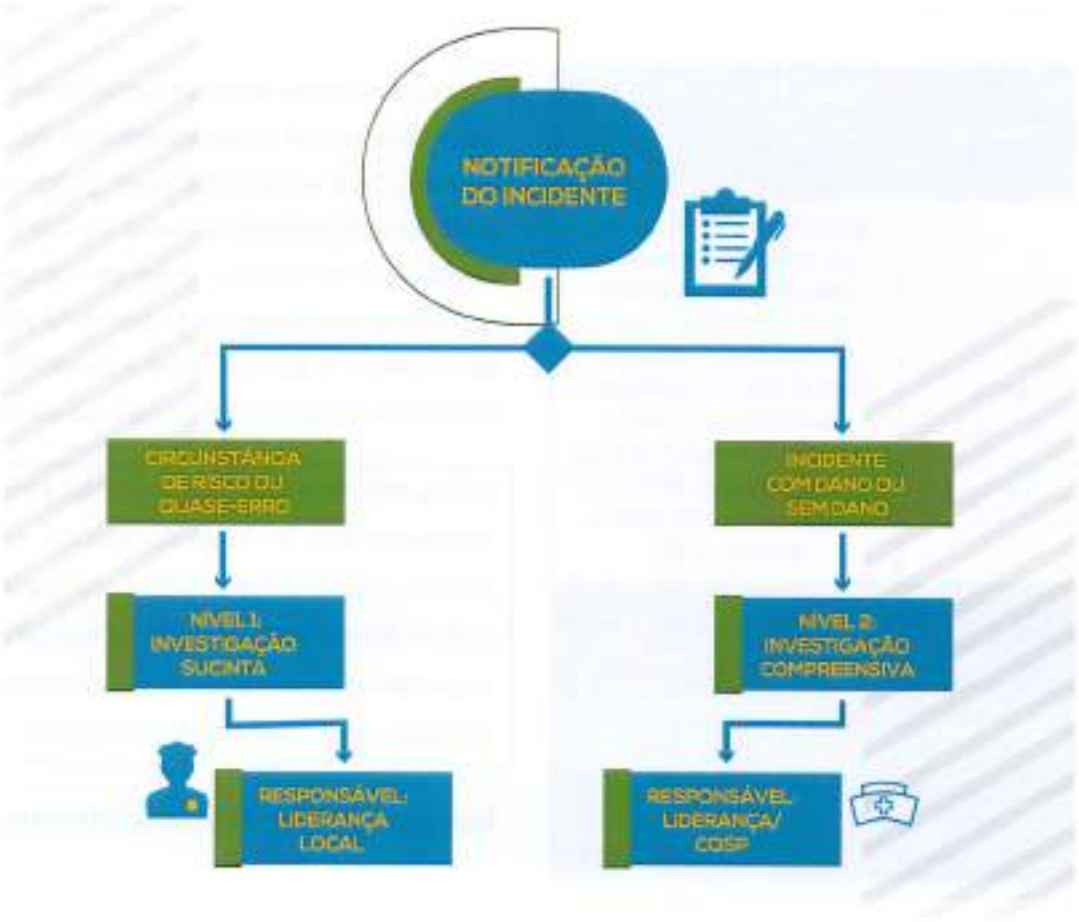
NOTA: Ato de violação ou infração ética: Os incidentes que, ao final da análise, foram identificados como ato de violação (intencional) ou infração ética serão encaminhados os gestores responsáveis para posterior seguimento a ser definido pelas mesmas.

Investigação dos Incidentes

O fluxo das investigações se dá por meio de ferramentas de acordo com caráter da notificação. A priorização da investigação se dá pela gravidade.

É no momento da investigação também que se identificam as falhas, as barreiras vencidas e os atos inseguros que favoreceram a ocorrência do incidente. Essas evidências serão utilizadas para direcionar os planos de ação de melhorias. A metodologia de análise dos respectivos níveis de investigação consiste na seguinte:

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX



Nível 1 – Investigação sucinta:

A análise das ocorrências relacionadas às **circunstâncias de risco** e **quase-erros** é realizada pela liderança local e/ou CQSP, utilizando a técnica e/ou ferramenta da qualidade mais adequada conforme a familiaridade dos envolvidos na investigação.

NOTA: Conforme o potencial de dano de notificações classificadas "circunstância de risco" e "quase-erro", será realizado análise de investigação compreensiva pela CQSP.

Nível 2 – Investigação compreensiva:

A análise dos incidentes sem dano e com dano leve é realizada pela CQSP junto com a liderança local, utilizando as ferramentas de análise

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

mais adequadas selecionadas pelo grupo, a seguir descreveremos as ferramentas da qualidade padronizadas pela Gestão da Qualidade:

Gerenciamento de Risco e Melhoria de Processos (**anexo C**) é realizado à partir de um instrumento dinâmico onde:

DEFINI-SE A EQUIPE DE TRABALHO: NOMEAR OS PARTICIPANTES COM CARGOS/FUNÇÕES ESTRATÉGICOS. MEIOS DE ACESSO FÁCIL A EQUIPE PARA REUNIÕES ORDINÁRIOS E/OU EXTRAORDINÁRIAS. ONDE OS MESMOS SÃO ORIENTADOS NUM FLUXO LÓGICO QUE INCENTIVA:

CONHECER O PROBLEMA: DEFINIR CLARAMENTE O PROBLEMA/ MELHORIA E RECONHECER SUA IMPORTÂNCIA. ESTABELECER META. A PARTIR DE ANÁLISES HISTÓRICAS. BENCHMARK.

ESTRATIFICAR O PROBLEMA. GERAR CONHECIMENTO SOBRE OS COMPONENTES (PARTES)DO PROBLEMA PRIORIZANDO-OSPARA DIRECIONAMENTO DOS ESFORÇOS.

IDENTIFICAR AS CAUSAS DO PROBLEMA: IDENTIFICAR E PRIORIZAR AS CAUSAS FUNDAMENTAIS QUE EXPLICAM A MAIOR PARCELA DO PROBLEMA GLOBAL E QUE AFETAM OS RESULTADOS.

ELABORAR PLANOS DE MELHORIA: ELABORAR UM PLANO PARA BLOQUEAR AS CAUSAS FUNDAMENTAIS.

IMPLEMENTAR OS PLANOS DE MELHORIA: ATUAR DE ACORDO COM O PLANO DE AÇÃO.

ACOMPANHAR OS PLANOS E RESULTADOS: AVALIAR OS RESULTADOS E EXECUÇÃO DAS AÇÕES.

CORRIGIR AS ROTAS: AGIR CORRETIVAMENTE (TRATAR DESVIOS).

PADRONIZAÇÃO: PADRONIZAR AÇÕES BEM SUCEDIDAS QUANDO RESULTADOS SÃO ALCANÇADOS.

BRAINSTORMING/BRAINWRITING: É UMA FERRAMENTA DE ANÁLISE QUE ESTIMULA E INCENTIVA O LIVRE FLUXO DE CONVERSAÇÃO ENTRE UM GRUPO DE PESSOAS CONHECEDORAS PARA IDENTIFICAR MODOS DE FALHA POTENCIAIS, PERIGOS E RISCOS ASSOCIADOS, CAUSAS E FATORES CONTRIBUINTES (ANEXO D).

DIAGRAMA DE ISHIKAWA: É UMA FERRAMENTA DE ANÁLISE QUE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

PERMITE IDENTIFICAR, EXPLORAR E EXIBIR GRAFICAMENTE TODAS AS CAUSAS POSSÍVEIS RELACIONADAS, A FIM DE DESCOBRIR A CAUSA RAIZ DOS INCIDENTES (ANEXO E).

DIAGRAMA DE PARETO: É UM RECURSO GRÁFICO UTILIZADO PARA ESTABELECER UMA ORDENAÇÃO NAS CAUSAS DE PROBLEMAS QUE DEVEM SER SANADAS. UMA FERRAMENTA ÚTIL SEMPRE QUE CLASSIFICAÇÕES GERAIS DE PROBLEMAS, ERROS, INCIDENTES, FEEDBACKS NEGATIVOS, PUDEREM SER CLASSIFICADOS PARA ESTUDO E AÇÕES POSTERIORES. SEU PROPÓSITO, NO ENTANTO, NÃO É O DE IDENTIFICAR CAUSAS (ANEXO F).

FLUXOGRAMAS: MANTENDO UMA SEQUÊNCIA LÓGICA E CRONOLÓGICA DAS ATIVIDADES, O FLUXOGRAMA NOS AUXILIA COM OS DEPARTAMENTOS, DE MODO A REPRESENTAR A INTERAÇÃO ENTRE OS PROCESSOS E VISUALIZÁ-LOS COMO UM TODO, ENTENDENDO SUAS ENTRELINHAS E INTERFACES (ANEXO G).

HFMEA (HEALTH CARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS): É UMA FERRAMENTA PROATIVA DE AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DOS PROCESSOS DE ALTO RISCO EM RELAÇÃO À SEGURANÇA (ANEXO H), CONDUZIDA POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, NA QUAL SÃO MAPEADOS OS FLUXOS, IDENTIFICADOS OS MODOS DE FALHA E AS CAUSAS DOS MODOS DE FALHA, PONTUADO O ESCORE DO PERIGO NA MATRIZ DE RISCO. E, ATRAVÉS DO ALGORITMO DA ÁRVORE DE DECISÃO, SÃO IDENTIFICADAS AS VULNERABILIDADES DO SISTEMA. OS LÍDERES INSTITUCIONAIS, COM BASE NESTA ANÁLISE, IMPLEMENTAM AÇÕES E MEDIDAS DE RESULTADOS, REDESENHANDO OS PROCESSOS DE ALTO RISCO, CONSIDERADOS PRIORITÁRIOS, TORNANDO-OS MAIS SEGUROS.

5 PORQUÊS: É UMA TÉCNICA QUE CONSISTE EM PERGUNTAR "PORQUÊ", TRÊS, QUATRO, CINCO VEZES, ATÉ SE CHEGAR À CAUSA FUNDAMENTAL PARA ERRADICÁ-LA DE FORMA DEFINITIVA, MAS SEM ENTRAVES DE NATUREZA BUROCRÁTICA (ANEXO I).

MATRIZ GUT: A MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE GUT É UMA FERRAMENTA QUE AJUDA NA PRIORIZAÇÃO DA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS POR MEIO DE 3 CRITÉRIOS: GRAVIDADE, URGÊNCIA E TENDÊNCIA (ANEXO J).

PLANO DE AÇÃO: TIPO DE CHECK-

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

LIST UTILIZADO PARA GARANTIR QUE A OPERAÇÃO SEJA CONDUZIDA SEM NENHUMA DÚVIDA POR PARTE DOS GESTORES E SUA EQUIPE. ORDENANDO DATAS DE RESOLUÇÃO E DESCREVENDO AS ATIVIDADES, ATRIBUINDO OS RESPONSÁVEIS. SERÁ UTLIZADA A METODOLOGIA 5W 1 OU 2H PARA PLANEJAMENTO E PLANILHA DE PLANO DE AÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PROPOSTAS (ANEXO K).

PROTOCOLO DE LONDRES: É UMA FERRAMENTA QUE GARANTE UMA INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE COMPREENSIVA E ATENTA SOBRE OS EVENTOS GRAVES, QUE VAI ALÉM DO SENTIMENTO DE CULPA E INCITA A REFLEXÃO DOS PROFISSIONAIS. A INVESTIGAÇÃO DEVE SER CONDUZIDA DE MODO A FAZER TRANSPARECER PONTOS CRÍTICOS DO PROCESSO QUE LEVARAM AO INCIDENTE RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, SEM PROCURAR CULPADOS. A FERRAMENTA DEMANDA CUIDADO PARA QUE NÃO SE TRANSMUDE A ANÁLISE EM PUNIÇÃO DE FUNCIONÁRIOS E ENVOLVIDOS COM O INCIDENTE. AS SEGUINTES ETAPAS DEVEM SER SEGUIDAS PARA A CONDUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DO INCIDENTE E ANÁLISE DE PROCESSOS (ANEXO L):



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

1. IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO GRAVE E DECISÃO DE INVESTIGAR;

2. SELEÇÃO DE PESSOAS PARA COMPOSIÇÃO DO TIME DE INVESTIGAÇÃO (DENTRE OS MEMBROS DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE);

3. ORGANIZAÇÃO E COLETA DE DADOS;

4. DETERMINAÇÃO DA ORDEM CRONOLÓGICA DO INCIDENTE;

5. IDENTIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO INCIDENTE;

6. IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES CONTRIBUINTES; E,

7. ELABORAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES E DESENVOLVIMENTO DE UM PLANO DE AÇÃO.

O fluxograma a seguir mostra as etapas que integram a investigação na abordagem do incidente. O detalhamento de cada uma delas se encontra separado por sessões (A a G).



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

FLUXOGRAMA PARA A INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES E ANÁLISE DE PROCESSOS



LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

A análise dos incidentes com desfecho grave/óbito será realizada pela Gestão da Qualidade junto com a liderança local, utilizando a ferramenta de análise adequada a situação em questão, dentre as quais se destacam: **Protocolo de Londres.**

MATRIZ SIPOC: TRATA-SE DE UMA FERRAMENTA VISUAL USADA PARA DOCUMENTAR UM PROCESSO DE TRABALHO DE SEU COMEÇO ATÉ O FIM. A MATRIZ SIPOC (ANEXO M) AJUDA A IDENTIFICAR OS ELEMENTOS RELEVANTES DE UM PROCESSO E COM ISSO É POSSÍVEL GANHAR UM MAIOR CONHECIMENTO SOBRE DETERMINADA ATIVIDADE E IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MELHORIA. É IMPOSSÍVEL GERENCIAR SEM SABER O QUE FAZEMOS E A MATRIZ SIPOC AJUDARÁ A TORNAR TANGÍVEL O TRABALHO REALIZADO, SERVINDO COMO UMA ÓTIMA FERRAMENTA DE PADRONIZAÇÃO E TREINAMENTO DAS ATIVIDADES.

Também é importante lembrar que o formulário da Matriz SIPOC apresenta uma visão macro do processo, portanto não é recomendado que se inclua detalhes do mesmo. Com essa ferramenta é possivel determinar as entradas e saídas, os clientes, fornecedores e as principais etapas de determinado processo. Além disso, é possível elencarmos os seus indicadores de eficácia (voz do cliente) e de eficiência (produtividade).

ESSA É NOSSA FERRAMENTA DE ESCOLHA PARA AJUDAR A DEFINIR OS PROCESSOS A SEREM MAPEADOS EM CADA SETOR.

CADEIA CLIENTE-FORNECEDOR: TIPO DE FORMULÁRIO (ANEXO N) UTILIZADO PARA FORMALIZAR O RELACIONAMENTO ESTABELECIDO ENTRE FORNECEDORES E CLIENTES ENVOLVIDOS EM DETERMINADO PROCESSO. EM NOSSA INSTITUIÇÃO SERÁ USADO PARA DETALHAMENTO/ COMPLEMENTO DA MATRIZ SIPOC.

NOTA: A ferramenta da qualidade mais adequada à análise deverá ser selecionada pelo COSP de acordo com a familiaridade do grupo em aplicá-la e a garantia de proporcionar e usar um conjunto de regras,

esquemas ou procedimentos simples e objetivos que permitam a agilidade e efetiva análise dos processos na busca de melhorias e correções das fragilidades nos processos que levem a situações inseguras ao paciente/familiar/acompanhante, ao colaborador e ao ambiente.

NOTIVISA E VIGIMED

O Notivisa é um sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. Buscando consolidar e orientar os processos de trabalho envolvidos na vigilância e monitoramento de incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente dos incidentes com danos/eventos adversos, foi disponibilizado, em 2015, juntamente com o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. De acordo com este plano, os incidentes considerados "Never Events" (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde) devem ser notificados ao Notivisa no prazo máximo de 72 h pelo "Gestor Notivisa" da instituição, utilizando-se o módulo de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde do Notivisa 2.0 (módulo Assistência à Saúde), sendo igualmente obrigatório o preenchimento das 10 etapas da notificação. Além disso, é necessário o detalhamento da investigação e das ações adotadas em resposta ao incidente. Estas informações devem ser preenchidas em formulário específico disponível no sistema.

A lista de incidentes considerados "Never Events" a serem notificados no Notivisa são:

ÓBITO OU LESÃO GRAVE DE PACIENTE OU COLABORADOR ASSOCIADO À INTRODUÇÃO DE OBJETO METÁLICO EM ÁREA DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.
ÓBITO OU LESÃO GRAVE DE PACIENTE ASSOCIADOS À QUEIMADURA DECORRENTE DE QUALQUER FONTE DURANTE A ASSISTÊNCIA DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE
ÚLCERA POR PRESSÃO ESTÁGIO III (PERDA TOTAL DE ESPESSURA RECIDUAL - TECIDO ADIPOSO SUBCUTÂNEO PODE SER VISÍVEL, SEM EXPOSIÇÃO DOS OSSOS, TENDÕES OU MÚSCULOS)
ÚLCERA POR PRESSÃO ESTÁGIO IV (PERDA TOTAL DE ESPESSURA DOS TECIDOS COM EXPOSIÇÃO DOS OSSOS, TENDÕES OU MÚSCULOS)
ÓBITO OU LESÃO GRAVE DE PACIENTES ASSOCIADOS A CHOQUE ELÉTRICO DURANTE A ASSISTÊNCIA DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO EM LOCAL ERRADO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO NO LADO ERRADO DO CORPO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO NO PACIENTE ERRADO

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ERRADA EM UM PACIENTE
RETENÇÃO NÃO INTENCIONAL DE CORPO ESTRANHO EM UM PACIENTE APÓS A CIRURGIA
ÓBITO INTRA-OPERATÓRIO OU IMEDIAMENTE PÓS-OPERATÓRIO/PÓS-PROCEDIMENTO EM PACIENTE ASA CLASSE 1
ÓBITO OU LESÃO GRAVE DE PACIENTE RESULTANTE DE PERDA IRRECUPERÁVEL DE AMOSTRA BIOLÓGICA INSUBSTITUÍVEI
GÁS ERRADO NA ADMINISTRAÇÃO DE O2 OU GASES MEDICINAIS
CONTAMINAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO DE O2 OU GASES MEDICINAIS
ALTA OU LIBERAÇÃO DE PACIENTE DE QUALQUER IDADE QUE SEJA INCAPAZ DE TOMAR DECISÕES, PARA OUTRA PESSOA NÃO AUTORIZADA
ÓBITO OU LESÃO GRAVE DE PACIENTE ASSOCIADA A FUGA DO PACIENTE
SUICIDIO DE PACIENTE, TENTATIVA DE SUICIDIO OU DANO AUTO-INFLIGIDO QUE RESULTE EM LESÃO SÉRIA DURANTE A ASSISTÊNCIA DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE
INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL COM O ESPERMADO DOADOR ERRADO OU COM O ÓVULO ERRADO
ÓBITO OU LESÃO GRAVE MATERNA ASSOCIADO AO TRABALHO DE PARTO OU PARTO EM GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO
ÓBITO OU LESÃO GRAVE DE PACIENTE RESULTANTE DE FALHA NO SEGUIMENTO OU NA COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAME DE RADIOLGIA

O Gestor Notivisa será o responsável pelas notificações relacionadas à Hemovigilância.

Os incidentes relacionados à Hemovigilância notificáveis são: durante a transfusão ou em até 24 horas: reação hemolítica aguda, reação febril não hemolítica, reação alérgica leve, moderada ou grave, contaminação bacteriana, edema pulmonar não cardiogênico, reação hipotensiva, hemólise não imune dentre outros; incidentes transfusionais tardios - ocorridos após 24 horas da transfusão: reação hemolítica tardia, Hepatite B e C, AIDS/HIV, Chagas, Sífilis, Malária, HTLV-I/II.

As notificações relacionadas a Farmacovigilância e Tecnovigilância deverão ser realizadas por um profissional farmacêtico da instituição com perfil no Notivisa de "Técnico com envio do serviço de saúde"

Os incidentes relacionados a Farmacovigilância notificáveis são: RAM - Reação Adversa a Medicamentos que devem ser notificados no sistema **VIGIMED** (Qualquer efeito nocivo, não intencional e indesejado de um medicamento, observado em doses terapêuticas habituais utilizadas em seres humanos para fins de profilaxia, diagnóstico ou tratamento). Inefetividade terapêutica (Redução ou falta do efeito clínico esperado do medicamento). Queixa Técnica em Medicamentos (Alterações físico-químicas e organolépti-

cas, adulterações, falsificações, problemas de rotulagem e de embalagem, entre outras). Institucionalmente a notificação de suspeitas relacionadas a Farmacovigilância será realizada por meio do **FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO** (anexo O), que direcionará a investigação e análise de tais e fornecerá subsídio para notificação no sistema **VIGIMED.**

Os incidentes relacionados à Tecnovigilância notificáveis são: incidentes e queixas técnicas envolvendo produtos para a saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico), tais como: falha do produto, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta (ex: ausência de número de lote, falta de prazo de validade, ausência de registro na ANVISA), instruções de uso e embalagens impróprias ou inadequadas. Institucionalmente a notificação de suspeitas relacionadas a Tecnovigilância será realizada por meio do **FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE TÉCNICA DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES** (anexo P), que direcionará a investigação e análise de tais e fornecerá subsídio para notificação no sistema **NOTIVISA.**

O gestor do Notivisa pode realizar o devido acompanhamento de todos os eventos por meio de ferramentas contidas no sistema.

Notificação de incidentes para Órgão Acreditador

Ao tomar conhecimento de um incidente, a instituição representada pelo COSP deve acessar o ONA Integrare e notificar o incidente seguindo a Norma Orientadora 21 - NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS.

RISCO	FACULDADE		OCORRIDOS A CONTAR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO	A CONTAR DA LIBERAÇÃO DO EVENTO PELO CLIENTE
CIRCUNSTÂNCIA DE	NOTIFICAÇÃO		ATÉ 30 DIAS	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Para a notificação e análise dos incidentes e eventos, serão considerados os seguintes prazos e determinações:

INCIDENTE OU EVENTO	NOTIFICAÇÃO PARA ONA	PRAZO PARA O CLIENTE NOTIFICAR O EVENTO NO ONA INTEGRARE	PRAZO PARA O CLIENTE INSERIR AS CAUSAS E AÇÕES NO ONA INTEGRARE	PRAZO PARA A IAC FINALIZAR O EVENTO E ENCAMINHAR PARA A ANÁLISE DA ONA
ATINGIU O PACIENTE, CLIENTE OU PROFISSIONAL DA SAÚDE COM DANO, RESULTANDO EM ÓBITO	NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	ATÉ 5 (CINCO) DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DO EVENTO	ATÉ 30 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA LIBERAÇÃO DO EVENTO PELO CLIENTE
ATINGIU O PACIENTE, CLIENTE OU PROFISSIONAL COM DANO GRAVE	NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	ATÉ 5 (CINCO) DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DO EVENTO	ATÉ 30 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA LIBERAÇÃO DO EVENTO PELO CLIENTE
ATINGIU O PACIENTE, CLIENTE OU PROFISSIONAL DA SAÚDE COM DANO MODERADO	NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DO EVENTO	ATÉ 30 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA LIBERAÇÃO DO EVENTO PELO CLIENTE
ATINGIU O PACIENTE, CLIENTE OU PROFISSIONAL DA SAÚDE COM DANO LEVE	NOTIFICAÇÃO NÃO RECOMENDADA	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DO EVENTO	ATÉ 30 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA LIBERAÇÃO DO EVENTO PELO CLIENTE
ATINGIU O PACIENTE, CLIENTE OU PROFISSIONAL DA SAÚDE COM SEM DANO	NOTIFICAÇÃO FORTEMENTE RECOMENDADA	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DO EVENTO	ATÉ 30 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA LIBERAÇÃO DO EVENTO PELO CLIENTE
NÃO TINGIU O PACIENTE, CLIENTE OU PROFISSIONAL DA SAÚDE - NEAR MISS	NOTIFICAÇÃO FORTEMENTE RECOMENDADA	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DO EVENTO	ATÉ 30 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO	ATÉ 10 DIAS CORRIDOS A CONTAR DA LIBERAÇÃO DO EVENTO PELO CLIENTE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

REGISTROS DAS NOTIFICAÇÕES: DÁ-SE POR MEIO DE FERRAMENTA PRÓPRIA DE REGISTRO, PREVIAMENTE ESTABELECIDA COMO PLANILHA DE REGISTRO DE INCIDENTES.

MONITORAMENTO DOS INCIDENTES E AÇÕES DE MELHORIAS: O MONITORAMENTO DOS INCIDENTES E AÇÕES DE MELHORIAS SERÃO REALIZADOS PELA GESTÃO DA QUALIDADE E COSP ATRÁVES DA ANÁLISE DOS INDICADORES RELACIONADOS, CLASSIFICAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES RECEBIDAS, TIPOS DE INCIDENTES OCORRIDOS, AÇÕES PLANEJADAS E AÇÕES IMPLEMENTADAS, ASSIM COMO EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE MELHORIAS COM A ANÁLISE DE NOVAS OCORRÊNCIAS DO MESMO TIPO DE INCIDENTE ESSES INDICADORES SERÃO ACOMPANHADOS E APRESENTADOS MENSALMENTE À DIRETORIA NAS REUNIÕES DE ANÁLISE CRITICA.

B. ANÁLISE DE RISCO

Gerenciamento de Risco e Melhoria de Processos: É realizada à partir de um instrumento dinâmico onde:

- **Defini-se a equipe de trabalho:** Nomear os participantes com cargos/funções estratégicos, meios de acesso fácil a equipe para reuniões ordinários e/ou extraordinárias, onde os mesmos são orientados num fluxo lógico que incentiva:
- **Conhecer o Problema:** definir claramente o problema/melhoria e reconhecer sua importância. Estabelecer meta, a partir de análises históricas, benchmark;
- **Estratificar o problema:** Gerar conhecimento sobre os componentes (partes)do problema priorizando-ospara direcionamento dos esforços;
- **Identificar as causas do problema:** Identificar e priorizar as causas fundamentais que explicam a maior parcela do problema global e que afetam os resultados;
- **Elaborar planos de melhoria:** Elaborar um plano para bloquear as causas fundamentais;
- **Implementar os planos de melhoria:** Atuar de acordo com o Plano de Ação;
- **Acompanhar os planos e resultados:** Avaliar os resultados e execução das ações;

- **Corrigir as rotas:** Agir corretivamente (tratar desvios);

- **Padronização:** Padronizar ações bem sucedidas quando resultados são alcançados.

- A análise de risco institucional será realizada anualmente pela Gestão da Qualidade, COSP e lideranças, com análise sistemática e crítica dos indicadores acompanhados.

- A ferramenta HFMEA (**Healthcare Failure Mode and Effect Analysis ou Análise do Modo de Falha e Efeitos na Assistência Médica),** que se caracteriza por ser um processo utilizado para identificar possíveis falhas e suas causas antes que serviços futuros sejam fornecidos – sendo, portanto, uma abordagem sistemática usada para identificar e mitigar riscos que poderiam resultar em tragédia para o paciente, identificando condições de risco, determinando efeitos que poderão advir na ocorrência do erro, bem como elaborando recomendações de medidas corretivas e melhorias necessárias para prevenir e eliminar as falhas, de forma a aumentar a probabilidade de que o processo se desenvolva de maneira satisfatória, com melhora de sua confiabilidade, segurança e qualidade.

- A fim de analisar um processo específico previamente selecionado, uma equipe multidisciplinar deve ser estabelecida para executar a análise utilizando-se da ferramenta da qualidade selecionada pelo grupo, considerada como a mais adequada à situação.

C. AVALIAÇÃO DE RISCO

O processo de avaliação de risco abrange a identificação, análise e avaliação, cuja finalidade é fornecer informações baseadas em evidências e análises, orientando a tomada de decisão a respeito de como tratá-lo especificamente e priorizá-lo, bem como escolhendo entre as opções de alterar a probabilidade de ocorrência ou reduzir o seu impacto, ou ambos.

D. TRATAMENTO DO RISCO

Posteriormente à etapa de avaliação dos riscos, é definido o tratamento que será dado aos riscos e como estes devem ser monitorados e comunicados às diversas partes envolvidas. Tratar os riscos consiste em decidir entre evitá-los, mitigá-los, compartilhá-los ou aceitá-los. O processo de melhoria é acompanhado por um processo cíclico de reavaliação de análise dos resultados com

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX.XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ferramentas definidas segundo a complexidade da ação, tendo em vista a determinação de sua tolerabilidade em relação a critérios previamente definidos, a fim de decidir pelo eventual tratamento adicional.

E MONITORAMENTO DOS RISCOS E ANÁLISE CRÍTICA

A partir da identificação do responsável pelo risco, realizada na etapa de avaliação, o processo de monitoramento e análise crítica consistirá em acompanhar o desempenho dos indicadores de riscos a fim de supervisionar a implantação e manutenção dos planos de ação. Os incidentes com as análises e tratativas serão registrados em planilha de excel e acompanhadas pela Gestão de Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente .

Nível 1 - Monitoramento e Análise Crítica:

São discutidos os indicadores de monitoramento de risco da área que compõem a matriz de risco. O monitoramento e análise crítica são realizados pela gestão local, com suporte qualificado pela Gestão de Risco (COSP) a fim de verificar se os resultados esperados estão sendo alcançados e o tratamento está sendo eficaz.

Nível 2 – Análise crítica:

São discutidos os indicadores validados pela Gestão de Risco. O monitoramento e análise crítica são realizados pela Gestão de Risco (nível 1), e serão levados para conhecimento da Alta Liderança.

A comunicação permeia todas as etapas do processo de gestão de riscos que envolvem as partes interessadas, da seguinte forma:

Alta Liderança

- Relatório de análise de Incidentes/ Eventos Adversos mensal e Avaliação Riscos anual;
- Reunião mensal de resultados com Diretorias.

Institucional:

- Treinamento admissional;
- Treinamento de Educação Continuada;
- Orientação ao paciente/familiar/ acompanhante.

Diretrizes institucionais de Consentimento Informado e Esclarecido

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

O consentimento informado refere-se ao processo de esclarecimento do paciente e/ou responsável a respeito de um procedimento (diagnóstico e/ou terapêutico) ao qual ele será submetido. A instituição definiu em política institucional os termos relacionados a procedimentos que deverão ser aplicados ao paciente e/ou familiar ou responsável

Processos que necessitam Consentimento Informado e Esclarecido:

- Anestesia/Sedação.
- Realização de Cirurgia.
- Realização de Hemotransfusão.
- Procedimentos Invasivos.
- Tomografia Computadorizada.
- Realização de Traqueostomia.
- Paliação.

A efetividade da aplicabilidade será evidenciada na auditoria de prontuário, juntamente com a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários institucional.

Metas Internacionais de Segurança do Paciente

As seis **Metas Internacionais de Segurança do Paciente** (anexo Q) são soluções que têm como objetivo promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência. O objetivo principal é evitar danos ao paciente e, desta forma, reduzir as consequências negativas de um atendimento realizado de forma insegura. Essas metas devem ser adotadas por instituições de todo o mundo, como forma de oferecer um atendimento cada vez melhor e mais adequado, garantindo as boas práticas no cuidado assistencial. No HESLMB, além das seis metas internacionais, são monitoradas outras 4. A seguir, temos a descrição de cada uma:

- META 1/IDENTIFICAR OS PACIENTES CORRETAMENTE: A CHECAGEM SE DARÁ POR DOIS IDENTIFICADORES (NOME COMPLETO E DATA DE NASCIMENTO) E QUANDO NECESSÁRIO, O TERCEIRO IDENTIFICADOR (NOME COMPLETO DA MÃE) SERÁ USADO ANTES DE REALIZAR QUALQUER PROCEDIMENTO OU TRATAMENTO.

- META 2/COMUNICAÇÃO EFETIVA: A SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA DEPENDE DE UMA COMUNICAÇÃO CLARA, OBJETIVA, COMPLETA QUE POSSA SER COMPREENDIDA POR TODOS OS PROFISSIONAIS E SETORES ENVOLVIDOS COM O

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

CUIDADO. A BOA COMUNICAÇÃO É UM PROCESSO FUNDAMENTAL QUE DEVE SER GARANTIDO NAS TROCAS DE PLANTÃO, NAS TRANSIÇÕES DE CUIDADOS, NOS REGISTROS DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE, BEM COMO NOS REGISTROS DE EXAMES COM RESULTADOS CRÍTICOS. SERÃO UTILIZADOS FORMULÁRIOS COM INFORMAÇÕES PADRONIZADAS PARA TROCAS DE PLANTÃO E COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS CRÍTICOS (INSPIRADOS NA METODOLOGIA SBAR (ANEXO R)). TRANSIÇÃO DE CUIDADOS (VIA SISTEMA MV (ANEXO B). PARA GARANTIR UMA COMUNICAÇÃO EFETIVA.

- META 3/MELHORAR A SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA: FALHAS NO PROCESSO DE MEDICAÇÃO SÃO SITUAÇÕES FREQUENTES QUE OCORREM NO MUNDO TODO. A PRINCIPAL DELAS ENVOLVE A ADMINISTRAÇÃO EQUIVOCADA DE MEDICAMENTOS RELACIONADA À DOSE, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E TIPO DE DROGA. PARA MITIGAR ESTE RISCO, ADOTAMOS OS 11 CERTOS (ANEXO S) PARA A ADMINISTRAÇÃO SEGURA DOS MEDICAMENTOS. ALGUNS MEDICAMENTOS SÃO CONSIDERADOS CRÍTICOS E DENOMINADOS MEDICAMENTOS OU DROGAS DE ALTA VIGILÂNCIA (DAV). PARA ESTES, O ARMAZENAMENTO DEVE SER EM LOCAIS SEGUROS E SEPARADOS DOS DEMAIS MEDICAMENTOS; A DISPENSAÇÃO SE DARÁ EM EMBALAGEM PLÁSTICA SELADA COM ETIQUETA ADESIVA AMARELA OU VERMELHA; SERÁ REALIZADA DUPLA CHECAGEM PELA ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DESSES MEDICAMENTOS.

- META 4/CIRURGIA SEGURA: ASSEGURAR CIRURGIAS COM LOCAL DE INTERVENÇÃO CORRETO, PROCEDIMENTO CORRETO E PACIENTE CORRETO ATRAVÉS DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA CONTENDO AS ETAPAS DE VERIFICAÇÃO NOS TRÊS MOMENTOS (ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA, ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA E ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA).

- META 5/REDUZIR O RISCO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE: PROMOVER A ADESÃO AO PROGRAMA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.

- META 6/REDUZIR O RISCO DE LESÕES AO PACIENTE DECORRENTES DE QUEDA E REDUZIR O RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO: POR MEIO

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

DA AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DOS PACIENTES. VISA IDENTIFICAR AQUELES QUE APRESENTAM UMA PROPENSÃO MAIOR A SOFREREM QUEDAS E LESÕES POR PRESSÃO EM FUNÇÃO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS ATUAIS OU DE FATORES PREDISPONENTES. DIANTE DO RISCO IDENTIFICADO, OS PROFISSIONAIS ADOTAM MEDIDAS PREVENTIVAS E ORIENTAM PACIENTES E ACOMPANHANTES.

- MELHORAR A SEGURANÇA DE CONEXÕES CORRETAS - CATETERES E SONDAS: A ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS E SOLUÇÕES POR CATETERES, SONDAS E SERINGAS É PRÁTICA DE ENFERMAGEM COMUM NORMALMENTE DESENVOLVIDA EM AMBIENTES DE ATENDIMENTO À SAÚDE. A INFUSÃO DE SOLUÇÕES EM VIAS ERRADAS, COMO, POR EXEMPLO, SOLUÇÕES QUE DEVERIAM SER ADMINISTRADAS EM SONDAS ENTERAIS SEREM REALIZADAS EM CATETERES INTRAVENOSOS, DEVIDO À POSSIBILIDADE DE CONEXÃO ERRADA, É UM EVENTO FREQUENTE, PORÉM POUCO DOCUMENTADO, QUE PODE CAUSAR GRAVES CONSEQUÊNCIAS E ATÉ A MORTE DO PACIENTE. PROMOVER CAPACITAÇÃO, ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO CONTÍNUO SOBRE OS RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE FRENTE AS CONEXÕES ERRADAS DEVE SER AÇÃO DESTINADA A TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

- ADMINISTRAÇÃO SEGURA - SANGUE E HEMOCOMPONENTES: A ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA DE SANGUE TOTAL OU HEMOCOMPONENTES PODE SER DEFINIDA COMO A TRANSFERÊNCIA DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES DE UM INDIVÍDUO (DOADOR) PARA OUTRO (RECEPTOR). ESTÁ INDICADA PARA PACIENTES QUE SOFRERAM PERDA SANGUÍNEA SIGNIFICANTE OU ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS DECORRENTES DE DOENÇAS OU PROCEDIMENTOS (EX.: CHOQUE, TRAUMATISMO, HEMORRAGIA, DOENÇAS SANGUÍNEAS, INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS, ENTRE OUTROS). A INFUSÃO SÓ PODERÁ OCORRER APÓS A CONFIRMAÇÃO DA IDENTIDADE DO PACIENTE E SUA COMPATIBILIDADE COM O PRODUTO (GLÓBULOS VERMELHOS, PLAQUETAS, FATORES DA COAGULAÇÃO, PLASMA FRESCO CONGELADO, GLÓBULOS BRANCOS). A ADMINISTRAÇÃO DEVE LIMITAR-SE, SEMPRE QUE POSSÍVEL, AO COMPONENTE SANGUÍNEO QUE O INDIVÍDUO NECESSITA, POIS A ADMINISTRAÇÃO DO PRODUTO ESPECÍFICO É MAIS SEGURA E EVITA REAÇÕES EM DECORRÊNCIA DA INFUSÃO DE COMPONENTES

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

DESNECESSÁRIOS. ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE TOTAL E HEMOCOMPONENTES COMPROMETEM A SEGURANÇA DO PACIENTE.

- PROMOVER O ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM SUA PRÓPRIA SEGURANÇA: O PACIENTE PODE E DEVE CONTRIBUIR PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS À SUA SAÚDE, FORNECENDO INFORMAÇÕES IMPORTANTES A RESPEITO DE SI MESMO E INTERAGINDO COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE. ELE DEVE SER ESTIMULADO A PARTICIPAR DA ASSISTÊNCIA PRESTADA E ENCORAJADO A FAZER QUESTIONAMENTOS, UMA VEZ QUE É ELE QUEM TEM O CONHECIMENTO DE SEU HISTÓRICO DE SAÚDE, DA PROGRESSÃO DE SUA DOENÇA E DOS SINTOMAS E EXPERIÊNCIAS COM OS TRATAMENTOS AOS QUAIS JÁ FOI SUBMETIDO. ALÉM DISSO, DESENVOLVER UM AMBIENTE QUE PROPORCIONE CUIDADOS CENTRADOS NO PACIENTE, TORNANDO-O, BEM COMO SEUS FAMILIARES, AGENTES ATIVOS NA BUSCA DE SUA SEGURANÇA, PROMOVE INTERESSE, MOTIVAÇÃO E SATISFAÇÃO COM O CUIDADO PRESTADO, ASPECTOS QUE POSSIBILITAM TER UM BOM RESULTADO NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE.

- PROMOVER A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIA: A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA COMPREENDE O BENEFÍCIO E O IMPACTO NO USO DE UM OU MAIS RECURSOS, EM PROL DO RESTABELECIMENTO DA SAÚDE DO PACIENTE. VISA IDENTIFICAR SOLUÇÕES QUE TÊM COMO PROPÓSITO PROMOVER MELHORIAS ESPECÍFICAS EM ÁREAS DE MAIOR RISCO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE, PARA QUE A TECNOLOGIA SEJA UTILIZADA DE MANEIRA APROPRIADA.

MONITORAMENTO

O Manual de Indicadores de Qualidade deverá ser apresentado e discutido nas reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente com a Diretoria. A área responsável pelo indicador disponibilizará os dados mensais até o 5º dia útil do mês seguinte. Assim que o dado for disponibilizado, a equipe do Núcleo de Segurança do Paciente Gestão de Risco terá mais uma semana para elaboração da Análise Crítica e gerar relatório de qualidade institucional.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

NOME DO INDICADOR	PROCESSO AVALIADO
• Índice de conformidade relacionado à identificação do paciente. • Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente • Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde	META 1
• Índice de conformidade a comunicação efetiva	META 2
• Índice de conformidade à administração segura de medicamentos • Número de erros na prescrição de medicamentos • Número de erros na dispensação de medicamentos • Número de erros na administração de medicamentos • Farmacovigilância- RAM – Reação adversa a medicamentos	META 3
• Adesão de aplicação do time out no Centro Cirúrgico • Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado • Número de cirurgias em local errado • Número de cirurgias em paciente errado • Número de procedimentos errados • Taxa de mortalidade cirúrgica intra hospitalar ajustada ao risco	META 4
• Índice de conformidade relacionado à infecção associada aos cuidados de saúde. • Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. • Consumo de sabonete monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. • Percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.	META 5

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

• Índice de total de quedas • Índice de Queda com Dano • Índice de Queda sem Dano • Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão • Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão • Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP • Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP	META 6
• Índice de conformidade relacionada à segurança de conexões corretas- Cateteres e Sondas .	MELHORAR A SEGURANÇA DE CONEXÕES CORRETAS
• Índice de conformidade à administração segura - Sangue e Hemocomponentes • Reação adversas de Sangue e hemocomponentes	ADMINISTRAÇÃO SEGURA – SANGUE E HEMOCOMPONENTES
• Índice de conformidade ao envolvimento do paciente com sua própria segurança.	PROMOVER O ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM SUA PRÓPRIA SEGURANÇA
• Índice de Segurança na utilização de tecnologia.	PROMOVER A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIA

REFERÊNCIAS

CBA/JCI - PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS. Manual de Acreditação. Tradução de Ana Tereza Miranda. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

Derosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using health care failure mode and effect analysis: the VA National Center for patient safety's porspective risk analysis system.

Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1, p. 90-2 Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção 1, p. 173 – RETIFICAÇÃO em vigor a partir de 13/4/2010.

Donabedian, A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med 1990.

Freitas, Á. et al. 4.2.3. Controle de Documentos. In VIEIRA, G. 1º Ed. ISO 9001:2008. Sistema de Gestão da Qualidade para Operações de Produtos e Serviços. Disponível em: <http://academiaplatonica.com.br/2011/gestao/iso-90012008-4-2-3-controle-de-documentos/>. Acesso em: 12 mar. 2014.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente	Gestão da Qualidade	Diretoria de Planejamento e Processos
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931, DE 17 DE SETEMBRO DE 2009.

10 PASSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. Disponível em: < https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf>. Acesso em 01/07/2021.

Rozich JD, Haraden CR, Resar RK. Adverse drug event trigger tool: a practical methodology for measuring medication related harm. Qual Saf Health Care 2003;12:194–200.

Política Institutional de Consentimento Informado e Esclarecido.



HISTÓRICO DE REVISÕES:

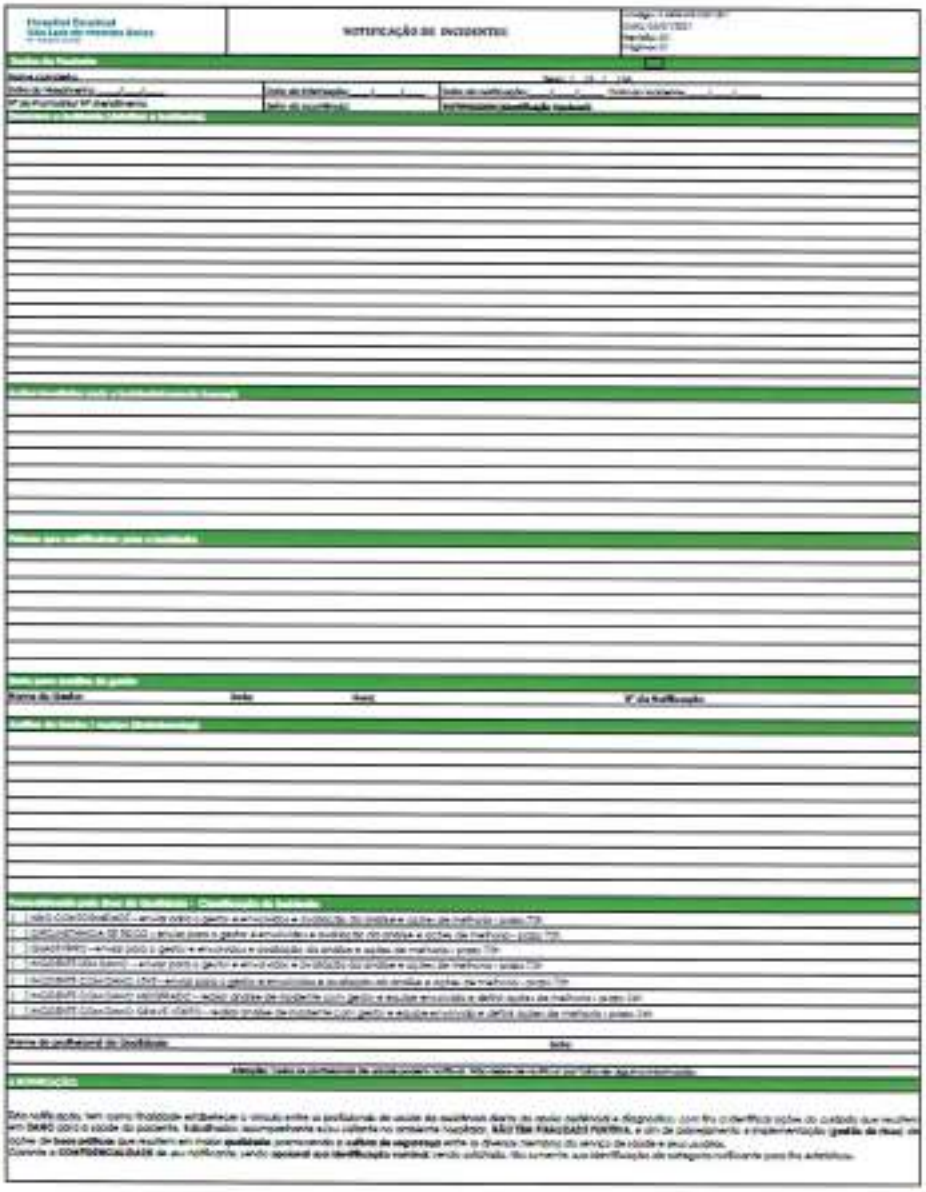
DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	01	Alteração da identidade visual do documento e seus anexos.
XX/XX/XXXX	02	Acrescentada as ferramenta da qualidade: "Matriz SIPOC"para mapeamento de processos institucionais.
XX/XX/XXXX	03	Acrescentada as ferramenta da qualidade: "Matriz SIPOC"para mapeamento de processos institucionais.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

ANEXOS:

Anexo A – Instrumento Notificação de Incidentes:

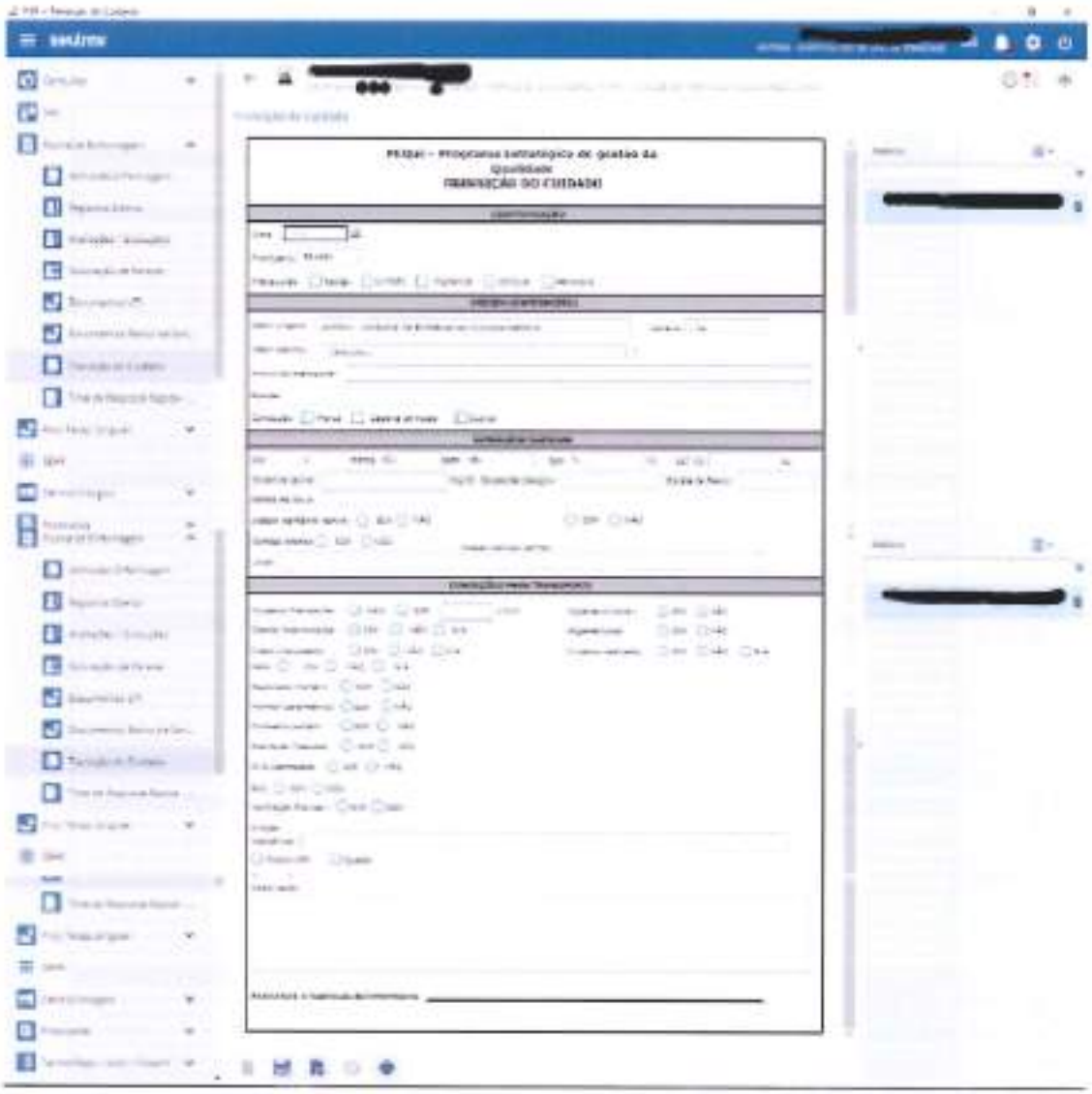
Ficha de notificação de incidentes



NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

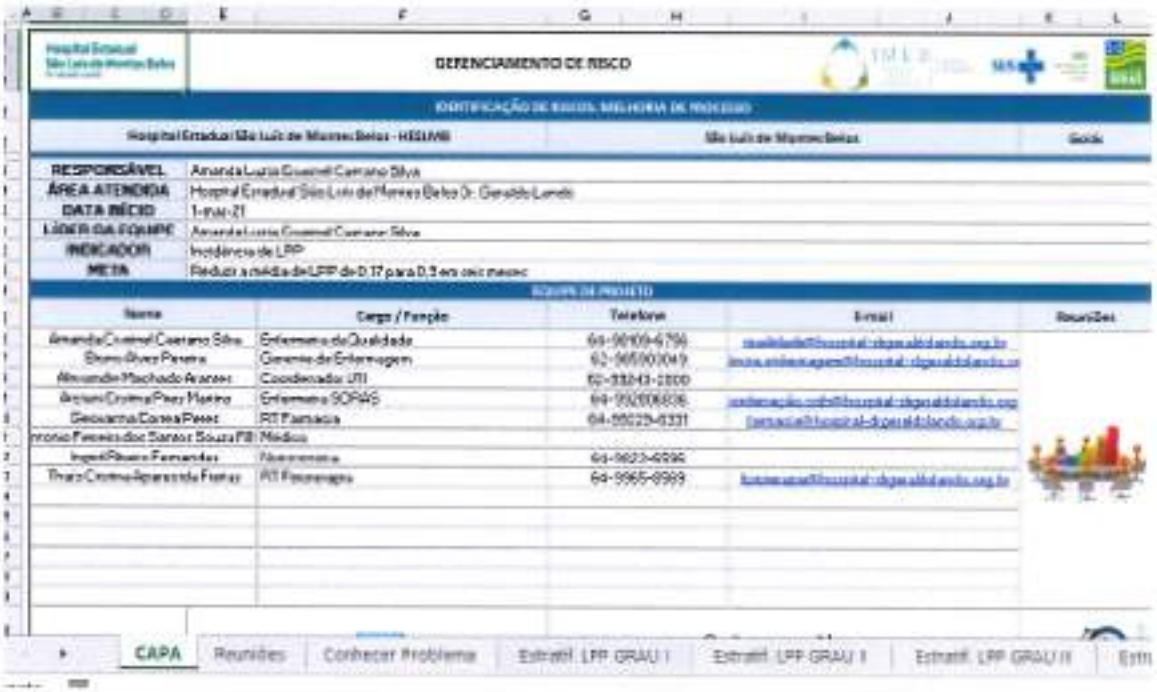
LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo B – Print da tela MV - Transição de Cuidados



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo C – Gerenciamento de Risco e Melhoria de Processos



GERENCIAMENTO DE RISCO

IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS, MELHORIA DE PROCESSO

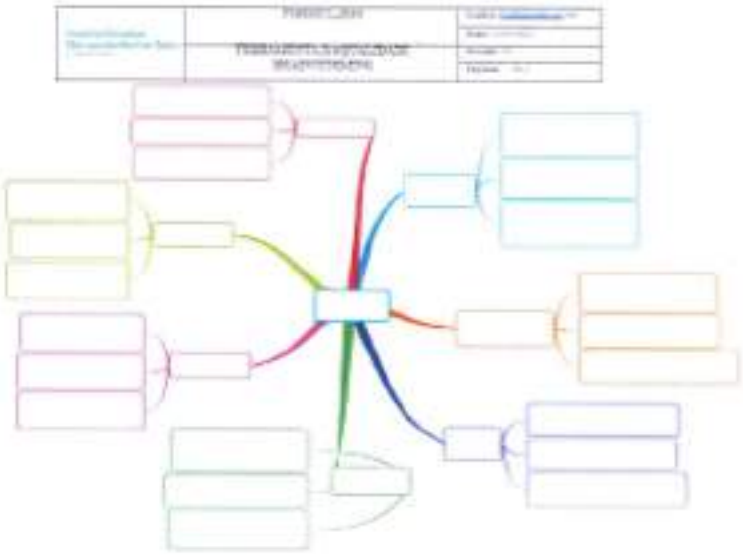
RESPONSÁVEL	Amanda Luzia Gusmão Caetano Silva
ÁREA ATENDIDA	Hospital Estadual São Luiz de Moreira Belos Dr. Geraldo Lando
DATA INÍCIO	1-mai-21
LÍDER DA EQUIPE	Amanda Luzia Gusmão Caetano Silva
INDICADOR	Incidência de LPP
META	Reduzir a média de LPP de 0,17 para 0,5 em cinco meses

EQUIPE DE PROJETO

Nome	Cargo / Função	Telefone	E-mail	Reuniões
Amanda Gusmão Caetano Silva	Enfermeira da Qualidade	64-98909-6796	qualidade@hospital-dgeraldolando.org.br	
Bruna Alves Pereira	Gerente de Enfermagem	62-98590-3049	bruna.enfermagem@hospital-dgeraldolando.org	
Alexandre Machado Antunes	Coordenador UTI	62-3323-2000		
Ariane Cristina Pires Martins	Enfermeira SCIH/GS	64-99200-6606	coordenacao.cciih@hospital-dgeraldolando.org	
Geovanna Correa Peres	RT Farmácia	64-99225-8331	farmacia@hospital-dgeraldolando.org.br	
Ironio Ferreira dos Santos Souza Filho	Médico			
Ingrid Pereira Fernandes	Administrativo	64-9823-4996		
Thaiz Cristina Aparecida Farias	RT Fisioterapia	64-9965-6999	fisioterapia@hospital-dgeraldolando.org.br	

CAPA | Reuniões | Conhecer Problema | Estratif. LPP GRAU I | Estratif. LPP GRAU II | Estratif. LPP GRAU III | Estr

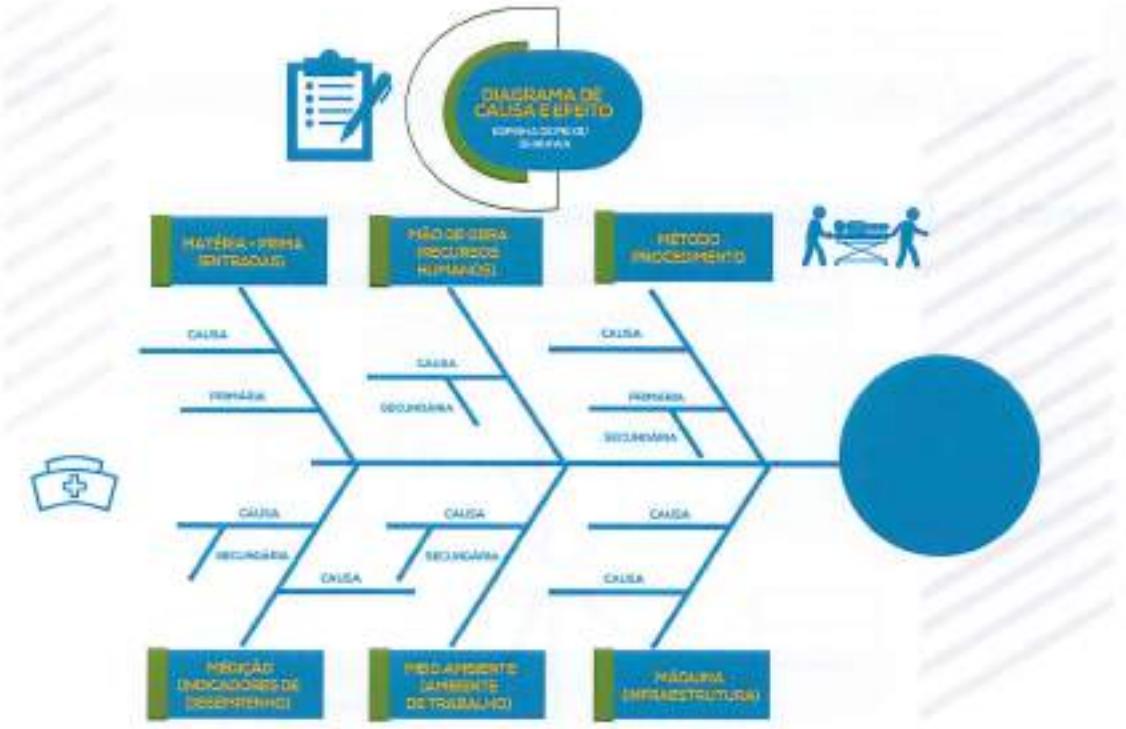
Anexo D – Formulários Brainstorming e Brainwriting



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Nome	Problema 1	Problema 2	Problema 3

Anexo E – Diagrama de causa e efeito (espinha de peixe/ Ishikawa)



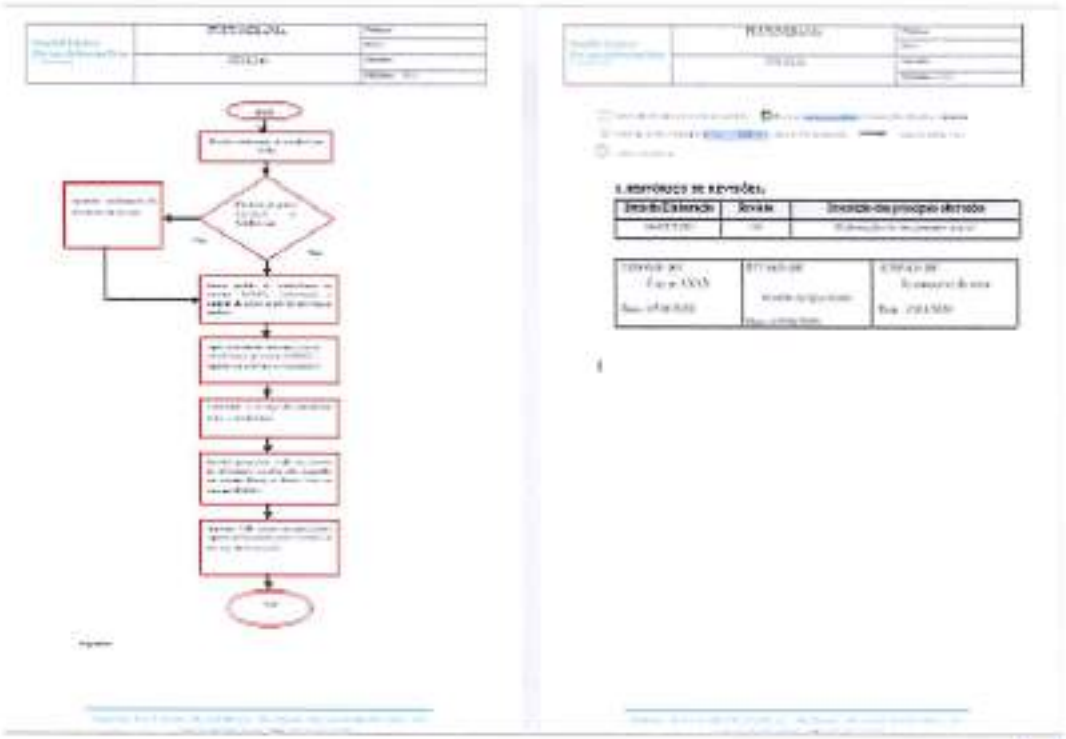
LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo F – Diagrama de Pareto

DIAGRAMA DE PARETO

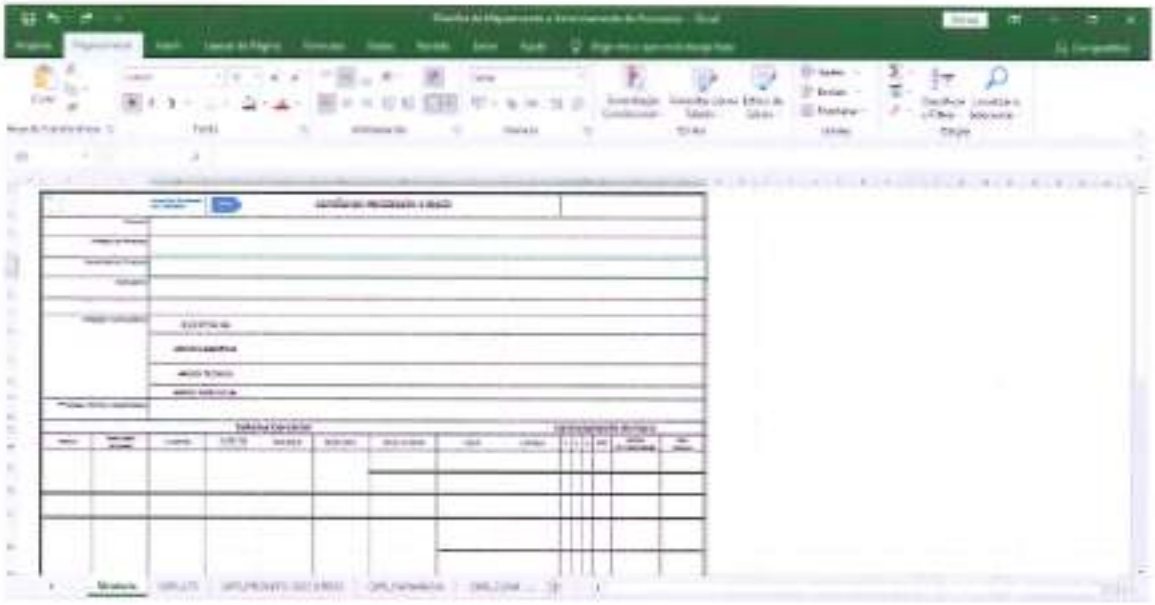


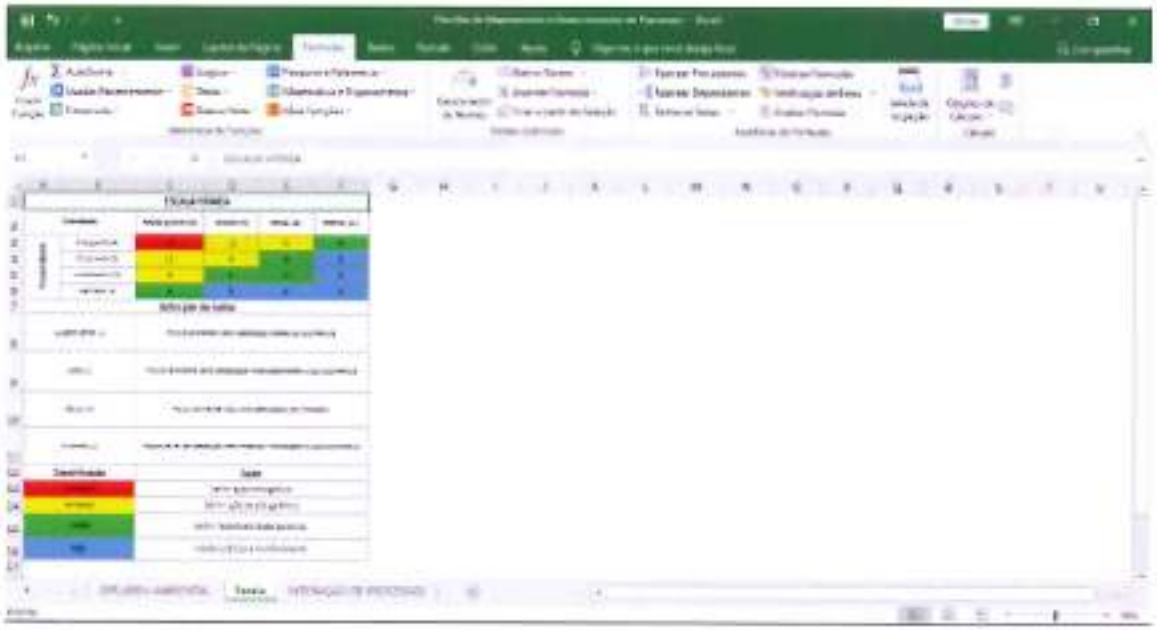
Anexo G – Fluxograma



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo H - HFMEA - Instrumento para Mapeamento de Processo e Risco:





LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo I – 5 PORQUÊS

Hospital Estadual São Luiz de ...	FORMULÁRIO	Código:
	FERRAMENTA DA QUALIDADE 5 PORQUÊS	Data:
		Revisão:
		Página:

Item	Área de Ocorrência	Responsável	Descrição do Acidente	Ações Corretivas

1º porque? (Porque este evento ocorreu?)	2º porque? (Porque isto ocorreu (a 1ª pq) está acontecendo?)	3º porque? (Porque isto ocorreu (a 2ª pq) está acontecendo?)	4º porque? (Porque isto ocorreu (a 3ª pq) está acontecendo?)	5º porque? (Porque isto ocorreu (a 4ª pq) está acontecendo?)	Grau do dano conforme o grupo de Incidentes	
					Circunstâncias de Risco	Sim/não
					"Quase Erro"	Sim/não
					Incidente sem Dano	Sim/não
					Evento Adverso	Leve
						Moderado
						Grave
						Óbito

São Luís de Montes Belos/GO, ____ de _____ de 20____.

_____

Responsável pela análise

Endereço: Rua 7, Quadra 34, Lote 01, nº ... - Vila Popular, São Luís de Montes Belos - GO, CEP 76.100-000, Brasil | Tel: (64) ...

Anexo J –Matriz GUT

Hospital Estadual São Luiz de Montes Belos

MATRIZ GUT

	Problemas potenciais	Gravidade	Urgência	Tendência	Prioridade
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	GRAVIDADE		URGÊNCIA		TENDÊNCIA
1	SEM GRAVIDADE	1	NÃO TEM PRESSA	1	NÃO VAI PIORAR
2	POUCO GRAVE	2	PODE ESPERAR UM POUCO	2	VAI PIORAR EM LONGO PRAZO
3	Grave	3	O mais CEDO POSSÍVEL	3	VAI PIORAR EM MÉDIO PRAZO
4	MUITO GRAVE	4	COM ALGUMA URGÊNCIA	4	VAI PIORAR EM POUCO TEMPO
5	EXTREMAMENTE GRAVE	5	AÇÃO IMEDIATA	5	VAI PIORAR RAPIDAMENTE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo K – Plano de ação

Unidade:					
PLANO DE AÇÃO 5W 1H					
PORQUE FAZER (WHY) - META:					
O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FARÁ	ONDE	PRAZO	Observações



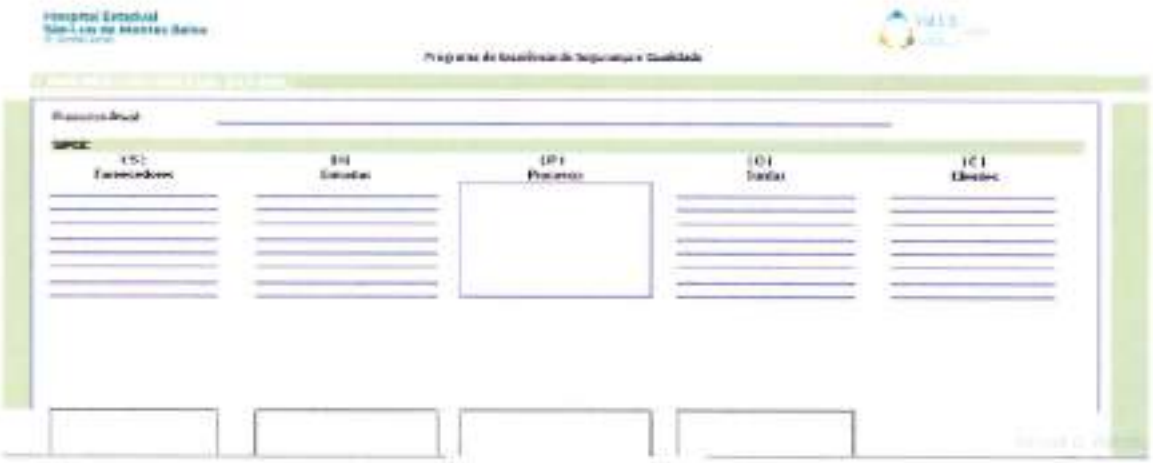
LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo L - Formulário Protocolo de Londres

PROTOCOLO DE LONDRES		
TIPOS DE FATORES CONTRIBUINTES	FATOR CONTRIBUINTE	DESCREVER OS FATORES CONTRIBUINTES
FATORES DO PACIENTE		
FATORES DA TAREFA OU TECNOLOGIA		
FATORES INDIVIDUAIS (PESSOAL)		
PROTOCOLO DE LONDRES		
FATORES DO TIME (EQUIPE)		
FATORES DO AMBIENTE DE TRABALHO		
FATORES ORGANIZACIONAIS E GERENCIAIS		
FATORES DO CONTEXTO INSTITUCIONAL		

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo M – Matriz SIPOC



Anexo N – Formulário Cadeia Cliente-Fornecedor

Hospital Estadual São Luis de Montes Belos	CADEIA CLIENTE FORNECEDOR		
	Setores envolvidos	Processo envolvido	

ASSINATURAS			
NOME DOS FORNECEDORES	ASSINATURA DOS FORNECEDORES	NOME DO CLIENTE	ASSINATURA DO CLIENTE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo O – FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Anexo P – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE TÉCNICA DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo Q - Metas Internacionais de Segurança do Paciente

TRABALHAMOS COM

AS SEIS METAS DO PROTOCOLO INTERNACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

AS NORMAS DA OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

E ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA)



META 1: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



META 2: COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE



META 3: SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO



META 4: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SEGUROS



META 5: PREVENÇÃO DE INFECÇÕES POR MEIO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



META 6: PREVENÇÃO DE QUEDAS E LESÕES POR PRESSÃO

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo R -Formulário Passagem de Plantão – SBAR

Hospital Estadual São Luiz de Montes Belos	FORMULÁRIO	Código:
		Data:
	COMUNICAÇÃO DE RESULTADO CRÍTICO	Revisão:
		Página:

FORMULARIO PARA COMUNICAÇÃO POR MÉTODO SBAR

S SITUAÇÃO	NOME DO PACIENTE ATEND ENF LEITO DATA ACOMPANHANTE MOTIVO DA INTERNAÇÃO O QUE ACONTECEU
B BACKGROUND	HISTÓRIA PREVIA ULTIMA INTERNAÇÃO MEDICAMENTO CIRURGIA RELEVANTE ALERGIAS ( ) SIM ( ) NÃO LISTAR ACOMPANHANTE ( ) SIM ( ) NÃO PAPEL DA RUPORTE SOCIAL
A AVALIAÇÃO	Sinais vitais PA FC TAX FR SPO2 NECESSITA O2 MASCARA DE VENTURI ( ) CATETER NASAL ( ) LMIN MEDICAMENTO ADM E HORARIO ACESSO PARA ADM MEDICAMENTO SORO TERAPIA QUANT INFUNDIDA ANTIBIOTICO ADM E HORARIO QUALQUER PROCEDIMENTOS FEITO NA INTERNAÇÃO (DRENOS TRANSFUSÃO EX TC USG ECG ETC) EXAME LAB ALTERADOS LOCALIZAÇÃO DE LESÕES SE TIVER/DRENOS RISCO DE QUEDA SIM ( ) NÃO ( ) PACIENTE ALERTA ORIENTADO ( ) CONFUSO ( )
R RECOMENDAÇÃO	LISTA DE APRAZAMENTO PLANO DE CUIDADOS CODIGO

Profissional que comunica: Profissional comunicado:

Setor: Setor:

Data: / / Hora: Data: / / Hora:

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Formulário Comunicação de Resultados Críticos - SBAR

Hospital Estadual São Luís de Montes Belos	FORMULÁRIO	Código: F HESLMB LAB 002
		Data: 16/09/2021
	COMUNICAÇÃO DE RESULTADO CRITICO	Revisão: 00
		Páginas: 1 de 1

FORMULARIO PARA COMUNICAÇÃO POR MÉTODO SBAR LABORATORIO

S SITUAÇÃO	NOME DO PACIENTE: ATEND.:
	ENF./LEITO: DATA: ACOMPANHANTE:
	MOTIVO DA INTERNAÇÃO:
	O QUE ACONTECEU:
B BACKGROUND	HISTÓRIA PRÉVIA:
	ULTIMA INTERNAÇÃO:
	MEDICAMENTO/CIRURGIA RELEVANTE:
	ALERGIAS: ( ) SIM ( ) NÃO. LISTAR:
	ACOMPANHANTE: ( ) SIM ( ) NÃO. (FAMILIA/SUPORTE SOCIAL):
A AVALIAÇÃO	SINAIS VITAIS: PA: / FC: TAX: FR: SPO2:
	NECESSITA O2: MÁSCARA DE VENTURI ( ) CATETER NASAL ( ) L/MIN.:
	MEDICAMENTO ADM. E HORÁRIO:
	ACESSO PARA ADM. MEDICAMENTO:
	SOROTERAPIA/QUANT. INFUNDIDA:
	ANTIBIÓTICO ADM. E HORÁRIO:
	QUALQUER PROCEDIMENTOS FEITO NA INTERNAÇÃO (EXAMES, TRANSFUSÃO,RX, TC, USG, EDA, ETC):
	EXAME LAB. ALTERADOS:
	LOCALIZAÇÃO DE LESÕES/OSTOMIAS/DRENOS:
	RISCO DE QUEDA: SIM ( ) NÃO ( ) ESTADO: ALERTA/ORIENTADO ( ) CONFUSO ( )
R RECOMENDAÇÃO	LISTA DE AFAZERES:
	PLANO DE CUIDADOS:
	CÓDIGOS: VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo S – 11 Certos medicação segura



LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Esse documento visa apresentar os conceitos, as estratégias, metodologias de implantação e rotinas da gestão de custos para a unidade, em consonância com o Programa Nacional de Gestão de Custos, desenvolvido pelo Ministério da Saúde; em atendimento às Agências de Acreditação; e outros estudos e dissertações na área em questão.

A política a ser apresentada pelo IMED para a gestão de custos do HESLMB não limitará apenas a contabilidade de custos para fins fiscais, mas servirá, principalmente, como uma ferramenta gerencial para a tomada de decisão.



Segundo Ray*, qualquer serviço ou produto hospitalar tem entre 20% a 30% de custos desnecessários, cujos recursos não adicionam valor e, portanto, poderiam ser eliminados sem afetar seus atributos.

A proposta possibilitará:

- Estimar os custos de um novo serviço e/ou procedimento a ser disponibilizado para o público-alvo;
- Calcular os custos dos serviços prestados relacionados à atividade produtiva;
- Analisar e realizar a comparação de custos de produtos e serviços entre o Hospital com o de outras instituições;
- Auxiliar o gerenciamento dos

resultados, subsidiando uma melhor tomada de decisão, definições orçamentárias para cada setor, políticas de investimentos e o planejamento de atividades operacionais;

- O cálculo dos custos por procedimentos e dos custos máximos admissíveis, permitindo maior exatidão no planejamento financeiro;
- O direcionamento do trabalho, identificando tarefas ou processos redundantes;
- A integração da gestão de custos com as comissões hospitalares, áreas responsáveis pela elaboração dos protocolos de atendimento, buscando na padronização dos protocolos o menor custo possível sem desprezar a qualidade;
- A identificação de instalações e espaços ociosos e até mesmo no nível de atividade do Hospital, com vistas à expansão do nível de atendimento para uma maior parcela do público-alvo.

A política proposta também terá a preocupação de fornecer a todos os setores do Hospital, informações referentes aos seus recursos, independente da natureza produtiva, disseminando a importância de gerir estes recursos de forma eficiente e eficaz, despertando assim a co-responsabilidade no exercício de um efetivo programa de acompanhamento e redução dos custos.

DEFINIÇÕES

Centro de custos - setor de uma instituição que possui gastos mensuráveis. Podem ou não acompanhar o organograma da instituição, sendo por vezes necessário agrupar ou separar determinados setores para apuração dos custos.

CUSTO - SÃO TODOS OS GASTO, DIRETA OU INDIRETAMENTE, NA PRODUÇÃO DE UM BEM (PRODUTO) OU NA PRESTAÇÃO DE UM SERVIÇO.

CUSTO DIRETO - CUSTO APROPRIADO DIRETAMENTE AO PRODUTO OU SERVIÇO PRESTADO, NÃO SENDO NECESSÁRIA NENHUMA METODOLOGIA DE RATEIO. É APROPRIADO AOS PRODUTOS OU SERVIÇOS POR MEIO DE ALGUMA MEDIDA DE CONSUMO.

CUSTO FIXO - CUSTO INDEPENDE DO VOLUME DE PRODUÇÃO, QUE NÃO É PASSÍVEL DE ALTERAÇÃO EM CURTO PRAZO.

CUSTO INDIRETO - PARCELA DO CUSTO TOTAL QUE NÃO PODE SER

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

IDENTIFICADA DIRETAMENTE EM UM PRODUTO OU SERVIÇO ESPECÍFICO, POR DEPENDER DOS CRITÉRIOS DE RATEIO E ESTÁ RELACIONADA COM UM OU MAIS PRODUTOS OU SERVIÇOS.

CUSTO MARGINAL - AUMENTO QUE EXPERIMENTA O CUSTO TOTAL, DECORRENTE DE ACRÉSCIMO DE UMA NOVA UNIDADE, NO VOLUME DE PRODUÇÃO.

CUSTO MÉDIO UNITÁRIO - CUSTO TOTAL DIVIDIDO PELA QUANTIDADE PRODUZIDA EM UM DETERMINADO PERÍODO. PODE SER OBTIDO EM RELAÇÃO AO CUSTO DIRETO, INDIRETO E TOTAL.

CUSTO NÃO-OPERACIONAL - CUSTO OBTIDO NO SOMATÓRIO DOS GASTOS EFETIVADOS PELA UNIDADE E NÃO COMPUTADOS NO CÁLCULO DO CUSTO OPERACIONAL.

CUSTO OPERACIONAL - VALOR DOS RECURSOS CONSUMIDOS, NA ATIVIDADE FIM DE CADA CENTRO DE CUSTOS E/OU DE TODA INSTITUIÇÃO, EM UM DETERMINADO PERÍODO.

CUSTO TOTAL - É O RESULTADO DO SOMATÓRIO DOS CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS DE TODAS AS UNIDADES DE UM MESMO BEM OU SERVIÇO PRODUZIDAS DURANTE DETERMINADO PERÍODO DE TEMPO.

CUSTO VARIÁVEL - CUSTO QUE É PASSÍVEL DE ALTERAÇÃO EM CURTO PRAZO. ESSE CUSTO MODIFICA-SE PROPORCIONALMENTE AO VOLUME PRODUZIDO E QUE, SOMADO AO CUSTO FIXO, CONSTITUI-SE NO CUSTO TOTAL DE UM DETERMINADO SERVIÇO/PRODUTO.

DEPRECIAÇÃO - É UMA FORMA DE RECUPERAÇÃO DO VALOR DO INVESTIMENTO PELO USO, DIVIDINDO O VALOR PAGO PELO EQUIPAMENTO (MAIS SUA INSTALAÇÃO) PELO SEU TEMPO DE VIDA ÚTIL.

DESEMBOLSO - PAGAMENTO PROPRIAMENTE DITO. O GASTO DESEMBOLSÁVEL FAZ COM QUE O DINHEIRO SAIA DA ORGANIZAÇÃO E VÁ PARA OUTRA ORGANIZAÇÃO OU FUNCIONÁRIO, ETC.

DESPESA - MONTANTE DE RECURSOS GASTOS, NUM DETERMINADO PERÍODO, QUE NÃO ESTÁ DIRETAMENTE RELACIONADO COM A ATIVIDADE FIM. A DESPESA PODE SER APROPRIADA OU NÃO, NO PRODUTO/SERVIÇO, SOB A FORMA DE CUSTO INDIRETO.

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

GASTO - É A PALAVRA USADA PARA REPRESENTAR GENERICAMENTE OS INVESTIMENTOS, AS DESPESAS E AS PERDAS, ALÉM DOS CUSTOS. O DESEMBOLSO E O RECEBIMENTO SÃO PALAVRAS RESERVADAS PARA, COMO O PRÓPRIO NOME DIZ, SAÍDA E ENTRADA DE DINHEIRO NA ORGANIZAÇÃO.

GESTÃO DE CUSTOS - AÇÃO DE GERIR MEIOS E RECURSOS TÉCNICOS, METODOLÓGICOS E FUNCIONAIS, PARA GERAR INFORMAÇÃO SOBRE CUSTOS E SUBSIDIAR A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO.

GRUPOS DE CENTROS DE CUSTOS - AGRUPAMENTO DOS CENTROS DE CUSTOS QUE DESENVOLVEM FUNÇÕES SEMELHANTES.

INVESTIMENTO - É TODA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS, MATERIAIS (INSUMOS) UTILIZADOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OU NA PRODUÇÃO DE UM BEM (PRODUTO), AQUISIÇÃO E/OU ADEQUAÇÃO DE INFRAESTRUTURA (PREDIAL, TECNOLÓGICA), DENTRE OUTROS, BUSCANDO UM GANHO MAIOR DE RESULTADOS.

PERDA - COMO O PRÓPRIO NOME DIZ, É O RECURSO FINANCEIRO DISPENDIDO NO CONSUMO DE UM BEM OU SERVIÇO CONSUMIDO DE FORMA ANORMAL. PODEM OCORRER DE FORMA NÃO INTENCIONAL OU COMO RESULTADO DA ATIVIDADE PRODUTIVA DA ORGANIZAÇÃO.

PREÇO - VALOR MONETÁRIO POR MEIO DO QUAL UM BEM OU UM SERVIÇO É COMPRADO E/OU VENDIDO.

RATEIO - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE CUSTOS INDIRETOS DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS.

RECEITA - ENTRADA DE VALORES PARA O ATIVO, SOB A FORMA DE DINHEIRO OU DIREITOS A RECEBER.

SISTEMA DE CUSTOS - APLICATIVO QUE REÚNE E TRANSFORMA DADOS, EM INFORMAÇÃO GERENCIAL.

TIPOS DE CENTROS DE CUSTOS - CLASSIFICAÇÃO DADA, CONFORME CARACTERÍSTICAS, AO GRUPO DE CENTROS DE CUSTOS QUE EXECUTAM ATIVIDADES SIMILARES.

CONCEITO DE CONTABILIDADE DE CUSTOS

A contabilidade de custos corresponde à especialidade da Contabilidade que trata da gestão econômica de custos.

Leone* define Contabilidade de Custos como

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

"o ramo da Contabilidade que se destina a produzir informações para os diversos níveis gerenciais de uma entidade, como o auxílio às funções de determinação de desempenho, de planejamento e controle das operações e tomada de decisões".

* *LEONE, George Sebastião G. Curso de Contabilidade de Custos. São Paulo: Atlas,2000.*

A Contabilidade de Custos passou de ferramenta de mensuração e controle de custos e lucro, para um instrumento fundamental para tomada de decisões gerenciais e de gestão empresarial. Assim, num ambiente em constante transformação, de inovações tecnológicas e com a necessidade de assistência médica cada vez maior nas instituições hospitalares, a Contabilidade de Custos avançou na utilização e na importância gerencial da teoria contábil e das tecnologias nas prestações de serviços hospitalares, resultando no desenvolvimento de diferentes sistemas, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custos.

A política proposta pelo IMED utilizará no Hospital as teorias mais relevantes da Contabilidade de Custos para o processo de planejamento das ações e respectivo controle, servindo como suporte ao processo decisório de acompanhamento e redução dos custos hospitalares.

FUNÇÕES DA POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES NO HESLMB

A Política de Gestão de Custos Hospitalares no HESLMB irá desempenhar as seguintes funções:

ASSISTÊNCIA NA TOMADA DE DECISÕES: O SISTEMA DE CUSTOS PROPORCIONARÁ SEGURANÇA PARA O ADMINISTRADOR TOMAR DECISÕES TÁTICAS E ESTRATÉGICAS;

CONTROLE DE CUSTOS: DEMONSTRARÁ SE OS CUSTOS ESTÃO DENTRO DOS PARÂMETROS ACEITÁVEIS;

REDUÇÃO DE CUSTOS E ELIMINAÇÃO DE DESPERDÍCIOS: EM VIRTUDE DOS DEMONSTRATIVOS, O ADMINISTRADOR SERÁ CAPAZ DE VISUALIZAR ONDE ESTÃO OCORRENDO OS DESPERDÍCIOS, REDUZINDO OS CUSTOS, APRIMORANDO E PONDO EM PRÁTICA A POLÍTICA PROPOSTA PARA ESTA INSTITUIÇÃO;

COMPARAÇÃO DE PROCESSOS DE PRODUÇÃO E DOS SEUS CUSTOS: PERMITIRÁ REALIZAR COMPARAÇÕES DOS CUSTOS DE PRODUZIR TODOS OS SERVIÇOS NO PRÓPRIO HOSPITAL COM OS CUSTOS DOS MESMOS

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

SERVIÇOS SE REPASSÁ-LOS PARA OUTRAS EMPRESAS (TERCEIRIZAÇÃO), AUXILIANDO NA TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA.

PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES: COLABORARÁ NO ESTABELECIMENTO DE ORÇAMENTOS, CUSTO MÁXIMO ADMISSÍVEL E CUSTO ESTIMADO.

AVALIAÇÃO DE ESTOQUES: VALORIZARÁ OS ESTOQUES DO HOSPITAL. SEPARAÇÃO DOS CUSTOS: OS CUSTOS REFERENTES A CADA CENTRO DE CUSTOS DO HOSPITAL (ADMINISTRATIVO, AUXILIAR E PRODUTIVO) PODERÃO SER CONTROLADOS SEPARADAMENTE.

TIPOS DE SISTEMAS DE CUSTEIO EXISTENTES NOS HOSPITAIS

Existem vários tipos de sistemas de custeio. Apresentaremos os que são mais utilizados nos hospitais e, por fim, o tipo de custeio a ser utilizado como metodologia para a efetivação da política proposta.

Os tipos de sistemas de custeio são:

- Custeio Direto ou Variável;
- Custeio Pleno;
- Custeio Baseado em Atividades (ABC);
- Custeio por Absorção.

Custeio Direto ou Variável

Os métodos de custeio direto e variável são tratados pela teoria contábil e na prática como sendo um só, mas em termos teóricos eles diferem no que se refere ao tratamento dispensado às despesas variáveis de vendas, que no método direto são tratadas corretamente como despesas do período, enquanto que no método variável assumem uma conotação de custos, ao serem somadas aos custos variáveis de produção e deduzidas das receitas de vendas.

Segundo Camargos e Gonçalves*, no método de custeio direto, inicialmente, classifica-se os custos em indiretos e diretos, mas somente os custos diretos são apropriados aos produtos. Os custos indiretos (CI) não são rateados, mas sim lançados em sua totalidade na DRE, como as despesas. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida importância gerencial, pois fornece informação para criação da margem de contribuição dos produtos em determinado período.

* CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

de Acumulação de Custos, Métodos de Custeio, Critérios de Atribuição de Custos e Tipos de Custo: uma Diferenciação Didático-Teórica para o Ensino da Disciplina Contabilidade de Custos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 15., 2004, Florianópolis. Anais..., 2004.

Ainda segundo os autores, o custeio variável considera que somente os gastos variáveis (tanto custos como despesas) são apropriados aos produtos. Os custos fixos e as despesas fixas são lançados, em sua totalidade, na DRE. No método de custeio variável, inicialmente, classifica-se os custos em fixos (geralmente custos indiretos) e variáveis (geralmente custos diretos).

Para Martins*, o sistema de custeio direto ou variável tem como fundamento básico a separação dos custos variáveis e custos fixos, sendo apropriado aos produtos e serviços somente os custos que variam com o seu volume de produção, uma vez que os custos fixos são considerados despesas do período, tendo seus valores alocados diretamente ao resultado.

* *MARTINS, E. Contabilidade de custos. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2001.*



Trata-se, portanto, de um método que faz a análise dos gastos variáveis (diretos e indiretos, custos ou despesas) e sua confrontação com as receitas, resultando na margem de contribuição (MC) de cada produto. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida importância para fins gerenciais como ferramenta de auxílio à administração para a tomada de decisões.

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

Custeio Pleno

No custeio pleno, ou RKW, como também é conhecido, além da distribuição dos custos diretos e indiretos aos produtos há a alocação de todas as despesas da empresa, não importando sua natureza. A utilização do custeio pleno apresenta aos gestores o verdadeiro custo de produzir e vender, assim, o preço de venda final seria obtido com a adição do lucro desejado.

Segundo Bonacim e Araújo*, o custeio pleno, muito utilizado no segmento hospitalar, consiste em uma adaptação do custeio por absorção, que estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos utilizados, independentemente da classificação de custos ou despesas, ou seja, mesmo os custos administrativos são rateados aos serviços.

* *BONACIM, Carlos A. G.; ARAÚJO, Adriana M. P. de. Gestão de Custos Aplicada a Hospitais Universitários Públicos: A Experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribirão Preto da USP. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 2010.*

A metodologia de custeio por absorção pleno é utilizada nos hospitais para o cálculo dos custos sob a segmentação de centros de custos, bem como sob a unidade de custeio de procedimentos hospitalares, ainda segundo os autores.

Quando utilizamos o custeio pleno conhecemos o verdadeiro custo de "produzir e vender", desta forma para se obter o preço de venda final bastaria adicionar o lucro desejado da empresa, neste caso por se tratar de uma Organização Social, sem fins lucrativos, neste programa, o lucro desejado será substituído por uma margem de n% para ser utilizada como uma reserva de investimento.

Custeio Baseado em Atividades

O sistema de custeio baseado em atividades – do original em inglês Activity Based Costing (ABC) busca uma visão mais orgânica da instituição na origem e na formação de custos dos eventos, procedimentos, pacotes, recursos, alocações, transações e, principalmente, processos por meio de visão sistêmica. Trata-se da construção do custo e, tal fato, assegura uma abordagem inovadora, e não por funções ou centralizações em áreas administrativas (ou centros de custos), de natureza mais tópica. A partir daí, por meio de refinamentos sucessivos, o ABC cobra o mapeamento desses processos por meio da produção de números e dos mecanismos que conduziram a estes números. Isso o caracteriza no seu desenho fundamental a uma obediência à abstração e à modelagem bottom-up de concepção de sistemas.

O diferencial do sistema de custeio ABC é que a sua utilização, por exigir controles parme-

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

norizados, proporciona o acompanhamento e as correções devidas nos processos internos da organização, ao mesmo tempo em que possibilita a implantação e/ou aperfeiçoamento dos controles internos da entidade.

Na perspectiva do ABC, a visão da organização por áreas (centros de custos ou departamentos) cede lugar à visão por sistemas e processos. O mapeamento dos processos e



também o gerenciamento por processos estão em consonância com a abordagem mais eficaz e contemporânea de gestão. Entende-se que os processos executados possuem a realidade objetivamente construída por meio do desempenho das melhores práticas, chegando a um resultado eficiente e eficaz.

O sistema de custeio ABC ainda é muito novo e pouco testado, principalmente no Brasil (BRASIL*). Além disso, cita Bonacim e Araújo, que é necessário considerarmos que esse sistema de custeio é de difícil implantação nas organizações prestadoras de serviços hospitalares em função de seu alto grau de detalhamento. Outro ponto que merece cautela, decorrente do alto nível de detalhamento, é o fato da dificuldade de controle em empresas que possuem muitas atividades, caso da instituição hospitalar quando consideramos os inúmeros processos e procedimentos que compõem a prestação dos serviços.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departa-

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

mento de Economia da Saúde. *Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).*

Custeio por Absorção

O custeio por absorção será o método utilizado para implantação da Gestão de Custos da unidade. Ele pode ser utilizado como orientador ou condutor da gestão de custos em hospitais. Dessa forma, a escolha do sistema, da metodologia e dos métodos de custeio está atrelada firmemente ao que o gestor dos diversos níveis hierárquicos quer e precisa saber para exercer o planejamento e controle sobre os processos da organização.

A utilização do método de custeio por absorção, na gestão hospitalar, cobra certas concessões quanto a sua aplicação e a sua utilização. Logo, as modificações enriquecedoras são bem-vindas na gestão de custos em hospitais, desde que metodologicamente defensáveis.

De forma macro, as etapas de implantação do sistema de custeio por absorção no HESLMB deverá, idealmente, estar alinhadada aos objetivos estratégicos da organização. As ações para implantação podem ser sintetizadas, de modo geral, nos seguintes passos:

1. SEGMENTAÇÃO DO HOSPITAL EM CENTROS DE CUSTOS E A CLASSIFICAÇÃO DESTES QUANTO AS SUAS FUNÇÕES;

2. DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO DE ITENS DE CUSTOS, CRITÉRIOS DE RATEIOS E DE PRODUÇÃO, ALÉM DA FORMA DE ALOCÁ-LOS AOS CENTROS DE CUSTOS;

3. PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE CUSTOS – COLETA DE DADOS;

4. CÁLCULOS – DEFINIÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DOS CUSTOS AOS CENTROS DE CUSTOS FINAIS (OU PRODUTIVOS) DE FORMA A POSSIBILITAR A DETERMINAÇÃO DOS CUSTOS UNITÁRIOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS;

5. PRODUÇÃO DE RELATÓRIOS;

6. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.

O custo criado em uma organização de saúde, mais especificamente, em uma organi-

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

zação hospitalar, representa a prestação de um serviço (em alguns casos pode ser a entrega de um produto, como uma prótese, por exemplo). A prestação de serviço pode ser entendida como o negócio do centro de custos. Ou seja, a segmentação em áreas específicas possibilita uma identificação mais

O custo dos procedimentos médicos nos hospitais, em condições normais, corresponde a uma sequência de prestações de serviços advindas de uma conjunção organizada de centros de custos.

Centros de Custos



clara da ocorrência do custo, seja ele de uma internação, de um quilograma de roupa lavada ou de uma refeição servida. Para prestar estes serviços, consome-se hora de profissionais, de equipamentos, de materiais médicos e administrativos, bem como de outros recursos necessários para cumprir o negócio do centro de custos.

Os centros de custos são necessários quando diferentes produtos usam, de forma distinta, os diferentes recursos disponibilizados pela organização. Neste caso, cada departamento produtivo é um centro de custo produtivo e os custos têm de ser identificados (medidos) para cada um deles (pois eles dispõem de diferentes recursos, que são consumidos de forma distinta pelos diferentes produtos). Em

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

seguida, cada produto, de acordo com seu nível de utilização dos recursos destes centros de custos produtivos absorvem os custos.

Outro ponto importante: departamento (como também área, setor, divisão ou outro nome que se dê) e centro de custo não é a mesma entidade. Para construí-los, não se trata de pegar o organograma e tornar os departamentos em centros de custos. Isto não quer dizer que tal fato não possa ocorrer. Logo, um departamento pode ser um centro de custo, mas não é obrigatório. Assim, centro de custos pode ser um ou mais departamentos devidamente delimitados no organograma da organização ou pode ser um projeto (que terá começo, meio e fim) ou um equipamento ou máquina (uma caldeira, por exemplo) poderá ser um Centro de Custos.

Os centros de custos ou centros de responsabilidade são definidos como "tudo aquilo ou algo que mereça a atenção do gestor" e não precisa ser, necessariamente, um departamento (ou setor ou área organizacional). Desta forma, a estruturação da organização em centros de custos visa atender ao interesse estratégico e gerencial da organização. Importante voltar a ressaltar que a definição e a classificação dos centros de custos



devem atender às necessidades gerenciais da organização de saúde.

Para implantar o sistema de custos utilizando o custeio por absorção como modelo, será necessário considerar que os diversos centros de custos são como unidades de negócio (ou, mais grosso modo, empresas) que prestam serviços entre si. Estes centros de custos ou centros de responsabilidade fabricam produtos ou prestam serviços para outros centros de custos, criando ou simulando uma cadeia cliente-fornecedor interna. Portanto, a gestão de unidade de negócio e a integração entre os diversos centros de custos devem ser consideradas e difundidas como uma perspectiva a mais da gestão de custos.

Desta forma, pode-se sintetizar que a implantação de um sistema de gestão de custos em uma organização hospitalar baseia-se na distribuição dos custos entre os diversos centros de custos administrativos e intermediários ou auxiliares (ou outros) até os centros de custos produtivos, finais ou finalísticos. Ou seja, como o objetivo final da organização de saúde é o atendimento ao paciente, é esperado que todos os custos criados sejam repassados aos centros de custos finais ou produtivos, segundo critérios de rateio previamente definidos, e, por último, ao serviço final de atendimento (modelo do custeio por absorção).

ESTRATÉGIAS E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES NO HESLMB

Para a implantação do Política faremos inicialmente ações para promover a sensibilização, o envolvimento e o conhecimento, tanto no corpo diretivo da organização quanto nos colaboradores, para compreender o sistema a ser utilizado e a ferramenta de gestão que usaremos no Hospital.

Dando prosseguimento, pode-se destacar o prazo de implantação. O prazo para implantação deste programa será de 3 meses. É de conhecimento, que numa instituição hospitalar os cenários variam constantemente em razão das demandas naturais, trazendo consigo novas variáveis que podem impactar o prazo estimado de implementação. Metas serão estabelecidas e acompanhadas regularmente pela direção, sendo devidamente justificados caso necessitem de ajustes.

Em um terceiro ponto, como já se sabe, a gestão de custos vai colaborar para que os processos, os setores ou as áreas organizacionais estejam organizados. Como já se disse, o sistema de custos é "um mensageiro". Logo, se a farmácia, por exemplo, estiver organizada, este fato será refletido pelo sistema de custos.

E em quarto, e último, e não menos impor-

tante, à abrangência da aplicação. A gestão de custos abrangerá os três níveis de planejamento e controle: estratégico, tático/gerencial e operacional. Os três níveis, com a aplicação proposta, estarão integrados sinergicamente.

Alinhamento à estratégia da Organização

A implementação do programa de gestão de custos e, consequentemente, o uso das informações que advirão dele devem, idealmente, ter fundamentação nos objetivos estratégicos do HESLMB.

A utilização do programa proposto contribuirá para adequação das metas e objetivos estratégicos tanto do ponto de vista de proporcionar custos menores quanto nas melhorias de eficiência na parte assistencial e administrativa.

Ações como adequação do consumo dos recursos financeiros propiciará a otimização da gestão orçamentária, a melhoria no monitoramento e no controle de estoques, a realização de compras planejadas e mais coerentes com o que se é consumido e a verificação da viabilidade econômica, para repasse de um procedimento hospitalar à um prestador de serviços especializado.

Definição do objetivo da utilização das informações de custos e da metodologia

A definição dos objetivos da implantação da política e do uso das informações de custos produzidas constituirá importante ação para o Hospital. É de fundamental importância, na definição da implantação do programa de gestão de custos, a compreensão de seus objetivos. O ponto de partida será a avaliação do que é passível de mensuração, em termos de custos.

Desta forma, o objetivo da utilização das informações que serão coletados tem como propósito priorizar a eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos do Estado de Goiás, buscando a qualidade da assistência aos usuários do Hospital.

Metodologia a ser adotada pelo IMED no HESLMB

A metodologia a ser adotada para a política proposta será pelo sistema de custeio por absorção. De acordo com KOS et al.* é a metodologia mais viável por disponibilizar informações sobre o valor gasto e demonstrar a quais centros de custos os gastos estão vinculados. O método do centro de custos foi utilizado para apurar o custo de alguns procedimentos hospitalares e os resultados demonstraram

que a metodologia é apropriada.

* *KOS, S. R.; DOS SANTOS, N. P.; KLEIN, L.; SCARPIN, J. E. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com repasse do SUS ?. XXII Congresso Brasileiro de Custos - Foz do Iguaçu, Paraná. 2015.*

Na mesma linha de pensamento, o Ministério da Saúde afirma que por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS e de fácil aplicação, essa metodologia é a escolhida e adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (BRASIL*).

* *BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).*

Levantamento dos Centros de Custos

A próxima etapa será elaborar o levantamento dos centros de custos no Hospital.

Identificaremos todos os serviços e setores, com base no organograma da Instituição, pesquisa de campo e análise dos setores existentes para, em seguida, definir quais serão os centros de custos. Poderá, nesta etapa, haver junções ou divisões do organograma, para a formação dos centros de custos, visando uma melhor identificação dos custos.

Com este levantamento, criaremos uma listagem dos centros de custos identificados no Hospital, a qual, de tempos em tempos, sofrerá revisões e alterações necessárias

Estruturação dos Tipos de Centro de Custos

Uma vez identificados todos os centros de custos, passaremos para a fase de estruturação, reunindo-os em grupos que desempenham atividades semelhantes. Os tipos de centro de custos que serão utilizados são:

1 ● ADMINISTRATIVOS: REÚNE OS CENTROS DE CUSTOS RELACIONADOS COM AS ATIVIDADES ADMINISTRATIVA, DE DIREÇÃO, DE GESTÃO DE PESSOAS, E OUTROS QUE VENHAM A SER IDENTIFICADOS NESTE GRUPO (EX.: ASSESSORIA E PLANEJAMENTO, DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA, DIRETORIA DE ÁREAS, ETC.).

2 ● AUXILIARES: REÚNE OS CENTROS DE CUSTOS QUE EXECUTA ATIVIDADE COMPLEMENTAR ÀQUELAS DESENVOLVIDAS NOS CENTROS DE CUSTOS FINAIS, TAIS COMO NUTRIÇÃO, HIGIENE E LIMPEZA, CME, SERVIÇO SOCIAL, E OUTROS QUE VENHAM A SER IDENTIFICADOS NESTE GRUPO (EX.:

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

LAVANDERIA, CCIH, TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO, ENGENHARIA CLÍNICA, ETC.).

3. PRODUTIVOS: REÚNE OS CENTROS DE CUSTOS QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES DIRETAMENTE RELACIONADA COM OS OBJETIVOS PRINCIPAIS DA INSTITUIÇÃO, OU SEJA, UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS DIRETAMENTE AOS PACIENTES, TAIS COMO AMBULATÓRIO, INTERNAÇÃO, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (EX.: CLÍNICA MÉDICA, PRONTO SOCORRO, ETC.).

Alocação dos Gastos

Existem três critérios para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e auxiliares para os centros de custos produtivos, a saber:

Alocação Direta

Em termos gerais, é a metodologia mais simples de distribuição direta. Consiste na alocação dos gastos dos centros de custos não produtores de renda (administrativos e auxiliares) diretamente aos centros de custos produtivos/finais. Nesse processo não são consideradas as trocas de serviços entre os centros de custos não-produtivos.

Alocação Sequencial

Ao contrário da alocação direta, essa metodologia aceita a troca de serviços entre os centros de custos não-produtivos. O primeiro centro de custos a ser escolhido pode ser aquele que presta serviços ao maior número de centro de custos, ou aquele que tem os custos mais elevados dentro da instituição. O último centro é geralmente aquele que recebe o maior número de serviços, em contrapartida é aquele que presta o menor número de serviços aos demais. Isto é, o total dos gastos diretos demonstrados no primeiro centro de custos não-produtivo seria rateado para os demais centros demandantes de seus serviços.

Alocação Recíproca

A alocação dos gastos que será adotado nesta política será a alocação recíproca. Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Essa forma de alocação reconhece que há participação ou trocas de recursos entre os centros de custos administrativos e auxiliares e leva esse fato em consideração antes de efetuar o rateio aos centros de custos produtivos, apresentando melhores resultados. Desta forma, um centro de custos poderá distribuir seus custos para outros (que fizeram uso de seus recursos) e, também, receber custos destes outros.

Isso significa que, apesar de já ter distribuído seus custos, o centro de custos receberá novas cargas de custos dos demais e, eventualmente, parcela de seus próprios custos. Neste processo, há um retorno de custos a um centro de custos que já havia distribuído seus custos a outros, ou seja, tinha sido "zerado".

Entretanto, é um pouco mais complexa de ser elaborada do que outras formas de alocações de gastos (direta e sequencial) por utilizar de álgebra matricial para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio. Considerando esta complexidade e a diversidade de procedimentos existentes dentro do HESLMB será utilizado um suporte informatizado a ser disponibilizado pela Consultoria Planisa que simplificará este processo. Apesar da complexidade, esse critério é o que melhor atenderá aos objetivos deste programa e, por consequência, do Hospital.

ROTINAS PARA GESTÃO DE CUSTOS



Após o denvolvimento e implantação da Gestão de Custos da unidade, algumas rotinas devem ser seguidas para melhor efetivação do resultado da Politica, sendo elas:

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

A • COLETA MENSAL DOS DADOS DE PRODUÇÃO DO HOSPITAL POR CENTRO DE CUSTO:

- Número de pacientes-dia;
- Número de exames;
- Número de atendimentos;
- Etc.

Todos os meses os responsáveis pelos setores dos Centros de Custos produtivos do Hospital geram um relatório do sistema de gestão hospitalar do HESLMB e enviam os dados de produção de cada Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

B • COLETA MENSAL DOS DADOS DE ESTATÍSTICAS DE RATEIO POR CENTRO DE CUSTO

- Quantida de kg de resíduos produzidos;
- Quantidade de kg de roupas lavadas;
- Quantidade de refeições servidas a colaboradores, pacientes e acompanhantes;
- Etc.

Todos os meses os responsáveis pelos setores dos Centros de Custos auxiliares e administrativos do Hospital geram um relatório do sistema de gestão hospitalar do HESLMB e enviam os dados estatísticos de cada serviço por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

C • COLETA E ALOCAÇÃO DE CUSTOS DE FOLHA DE PAGAMENTO E BENEFÍCIOS POR CENTRO DE CUSTO

Todos os meses os responsáveis pelo RH e Contabilidade do Hospital encaminham a folha de pagamento, benefícios e escalas dos trabalhadores por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

D • COLETA E ALOCAÇÃO DE CUSTOS DE NOTAS FISCAIS DOS PRESTADORES DE SERVIÇO POR CENTRO DE CUSTO

Todos os meses os responsáveis pelo Departamento Financeiro e Contabilidade do Hospital encaminham as Notas Fiscais dos

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

prestadores de serviços por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

E COLETA DE RELATÓRIOS DE CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DISPENSADOS PELA FARMÁCIA, ALMOXARIFADO E OUTROS SETORES QUE VIEREM A DISPENSAR MATERIAIS INTERNAMENTE, POR CENTRO DE CUSTO

Todos os meses os responsáveis pela Farmacia, Almoxarifado Central, CAF e Laboratório de Análises Clinicas - setores que fazem dispensação de insumos no Hospital - geram relatórios no sistema de gestão hospitalar do HESLMB com o consumo total de insumos de cada Centro de Custo do Hospital e para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

F APÓS O RECEBIMENTO DAS INFORMAÇÕES, OS COLABORADORES RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DE CUSTOS DA UNIDADE FAZEM O INPUT DOS DADOS COLETADOS DENTRO DO SISTEMA DISPONIBILIZADO PELA PLANISA

G É FEITA, ENTÃO, A ANÁLISE E VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES GERADAS PELO SISTEMA A FIM DE ENXERGAR POSSÍVEIS GAPS NO INPUT DOS DADOS

H É REALIZADA A EMISSÃO DE RELATÓRIOS DO SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS DE TODOS OS SETORES

I REALIZA-SE A DISSEMINAÇÃO DAS INFORMAÇÕES GERADAS PARA AVALIAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELOS CENTROS DE CUSTOS E GESTORES DA ORGANIZAÇÃO.

- A compreensão dos relatórios de custo, de acordo com parâmetros e perfis próprios de cada centro de custos e objetivos estratégicos, possibilitará, em cada nível hierárquico, ter condições de planejar, controlar e decidir para o alcance de maior eficiência e eficácia. Dessa forma, entre outros avanços, será possível a instrumentalização na busca de melhores níveis de produtividade e qualidade, reduzindo o desperdício de recursos e contribuindo para uma melhoria sistêmica do Hospital.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

J. OS RELATÓRIOS SEGUEM A PERSPECTIVA DO MODELO AD-HOC, APRESENTANDO TANTO INFORMAÇÕES MACRO QUANTO MICRO.

K. AS INFORMAÇÕES DE CARÁTER MACRO E AS ESTRATEGICAS SÃO REPASSADAS AO CORPO DIRETIVO DO HOSPITAL. AS INFORMAÇÕES DE CARÁTER MICRO, OBTIDAS POR MEIO DE REFINAMENTOS SUCESSIVOS, SUBSIDIAM AS DECISÕES ESTRATEGICAS DA DIREÇÃO DO HOSPITAL E DECISÕES DE CARÁTER GERENCIAL E OPERACIONAL DOS SEUS SETORES.



HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	01	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Equipe Financeira	Gestão da Qualidade	Diretoria Geral
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

O Imed – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – é uma organização social sem fins lucrativos que se destaca na prestação de serviços e benfeitorias destinados à população. Atuamos com excelência no desenvolvimento de projetos que proporcionem bem-estar, saúde, cidadania e dignidade às pessoas.

Nosso traAbalho é guiado pela busca de uma sociedade mais justa e harmoniosa, pautado por conceitos como humanização e ética e pelo atendimento sem distinções ou classificações. O Instituto não mede esforços para propiciar melhorias em seu ambiente de trabalho e incrementar performances com o único objetivo de proporcionar serviços de grande qualidade aos que deles necessitam.

Nossa missão somente pode ser atingida se a população atendida, os parceiros públicos, fornecedores, prestadores de serviços, administradores e empregados tiverem confiança em nossa ética e integridade. Para tanto é necessário que se mantenha o comprometimento aos mais altos padrões de boas práticas de atuação e gestão e a constante reafirmação da importância desse compromisso.

Aplicação

Este Programa de Compliance (ou simplesmente "Programa") é aplicável a todos os associados, administradores, empregados, voluntários, estagiários e aprendizes do Imed, assim como aos terceiros contratados dos quais seja requerido o compromisso com participação e cumprimento deste Programa, naquilo que se referir às atividades desenvolvidas para o Imed. No caso de terceiros contratados que sejam pessoa jurídica, todos os respectivos administradores, empregados, voluntários, estagiários e aprendizes deverão estar comprometidos com o cumprimento deste Programa. Aqueles aos quais este Programa é aplicável serão adiante denominados "Colaboradores".

O Programa

O IMED tem compromisso de atuar apenas de forma que obedeça às normas jurídicas e a ética. A Entidade tem a inalterável política de ser ética e cumpridora da Lei.

Todos os Colaboradores da Entidade devem conduzir suas atividades de forma honesta, ética e de acordo com a Lei, assim como não

devem fazer com que – ou incentivar – outro Colaborador atue de forma que desobedeça esses padrões. Qualquer prática que que viole a Lei ou seja antiética, mesmo que realizada com a intenção de beneficiar a Entidade ou a população atendida, é absolutamente contrária ao interesse do Imed e aos termos da relação havida com o Colaborador.

A conduta ilegal ou antiética de Colaboradores abala seriamente a reputação de integridade e honestidade do Imed; essa boa reputação é fundamental para a continuidade do sucesso da Entidade na promoção da saúde pública, da assistência social e da educação. Cada Colaborador é responsável por conduzir as atividades da Entidade de maneira integra e em cumprimento de todas as leis aplicáveis.

O presente Programa de Compliance é composto da Política Anticorrupção e do Código de Ética e Conduta, bem como das demais disposições principiológicas, de administração, procedimento e aplicação do Programa que estão previstas nas demais partes deste documento.



POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

A presente Política Anticorrupção, parte integrante do Programa de Compliance, estabelece as diretrizes a serem observadas pelos Colaboradores do Imed no relacionamento com representantes da administração pública nacional ou estrangeira, seja diretamente ou por meio de intermediários, com o objetivo de afastar de tais relações quaisquer práticas de corrupção ou violações de Lei.

O Imed e todos os Colaboradores devem observar, cumprir e fazer cumprir os termos e condições deste Programa, da Lei Anticorrupção Brasileira nº 12.846 de 01 de agosto 2013 e legislação correlata.

Nenhum Colaborador poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto através de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção.

Todos os Colaboradores deverão (i) cumprir as orientações este Programa e não praticar nenhuma ação que possa ser interpretada de maneira indevida e/ou não condizente com a atuação da Entidade; (ii) abster-se, em qualquer situação ou circunstância, de prometer, oferecer, induzir e/ou conceder qualquer bem de valor ou vantagem, financeira ou não, para um Agente Público ou qualquer outra pessoa com o propósito de influenciar decisões que afetam a Entidade, ou que visem a obtenção de informações confidenciais ou privilegiadas.

Para esclarecimento, Agente Público é a pessoa, nacional ou estrangeira, que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função pública.

Para os casos em que haja indício ou prova de violação à esta Política e/ou ao Código de Conduta, bem como quaisquer outros aspectos do presente documento, qualquer Colaborador deverá comunicar o fato por meio do canal de comunicação aqui estabelecido.

NORMAS DE CONDUTA

No Imed, a administração e o Comitê de Compliance são responsáveis por estabelecer os padrões para a atuação da Entidade e assegurar que tais padrões sejam obedecidos. Tais padrões de conduta apresentam aos

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Colaboradores e ao público em geral, como o Imed atua. Este Programa não servirá para prever todas as situações que envolvam a atenção aos deveres legais e éticos de cada colaborador, mas apresentará orientações gerais. A Entidade poderá alterar este Código a qualquer momento.

Os colaboradores que trabalhem em projetos de parceria firmadas pelo Imed deverão também observar e seguir as disposições contidas em eventuais Códigos de Conduta ou documentos similares que norteiem a atuação dos parceiros públicos do Imed.

Precisão de registros contábeis, formulação de preços e cobranças

O Imed gere recursos públicos. O Imed deve prestar contas desses recurso e para isso deve ter registros financeiros precisos, regulares e confiáveis. Todos os recursos, ativos e transações movimentados pelo Imed devem ser documentados, registrados e contabilizados de forma exata e apropriada. Os registros financeiros e do Imed devem refletir de maneira justa e precisa todas as operações envolvendo suas atividades, seus ativos e seus passivos.

Todos os Colaboradores com funções de faturamento ou celebração de contratos têm a responsabilidade de compreender e cumprir todas as políticas e procedimento internos da Entidade.

Repasses e demais recebimentos que eventualmente forem recebidos a maior, ou indevidamente, devem ser prontamente devolvidos aos parceiros ou patrocinadores de projetos.

Limites de Competência

Todos os Colaboradores devem agir apenas conforme o escopo de sua contratação e descrição de suas atribuições. Qualquer dúvida a esse respeito deve ser levada ao superior imediato do Colaborador. São alguns temas que merecem atenção especifica:

FRAUDES INTERNAS – NENHUM COLABORADOR PODERÁ AGIR SEM PODERES DE REPRESENTAÇÃO, ELABORAR OU INDUZIR A ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS FRAUDULENTOS A FIM DE OBTER A APROVAÇÃO DA ENTIDADE PARA NEGÓCIOS, DECISÕES, DESPESAS, RELATÓRIO DE DESPESAS OU ALGUM BENEFÍCIO INDIVIDUAL.

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

CONTRATAÇÕES EM NOME DA ENTIDADE – NENHUM COLABORADOR PODERÁ CELEBRAR CONTRATOS OU ACORDOS SEM ANTES SEGUIR TODO O PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO ESTABELECIDO PELA POLÍTICA DE COMPRAS, NEM SEM OBTER TODAS AS APROVAÇÕES NECESSÁRIAS.

ASSINATURAS – NENHUM COLABORADOR PODERÁ ASSINAR POR OUTRO SEM O DEVIDO CONSENTIMENTO DESSE. TAMBÉM NÃO PODERÁ FORJAR A ASSINATURA (RUBRICA OU OUTRO SINAL) DE OUTRO.

DISCURSOS E APRESENTAÇÕES – A REALIZAÇÃO DE DISCURSOS, APRESENTAÇÕES, SEMINÁRIOS EM QUE O NOME DO IMED ESTEJA OU POSSA ESTAR ENVOLVIDO, DEVE SER PREVIAMENTE APROVADA PELO RESPONSÁVEL PELA ÁREA DE COMUNICAÇÕES.

OUTROS EMPREGOS – OS EMPREGADOS DO IMED DEVEM EVITAR A CUMULAÇÃO DE OUTRO EMPREGO OU ATIVIDADE PROFISSIONAL QUE POSSA ATRAPALHAR SUA PERFORMANCE PROFISSIONAL NA ENTIDADE. HAVENDO DÚVIDA SE TAL EMPREGO OU ATIVIDADE É APROPRIADA, DEVERÁ O EMPREGADO LEVAR O TEMA À APROVAÇÃO DE SEU SUPERVISOR.

Conflito de interesse

Todos os Colaboradores devem evitar conflito de interesse e deles se espera que desempenhem suas funções de maneira consciente, honesta e de acordo com os interesses do Imed. Os Colaboradores não devem abusar de suas posições, usar informações confidenciais de forma imprópria para o ganho pessoal (direta ou indiretamente), nem ter qualquer envolvimento direto em qualquer negócio que seja conflitante com a atuação do Imed ou que, de alguma forma, comprometa a independência e imparcialidade desse Colaborador.

Quando o Colaborador observar que não é possível evitar a situação de conflito de interesse, deverá informar seu superior hierárquico ou o Comitê de Compliance. A comunicação integral dos fatos que seja brevemente realizada ajuda a Entidade e seus Colaboradores a evitar problemas. Tais casos serão analisados de forma sigilosa.

É em princípio considerada situação de conflito de interesses o fato de Empregados ou Administradores do Imed ou seus cônjuges

ou parentes mantiverem relação de emprego ou de prestação de serviços com fornecedores do Imed, ou mantiverem emprego ou função pública em parceiros públicos do Imed. Tal situação deve ser sempre relatada a seu superior imediato.

Informação confidencial ou privilegiada

O Imed lida com informações confidenciais e sensíveis. A proteção dessas informações é um dever de todos os Colaboradores.

De nenhum modo pode um Colaborador usar, revelar ou compartilhar informações da Entidade, de seus parceiros ou da população atendida que não estejam disponíveis ao público, seja por qual motivo for.

Os Colaboradores devem zelar pela segurança e confiabilidade das informações, adotando os procedimentos e tomando as medidas de segurança física adequadas para evitar o vazamento, a perda ou o corrompimento de informações.

Colaboradores que tiverem qualquer dúvida a respeito de determinada informação pode ou não ser relevada, compartilhada ou utilizada, deverá discutir a questão diretamente com o Comitê de Compliance.

Ambiente de Trabalho

Discriminação/Igualdade de Oportunidades de Emprego



LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

É a política do Imed garantir a igualdade de oportunidades de empregados para todos os que postulam uma posição na Entidade. Não é admitida discriminação ou preconceito de nenhuma natureza, seja de gênero, raça, religião, faixa etária, sexo, convicção política, nacionalidade, estado civil, orientação sexual, condição física ou quaisquer outros em suas relações. Essa política é aplicável a todos os processos de recrutamento, seleção, treinamento, promoção, disciplinar e de demissão.

Diversidade

Os Colaboradores devem respeitar os direitos e as diferenças entre os indivíduos para garantir um ambiente de trabalho onde cada pessoa possa desenvolver seu melhor desempenho.

Assédio Sexual

Caracteriza-se o assédio sexual quando alguém em posição privilegiada usa dessa condição para coagir ou ofertar benefícios a um empregado para obter vantagem ou favor sexual.

Formas mais graves de assédio sexual podem ser caracterizadas pelo pedido de favores sexuais ou qualquer forma de chantagem sexual, explícita ou implícita, que possa ter influência na carreira, salário, funções ou condições de trabalho.

Outros exemplos, menos graves, de assédio sexual incluem comentários sexualmente sugestivos, insinuações, gracejos ou piadas. A caracterização da conduta de assédio sexual depende das circunstâncias e contexto em que o incidente tiver ocorrido. Tal tipo de comportamento pode interferir no exercício do trabalho e criar um ambiente de trabalho hostil.

Quando este tipo de violação tiver ocorrido, o Imed atuará para frear o assédio, prevenir sua ocorrência, bem como tomar as medidas disciplinares e legais contra os responsáveis. As reclamações sobre assédio sexual devem ser realizadas usando os canais aqui previstos e devem ser prontamente analisadas e resolvidas.

Uso de álcool e drogas

É proibida a ingestão de bebidas alcoólicas no horário de trabalho dedicado ao Imed, assim como o exercício da função profissional em estado de embriaguez. São proibidos também o uso e o porte de drogas e a permanência no ambiente de trabalho em estado alterado pelo uso dessas substâncias, o que pode afetar a se-

gurança e o desempenho tanto do profissional quanto de seus colegas de trabalho.

Reembolso de despesas

Cada Colaborador deve conduzir suas atividades na Entidade com integridade e cumprimento das leis aplicáveis, e também de modo não haja ganhos pessoais indevidos.

Todos os Colaboradores – com exceção dos terceiros contratados – serão reembolsados pelas despesas necessárias e efetivamente incorridas em viagens ou eventos autorizados pelo Imed. É responsabilidade do Colaborador apresentar regularmente e precisamente as despesas incorridas, de acordo com os procedimentos internos da Entidade.

A não apresentação de descritivo de despesas a serem reembolsadas pela Entidade conforme o procedimento estabelecido, o pedido de aprovação e a aprovação de falsas despesas, podem resultar em aplicação de sanções disciplinares.

A realização de despesas por Colaboradores deve seguir os seguintes princípios:

- Viagens devem ser feitas para as necessidades da Entidade. Colaboradores devem ter bom senso e razoabilidade na realização de despesas.
- O momento da viagem de ser definido conforme as necessidades da Entidade;
- A Entidade espera que o Colaborador não tenha benefício ou perda financeira com a viagem a negócio.

Quando as viagens forem feitos no interesse de algum projeto específico, o Colaborador deverá seguir as regras sobre despesas e seus reembolsos determinadas pelo parceiro público do Imed no projeto em questão.

Uso de bens da Entidade

Os equipamentos e demais bens da Entidade ou de seus parceiros devem ser usados exclusivamente para o exercício da atividade profissional.

Os colaboradores devem zelar pelos equipamentos e bens que lhes forem confiados para o exercício de sua função, e informar o Imed a respeito de qualquer situação ou incidente que possa resultar em perda, dano, má utilização, roubo ou furto dos equipamentos.

Nas instalações do Imed ou em qualquer outro local inerente aos seus projetos, não é permitido conduzir negócios ou atividades pessoais.

Nenhum dado ou informação do Imed ou inerente a qualquer de seus projetos deve ser compartilhado via internet ou copiado para qualquer meio físico sem autorização da Entidade.

relativa à sua área. Deve haver constante diálogo com supervisores acerca das exigências que já existam ou que venham a existir.

A Entidade realizará inspeções regulares para verificar o cumprimento das obrigações regulatórias.

Regulação das Atividades



O atendimento total na área de saúde é regulado por vários conselhos profissionais, normas técnicas e normas de órgãos públicos. O Imed tem que cumprir toda a legislação aplicável. Cada Colaborador é individualmente responsável por cumprir com as políticas e orientações da Entidade, assim como a regulamentação legal e infra legal

Brindes, Cortesias e Entretenimento

Nenhum pagamento ou outro incentivo (incluindo qualquer prestação gratuita de serviços, empréstimos, descontos, refeições, entretenimentos, dinheiro, comissões, bônus, viagens ou artigos de valor) poderá ser feito

por Colaborador a qualquer pessoa, incluindo agente público nacional ou estrangeiro, que possa tomar decisão – ou influenciar uma tomada de decisão – que resulte ou possa resultar em resultado ou ação que beneficie a Entidade ou um Colaborador.

O Imed atende gratuitamente e de forma igualitária a população por ele assistida. Em nenhuma hipótese os colaboradores podem pedir qualquer retribuição ou criar qualquer aparência de que sua atuação (ou a atuação da Entidade) pode ser influenciada por recompensas que lhes tenham sido oferecidas.

Nenhum pagamento ou outro incentivo (incluindo qualquer prestação gratuita de serviços, empréstimos, descontos, refeições, entretenimentos, dinheiro, comissões, bônus, viagens ou artigos de valor) poderá ser aceito por Colaborador ou seus familiares quando isso puder influenciar (ou parecer que possa influenciar) a decisão do Colaborador na condução dos assuntos da Entidade.

Não é proibida a aceitação de brindes, entretenimento ou outras gratuidades de valor simbólico, desde que a natureza e importância não possam comprometer a integridade ou reputação do Colaborador ou da Entidade. Todo recebimento de brinde deve ser informado ao seu superior hierárquico.

Ambiente, Saúde e Segurança

O Imed é responsável por proteger o ambiente, a saúde e a segurança de seus Colaboradores, sendo isso fundamental para a condução de seus negócios. O Imed tem a política de cumprir com todas as leis e regulamentos aplicáveis, e ainda estabelecer e implementar práticas responsáveis que neles não estejam previstas.

A observância dos seguintes princípios pelos Colaboradores deverá assegurar a constante melhora na execução das suas atividades:

PRINCÍPIOS DE MEIO AMBIENTE. A ENTIDADE ESTÁ COMPROMETIDA EM REDUZIR A QUANTIDADE E O RISCO DE RESÍDUOS GERADOS POR MEIO DA MELHORIA DE PROCESSOS, SUBSTITUIÇÃO DE MATÉRIAS-PRIMAS, RECICLAGEM E TRATAMENTO DE MATERIAIS. CADA COLABORADOR É RESPONSÁVEL POR COLABORAR PARA PROTEÇÃO AMBIENTAL. ESTA É UMA RESPONSABILIDADE PRIMORDIAL PARA TODOS OS NÍVEIS DE GERÊNCIA E SUPERVISÃO.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE COMPLIANCE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

SEGURANÇA OCUPACIONAL E SAÚDE. TODO COLABORADOR É RESPONSÁVEL PELA SEGURANÇA NO TRABALHO E PELO COMBATE À INFECÇÃO HOSPITALAR. ESTA É UMA RESPONSABILIDADE PRIMORDIAL PARA TODOS OS NÍVEIS DE GERÊNCIA E SUPERVISÃO. DOS COLABORADORES EM NÍVEL DE GERÊNCIA E SUPERVISÃO SE ESPERA O EXEMPLO DE COMPORTAMENTO NO QUE SE REFERIR À SEGURANÇA DO TRABALHO.

Propriedade Intelectual

O Imed e seus Colaboradores devem respeitar os direitos de propriedade intelectual de terceiros. "Propriedade intelectual" é referente a trabalhos de criação, e o desenvolvedor desse trabalho tem o direito sobre tal criação, incluindo direitos autorais (inclusive de programas de computadores), patentes, segredos comerciais e marcas.

USO DE SOFTWARE. A REPRODUÇÃO DE SOFTWARE COM DIREITOS AUTORAIS SEM A AUTORIZAÇÃO DO DIRETO DO AUTOR É VIOLAÇÃO QUE PODE GERAR SÉRIAS CONSEQUÊNCIAS AO IMED E AO PRÓPRIO INDIVÍDUO. A CÓPIA DE SOFTWARE DE COMPUTADOR SEM A PERMISSÃO POR LICENÇA É CONTRA A POLÍTICA DO IMED.

INSTALAÇÃO E USO DE SOFTWARE. OS EQUIPAMENTOS SÃO ENTREGUES AOS COLABORADORES COM OS PROGRAMAS PADRÕES DO IMED. PROGRAMAS QUE NÃO ESTIVEREM PREVIAMENTE INSTALADOS NOS EQUIPAMENTOS, MAS QUE FOREM NECESSÁRIOS PARA QUE UM COLABORADOR EXECUTE SUAS ATIVIDADES, PODERÃO SER INSTALADOS MEDIANTE A APROVAÇÃO DO GERENTE.

CÓPIAS DE MATERIAIS IMPRESSOS PROTEGIDOS POR DIREITOS AUTORAIS. A DUPLICAÇÃO NÃO LICENCIADA E INTENCIONAL DE MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS É ILEGAL E PODE CARACTERIZAR CRIME.

ESPIONAGEM DIGITAL. É VIOLAÇÃO DA POLÍTICA DO IMED, PODENDO CARACTERIZAR CONDUTA ILEGAL, O USO DE COMPUTADORES PARA ACESSAR O SISTEMA DO IMED OU DE TERCEIRO COM A INTENÇÃO DE: A) OBTER INFORMAÇÕES SENSÍVEIS; B) INSTALAR UM VÍRUS DE COMPUTADOR OU DE QUALQUER MODO DESTRUIR O SISTEMA; OU C) COMETER QUALQUER TIPO DE FURTO OU FRAUDE DIGITAL.

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Atividade Política

CONTRIBUIÇÕES POLÍTICAS. NENHUM APOIO, CONTRIBUIÇÃO, DOAÇÃO OU DESPESA PODERÁ SER FEITO COM OS RECURSOS OU ATIVOS DA ENTIDADE PARA ATIVIDADES POLÍTICAS. TAL PROIBIÇÃO INCLUI QUALQUER PAGAMENTO, EMPRÉSTIMO, DEPÓSITO, GARANTIA, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OU FORNECIMENTO DE QUALQUER VALOR, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR COLABORADOR NO EXERCÍCIO DE SUAS ATIVIDADES JUNTO À ENTIDADE.

TRÁFICO DE INFLUÊNCIA. O TRÁFICO DE INFLUÊNCIA É PRÁTICA ILEGAL NO BRASIL. PORTANTO, NENHUM COLABORADOR PODERÁ SOLICITAR, EXIGIR, COBRAR OU OBTER, PARA SI OU PARA OUTREM, VANTAGEM OU PROMESSA DE VANTAGEM A PRETEXTO DE INFLUIR EM ATO PRATICADO POR AGENTE PÚBLICO NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO.

Aquisições

Colaboradores responsáveis por negociação e contratos de aquisição de bens/serviços devem fazer negócios apenas com pessoas, físicas ou jurídicas, que tenham boa reputação e cuja qualificação indique que ela será capaz entregar o objeto da contratação.

Todo procedimento de aquisição de bens e serviços deve seguir o procedimento estabelecido na política de aquisições de cada unidade. Todos os procedimentos devem ser documentos, para que sejam prestadas as devidas contas aos parceiros públicos do Imed.

Os responsáveis pelas aquisições: (a) obter os melhores preço, qualidade e condições disponíveis para a Entidade; (b) estabelecer de forma clara e completa as responsabilidades de cada parte na contratação; (c) reservar o direito de o Imed fiscalizar os prestadores e fornecedores; (d) manter o histórico de documentos nos quais foram embasadas as decisões relacionadas às contratações.

Aquisições especulativas não podem ser realizadas. Compras devem ser feitas de acordo com a real ou estimada (baseada no planejamento da produção e boas práticas) necessidade.

Tanto os Colaboradores, quando o respectivo departamento do Imed deverão usar dos mais altos padrões de ética negocial nas aquisições. Fornecedores e prestadores de serviços - ainda que em potencial - devem sempre ser tratados com respeito, imparcialidade e honestidade. Sempre que possível, deve-se incentivar e manter a competição entre os fornecedores e prestadores.

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

ADMINISTRAÇÃO DO PROGRAMA

O Comitê de Compliance será responsável pela execução e fiscalização desse Programa com o auxílio do Departamento Jurídico.

A. DENÚNCIA

Todos os Colaboradores têm o dever de comunicar violações às regras e princípios deste Programa de Compliance, tenha essa violação sido praticada pelo próprio Colaborador, ou por outro Colaborador. Tal denúncia deve ocorrer imediatamente a ciência ou consciência do fato. Grande parte das leis confere redução de sanções ao indivíduo que pronta e voluntariamente reconhece e/ou corrige o ato infrator, valendo o mesmo para empresas.

Nenhum Colaborador será punido ou sofrerá consequências negativas caso venha a comunicar alguma conduta de outro Colaborador que possa caracterizar violação de Lei e desse Programa, desde que acredite ser verdadeiro o ato que esta denunciando. As informações a serem reportadas na denúncia deverão ser a mais detalhadas possíveis.

Se o Colaborador desejar realizar a comunicação da violação de maneira que ele seja identificado como a fonte da denúncia, tais informações poderão ser apresentadas por escrito, por telefone ou pessoalmente diretamente ao supervisor imediato. Caso o Colaborador entenda que há algum motivo para que essa denúncia não seja feita ao respectivo supervisor, poderá realizar a denúncia diretamente ao Comitê de Compliance e/ou Responsável por Compliance.

Caso o Colaborador não queira se identificar ao realizar a denúncia, poderá fazê-lo anônima e diretamente ao Responsável por Compliance por meio de e-mail para canal-compliance@imed.org.br ou para compliance@imed.org.br.

Instruções sobre como enviar um e-mail anônimo podem ser obtidas neste link: 5 Formas de Enviar um E mail Anônimo - wikiHow

B. INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DO PROCESSO

A pessoa para quem a denúncia for realizada deverá diligenciar para obter os maiores detalhes possíveis acerca da suposta viola-

ção. O Colaborador que realizar a denúncia será informado da política de não retaliação e de que serão realizados todos os esforços para a manutenção da confidencialidade da denúncia realizada.

Recebida a denúncia, o Comitê de Compliance deverá preparar um memorando no qual deverá conter, na medida do possível, o horário e



data do reporte, a identificação do Colaborador denunciante, bem como seu departamento e seu telefone, a identificação do suposto Colaborador que teria cometido a violação, o conteúdo da denúncia com a descrição da conduta e a identificação de outras pessoas que possam ter conhecimento sobre o fato.

O Comitê de Compliance deverá, então, avaliar o mérito da denúncia e determinar se a investigação é justificada. Sendo pertinente a investigação, deverá prontamente ser montada uma Equipe de Investigação composta por , um gerente sênior do departamento em que tiver ocorrido a violação (devendo esse ser substituído quando houver suspeita de sua participação na conduta denunciada), um advogado designado pelo Comitê de Compliance e um gerente sênior do departamento de recursos humanos.

A Equipe de Investigação deverá discutir a natureza e o mérito da investigação, obter e reunir documentos, realizar entrevistas e,

então, montar um relatório detalhando os procedimentos e conclusões. A Equipe de Investigação deverá apresentar o relatório ao Comitê de Compliance que, juntamente com o Departamento Jurídico e de Recursos Humanos, decidirá sobre a solução (ação criminal, ação civil e/ou procedimento disciplinar interno) apropriada para o caso.

Todo o procedimento de investigação deverá respeitar os princípios da confidencialidade, justiça e do apropriado detalhamento de análise do caso. Todos os problemas relacionados a violações desde Programa deverão ser solucionados de forma efetiva e rápida.

C. MONITORAMENTO E INFORMAÇÃO

Todos os Colaboradores com responsabilidade de supervisão têm o dever de monitorar as atividades desenvolvidas por seus subordinados para assegurar que as mesmas são desenvolvidas com a observância de todas as leis, regulamentos e padrões de conduta aplicáveis.

O Comitê de Compliance deve assegurar a disseminação do conteúdo do Programa de Compliance. Se necessário, deverá ser feita a periódica circulação deste Programa entre os Colaboradores e a notificação que relembre os supervisores acerca de seus deveres de monitoramento do cumprimento deste Programa.

Também periodicamente o Comitê de Compliance poderá realizar programas de orientação e sessões de treinamento acerca da Política Anticorrupção e Código de Conduta, assim como deverá fazer circular as atualizações e revisões deste Programa de Compliance.

A fim de sejam cumpridos os respectivos objetivos, cópia deste Programa deverá estar sempre à disposição a todos os Colaboradores. Além disso, uma cópia deste Programa deverá ser encaminhada a cada Colaborador, que receberá o documento e assinará o Termo de Ciência e Compromisso.

APLICAÇÃO, MEDIDAS DISCIPLINARES E PREVENÇÃO

A. APLICAÇÃO

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE COMPLIANCE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

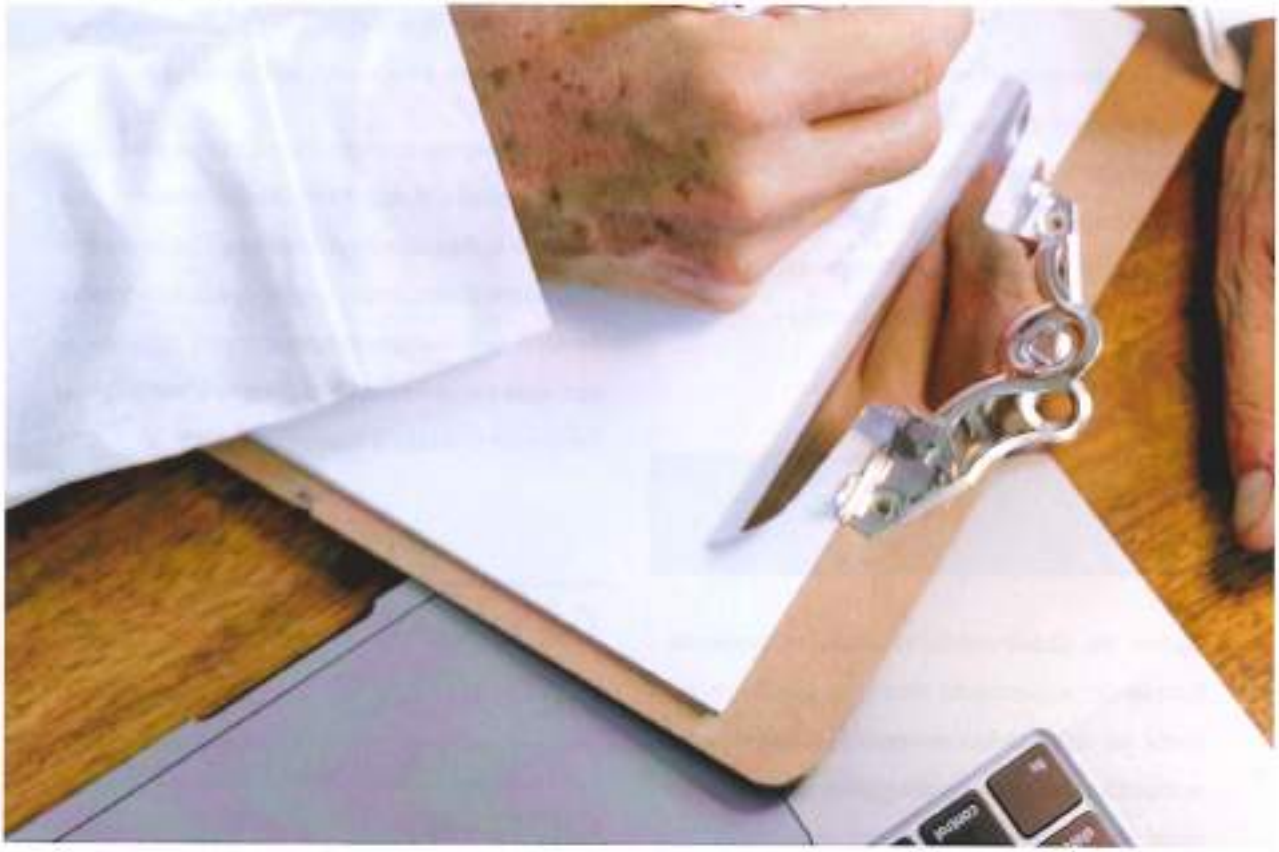
PÁGINAS: X DE XX

É preciso enfatizar que o tema de Compliance, tratado nesse Programa, é muito sério. Violações de Lei e condutas antiéticas podem ter consequência muito grave para a Entidade e para os Colaboradores, sendo certo que as mesmas não serão toleradas.

O Imed está empenhada em fazer valer esse Programa. A aplicação das apropriadas medidas disciplinares àqueles que cometerem violações, ou àqueles que deixaram de cumprir com o dever identificar violações, é parte indispensável da aplicação deste Programa.

B. MEDIDAS DISCIPLINARES

Após a conclusão da investigação da infração denunciada, o Responsável por Compliance, o Comitê de Compliance e responsável do departamento no qual tenha ocorrido a violação, juntamente com o Responsável de Recursos Humanos e do Jurídico, decidirão se devem ser aplicadas medidas disciplinares, contra quem tais medidas devem ser aplicadas e quais medidas seriam apropriadas. Medidas disciplinares internas da



Entidade incluem: advertência, suspensão, e dispensa trabalhista ou encerramento da relação contratual. A medida disciplinar tem de ser específica e justa para o caso. A aplicação das medidas disciplinares deve levar em consideração o reconhecimento pelo indivíduo do cometimento da infração (principalmente a autodenúncia) e a aceitação da responsabilidade pelo ato. No entanto, tais fatores não podem garantir ao indivíduo a não aplicação de sanções disciplinares. Todas as medidas disciplinares devem ser devidamente documentadas.

Além disso, quando cabíveis, poderão ser tomadas medidas para que o indivíduo seja processado criminalmente e/ou civilmente, a fim de sejam reparados as perdas e danos da Entidade.

Se for apropriado, o Imed comunicará os fatos, dentro de prazo razoável, às autoridades competentes e cooperará com qualquer investigação, aceitando eventual responsabilidade por sua conduta.

C. PREVENÇÃO

Sendo verificada a ocorrência de violação de Lei ou conduta antiética, a Entidade tomará todas as devidas medidas para prevenir futuras violações similares. Todos os esforços serão realizados para interromper imediatamente a conduta irregular e prevenir a repetição da mesma. A esse respeito, importante será a realização de melhores treinamentos, mais frequente comunicação aos Colaboradores acerca das responsabilidades éticas e legais, e maiores cuidados para a identificação de problemas. Todas as alterações deste Programa de Compliance que no futuro forem necessárias para a melhora na prevenção e identificação de infrações serão implementadas.



LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

INTRODUÇÃO

Os processos de compras são críticos para a sobrevivência e sucesso das organizações. Decisões relacionadas ao que deve ou não ser adquirido, qual o momento adequado para uma aquisição e a forma e condições negociadas são fundamentais para uma gestão eficiente de demandas e custos para o atingimento de objetivos estratégicos do Imed.

quer tipo de negociação comercial junto aos fornecedores. Com isto, procura-se garantir adequadas especificações das demandas institucionais, preços e prazos e uma padronizada, além de uma criteriosa avaliação do desempenho de fornecedores.

Visando alinhar o processo de homologação de fornecedores da Imed, se faz necessário descrever os critérios, papeis e responsabilidades do processo.



Visando garantir uma padronização e regras claras para nortear os processos, esta política estabelece os critérios para aquisição de compras para aquisição de bens e serviços, estabelecendo as principais diretrizes institucionais para os envolvidos no processo.

Somente colaboradores da Área de Compras, estão autorizados a realizar qual-

DIRETRIZES

CENTRALIZAÇÃO DE COMPRAS: TODAS AS AQUISIÇÕES DE QUALQUER NATUREZA DEVEM SER REALIZADAS DE FORMA CENTRALIZADA PELA ÁREA CORPORATIVA DE COMPRAS.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

AUSTERIDADE: DEVE-SE PREZAR PELA EFICIÊNCIA E USO ADEQUADO DE RECURSOS, EVITANDO DESPERDÍCIOS, FRAUDES E EXCESSO NO USO DE BENS, EQUIPAMENTOS, RECURSOS NATURAIS E NA CONTRATAÇÃO E CONSUMO DE PRODUTOS E SERVIÇOS.

CONCORRÊNCIA LEAL: TODAS AS OFERTAS E FORMAS DE FORNECIMENTO SERÃO SEGUNDO CRITÉRIOS LEGAIS, ÉTICOS E JUSTOS, SENDO INACEITÁVEL QUAISQUER ATOS QUE ENVOLVAM ACORDOS, BENEFICIAMENTOS E OUTRAS FORMAS DE VIOLAÇÃO À ORDEM ECONÔMICA.

LIVRE CONCORRÊNCIA: SERÃO DADAS OPORTUNIDADES COMERCIAIS ISONÔMICAS À TODOS OS FORNECEDORES CAPACITADOS, COMO FORMA DE PROMOVER MELHORES PREÇOS, MAIOR EFICIÊNCIA E QUALIDADE NO FORNECIMENTO.

IMPARCIALIDADE: AS DECISÕES DE COMPRAS SERÃO FUNDAMENTADAS EM CRITÉRIOS TÉCNICOS E ISENTAS DE QUAISQUER INTERESSES OU BENEFÍCIOS PESSOAIS OU INDIVIDUAIS, SEJAM ELES FINANCEIROS OU NÃO.

Instância e níveis deaprovação

SIGLA	CARGO/ÓRGÃO
P	Presidência
G	Gerência
DE	Diretoria Financeira
CA	Conselho de Administração*

*assim que for implantado

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Tabela de limites de alçada para autorização de custas e despesas, aquisição de materiais medicamentos e insumos em geral e contratação de responsabilidade financeira.

NATUREZA DA TRANSAÇÃO E VALOR	ATÉ R$ 1MIL	ATÉ R$ 5MIL	ATÉ R$ 100MIL	ATÉ R$ 250MIL	ACIMA DE R$ 250MIL
Custos de Despesas	G	DF	DF e P	P e CA	P e CA
Aquisição de responsabilidade financeira de materiais, medicamentos bens e serviços	G	G, DF	DF e P	P e CA	P e CA
Contratação de Equipamentos	G	G, DF	DF e P	P e CA	P e CA

Tabela de limites de alçada para autorização de contratações de funcionários e serviços.

NATUREZA DA TRANSAÇÃO E VALOR	ATÉ R$ 5MIL	ACIMA DE R$ 5MIL
Contratação de funcionários e serviços	DF	DF e P



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Tabela de limites de alçada para autorização de contratos para recebíveis

NATUREZA E VALOR DA RECEITA	ATÉ R$ 10 MIL	ATÉ R$ 25MIL	ATÉ R$ 100 MIL	ATÉ R$ 500 MIL	ACIMA DE R$ 500MIL
Contratos para recebíveis	DF e P	DF e P	DF e P	P e CA	P e CA

Tabela de limites de alçada para precificação de propriedade e serviços

NATUREZA E VALOR DA RECEITA	ATÉ R$ 500MIL	ACIMA DE R$ 500MIL
Precificação de propriedades e Serviços	DF e P	DF e P

Alçadas para decisões não-financeiras

NATUREZA DA DECISÃO	ALÇADA
Indicação para cargos nas Entidades às quais a Imed é filiada	DE e P
Definição de participantes em cursos externos	G, DE e P

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer as regras para a aquisição de materiais, medicamentos, equipamentos e outros bens e serviços do Imed ou em seu nome, bem como descrever o processo de homologação de fornecedores da Imed e unidades que operam na plataforma, adotando como premissas a idoneidade no processo de compras, a mitigação de possíveis riscos e determinação processual de modo a assegurar que as unidades da Imed possam adquirir produtos e serviços de empresas que estejam em conformidade com os requisitos especificados neste procedimento.

Ainda, estabelecer responsabilidades e fixar os limites para as aprovações relacionadas à tomadas de decisão que envolvam recursos orçamentários e financeiros, tangíveis e intangíveis, compreendendo ou não outras organizações e a Imed ela deverá ser considerada juntamente com o Estatuto da Imed, que define as regras gerais da administração, bem como os demais regimentos internos da entidade.

ABRANGENCIA

Aplicam-se às áreas de Compras, Gestão de Demanda, Departamento Comercial, Gestão de Fornecedores, Área financeira e Diretoria e Unidades Imed.

Definições

FORNECEDOR: TODA PESSOA JURÍDICA, NACIONAL OU INTERNACIONAL, PREVIAMENTE QUALIFICADA QUE FORNEÇA MERCADORIAS OU SERVIÇOS À IMED OU AOS SEUS REQUISITANTES.

CND: CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO É UM DOCUMENTO EMITIDO POR ÓRGÃOS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS (UNIÃO), ATESTANDO QUE A EMPRESA OU A PESSOA FÍSICA NÃO POSSUI DÉBITOS EM ABERTO OU ESTEJAM INSCRITOS NA DÍVIDA ATIVA.

CADASTRO DE FORNECEDORES: BANCO DE DADOS DO SISTEMA INFORMATIZADO QUE CONTÉM INFORMAÇÕES REFERENTES AOS FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS UTILIZADOS PELA DO IMED.

PLATAFORMA: PLATAFORMA DE COMPRAS COLABORATIVAS DO IMED, REFERENCIADA TAMBÉM COMO "PLATAFORMA", "PORTAL" OU "SISTEMA".

COMPRA DIRETA: É TODO ITEM OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇO QUE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

ESTÁ LIGADO DIRETAMENTE AO PACIENTE, COMO POR EXEMPLO, MATERIAL MÉDICO, MEDICAMENTO, EQUIPAMENTOS MÉDICOS, ETC.

COMPRA INDIRETA: É TODO ITEM OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE NÃO ESTÁ LIGADO DIRETAMENTE AO PACIENTE, MAS É ESSENCIAL PARA A OPERAÇÃO, COMO POR EXEMPLO, HIGIENE, SEGURANÇA, ALIMENTOS, LAVANDERIA, ETC.

COMPRA PONTUAL: É A AQUISIÇÃO DE UM DETERMINADO BEM OU SERVIÇO QUE SERÁ EXECUTADO UMA ÚNICA VEZ.

COMPRA RECORRENTE: É A AQUISIÇÃO DE BENS OU SERVIÇOS QUE OCORREM CONTINUAMENTE.

VALIDAÇÃO TÉCNICA: PROCESSO NECESSÁRIO PARA COMPRAS ESPECÍFICAS, COMO POR EXEMPLO, MEDICAMENTO, MATERIAL MÉDICO, SERVIÇOS QUE DEMANDAM ESTUDO E AVALIAÇÃO TÉCNICA. SEM O AVAL TÉCNICO DAS ÁREAS, NÃO SE INICIARÁ O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DO BEM OU SERVIÇO.

DUE DILIGENCE: PROCESSO DE LEVANTAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES SOBRE UMA EMPRESA E/OU SEUS SÓCIOS, COM O PROPÓSITO DE IDENTIFICAR AQUELAS INIDÔNEAS OU DE MÁ REPUTAÇÃO, QUE OFEREÇAM RISCOS DE IMAGEM, FINANCEIROS OU OPERACIONAIS À IMED.

SLA: SIGLA PARA *SERVICE LEVEL AGREEMENT* (EM PORTUGUÊS: ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO). SÃO CRITÉRIOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS ACORDADOS E FORMALIZADOS NO ATO DA CONTRATAÇÃO PARA MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELO FORNECEDOR.

APLICABILIDADE

Esta Política de Compras aplica-se a todas as unidades da Imed, devendo ser observada por todos os colaboradores e, em especial, por aqueles que realizam aquisições em nome da Imed ou que participam direta ou indiretamente do processo de compras.

DESCRIÇÃO

Função de Compras

A Área de Compras atuará de forma compartilhada com as áreas e está organizada

de modo à que grupos de compradores são designados para cada categoria de produto ou serviço a ser adquirido. As equipes de compras trabalham para transformar as necessidades das áreas em estratégias e ações de aquisição, que estejam alinhadas com as diretrizes desta política e com os objetivos estratégicos do Imed.

Os compradores deverão participar de reuniões internas com as áreas demandantes ou que relativamente estejam envolvidas em processos de aquisição e, ainda, em reuniões que as áreas envolvidas indiretamente tenham com fornecedores, para garantir a obtenção de informações necessárias ao futuro processo de negociação e compra, além de contribuir para imparcialidade e isenção no processo de escolha de fornecedores.

Visando preservar a independência e rigor no cumprimento das funções de compras, a Área de Compras é a única área autorizada a realizar compras e contratar serviços em nome da Imed.

Planejamento de Compras

Durante o processo de aquisição, a área de Planejamento de Compras deve buscar oportunidades e redução de custos por meio de planejamento da demanda dada pelo usuário, de ganhos de escala e sinergia entre as áreas internas.

Solicitação de Compra

Para que se possa realizar um processo de compras com a máxima agilidade, assegurando de que será feita a melhor negociação quanto aos preços, prazos, condições de pagamento, dentre outros quesitos técnicos e financeiros, é de suma importância que a descrição técnica seja a mais correta e detalhada relativa ao item a ser adquirido, para que a equipe de compras não tenha dificuldade em solicitar ao mercado. Logo, vencido o primeiro passo, será dado seguimento ao processo, com a respectiva aprovação dos Diretores de cada Unidade ficando claro que aquele item foi identificado em ponto de pedido e está apto à seguir ao Sistema de Compras.

Antes que se inicie qualquer etapa do processo de aquisição, é necessário que as áreas tenham orçamento aprovado para a realização da compra.

Seleção de Fornecedores

O processo de identificação e escolha de fornecedores deve ser isento e transparente. O fornecedor deve estar comprometido com

os padrões de qualidade e boas práticas de mercado. Cabe à equipe de compras, identificar no mercado as melhores empresas para atender às demandas e para o estabelecimento de relações comerciais.

As áreas solicitantes podem sugerir ou indicar à equipe de compras, nomes de empresas que possuam capacidade técnica de atender às necessidades identificadas, mas jamais poderão definir ou impor o fornecedor do produto ou serviço que será executado.

Visando prevenir conflitos de interesses, o relacionamento com empresas fornecedoras deve acontecer sempre no âmbito institucional, através de encontros, reuniões ou contatos formais, devendo ser evitados relacionamentos de amizade ou conversas sobre negociações comerciais em âmbito pessoal, individual ou informal.

O processo de cadastro de fornecedores está descrito no *Procedimento para Cadastro de Fornecedores.*

Avaliação de Fornecedores

O Imed tem como objetivo permanente a otimização de sua base de fornecedores, mantendo ativos apenas aqueles que atendam a requerimentos comerciais, técnicos e de qualidade previamente estabelecidos e que estejam em conformidade com o Procedimento de Cadastro de Fornecedores. Para isto, realizará um processo de *Due Diligence* que visa verificar a idoneidade e reputação dos fornecedores, além de identificar riscos que possam estar associados ao fornecimento contratado, à imagem do Imed ou à segurança e saúde de colaboradores, pacientes e profissionais que atuem na instituição.

Renovação

Os fornecedores serão avaliados de acordo com SLA estabelecido e formalizado no momento da contratação. Cabe às áreas usuárias a responsabilidade de avaliar e gerir o desempenho dos serviços prestados pelos fornecedores e informar regularmente à Área de Compras para que essa possa auxiliar na comunicação com os fornecedores e definir oportunidades de aperfeiçoamento ou de desenvolvimento de novos fornecedores.

Cadastro

O cadastramento do produto ou serviço na Plataforma de Compras – "Smarkets" é de responsabilidade da Área de Compras de

deve ser realizado respeitando os campos obrigatórios de preenchimento: descrição e unidade de medida.

A descrição do produto deverá conter os atributos necessário para o correto entendimento da solicitação pelo mercado fornecedor, incluindo, mas não se limitando há: material de fabricação, cor, tamanho.

Medicamento deve ser cadastrado com o nome do princípio ativo e código padronizado, estando em linha com os demais conjuntos de informação da organização, tal como. Sistema "MV".

Concorrência

O processo de cotação visa identificar a melhor opção de fornecimento para suprir as demandas da Imed, levando em conta o custo-benefício das opções oferecidas pelo mercado e o princípio da livre concorrência, que estimula o aprimoramento e desenvolvimento de novas e melhores soluções. Por este motivo, não é autorizado excluir fornecedores automaticamente convidados na Plataforma de Compras – "Smarkets", desde que estejam devidamente qualificados pelo Imed.

Os processos de concorrência devem oferecer condições de igual oportunidade de fornecimento para 3 ou mais fornecedores por item, por meio de Plataforma de Compras – "Smarkets". Valoriza-se a contratação de empresas, com histórico de bom desempenho, socialmente responsáveis e éticas..

Nos casos de emergência, será necessária a explicitação detalhada da razão pela qual a situação está sendo caracterizada como tal, na própria requisição de compras, bem como deverá contar com uma aprovação da Diretoria da Unidade e não dispensa a necessidade de mais de uma cotação com 3 fornecedores por item solicitado.

Será caracterizada como emergência, a necessidade premente de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer o trabalho e/ou obrigações contratuais.

SLA de realização da Cotação

- Solicitação normal: 72 horas úteis;
- Solicitação emergencial: 24 horas úteis;

As cotações deverão ser organizadas por categorias, consolidando todas as solicitações

demandadas.

Negociação e Contratação

A negociação visa obter as melhores condições, oferecidas pelo mercado e a transação será contratada com o fornecedor que oferecer o melhor preço.

Somente os colaboradores da Área de Compras estão autorizados a concluir qualquer tipo de negociação comercial, junto aos fornecedores.

Aprovação de Compras

Ficam estabelecidas as seguintes alçadas de aprovação de pedidos:

GERENTE DE COMPRA: PEDIDOS ATÉ R$ 1.000,00;

DIRETOR FINANCEIRO: PEDIDOS ACIMA DE R$ 1.000,01

Formalização

Para salvaguardar direitos das partes, a Imed formaliza as compras por meio dos seguintes instrumentos:

PEDIDO DE COMPRA: É O CONTRATO FORMAL ENTRE A EMPRESA E O FORNECEDOR, DEVENDO REPRESENTAR FIELMENTE TODAS AS CONDIÇÕES EM QUE FOI FEITA A NEGOCIAÇÃO TAIS COMO MATERIAL, QUANTIDADE, PRAZOS, PREÇOS, DATA DE ENTREGA E OUTROS. O PEDIDO DE COMPRAS É UM ESPELHO DA FUTURA NOTA FISCAL QUE O FORNECEDOR DEVERÁ ENVIAR JUNTO COM A MERCADORIA E DEVE SER EMITO NA PLATAFORMA DE COMPRAS – "SMARKETS". APÓS APROVAÇÃO O PEDIDO E MAPA DE COTAÇÃO DEVE SER ARQUIVADO NO TRELLO NO RESPECTIVO CARD DA SOLICITAÇÃO DE COMPRA.

Compras Que Necessitam de Contrato

Deverão ter contrato as aquisições que se enquadrem em **QUALQUER** dos seguintes critérios:

- Prestação de serviço de forma repetitiva, acima de 90 dias;
- Necessidade de registrar obrigações

da contratada;

- Necessidade de registrar obrigações da Imed;
- Registrar responsabilidade quanto à solidariedade;
- Registrar confidencialidade das informações;
- Necessidade de estabelecer outras garantias, principalmente quando o escopo envolver:
    - Ativos e patrimônios da Imed;
    - Saúde e integridade de funcionários, pacientes e comunidade;
    - Interações com órgãos governamentais.

Consolidar e Utilizar Contrato - Quando

- O serviço for recorrente, prestado por um ou mais fornecedores em diferentes áreas;
- O fornecedor for recorrente, prestando serviços diferentes para uma ou mais áreas.

Confidencialidade

A Imed assegura e exige a confidencialidade das informações técnicas e comerciais dos processos de compra ou contratação.

Alçadas de Aprovação de Compras

As principais decisões devem ser colegiadas e ninguém deve tomar decisões de grande materialidade para a Imed de forma isolada ou fora dos limites apresentados na presença política.

O tipo e a forma do processo seletivo para compras e contratações devem estar sempre de acordo com a Política de Compras e Contratações da Imed

Sempre que houver algum tipo de conflito de interesses em determinada contratação, o superior imediato deverá ser envolvido.

Qualquer decisão referente a despesas que extrapole o orçamento e/ou as alçadas aqui determinadas, deve ser aprovada pelo nível hierárquico superior direto.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Imagem, reputação e credibilidade são pilares fundamentais para a Imed, assim decisões que coloquem esses pilares em risco, devem ser previamente reportadas ao nível hierárquico superior direto.

Os níveis de alçada abrangem não apenas as transações monetárias. Quaisquer tipos de permutas ou trocas que substituam receitas ou despesas deverão ser tratadas dentro dos mesmos níveis de alçada correspondentes.

METODOLOGIA

Identificada a solicitação de cadastramento na plataforma Imed ou a necessidade de uma nova contratação ou aquisição, de qualquer natureza, os fornecedores não homologados deverão superar o processo descrito nesta política, sendo que a não conformidade com os requisitos poderá implicar no impedimento do fornecimento.

Cadastro de fornecedor na Plataforma

Quando o fornecedor realizar o auto cadastro na Plataforma, ele deverá ser classificado como "Interessado", tendo sua solicitação que ser aprovada pelo Responsável pelo Cadastramento de Fornecedores. Caso se trate de um fornecedor convidado, ou seja, aqueles que sejam fruto de indicações, vendor list próprias ou do cliente, etc, deverão ser classificados como "Convidado".

A aprovação dos fornecedores classificados como "Interessado" dependerá da avaliação do Responsável pelo Cadastramento de Fornecedores, que deverá levar em consideração as negociações que estão ocorrendo, a relevância no mercado, a necessidade no momento, entre outros fatores, afim de não "poluir" a base de fornecedores.

Liberação de Senha de Acesso

Após a aprovação dos "Interessados", assim como para os "Convidados", deverá ser enviado um e-mail automático, através da plataforma, com o login e a senha dos fornecedores para acesso ao portal.

Categorias

O Responsável pelo Cadastramento de Fornecedores deverá escolher, no momento do aceite do cadastro do fornecedor, quais categorias o fornecedor poderá fornecer/cotar. Estas categorias poderão ser revistas, quando necessário somente pelo Responsável pelo Cadastramento.

Deverá ser enviada, através da plataforma, a lista de documentos a serem entregues pelos fornecedores com base nas categorias atribuídas a eles.

Análises

Para todos os fornecedores deverão ser realizados as análises abaixo listadas.

Caso seja encontrado uma irregularidade, o Responsável pelo Cadastramento de Fornecedores deverá solicitar a aprovação do responsável.

CNPJ

Deverá ser verificado no site da Receita Federal se o CNPJ da empresa a ser homologada encontra-se ativo. Não poderão ser contratados fornecedores cujos CNPJ, s estejam com status "Suspenso" ou "Baixado".

CEIS

Deverá ser verificado na página disponibilizada pela Receita Federal, se o fornecedor possui algum débito que o inscreva no Cadastro de Empresas Inidôneas e Suspensas.

Caso seja identificado algum apontamento, o responsável pelo cadastro de fornecedores deverá encaminhar ao Compliance para a verificação da continuidade ou não da prestação de serviço.

GOOGLE

Deverá ser verificado na busca avançada do Google a razão social da empresa, bem como os nomes dos sócios juntamente com os termos "corrupção, crime, acusado, suborno, lavagem e indiciado" afim de verificar se o fornecedor pode representar algum risco de imagem à Imed.

Caso seja identificada alguma noticia suspeita, o responsável pelo cadastro deverá solicitar a anuência do Compliance para validação da continuidade ou não da prestação de serviço.

Relatório Serasa

Deverá ser solicitado ao fornecedor o envio de um relatório da Serasa Experian que contenha as informações de dividas, restrição financeira ou de mercado.

Caso esta restrição seja acima de R$50.000 deverá ser solicitado ao Gerente de Opera-

ções a anuência para continuidade na prestação de serviço.

Validação de Partes Relacionadas

Deverá ser verificado se no quadro societário da empresa a ser homologada constam qualquer administrador, empregado, consultor ou acionista da Imed, tanto através da validação pela autodeclaração quanto na validação pelo Quadro Societário Atualizado disponibilizado pela Receita Federal.

Caso seja identificada a existência de uma parte relacionada, deverá ser solicitada a anuência do Compliance para a continuidade ou não da prestação de serviço.

Validação de Pessoas Expostas Politicamente

Deverá ser verificado na base disponibilizada pela Receita Federal se constam no quadro societário da empresa a ser homologada qualquer pessoa que possa ser considerada como Pessoa Exposta Politicamente. Caso seja identificada a existência, deverá ser solicitada a anuência do Compliance para a continuidade ou não da prestação de serviço.

Documentação

Os fornecedores deverão apresentar a documentação conforme a categoria do bem/serviço que fornece, seguindo o quadro abaixo.

Para todas as Certidões Negativas, também poderão ser apresentadas Certidões Positivas com efeito de Negativa.

Caso seja identificada alguma irregularidade fiscal/documental deverá ser solicitada a anuência da Gerência de Operações e de Compliance para a continuidade ou não da prestação do serviço.

Fornecedores Isentos

Deverão ser isentos do processo de homologação os fornecedores que:

- Sejam considerados de capital aberto, tendo suas ações sendo negociadas em bolsas de valores.
- Sejam oriundos de patrocínio ou doações.
- Consultores que atuem internamente na Imed.

Para estes casos deverá ser feito apenas um Registro com o Cartão do CNPJ da empresa.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Validade da homologação

O responsável pelo cadastro de fornecedores ficará à cargo do monitoramento da validade da documentação dos fornecedores, através da plataforma. Poderá ser concedido um prazo de regularização ao fornecedor, no caso de não possuir um ou mais documentos, ou estejam vencidos, de até 30 dias. Durante este período o fornecedor deverá permanecer com o status de "condicional".

Na re-homologação o fornecedor deverá percorrer novamente o caminho citado neste procedimento, apresentando toda a documentação relacionada à sua classificação.

As categorias do fornecedor poderão ser alteradas conforme a necessidade ou a inclusão de novos produtos e/ou serviços.

Caso o fornecedor não atenda às condições dispostas nessa política, seu acesso à plataforma deverá ser suspenso com sua senha bloqueada.

DISPOSIÇÕES GERAIS

A próxima revisão desta Política acontecerá no mínimo a cada um ano e/ou quando houver mudanças de processo e/ou alteração de tecnologia (sistemas aplicativos) ou por determinação . Diretoria emitente.

RESPONSABILIDADES

É responsabilidade dos colaboradores da Imed que realizam atividades de compras ou se relacionam com a área de compras - ler, compreender e cumprir esta política.

Área de Compras :

- Orientar as áreas e esclarecer suas dúvidas sobre as diretrizes de compras, contidas nesta política e em documentos a ela correlacionados;
- Monitorar o cumprimento desta política, garantindo controles necessários nos processos relacionados;
- Identificar a necessidade de comunicação e treinamento para disseminação e cumprimento desta política;
- Definir os indicadores de risco e de desempenho que permitirão o acompanhamento do cumprimento

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

das diretrizes desta política;

- Intervir e corrigir processos sempre que detectadas vulnerabilidades ou irregularidades nos processos de que trata esta política.

Áreas demandantes de aquisição

- Planejar e solicitar o produto ou serviço desejado;
- Informar a área de compras, no mínimo com 03 (três) meses antes do vencimento, dos contratos por ela geridas e a intenção ou não da recontratação dos produtos/serviços;
- Prover especificação adequada para a aquisição de produtos e escopo para contratação de serviços;
- Conhecer, cumprir e fazer cumprir em suas atividades as premissas, orientações e diretrizes estabelecidas nesta Política de Compras, bem como acompanhar e observar o cumprimento dos contratos;
- Informar regularmente à Área de Compras sobre a avalição do nível de serviço prestado (conforme SLA acordado) pelo fornecedor e/ou dos bens adquiridos;
- Acompanhar o prazo de vigência das contratações.

Referências Bibliográficas

Não se aplica

HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Equipe de Compras	Gestão da Qualidade	Diretoria Geral
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ANEXOS

1. DESCRIÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO:		
AÇÃO	RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1 - Receber a solicitação de compras	Comprador	Receber a Solicitação de Compras, verificando se todas as especificações do(s) item(s) solicitados pelos setores estão devidamente informados.
2 – Realizar cotações	Comprador	Preencher os dados da Cotação na Plataforma de Compras - Smarkets, com no mínimo três fornecedores para a aquisição do produto demandado respeitando as legislações pertinentes a cada tipo de material ou medicamento. Nota 1: O sistema de coleta de preços com três cotações é obrigatório uma outra exceção serão nas necessidades emergenciais de aquisição, sendo que deverá ser justificado pelo setor requisitante o motivo pelo qual originou a urgência e o último caso é quando haja carência do item no mercado.
3 – Mapa de cotações	Comprador	O mapa de cotações é essencial para o processo de compras, pois nele temos as informações de fornecedores, preços, condições de pagamento e entrega.
4 – Montar os pedidos de compras.	Comprador	Montar os Pedidos de Compras, tendo como base o mapa de cotações, relacionando os itens que foram comprados e valores orçados na cotação do fornecedor que venceu processo.
5 - Encaminhar o pedido de compra para a aprovação	Comprador	Após fechar a cotação com três fornecedores e classificando o que venceu por menor valor, finalizamos a compra e passamos pelo processo de aprovação interna.
6 - Encaminhar o pedido de compra para o fornecedor	Comprador	Após aprovado pela Diretoria, o fornecedor recebe via e-mail a confirmação de compra, informando o prazo de entrega e a transportadora contratada pelo fornecedor para realizar a entrega.
7 – Atualizar status no Trello da compra realizada	Comprador	Anexar o mapa de cotação e o pedido de compra via trello no quadro da solicitação. Exemplo: Farmácia, contendo o pedido de compra e o mapa de cotação.
8 – Monitorar a entrega dos itens solicitados	Comprador	Entrar em contato com o fornecedor afim do acompanhamento da entrega de acordo com a data prevista para a chegada. Fornecer fedback aos setores requisitantes informando a previsão de entrega.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

DOCUMENTOS	CNPJ	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FABRICANTE DE PRODUTOS MÉDICOS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	S/N	O	S/N
DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	S/N	O	S/N
FABRICANTE DE PRODUTOS VETERINÁRIOS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-
DISTRIBUIDOR DE PRODUTOS VETERINÁRIOS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-
FABRICANTE DE GASES MEDICINAIS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	O	-
FABRICANTE DE PRODUTOS DE HIGIENE	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	O	-
FABRICANTES DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	O	-
DISTRIBUIDORES DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	O	-

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

FABRICANTES DE MATERIAIS DE HIG E LIMPEZA	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	O	-
DISTRIBUIDORES DE MATERIAIS DE HIG E LIMPEZA	O	O	O	O	O	O	O	O	O	S/N	S/N	-	-	-
FABRICANTES DE EQUIPAMENTOS (GERAL)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-	S/N	-
DISTRIBUIDORES DE EQUIPAMENTOS (GERAL)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-	O	-
CONFECÇÃO DE UNIFORMES E ENXOVAIS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-	O	-
SAÚDE OCUPACIONAL E PRÁTICAS DE ALIMENTOS (PCMSO, ETC)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-
FABRICANTES DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTAL	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-
DISTRIBUIDORES NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTAL	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-
SERVIÇOS DIVERSOS RELACIONADOS À SAÚDE (ENGENHARIA CLÍNICA, LOGÍSTICA, ETC)	O	O	O	O	O	O	O	S/N	O	S/N	O	-	-	-
FABRICANTES DE EMBALAGENS	O	O	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-	-	-

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

[illegible]	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-	-
[illegible]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	-	-
[illegible]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S/N	S/N	-	-	-
[illegible]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
[illegible]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S/N	-	-



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

	-	-	O	-	R	-	-	R	R	R	-	-
	O	-	O	-	R	-	-	R	R	R	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
	O	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
	-	-	O	-	-	O	-	R	R	-	-	-
	-	O	O	R	-	-	-	R	R	R	-	-
	O	R	O	R	-	-	-	R	R	O	-	-
	-		O	-	-	-	-	R	R	R	-	-

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

DISTRIBUIDORES DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS	O	-	O	-	-	-	-	R	R	R	-	-
FABRICANTES DE MATERIAIS DE HIG. E LIMPEZA	-	-	O	-	-	-	-	R	R	-	-	-
DISTRIBUIDORES DE MATERIAIS DE HIG. E LIMPEZA	S/N	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
FABRICANTES DE EQUIPAMENTOS (GERAL)	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
DISTRIBUIDORES DE EQUIPAMENTOS (GERAL)	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
CONFECÇÃO DE UNIFORMES E ENXOVAIS	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
SAD E CONFECÇÃO (ALIMENTÍCIOS, MATERIAIS ESPECÍFICOS)	-	-	S/N	-	-	-	-	R	R	-	-	-
FABRICANTES DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTAL	-	-	O	-	-	-	-	R	R	-	-	-
DISTRIBUIDORES DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTAL	O	-	O	-	-	-	-	R	R	-	-	-
SERVIÇOS DIVERSOS RELACIONADOS À SAÚDE (ENGENHARIA CLÍNICA, LOGÍSTICA, ETC)	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	S/N	O

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-	-

O - OBRIGATÓRIO

R - RECOMENDAVEL

S/N - SEM NECESSIDADE DA OBRIGATORIEDADE, PORÉM DEVE HAVER CAMPO PARA INSERIR

- - NÃO APLICÁVEL

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

O protocolo tem como objetivo descrever as ações a serem tomadas pela equipe multiprofissional na abordagem ao paciente que apresente comportamento suicida, seja na admissão, seja ao longo da internação.

RESPONSABILIDADES

Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

DEFINIÇÕES GERAIS

O COMPORTAMENTO SUICIDA É UMA DEFINIÇÃO ABRANGENTE QUE INCLUI, ALÉM DO SUICÍDIO EM SI, OS PENSAMENTOS, PLANOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO. É UM FENÔMENO PRESENTE AO LONGO DE TODA A HISTÓRIA DA HUMANIDADE E EM TODAS AS CULTURAS. RESULTA DE INTERAÇÃO DE FATORES PSICOLÓGICOS, BIOLÓGICOS, GENÉTICOS, CULTURAIS E SOCIOAMBIENTAIS.

O SUICÍDIO PODE SER DEFINIDO COMO UM ATO DELIBERADO EXECUTADO PELO PRÓPRIO INDIVÍDUO, CUJA INTENÇÃO SEJA A MORTE, DE FORMA CONSCIENTE E INTENCIONAL, AINDA QUE AMBIVALENTE. É O DESFECHO DE UMA SÉRIE DE FATORES QUE SE ACUMULAM NA HISTÓRIA DO INDIVÍDUO.

A TENTATIVA DE SUICÍDIO É DEFINIDA COMO UMA CONDUTA QUE NÃO TEM UM DESENLACE FATAL E INCLUI QUALQUER DANO AUTOINFLINGIDO, EXECUTADO DELIBERADAMENTE, COM INTENÇÃO DE MORTE.

O PLANEJAMENTO SUICIDA CONSISTE NA ELABORAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE AÇÃO, SELEÇÃO DE MÉTODOS, LOCAIS E MOMENTO PARA QUE O INDIVÍDUO LEVE A CABO SUAS INTENÇÕES SUICIDAS.

A IDEAÇÃO SUICIDA CONSISTE EM PENSAMENTOS DE CUNHO SUICIDA E NO DESEJO DE MORRER, SEM PASSAR AO PLANO DA AÇÃO MOTORA.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

TERMINOLOGIAS

- **CEATOX: C**entro de atendimento Toxicológico.
- **HESLMB** Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landô.
- **CID 10:** Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10).

ABRANGÊNCIA

- Este protocolo se aplica a todos os setores do HESLMB, onde são atendidos pacientes internados e pacientes externos.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

- A identificação dos pacientes de risco para comportamentos de automutilação e suicidas é ponto chave. O primeiro contato com o paciente suicida é de extrema importância. É a partir dele que se estabelece o vínculo que influencia no manejo. Muitas vezes este vínculo não acontece com o profissional psicólogo, mas sim com outro membro da equipe O fundamental é estabelecer e estreitar este vínculo com um membro da equipe multidisciplinar.

O local da anamnese deve ser calmo e seguro, onde haja privacidade. Deve-se retirar do ambiente qualquer objeto potencialmente perigoso. É importante reservar tempo e ouvir o paciente atentamente, mostrando empatia e respeito por seus valores, sem fazer julgamentos. Deve-se evitar mostrar espanto ou muita emoção diante do relato do paciente, assinar como não se deve interrompê-lo com frequência, mostrar-se ansioso ou fazer o problema explicitado parecer trivial. Ao contrário do que se imagina popularmente, falar com o paciente sobre suicídio não o incentiva a se matar, tendo inclusive efeito protetor: o mesmo sente-se mais seguro e confortável por poder conversar sobre assuntos que lhe causam incômodo. Também ao contrário da crença popular, de que pacientes que desejam cometer suicídio não comunicam sua intenção, 80% das pessoas com ideação suicida avisam de sua decisão, 50% informam claramente e 40% procuram cuidado médico na semana anterior à do suicídio.

A abordagem deve ser feita inicialmente com perguntas amplas. Perguntas como "tem enfrentado muitos problemas recentemente?" e "como tem se sentido ultimamente?" dão abertura para que o paciente possa

falar mais abertamente sobre os seus sentimentos e sua visão do mundo.

Caso ainda não tenha ocorrido a tentativa de suicídio, as perguntas a serem feitas devem ser focadas na avaliação da intenção suicida. Perguntas como "você tem pensado em morrer?" ou "você tem pensado em tirar a sua vida?" ajudam nesta análise. Em caso afirmativo, a existência de um plano e a sua viabilidade devem ser estimadas, ajudando nestas tarefas perguntas como "você tem ideia de que forma poderia se matar?" ou "você tem armas, veneno ou pílulas em casa?".

A entrevista com a família também pode ser muito esclarecedora, pois possibilita a coleta de dados como características do paciente (desanimado, impulsivo, instável...), sua aderência a tratamentos médicos, comportamento após intervenções anteriores e fatos omitidos por ele na anamnese. Além disso, é uma oportunidade para verificar o apoio familiar, fator de grande importância para o sucesso da intervenção. As ideações suicidas são mais prevalentes do que as tentativas e essas, por sua vez, mais prevalentes que o ato suicida fatal. O risco de suicídio pode classificado em baixo risco, médio risco e alto risco. Porém, independente da classificação, o apoio emocional ao paciente é imprescindível. O Quadro 1 apresenta uma classificação de risco útil e sucinta.

QUADRO 1 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

DURANTE O ÚLTIMO MÊS VOCÊ:	PONTOS	
PENSOU QUE SERIA MELHOR ESTAR MORTO (A) OU DESEJOU ESTAR MORTO (A)?	NÃO (0)	SIM (1)
QUIS FAZER MAL A SI MESMO (A)?	NÃO (0)	SIM (2)
PENSOU EM SUICÍDIO?	NÃO (0)	SIM (6)
PENSOU NUMA MANEIRA DE SE SUICIDAR?	NÃO (0)	SIM (10)
TENTOU SUICÍDIO?	NÃO (0)	SIM (10)
AO LONGO DE SUA VIDA:		
JÁ FEZ ALGUMA TENTATIVA DE SUICÍDIO?	NÃO (0)	SIM (4)
RESULTADO: 1-5 PONTOS = BAIXO RISCO | 6-9 PONTOS= RISCO MODERADO | 10 PONTOS = ALTO RISCO		

Adaptado de: International Neuropsychiatricinterview (M.I.N.I., 2000)

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Condutas a adotar

BAIXO RISCO: QUANDO A PESSOA PENSA DE FORMA VAGA, E NÃO TEM PLANOS DE SE MATAR; A CONDUTA, NESTE CASO, É TRABALHAR OS SENTIMENTOS SUICIDAS, CONVERSANDO COM DO PACIENTE PARA DIMINUIR A CONFUSÃO EMOCIONAL. FOCALIZAR EM ASPECTOS POSITIVOS DA SUA PERSONALIDADE E EM PROBLEMAS JÁ ENFRENTADOS E RESOLVIDOS PODE RESTABELECER A CONFIANÇA. CASO NÃO HAJA MELHORA, ENCAMINHAR O PACIENTE A UM PROFISSIONAL DA SAÚDE MENTAL E REFORÇAR APOIO FAMILIAR.

MÉDIO RISCO: QUANDO A PESSOA PENSA E TEM PLANOS SUICIDAS, MAS NÃO PRETENDE COMETER SUICÍDIO IMEDIATAMENTE; COM ESTES PACIENTES É NECESSÁRIO TRABALHAR ALTERNATIVAS AO SUICÍDIO NA SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS ENFRENTADOS. NA GRANDE MAIORIA DESTES CASOS, A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA É INDICADA. CASO ESTA NÃO SEJA UMA OPÇÃO CLÍNICA VIÁVEL NO MOMENTO, ESTABELECER UM ACORDO COM O PACIENTE, EM QUE ELE PROMETA NÃO TENTAR SUICÍDIO SEM ANTES INFORMAR A EQUIPE DE SAÚDE E NEM FAÇA NENHUMA TENTATIVA POR UM PRAZO ESTIPULADO SÃO ESTRATÉGIAS QUE AJUDAM A GANHAR TEMPO. COMUNICAR A FAMÍLIA, DE PREFERÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE, SOBRE O RISCO E EXPLICAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO (ESTAR POR PERTO, ESCONDER ARMAS E VENENOS, ETC.) É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA.

ALTO RISCO: QUANDO A PESSOA TEM PLANO DEFINIDO, TEM MEIOS PARA FAZÊ-LO E PLANEJA FAZÊ-LO PRONTAMENTE, E/OU TENTOU SUICÍDIO RECENTEMENTE, E/OU TENTOU VÁRIAS VEZES EM UM CURTO ESPAÇO DE TEMPO; ESTA É UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. ALÉM DO APOIO, É FUNÇÃO DO MÉDICO INFORMAR A FAMÍLIA E SOLICITAR/ENCAMINHAR O PACIENTE PARA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA OU COM SUPORTE PSIQUIÁTRICO IMEDIATAMENTE. DEVERÁ SER ACIONADO O TRANSPORTE INTER HOSPITALAR, BEM COMO REPASSADAS AS INFORMAÇÕES PARA QUE A EQUIPE PLANEJE EM CONJUNTO A UNIDADE HOSPITALAR A MELHOR FORMA DE ENCAMINHAMENTO, INCLUINDO A ANÁLISE SOBRE NECESSIDADE DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU QUÍMICA, BEM COMO O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE TRANSIÇÃO

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

DE CUIDADOS ANTES DO ENCAMINHAMENTO PARA UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA. CASO A TENTATIVA DE CONVENCIMENTO DO PACIENTE A UMA INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA NÃO SEJA BEM SUCEDIDA, A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA SERÁ NECESSÁRIA.

Suicídio durante uma internação hospitalar:

A associação de condições clínicas graves (doenças crônicas, terminais dolorosas e/ou incapacitantes) e quadros psiquiátricos foi observada na maioria dos pacientes que cometeram suicídio durante uma internação hospitalar.

Os principais métodos usados são a precipitação de altura, o enforcamento, e a ingestão de excesso de medicamentos. As principais condições psiquiátricas observadas neste grupo são:

- Depressão;
- Agitação psicomotora, sendo esta frequentemente associada a quadros de delirium (transtorno mental orgânico);
- Abuso de substâncias psicoativas;
- Histórico de tentativas prévias de suicídio.

Tentativa de suicídio:

Entre os pacientes internados por tentativa de suicídio, é frequente observarmos:

- História recente de perda (perda real, imaginada ou temida);
- Intencionalidade suicida baixa na maioria dos casos: apenas ¼ dos pacientes admite que desejava morrer ;
- Os métodos mais frequentes são a ingestão excessiva de medicamentos, ingestão de venenos e agrotóxicos, cortes e perfurações.

PACIENTE QUE DÁ ENTRADA NO PRONTO SOCORRO APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO:

- Todo paciente atendido no HESLMB por uma tentativa de suicídio deve ser avaliado pelo psiquiatra. O médico plantonista do pronto-socorro é o responsável

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

pela solicitação da avaliação psiquiátrica;

- Caso a tentativa de suicídio tenha ocorrido por intoxicação exógena, o médico plantonista do pronto-socorro busca identificar a substância em questão, e em seguida, deve entrar em contato com o Centro de Atendimento Toxicológico (CEATOX). O CEATOX fornece orientações específicas de manejo de acordo com o tipo de substância usada pelo paciente. Informações sobre o uso de antídotos também podem ser encontradas no site: http://ceatox.org.br. Contato pelo telefone 0800-0148110;

- • De acordo com a avaliação clínica, o médico plantonista indicará a internação no HESLMB para os pacientes que apresentem alguma condição clínica subjacente à tentativa de suicídio (seja decorrente da tentativa ou não) que necessite de acompanhamento clínico sob regime de internação hospitalar. Nestes casos, o médico do P.S. solicita a internação e deve notificar a Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente por meio do Formulário "Notificação de Incidentes" (anexo A), e ao Núcleo de Vigilância Hospitalar por meio do Formulário de Notificação Compulsória SINAN - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA (anexo B), para que o mesmo realize a notificação compulsória aos órgãos competentes. O paciente deverá continuar acompanhado pelo psiquiatra após a internação, no caso de o mesmo/família aceitar, e no momento da alta clínica. O psiquiatra também deverá dar o encaminhamento adequado para o caso: internação psiquiátrica ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial;

- • Nos casos em que houver indicação de internação no HESLMB a equipe de psicologia deverá ser acionada pela enfermagem da unidade que receber o paciente;

- • Os pacientes que não tenham indicação clínica para internação no HESLMB, receberão alta clínica e o encaminhamento psiquiátrico é determinado pelo psiquiatra que avaliou o caso (ou para uma internação ou para casa e acompanhamento ambulatorial);

- • O encaminhamento psiquiátrico adequado do paciente leva em consideração a avaliação psiquiátrica e o risco de nova tentativa de suicídio, além do suporte familiar e social do paciente. Este encaminhamento poderá ser: - Transferência do paciente para uma instituição de internação psiquiátrica, com anuência da família e/ou do paciente; - Transferência do paciente para uma instituição de internação psiquiátrica com pedido de internação involuntária

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

em virtude de grave risco de suicídio, discordância do paciente sobre a internação e ausência de familiar que se responsabilize pela internação do mesmo. - Alta psiquiátrica para a residência com indicação de seguimento ambulatorial e orientações a familiares e pacientes.

NOTA: Nos casos suspeitos e/ou confirmados que envolvam menores de idade, é obrigatório o envio de uma cópia da notificação ao Conselho Tutelar para que este tome as devidas iniciativas, e no caso de idosos acima de 65 anos também é obrigatório o envio de uma cópia da notificação à delegacia de atendimento ao idoso ou órgão similar, pois estas faixas etárias são consideradas vulneráveis e têm proteção especial por parte do Estado.

A notificação é compulsória e de responsabilidade do profissional de saúde que fizer o atendimento à vítima; o instrumento de coleta é a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Auto Provocada. A notificação de casos de violência independe do consentimento ou comunicação ao paciente/vítima. É preciso notificar mesmo se houver apenas a suspeita de violência.

Obs.: Em casos de suicídio consumado ou tentativa de suicídio onde haja suspeita do uso de entorpecentes, bebidas alcóolicas, medicamentos, entre outros, é necessário o preenchimento do Formulário de Notificação Compulsória SINAN - FICHA DE INVESTIGAÇÃO - INTOXICAÇÃO EXÓGENA (anexo C). Essas e outras fichas estão disponíveis no sistema MV e também via web através do link: http://portalsinan.saude.gov.br/doencas-e-agravos.

Em todos os casos descritos, as razões que pautaram o encaminhamento psiquiátrico deverão estar descritas no prontuário do paciente.

Para a descrição das razões, deve-se utilizar o CID 10, considerando os capítulos do CID X60-X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente.

As condutas devem ser partilhadas entre as equipes médicas e ter a ciência e anuência do médico responsável pelo paciente.

Notificar a Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente somente se o paciente ficar internado no HESLMB. Caso este evento ocorra em finais de semana, notificar a liderança imediata, realizar a notificação de incidente, entrar em contato com a Polícia Civil, auxiliar o médico no preenchimento do formulário "GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER", comunicar o Serviço de Qualidade que informará a Diretoria Geral, Diretoria e Responsável Técnico, Diretoria Corporativa de Planejamento de Processo.

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

PACIENTE INTERNADO QUE COMETE TENTATIVA DE SUICÍDIO:

Chamar o psiquiatra independentemente de prévia anuência do médico assistente ou de referência - orientação de caráter institucional. Sendo identificada a tentativa de suicídio pela equipe multiprofissional, o enfermeiro deve acionar avaliação do Serviço de Psicologia e Assistente Social.

- A avaliação psiquiátrica deve ser solicitada pela psicologia para o paciente e acionada pelo enfermeiro da unidade. Ao médico do paciente deve ser comunicada esta avaliação, reforçando ser esta uma conduta institucional. O Assistente Social realizará sua anamnese e fará a interface entre equipe multiprofissional e departamentos afins de assistência e proteção social.

- O psiquiatra realiza a avaliação do paciente e orienta as estratégias terapêuticas adequadas.

- O enfermeiro da unidade onde o paciente se encontra deverá realizar as notificações de Incidente (local) e Fichas do SINAN; caso necessite de auxílio, pode acionar o Serviço de Qualidade para que o mesmo o auxilie a notificar e ao NVEH para preenchimento da(s) notificação compulsória aos órgãos competentes.

PACIENTE QUE APRESENTE IDEAÇÃO SUICIDA:

A presença de ideação suicida entre pacientes hospitalizados é um indicador sensível de transtornos mentais e, uma vez identificada, deve ser avaliada de forma cuidadosa para que o paciente possa receber os cuidados adequados. A equipe multiprofissional deve estar atenta a falas do paciente e de familiares, que possam indicar a presença de ideação suicida - e na ocorrência destas procurar abordar o tema de forma empática e objetiva, sem medo de conversar com o paciente sobre o assunto. Ao identificar a presença de ideação suicida, a equipe multiprofissional deverá acionar o Serviço de Psicologia. Após avaliação da Psicologia, a mesma verificará a necessidade de avaliação psiquiátrica

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

e fará a solicitação se identificar a mesma como necessária (o médico do paciente deve ser comunicado da necessidade). Esta é uma decisão institucional. Caso não seja necessário chamar o psiquiatra no momento, o Serviço de Psicologia dará continuidade ao atendimento. Em todos os casos: (condutas necessárias) ter um local apropriado e seguro para o paciente.

1. O PACIENTE OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ FICAR ACOMPANHADO POR UM FAMILIAR OU PESSOA NA QUAL PACIENTE. ENQUANTO ISSO NÃO FOR POSSÍVEL, É NECESSÁRIO QUE OS PROFISSIONAIS SE ORGANIZEM PARA UMA OBSERVAÇÃO MAIS ATENTA DE TAIS PACIENTES.

2. A ENFERMAGEM DEVE ACIONAR O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO PARA CUIDADOS NECESSÁRIOS COM MATERIAIS QUE POSSAM OFERECER PERIGO.

3. A ENFERMAGEM DEVE ACIONAR O SERVIÇO DE SEGURANÇA DO HOSPITAL CASO HAJA RISCO EMINENTE DE FUGA DO PACIENTE E/OU RISCO DE HETERO/AUTOAGRESSÃO. NESTES CASOS, A SEGURANÇA DEVE FICAR PRÓXIMA AO POSTO DE ENFERMAGEM PARA SER ACIONADA RAPIDAMENTE, CASO NECESSÁRIO. AINDA O PACIENTE DEVE SER SEDADO, EM CASOS EXTREMOS (APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA) E CONTIDO NO LEITO, A CRITÉRIO MÉDICO, PODENDO ENTÃO A SEGURANÇA SER DISPENSADA QUANDO FOR O CASO.

4. O SERVIÇO DE PSICOLOGIA E A PSIQUIATRIA SEGUIRÃO OFERECENDO ASSISTÊNCIA AO PACIENTE E SEUS FAMILIARES DURANTE A PERMANÊNCIA NO HOSPITAL, FAZENDO AS ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS APÓS A ALTA HOSPITALAR.

5. O SERVIÇO SOCIAL DEVERÁ SER ACIONADO PARA AVALIAR E IDENTIFICAR SE O INCIDENTE É INDUZIDO OU AGRAVADO MEDIANTE A SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR DO PACIENTE.

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO:

IMED

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Conhecer os fatores que aumentam o risco de suicídio do paciente é importante e ajuda a equipe multiprofissional a estar atenta aos casos com maior risco. Abaixo, seguem os fatores de risco mais significativos:

1. TENTATIVA PRÉVIA DE SUICIDIO – É O MAIS IMPORTANTE DOS FATORES PREDITIVOS ISOLADOS. PACIENTES QUE JÁ TENTARAM SUICÍDIO TEM 5 A 6 VEZES MAIS CHANCE DE TENTAR NOVAMENTE. DOS PACIENTES QUE SE SUICIDARAM, 50% JÁ HAVIAM TENTADO PREVIAMENTE.

2. DOENÇA MENTAL – A MAIORIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS SÃO NÃO DIAGNOSTICADOS OU TRATADOS ADEQUADAMENTE (DEPRESSÃO, TRANSTORNO BIPOLAR, ALCOOLISMO, ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS, TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE, ESQUIZOFRENIA).

3. SENTIMENTOS DE DESESPERANÇA, DESESPERO, DESAMPARO E IMPULSIVIDADE.

4. IDADE – TEM SIDO MAIS COMUM EM JOVENS E IDOSOS.

5. GÊNERO – ÓBITOS POR SUICÍDIO SÃO CERCA DE 3 VEZES MAIS ELEVADOS EM HOMENS QUE EM MULHERES; AS TENTATIVAS SÃO 3 VEZES MAIS FREQUENTES EM MULHERES.

6. DOENÇAS CLÍNICAS NÃO PSIQUIÁTRICAS – TAXAS MAIORES DE SUICÍDIO EM PACIENTES COM CÂNCER, HIV, DOENÇAS NEUROLÓGICAS, CARDIOVASCULARES, PULMONARES, REUMATOLÓGICAS. PACIENTES COM DOENÇAS CLÍNICAS CRÔNICAS APRESENTAM COMORBIDADES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS COM TAXAS DE 52 A 88%.

7. EVENTOS ADVERSOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – MAUS TRATOS, ABUSO, PAIS DIVORCIADOS, TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO NA FAMÍLIA, ENTRE OUTROS.

8. HISTÓRIA FAMILIAR E GENÉTICA – RISCO AUMENTA ENTRE AQUELES COM HISTÓRIA FAMILIAR DE SUICÍDIO.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

9 FATORES SOCIAIS – QUANTO MENOS LAÇOS SOCIAIS TEM O INDIVÍDUO, MAIOR O RISCO DE SUICÍDIO.

SUGESTÕES DE ROTEIROS DE ENTREVISTA (PODE SER UTILIZADO POR QUALQUER PROFISSIONAL DA SAÚDE)

Roteiro de Entrevista/triagem

- • Que problemas você tem enfrentado ultimamente?
- • Sente que sua vida perdeu o sentido?
- • Pensa que seria melhor morrer?
- • Pensou em pôr fim à sua própria vida?
- • Pensou em como se mataria?
- • Já tentou se matar ou fez algum preparativo?
- • Tem esperança de ser ajudado

REFERÊNCIAS:

CFM/ ABP. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio – Brasília: CFM/ ABP, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014.9(108): seção 1, p.67.

WHO. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization Geneva: WHO; 2014. Disponível em: http://www.who.int/entity/mental_health/ suicide-prevention/world_report_2014/en/index.html. 4 – Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. J Bras Psiquiatr 2009; 58(2):86-91. 5 – Schmitt R, Quevedo J, Kapczinski F. Risco de suicídio. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, editores. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2008. P. 181-96. 6 – American Psychiatric Association. Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com comportamento suicida. In: American Psychiatric Association, editor. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed; 2006.

LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 - Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: < http://www.planalto.gov.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm#art11>. Acesso em 08/10/2021.

No 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Gestão da Qualidade e segurança do paciente	Gestão da Qualidade	Diretoria Geral
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX

HISTÓRICO DE REVISÕES:

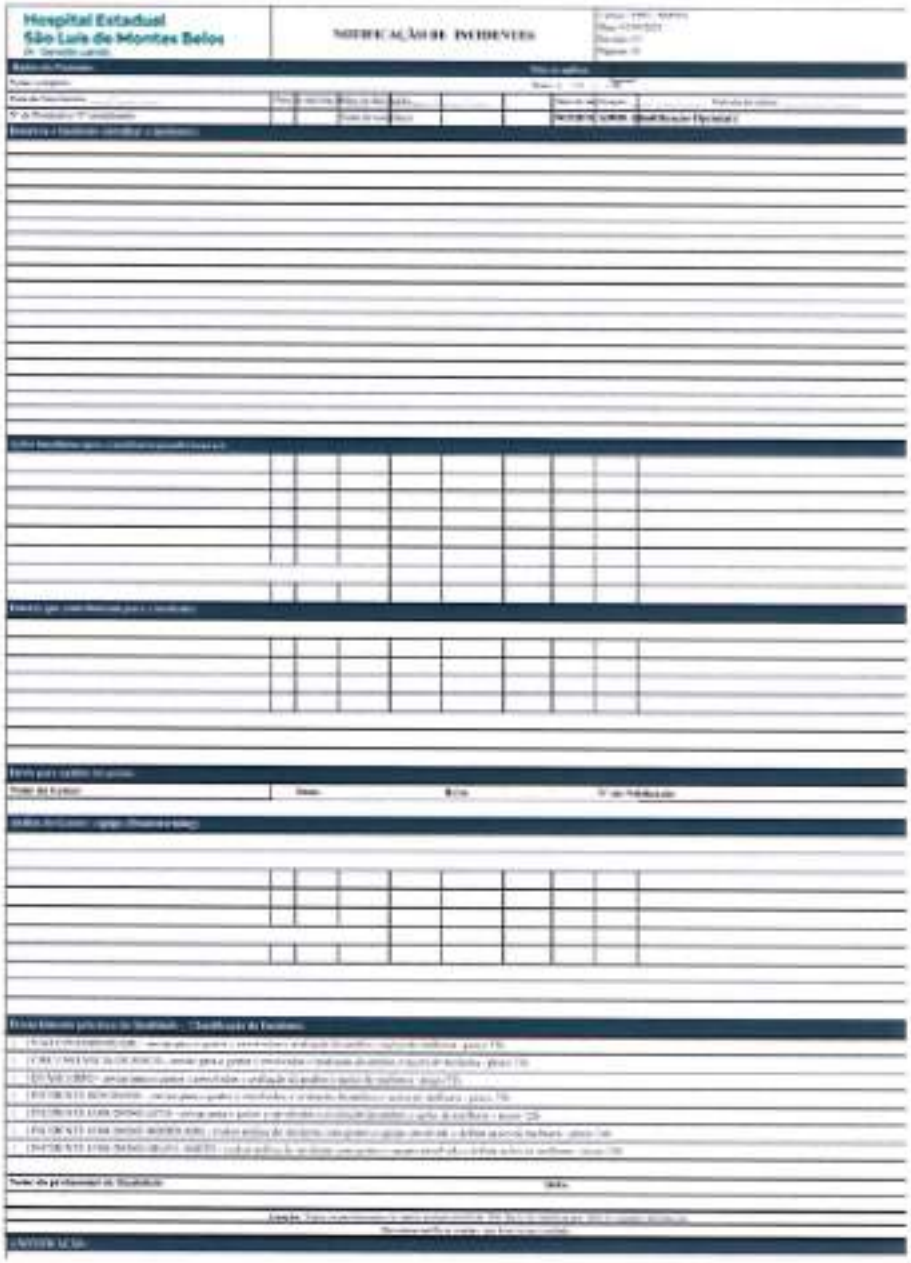
DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

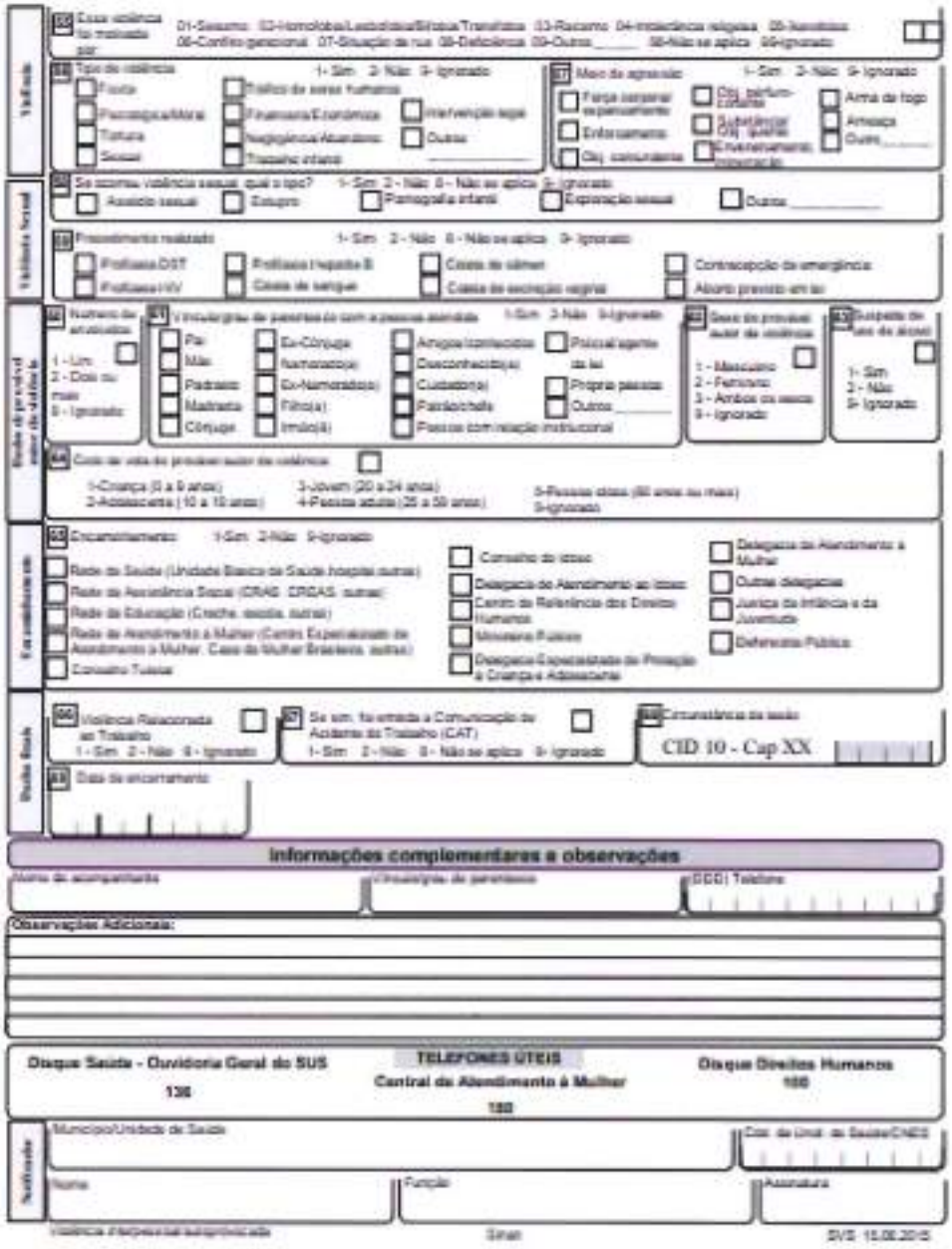
ANEXOS

Anexo A - Formulário para Notificação de Incidentes.

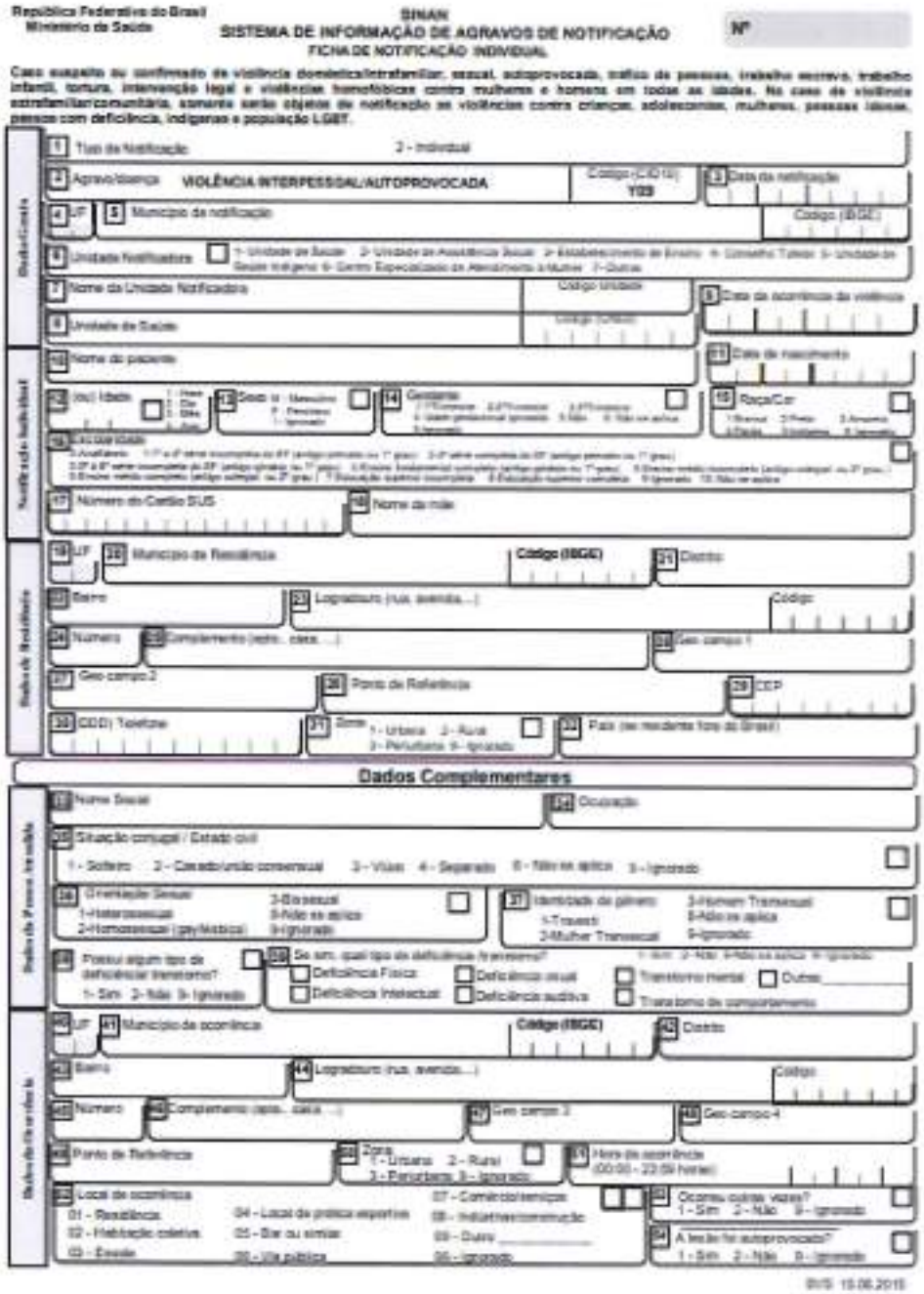


LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo B – SINAN – Ficha de investigação – Violência Interpessoal/Autoprovocada



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

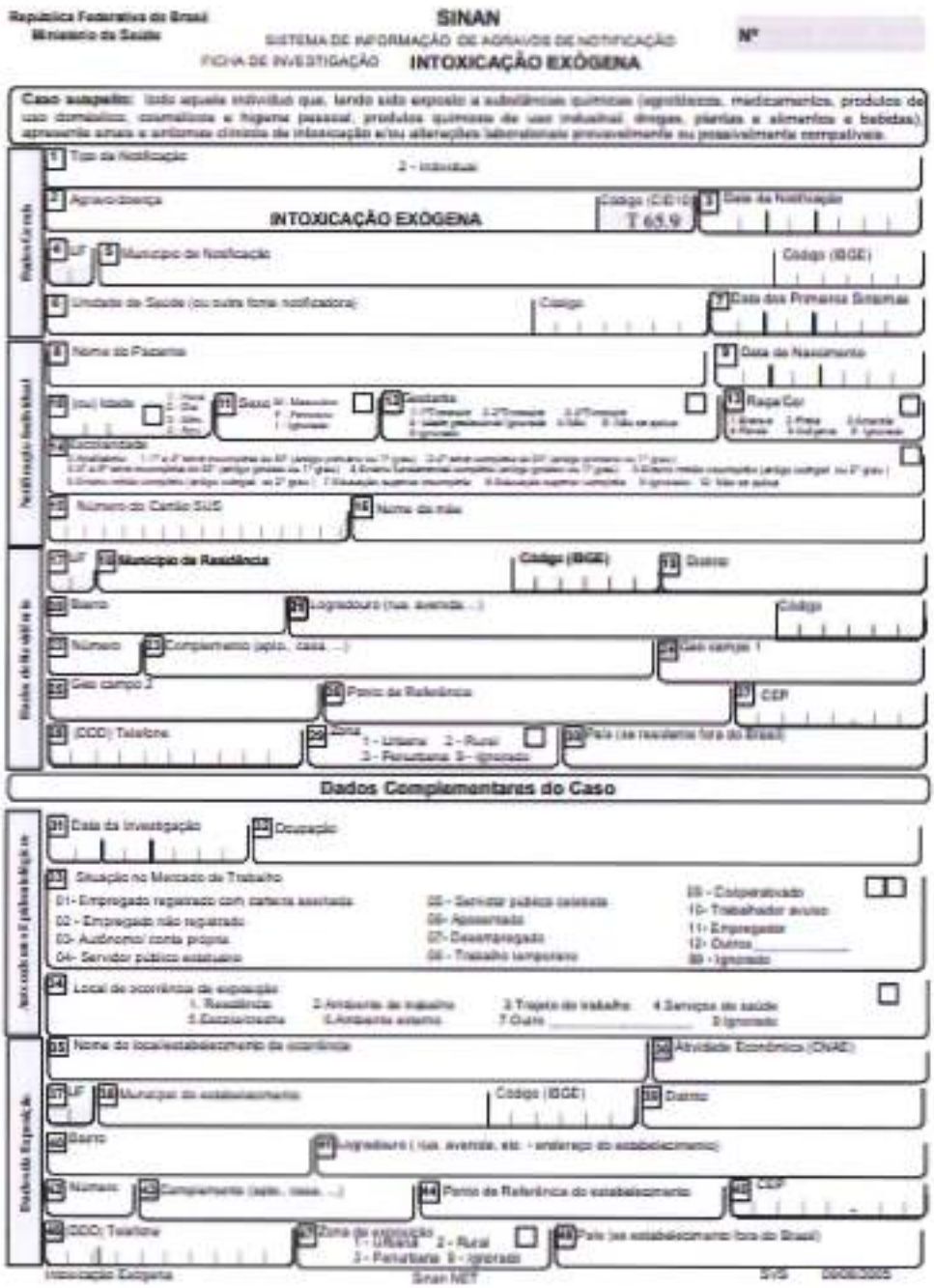
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objeto de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Complementares

BVS 10.06.2015

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Anexo C: SINAN – Ficha de investigação - Intoxicação Exógena.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas) apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados de notificação
1 Tipo de Notificação: 2 - Individual
2 Agravo/doença: INTOXICAÇÃO EXÓGENA — Código (CID-10): T 65.9
3 Data da Notificação
4 UF
5 Município de Notificação — Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código
7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual
8 Nome do Paciente
9 Data de Nascimento
10 (ou) Idade — 1 Hora 2 Dia 3 Mês 4 Ano
11 Sexo — M Masculino F Feminino I Ignorado
12 Gestante — 1 1º Trimestre 2 2º Trimestre 3 3º Trimestre 4 Idade gestacional ignorada 5 Não 6 Não se aplica 9 Ignorado
13 Raça/Cor — 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 9 Ignorado
14 Escolaridade — 1 Analfabeto 2 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 5 Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 6 Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 7 Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 8 Educação superior incompleta 9 Educação superior completa 10 Ignorado 11 Não se aplica
15 Número do Cartão SUS
16 Nome da mãe

Dados de residência
17 UF
18 Município de Residência — Código (IBGE)
19 Distrito
20 Bairro
21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código
22 Número
23 Complemento (apto., casa, ...)
24 Geo campo 1
25 Geo campo 2
26 Ponto de Referência
27 CEP
28 (DDD) Telefone
29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
30 País (se residente fora do Brasil)

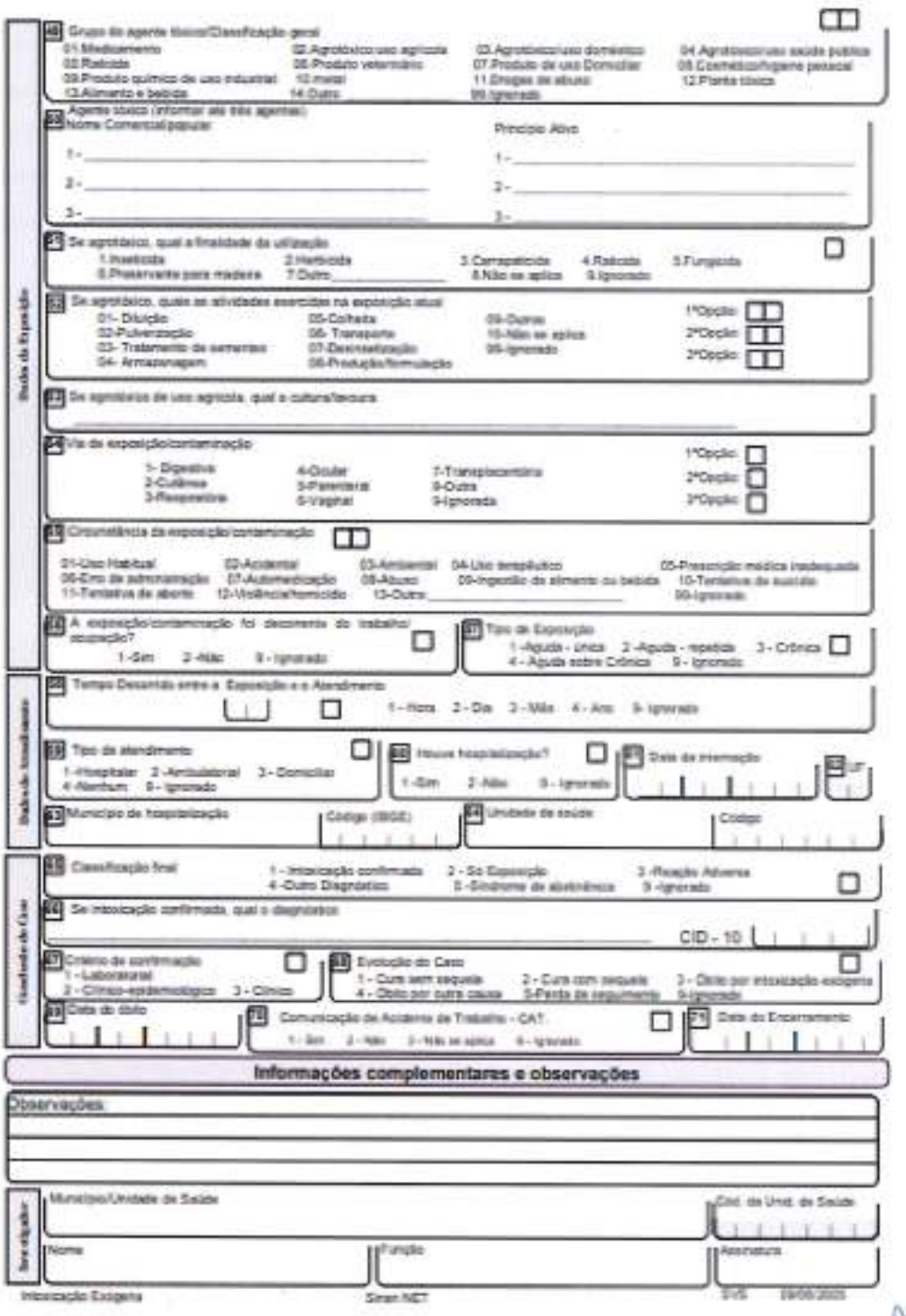
Dados Complementares do Caso

Ocupação e situação no trabalho
31 Data da Investigação
32 Ocupação
33 Situação no Mercado de Trabalho
01- Empregado registrado com carteira assinada
02 - Empregado não registrado
03- Autônomo/ conta própria
04- Servidor público estatutário
05 - Servidor público celetista
06- Aposentado
07- Desempregado
08 - Trabalho temporário
09 - Cooperativado
10- Trabalhador avulso
11- Empregador
12- Outros _____
99 - Ignorado
34 Local de ocorrência da exposição
1. Residência 2.Ambiente de trabalho 3.Trajeto de trabalho 4.Serviços de saúde
5.Escola/creche 6.Ambiente externo 7.Outro _____ 9.Ignorado

Dados da Exposição
35 Nome do local/estabelecimento da ocorrência
36 Atividade Econômica (CNAE)
37 UF
38 Município do estabelecimento — Código (IBGE)
39 Distrito
40 Bairro
41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)
42 Número
43 Complemento (apto., casa, ...)
44 Ponto de Referência do estabelecimento
45 CEP
46 (DDD) Telefone
47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
48 País (se estabelecimento fora do Brasil)

Intoxicação Exógena — Sinan NET — SVS — 09/08/2005

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM AMBIENTE HOSPITALAR	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX



IMED

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Estabelecer os critérios necessários para a preservação das informações da instituição e da sociedade.

ESCOPO

Garantir a disponibilização da informação em toda a instituição de forma efetiva e segura.

ÁREA DE APLICAÇÃO

Todas as unidades de saúde do – Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - Dr Geraldo Landô - HESLMB

DESCRIÇÃO

A informação é um item essencial à gestão e ao aprimoramento do Hospital e do cuidado ao paciente. Deve ser entendida como um redutor de incertezas, um mecanismo para identificar prioridades, possibilitando um planejamento estratégico e a execução de planos de ação necessários. É encontrada em diferentes formatos, escrito (físico), falado ou digital e, independente do formato, é um ativo sensivel.

Sendo este um recurso de extrema importância à implementação de politicas, normas e procedimentos para garantir a segurança das informações tornam-se fundamentais. A partir de diretrizes essenciais que os funcionários da Instituição são conscientizados e orientados as melhores práticas que viabilizam a segurança da informação. Abaixo, seguem as principais definições utilizadas nesta Política:

POLÍTICA DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO: DOCUMENTO QUE DEFINE A ESTRUTURA, DIRETRIZES E AS OBRIGAÇÕES REFERENTES À SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO DENTRO DO ÂMBITO DA INSTITUIÇÃO.

USUÁRIO DESTA POLITICA: COLABORADORES, VOLUNTÁRIOS, MÉDICOS DO CORPO CLÍNICO, RESIDENTES, PÓS-GRADUANDOS, ESTAGIÁRIOS, PESQUISADORES, PRESTADORES DE SERVIÇOS E OS DEMAIS QUE POSSUEM ACESSO ÀS INFORMAÇÕES OU QUE UTILIZAM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO.

ATIVOS DE INFORMAÇÃO: SÃO OS ELEMENTOS QUE CONTÉM INFORMAÇÕES E QUE DE ALGUMA FORMA POSSUEM VALOR PARA A INSTITUIÇÃO E, SE COMPROMETIDAS, EXPÕE A RISCOS DIVERSOS. SÃO IDENTIFICADOS COMO

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

DISPOSITIVOS DIGITAIS MÓVEIS:

EQUIPAMENTOS OU DISPOSITIVOS DE PROCESSAMENTO OU ARMAZENAMENTO DE INFORMAÇÕES;

DADOS OU INFORMAÇÕES ELETRÔNICAS, IMPRESSAS, ESCRITAS OU FALADAS;

EQUIPAMENTOS HOSPITALARES;

DIRETÓRIOS INDIVIDUAIS E SETORIAIS EM REDE OU ESTAÇÕES DE TRABALHO; E DADOS OU INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS EM SERVIÇOS REMOTOS COMO COMPUTADORES MÓVEIS COM CONEXÃO VPN.

CONFIDENCIALIDADE: GARANTIA DE QUE O ACESSO À INFORMAÇÃO, TANTO PARA CONSULTAR QUANTO PARA MODIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES OU DADOS, SEJA RESTRITO A PESSOAS DEVIDAMENTE AUTORIZADAS. PARA QUE ISTO SEJA VIÁVEL É PRECISO CLASSIFICAR AS INFORMAÇÕES DE ACORDO COM SEU NÍVEL DE CONFIDENCIALIDADE. SÃO ESTABELECIDOS TRÊS NÍVEIS DE CONFIDENCIALIDADE:

INFORMAÇÃO PÚBLICA: SÃO AQUELAS POUCO SIGILOSAS E DE FÁCIL ACESSO DENTRO DA INSTITUIÇÃO.

INFORMAÇÃO RESTRITA: DADO O CARÁTER ESTRATÉGICO SÃO LIMITADAS A UM GRUPO ESPECÍFICO DE COLABORADORES.

INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL: DADO O CARÁTER ESTRATÉGICO, SIGILOSO OU DE PRIVACIDADE SÃO LIMITADAS A POUCOS COLABORADORES.

NESTE NÍVEL SE ENCONTRAM TAMBÉM TODAS AS INFORMAÇÕES REFERENTES AOS PACIENTES, QUE DEVEM TER SUA PRIVACIDADE GARANTIDA SEGUINDO OS PRINCÍPIOS LEGAIS, SEMPRE RESPEITANDO OS DIREITOS INDIVIDUAIS, A INTIMIDADE E A DIGNIDADE.

DISPONIBILIDADE: SEMPRE QUE EXISTENTES AS INFORMAÇÕES DEVEM ESTAR DISPONÍVEIS AOS COLABORADORES QUE FOREM DEVIDAMENTE AUTORIZADOS, SEMPRE QUE FOREM NECESSÁRIAS.

INTEGRIDADE: PRESSUPÕE QUE OS PROCESSOS DE INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO NÃO VIOLAM A INFORMAÇÃO, GARANTINDO A SUA FIDEDIGNIDADE, EXATIDÃO.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

E ACUIDADE. PARA TAL, TODA INFORMAÇÃO DEVE PASSAR POR PROCESSOS DE VERIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO.

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: DIRETOR OU GERENTE DE ÁREA COM RESPONSABILIDADE INTRANSFERÍVEL PELA CLASSIFICAÇÃO, PROTEÇÃO E CONTROLE DE ACESSO AOS ATIVOS DA INFORMAÇÃO SOB SUA GESTÃO, COM AUTORIDADE PARA RESPONDER LEGALMENTE, DECIDIR E PROPOR MELHORIAS SOBRE AS QUESTÕES DE SEGURANÇA.

LOGIN E SENHA: CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO PARA CONEXÃO A QUALQUER RECURSO COMPUTACIONAL.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO: QUALQUER SOFTWARE, PROGRAMA, APLICAÇÃO OU RECURSO SISTÊMICO QUE INSTRUI O RECURSO COMPUTACIONAL A EXECUTAR UMA TAREFA.

CORREIO ELETRÔNICO: E-MAILS CORPORATIVOS QUE PODEM SER ACESSADOS PELO BROWER OU CONFIGURADOS EM APLICATIVOS DE CELULAR E COMPUTADORES.

APLICATIVOS DE COMUNICAÇÃO INSTANTÂNEA, LIGAÇÕES E VÍDEOS: QUALQUER SOFTWARE QUE SEJA USADO PARA COMUNICAÇÃO INSTANTÂNEA, LIGAÇÕES E VÍDEOS VIA INTERNET ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (EX.: SKYPE, WHATSAPP, TELEGRAM, TEAMS, MEET E OUTROS.)

INCIDENTE DE SEGURANÇA: QUALQUER EVENTO ADVERSO, CONFIRMADO OU SOB SUSPEITA, RELACIONADO AO MAU USO DA INFORMAÇÃO, QUEBRA DE PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE DE INFORMAÇÕES DE USUÁRIOS, PACIENTES, PROCESSOS, SISTEMAS DE COMPUTAÇÃO OU DE REDES DE COMPUTADORES.

INFORMAÇÃO DE DADOS DOS PACIENTES/COLABORADOR: QUAISQUER ELEMENTOS QUE POSSIBILITEM COLETAR E ARMAZENAR INFORMAÇÕES DO PACIENTE E COLABORADOR DA INSTITUIÇÃO (EX.: PRONTUÁRIO DO PACIENTE E COLABORADOR, EXAMES, LAUDOS, IMAGEM, DADOS CADASTRAIS) DEVERÁ SER FORMALIZADO ATRAVÉS DE UMA AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE E COLABORADOR, VALENDO TANTO PARA NOVOS DADOS CADASTRADOS COMO PARA OS DADOS ANTIGOS. ESSA ORIENTAÇÃO SE ESTENDE PARA INFORMAÇÕES ELETRÔNICAS QUANTO PARA REGISTRADA EM

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

PAPEL PODENDO SER APLICADA EM DIVERSAS SITUAÇÕES COMO TELEMEDICINA, COBRANÇAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SUS, TROCA DE INFORMAÇÕES ENTRE DIFERENTES SISTEMAS, COMO PEDIDOS DE EXAMES LABORATORIAIS.

Fundamentos Gerais

A presente política é válida para qualquer informação institucional, independente de seu formato e meio de comunicação (sistema de informação, impressos, arquivos eletrônicos, apresentações, conversas, etc.).

TODOS OS DOCUMENTOS PRODUZIDOS COM RECURSOS DE INFORMAÇÕES SÃO DE PROPRIEDADE DA INSTITUIÇÃO. OS COLABORADORES NÃO PODEM APROPRIAR-SE DESSAS INFORMAÇÕES, INDEPENDENTE DE SEU USO.

TODOS OS COLABORADORES SÃO RESPONSÁVEIS POR GARANTIR A SEGURANÇA DAS INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO E SEUS PACIENTES. PARA TANTO, DEVEM ASSEGURAR QUE OS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS INERENTES ÀS SUAS ROTINAS DE TRABALHAM INTERAJAM DE FORMA HARMÔNICA COM AS DIRETRIZES DESTA POLÍTICA, DEVENDO OBSERVAR OS SEGUINTES PRINCÍPIOS:

VIGILÂNCIA: AGIR COMO GUARDIÕES DA INFORMAÇÃO, EVITANDO OU REPORTANDO SITUAÇÕES DE USO INADEQUADO.

COMPROMISSO: ADOTAR POSTURA E CONDUTA EM BENEFÍCIO DA SEGURANÇA DAS INFORMAÇÕES.

VISÃO: ENTENDER QUE CONFIDENCIALIDADE E PRESERVAÇÃO DA INFORMAÇÃO FAZEM PARTE DOS OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO E É UM DIFERENCIAL DE QUALIDADE.

CONHECIMENTO: AGIR DE FORMA A QUE AS SUAS ATRIBUIÇÕES NÃO COMPROMETAM AS DIRETRIZES DESTA POLÍTICA.

ÉTICA: ADOTAR CONDUTA PROATIVA NO CUMPRIMENTO A ESTA POLÍTICA E PRINCIPALMENTE, COM AS DIRETRIZES DO REFERENCIAL DE CONDUTA ÉTICA.

LEGALIDADE: ENTENDER QUE O DESCUMPRIMENTO DESTA POLÍTICA PODE VIOLAR OS INTERESSES DA INSTITUIÇÃO, ASSIM COMO LEIS, NORMAS, PADRÕES E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS.

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

VISANDO A SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO, TODOS OS COLABORADORES DEVEM SEGUIR, TER CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE SOBRE AS DIRETRIZES DE SEGURANÇA DESTA POLÍTICA. PARA TAL, ALGUMAS PRECAUÇÕES DEVEM SER TOMADAS POR TODOS PARA ZELAR PELA SEGURANÇA DAS INFORMAÇÕES:

CONVERSAS INFORMAIS: PARA REDUZIR O RISCO DE FLUXO INDEVIDO DE INFORMAÇÕES, TAIS DIÁLOGOS NÃO DEVEM MENCIONAR INFORMAÇÕES SOBRE QUADROS CLÍNICOS DE PACIENTES, REFERÊNCIAS A TRATAMENTOS OU INTERVENÇÕES. TAMBÉM NÃO DEVEM MENCIONAR INFORMAÇÕES OU DADOS RESTRITOS OU CONFIDENCIAIS. NÃO REPRODUZIR DOCUMENTOS SEM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO, REDUZINDO O RISCO DE VAZAMENTO E EXTRAVIO DE INFORMAÇÕES.

Nenhum colaborador está autorizado a registrar por meio de filmagem ou fotografia imagens de pacientes da instituição, documentos ou informações confidenciais, assim como divulgá-las por qualquer meio, recurso ou ferramenta. (Não se enquadra neste item o monitoramento de acessos físicos realizado pela Segurança Patrimonial, através de câmeras de vigilância). Não fazer uso de informações da instituição, de pacientes ou de colaboradores em benefício próprio ou de terceiro.

Considerando que todos os envolvidos de alguma forma na assistência ao paciente são considerados responsáveis pelas suas informações e devem zelar pela proteção, uso correto, privacidade e confidencialidade, faz-se necessário zelar por um ambiente 'limpo' e organizado para reduzir o risco de acesso indevido a informações, o colaborador deve manter seu local de trabalho com a menor exposição possível, principalmente fora de seu horário de trabalho. Logo, alguns procedimentos devem ser tomados:

GUARDAR PAPÉIS E MÍDIAS QUE CONTENHAM INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS SEMPRE QUE NÃO ESTIVEREM EM USO;

PAPÉIS E MÍDIAS QUE CONTENHAM INFORMAÇÕES RESTRITAS OU CONFIDENCIAIS DEVEM SER GUARDADOS DE FORMA SEGURA E, QUANDO NECESSÁRIO, DEVIDAMENTE DESTRUÍDOS. NÃO DEVEM SER ESQUECIDOS EM MESAS DE TRABALHO, SALAS DE REUNIÕES, IMPRESSORAS OU EM LOCAIS QUE PERMITAM O ACESSO INDEVIDO DE PESSOAL NÃO AUTORIZADO;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Todos os arquivos digitalizados, planilhas eletrônicas, documentos de texto, e-mails, aquivos pdf, imagens, videos e Mídias digitais diversas, são guardados em um servidor que contem proteção por senha e controle de acesso;

- Equipamentos eletrônicos que possuam acesso a informações e dados institucionais devem ser desligados, ou bloqueados por mecanismo de autenticação quando estiverem fora de uso ou quando o usuário se ausentar do local;

- Monitores de computadores utilizados em atividades sensiveis, em atendimento ou assistência ao paciente devem ser posicionados de forma a preservar o sigilo das informações;

- Onde for aplicável, equipamentos da Instituição deverão possuir bloqueio automático por inatividade;

- Equipamentos do tipo copiadoras e impressoras deverão ser mantidas em áreas restritas e controladas;

- Cópias de prontuário em papel, laudos e impressões de prontuário eletrônico somente poderão ser disponibilizadas pelo SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatistico), com autorização conjunta da Instituição e do próprio paciente ou seu representante legal, mediante Assinatura em requisição apropriada. Este critério se aplica também aos casos de necessidade de geração de cópias de prontuários eletrônicos em dispositivos de armazenamento de dados, tais como: pendrive, Hard Disc externo, dentre outros;

- Cláusulas de confidencialidade de informações devem ser incluídas nos contratos de prestação de serviços e nos termos de contrato de trabalho, as quais devem garantir o cumprimento desta Politica e, sobretudo, do Referencial de Conduta Ética da instituição;

- Segregação de funções: não permitir que um único colaborador controle de maneira exclusiva algum procedimento ou que consiga acessar, alterar ou excluir alguma informação ou dado sem a devida autorização ou detecção. Não poderão ser realizadas, por um mesmo colaborador, atividades conflitantes de administração, aprovação ou execução de atividades operacionais criticas cujas ações, por negligência ou mau uso da informação, possam de alguma forma lesar a instituição. Para evitar isto se recomenda a criação de documentos descritivos dos procedimentos e a segmentação de tarefas;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Prontuários: Definido pelo Conselho Federal de Medicina pela resolução n°1638/2002 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". Todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente possuem autorização para executar registros nos prontuários. Caso seja prontuário físico, o registro deve ser identificado por meio de carimbo profissional e assinatura, caso seja eletrônico deve ser identificado por assinatura digital certificada;



- Independente de ser um prontuário físico ou digital todas as informações são protegidas por regras de sigilo profissional e confidencialidade;
- O acesso às informações dos prontuários é liberado ao próprio paciente ou representante legal, profissionais envolvidos na assistência do paciente ou em

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

auditorias internas, auditorias externas por órgãos oficiais ou demandas jurídicas e para atividades de ensino e pesquisa que estejam de acordo com as normas éticas e do Núcleo de Pesquisa;

- Imprensa: a instituição possui o Serviço de Comunicação Institucional (SCI), responsável pela assessoria de imprensa e apenas os porta-vozes (pessoas devidamente autorizadas inclusive pelas diretorias) estão autorizados a falar pela instituição. Demais funcionários não devem divulgar informações referentes à instituição, seus colaboradores e pacientes.

Administração de acesso

- A administração de acesso aos sistemas da instituição é de responsabilidade da Equipe de Tecnologia da Informação – (ETI)

- As solicitações de acesso aos sistemas de informação e demais recursos computacionais deverão ser realizadas pela gestão responsável e pelo colaborador que receberá o acesso;

- Durante o processo de transferência; movimentação interna, o colaborador deverá perder os direitos de acesso existentes e novos, condizentes com a nova função, deverão ser solicitados;

- Acessos de colaboradores desligados serão imediatamente removidos ou, se necessário, desabilitados;

- O acesso ao sistema de gestão hospitalar (MV) é restrito a rede do HESLMB, ou seja, os IP públicos que não estejam devidamente cadastrados não podem ter conexão com o portal MV do HESLMB;

- A rede HESLMB não pode ser acessada externamente sem uma VPN, e este acesso está restrito a autorização por escrito da diretoria do hospital;

Seguranças de senhas

- É dever de todos zelar pelo sigilo de suas senhas de autenticação;

- As senhas de acessos aos sistemas da instituição são pessoais;

- As senhas de acesso deverão ser memorizadas e jamais anotadas ou registradas em outros meios de apoio;

- As senhas de acesso aos recursos computacionais deverão ser compostas de letras e números. Além disso, deverão possuir uma quantidade mínima de 8 (oito) dígitos;

- Nenhum colaborador poderá usar

da sua posição hierárquica ou funcional para obrigar outro a compartilhar sua senha pessoal de acesso. O colaborador que porventura receber esse tipo de solicitação deverá comunicar o fato imediatamente ao canal de comunicação com a gestão direta;

- É vedado o compartilhamento de senhas do colaborador em todos os níveis da organização, bem como, estabelecer uma conexão autenticada para deixar que outra pessoa a utilize.

O usuário é responsável por quaisquer eventos ocorridos por meio dos seus acessos

- Ao se ausentar do local de trabalho, ainda que temporariamente, o usuário deve obrigatoriamente bloquear sua estação de trabalho;
- A cada 90 (noventa) dias as senhas de acesso aos sistemas de informação expirarão e novas senhas deverão ser registradas para garantia da continuidade dos acessos;
- Não é permitida a instalação de softwares não padronizados ou sem a devida aprovação e homologação da ETI.

Uso de antivírus

- Todas as estações de trabalho devem ter um antivírus instalado. A atualização do antivírus será automática, agendada pelo setor de informática, via rede.
- O usuário não pode em hipótese alguma, desabilitar o programa antivírus nas estações de trabalho.

Acesso remoto

O acesso remoto é controlado e monitorado pela Tecnologia da Informação (TI), devendo ser utilizado em situações emergenciais ou de ciência prévia entre os gestores. O acesso deverá ser feito após configuração de uma VPN (Virtual Private Network) entre a máquina cliente e a rede do HESLMB que manterá uma conexão segura e criptografada. É de responsabilidade do colaborador utilizar adequadamente este recurso, conforme as necessidades para atuação profissional.

- São classificados como recursos móveis autorizados para o teletrabalho, desde que cedidos/adquiridos /autorizados pela Instituição:
- Notebooks e tablets;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Smartphones;
- Webmail corporativo e e-mail via smartphone.
- Autenticadores/recursos remotos: VPN;
- O uso de recursos computacionais e de sistemas de informação da instituição poderão ser monitorados.

Uso do correio eletrônico



- Recursos pessoais não serão caracterizados como ferramenta de trabalho, portanto, não possuirão associação com a jornada de trabalho do colaborador;
- Ainda que exista uso não autorizado e o equipamento pessoal venha a ser extraviado ou danificado, a instituição não se responsabilizará;
- Todos os recursos móveis de computação disponibilizados para os colaboradores deverão ser imediatamente devolvidos à instituição em caso de desligamento;
- O correio eletrônico é uma ferramenta de trabalho deve ser usada exclusivamente para comunicação de assuntos profissionais. O seu uso é passível de monitoramento;
- O envio proposital de mensagens com vírus, arquivos suspeitos, ou troca de mensagens não autorizadas (spam) através do correio eletrônico padrão será tratado como descumprimento desta Política;

- É vedado o envio ou encaminhamento de mensagens em cadeia ou "pirâmide";
- A seleção dos destinatários deve ser cuidadosa, garantindo que a mensagem atinja somente aqueles envolvidos e que realmente necessitam da mesma;
- A solicitação para criação de grupos de e-mail e listas de distribuição deverá ser realizada apenas pelos gestores das áreas, os quais assumem a responsabilidade nas comunicações a serem realizadas. Além disso, os gestores deverão observar:
- Venda ou divulgação de produtos ou serviços pessoais;
- Abaixo-assinados;
- Arquivos de qualquer espécie que violem direitos autorais;
- Material pornográfico;
- Assédio;
- Discriminações;
- Incentivo a atividades ilegais;
- Spam;
- Membros dos grupos e lista de distribuição deverão ser revisados mensalmente pelos gestores responsáveis ou sempre que existir alguma mudança na estrutura;
- Grupos e listas de distribuição são recursos de apoio à comunicação interna, não devendo permitir a inclusão de prestadores de serviços ou terceiros;
- Mensagens de correio eletrônico de origem desconhecida deverão ser excluídas imediatamente;
- Mensagens de marketing e comércio eletrônico deverão ser redirecionadas para endereços de *e-mails* particulares.

Backup de dados e informações

- Cópias de segurança (backup) de dados e sistemas de informação armazenados em rede serão geradas regularmente, conforme políticas e procedimentos específicos Serviço de Operações e Tecnologia da Informação.

Segurança Física

- Os colaboradores, prestadores de serviços, visitantes, estudantes, voluntários e pacientes deverão estar devidamente identificados enquanto se encontrarem nas dependências da instituição;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Os recursos computacionais da instituição deverão ser protegidos contra roubo, perda ou qualquer outro tipo de sinistro;
- O acesso a sala de equipamentos de TI é restrito e só poderá ter acesso pessoas previamente autorizadas;
- É terminantemente proibido o trânsito de terceiros, ambulantes, dentre outros, nas dependências da instituição para fins de comercialização de produtos e serviços que não estejam autorizados pela direção da instituição.

Monitoramento e controle

- Colaboradores e prestadores de serviços devem ter ciência de que o uso de recursos computacionais e ativos de informação da instituição podem ser monitorados, e que os registros obtidos, poderão ser utilizados para detecção de violações desta Política e, conforme o caso, servir como evidência em processos administrativos e/ou legais.

Descumprimento da Política de Segurança da Informação

- Toda violação deve ser informada imediatamente ao superior do funcionário em questão;
- Os incidentes de segurança devem ser registrados seguindo as diretrizes das políticas especificas do ETI;
- Caso se constate a violação da Política de Segurança da Informação, sanções administrativas e/ou legais poderão ser adotadas, podendo culminar como desligamento do colaborador e eventuais medidas judiciais, quando aplicáveis;
- Violações a esta Política por Médicos do Corpo Clínico serão analisadas seguindo as diretrizes especificas da Diretoria Geral.

Tratamento de incidentes

Deverão ser apurados como Incidente de Segurança da Informação, quaisquer eventos em descumprimento a esta Política. Adicionalmente, são exemplos – mas não limitados – Incidentes:

- Tentativa de ganhar acesso não autorizado a sistemas ou informações;
- Divulgação não autorizada de informações ou comentários indevidos, eletronicamente ou verbalmente, referentes aos Colaboradores e Pacientes da instituição;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DA INFORMAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

- Uso ou acesso não autorizado a um sistema;
- Uso compartilhado de senhas;
- Modificações em um sistema sem o conhecimento, instruções ou consentimento prévio do dono do sistema;
- Registro por meio de filmagem ou fotografia de documentos, informações e imagens de pacientes da instituição.

Exceções

Exceções a esta Política serão analisadas e decididas pela Diretoria ou, quando necessário, através de deliberação da Gestão de Riscos.

MONITORAMENTO

- São monitorados diariamente: backup, log de acessos do servidor, analise de velocidade rede;
- Semanalmente: *hardware* dos servidores, equipamentos de rede, atualizações de sistema;
- Mensalmente: políticas de senhas da rede, estrutura elétrica;
- Anualmente: Estrutura física, sistema de controle de acesso.

REGISTROS

- Não se aplica.

REFERÊNCIAS

Lei 12. 737, de 30 de novembro de 2012 – Dispõe sobre a tipificação criminal de delitos informáticos.

Lei 12. 551, de 15 de dezembro de 2011 – Consolidação das leis do trabalho (CLT).

Lei 13709 /2018 – Lei Geral de Proteção de Dados, considerando os quesitos de privacidade e confidencialidade previstos na lei.

HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Equipe de Tecnologia da Informação Data: XX/XX/XXXX	Gestão da Qualidade Data: XX/XX/XXXX	Diretoria Geral Data: XX/XX/XXXX

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Estabelecer política de Gestão de Pessoas, para definição de uma gestão saudável e eficaz dos colaboradores.

ÁREA DE APLICAÇÃO



Este documento aplica-se a todas as áreas do HESLMB, pertencentes ao sistema de gestão da qualidade.

ESTRUTURA DA GESTÃO DE PESSOAS

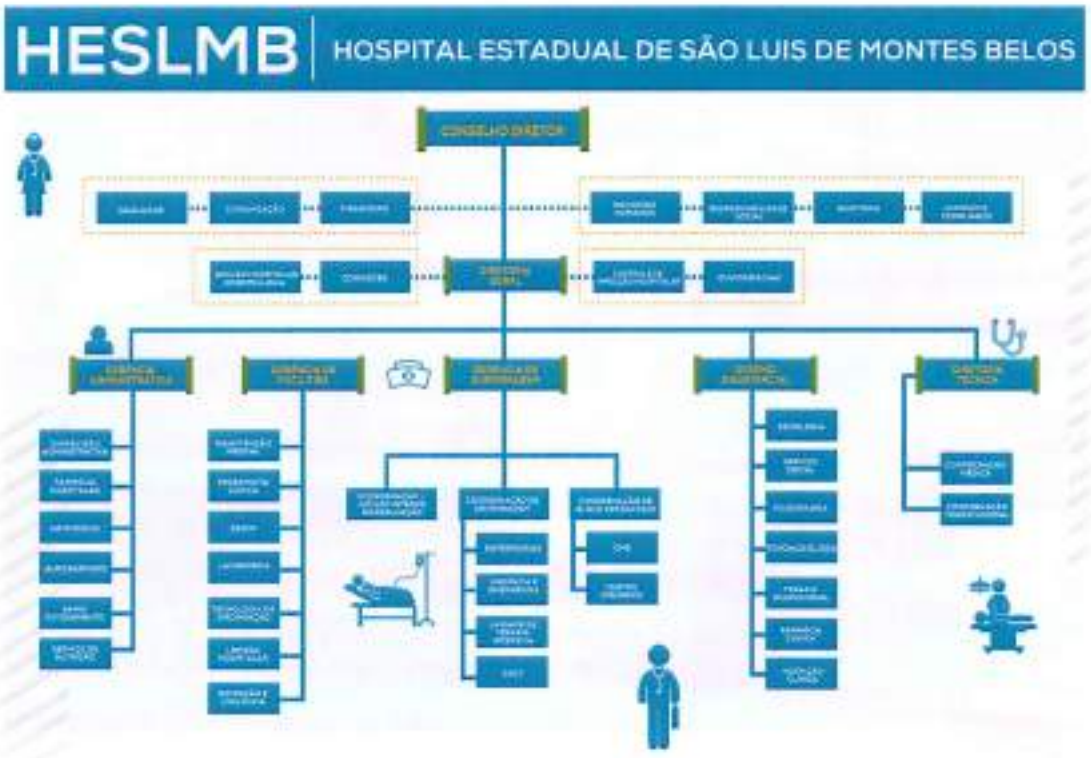
O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - Dr Geraldo Landô - HESLMB, é uma unidade de assistência, ensino e pesquisa, que integra a Rede Estadual de Hospitais do Estado de Goiás. O Hospital dedicados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e perfil assistencial voltado para o perfil epidemiológico adulto e pediátrico, contemplando as especialidades de clínica médica e cirúrgica com o suporte de unidade de terapia e unidade de internação.

O HESLMB possui em sua estrutura organizacional um órgão de apoio à gestão de pessoas (atualmente denominado de GESTÃO DE PESSOAS – GEP) vinculado diretamente a diretoria executiva e que contempla na sua estrutura duas seções, quais sejam: Departamento de Pessoal - DP e Recursos Humanos – RH, a fim de aprimorar seu desempe-

nho funcional no cumprimento dos objetivos institucionais

Desta forma, o HESLMB busca desenvolver as competências de seus colaboradores (conhecimentos, habilidades e atitudes) através dos mais variados eventos de capacitação, visando o desenvolvimento da Instituição.

4 – Organograma



POLÍTICA DA GESTÃO DE PESSOAS

A política de gestão de pessoas do HESLMB, busca a valorização pessoal e profissional, que refletirá na valorização institucional. Desta forma, responde a missão da instituição de "promover a saúde em sua integralidade".

A construção de uma política de gestão de

pessoas para o HESLMB surge como uma das estratégias organizacionais e tem como objetivo estabelecer uma política de valorização do bem maior da instituição, que são as pessoas que a compõem, consubstanciada nos princípios do SUS, buscando uma gestão de qualidade, com a valorização do trabalho como um instrumento importante para a atenção à saúde e a criação de vínculos dos colaboradores com a população e com a própria instituição.

Fundamenta-se na crença de que os colaboradores são sujeitos ativos e participativos e que constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. E reforça que a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um colaborador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Esta política foi construída com base na literatura e nas legislações pertinentes à gestão de pessoas, sendo pautada nos processos de agregar, integrar, incentivar, desenvolver, manter e acompanhar pessoas.

Assim está alicerçada nos valores que dão sustentação a instituição, que são:

- Comprometimento
- Presença;
- Busca contínua do aperfeiçoamento.

Busca-se apresentar cada um dos processos com as atividades envolvidas, sendo que os processos que integram a área de pessoal devem respaldar os valores institucionais e estão baseados em princípios que demandam ações subsequentes.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O Processo Seletivo (recrutamento e a seleção de pessoal) é um processo utilizado para suprimento de duas demandas, uma proveniente da empresa e outra do colaborador, visando contratação de profissionais para cargos disponíveis numa organização. Esse processo é, geralmente, realizado por profissionais qualificados e indicados pela área de Gestão de pessoas. E, em resumo, consiste em escolher o profissional com o perfil mais adequado a determinado cargo.

Recrutar é procurar um conjunto de pessoas, que apresentem um conjunto de características

para preenchimento de um cargo, de acordo com o planejamento de gestão de pessoas. Selecionar é escolher entre essas pessoas, aquela potencialmente capaz de ocupar o cargo.

CONTRATAÇÃO E LOCAÇÃO

Contrato pode ser definido como um instrumento por meio do qual diferentes partes afirmam formalmente suas vontades, direitos e obrigações. O contrato de trabalho corresponde a essa definição, embora deixe muitas entrelinhas para serem preenchidas.

Lotação é definida como a atividade de aplicação dos colaboradores que visa basicamente colocar o colaborador, novo ou antigo, no lugar em que sua contribuição para a organização seja a mais substantiva, respeitando interesses da instituição e dos colaboradores.

A contratação de um novo colaborador para o quadro permanente do HESLMB é realizada pelo Departamento de Gestão de Pessoas – GEP/HESLMB.

Nesta visão, a instituição deve construir seu modelo organizacional, contemplado na descrição dos cargos, com atualização periódica.

Para a elaboração do manual de descrição dos cargos, devem ser considerados os aspectos relacionados à descrição das atividades a serem executadas e a função do cargo em questão.

Para definir cargo, devem ser respondidas as seguintes questões:

1. QUAL É O TRABALHO?

2. O QUE REALMENTE IMPORTA NELE?

3. COMO DEVERÁ SER DESEMPENHADO?

Na realidade do HESLMB a resposta a estes questionamentos pelos diferentes atores que o representam permitirá um desenho mais fidedigno do seu "Manual de Descrições de Cargo - MDC". A realidade do hospital apresenta processos de trabalho bastante diferenciados, sendo necessária a definição dos cargos.

A criação do MDC do HESLMB, a ser construído, deverá contar com a participação de todas as áreas, sendo as diretorias setoriais responsáveis pela coordenação específica dos seus respectivos manuais de atribuições. As comissões setoriais deverão incorporar as cHESLMBias de divisão, serviços e colaboradores. Entendemos que este documento

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DE PESSOAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

poderá ser um marco inicial para adequação dos diferentes processos que compõem o sistema de gestão da qualidade, e com o envolvimento devido das áreas será garantido um avanço na construção de um MDC que represente a instituição, definindo além dos diferentes atores institucionais, também os inter-relacionamentos e os limites de autoridade e responsabilidade.

A política de agregar pessoas no HESLMB está pautada nos seguintes princípios:

- O Processo Seletivo (recrutamento, seleção, contratação e lotação) será baseado no princípio ético da transparência e do livre acesso a todos os interessados;
- A instituição deverá estabelecer um processo de dimensionamento de pessoal, considerando as necessidades do hospital, a ampliação dos serviços e a realidade epidemiológica;
- A instituição deverá trabalhar junto ao Instituto de Medicina Estudos e Desenvolvimento/ IMED para garantir o suprimento devido das vagas, decorrentes de aposentadoria, demissão, falecimento e acréscimo, bem como para garantir a manutenção do dimensionamento de pessoal;
- A definição dos cargos deverá retratar o desenho organizacional contemplado num manual de cargos de atribuições com atualizações periódicas.

Para dar sustentação a estes princípios, algumas ações são necessárias:

- O GEP realizará processos seletivos, abertos a toda à comunidade, através do site do IMED;
- O processo seletivo (recrutamento, seleção e contratação) de novos colaboradores para o HESLMB, obedecerá a rotinas estabelecidas em programas específicos e será consubstanciado nas "Diretrizes de Seleção e Contratação de Pessoal";
- O GEP manterá uma articulação com a direção e gerencias setoriais, no sentido de agilizar os processos seletivos;
- O GEP deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial;
- O GEP disponibilizará à direção, seus relatórios gerenciais

atualizados, incluindo dados como admissões, demissões e atestados, com quantitativos reais;

- O GEP/HESLMB realizará a contratação do colaborador, após término do Processo Seletivo, a devida lotação do colaborador de acordo com a solicitação setorial e, sempre que possível, conciliando com a formação e experiência do mesmo;

- A gestão e atualização das descrições de cargo do HESLMB será coordenada pelo GEP, em conjunto com representantes das áreas afins;

- A elaboração das descrições de cargo a serem executadas contemplará questões técnicas e relacionais, considerando-se que o trabalho na área da saúde é sempre em equipe;

- A elaboração/revisão das descrições de cargo, ficará sob a responsabilidade das diretorias setoriais, através de comissões multiprofissionais, incorporando cHESLMBias de setores, serviços, colaboradores e o GEP, que funcionará como área de assessoria.

INTEGRAÇÃO E AMBIENTAÇÃO

O processo de integração, ambientação e socialização dos novos colaboradores tem início com a contratação do novo profissional, conduzida pelo GEP com a anuência da direção e cHESLMBias imediatas, ficando estas últimas com a responsabilidade de fazer a inserção do novo colaborador no ambiente de trabalho.

O HESLMB promove a socialização dos novos colaboradores, através do treinamento introdutório, destinado aos novos membros da organização, para familiarizá-los com a linguagem usual da organização, com os usos e costumes internos (cultura organizacional), a estrutura de organização (as áreas ou departamentos existentes), os principais produtos e serviços, a missão da organização e os objetivos organizacionais.

O HESLMB estabelecerá um programa de integração, no sentido de fazer com que o novo participante aprenda e incorpore valores, normas e padrões de comportamento que a organização considera imprescindíveis e relevantes para um bom desempenho em seus quadros. Abaixo os princípios e ações relacionados ao processo de integrar pessoas.

- Todo profissional recém-admitido passará por um programa para integrá-lo à instituição;

- Ao novo colaborador será garantida a devida apresentação institucional

e os processos de trabalho inerentes, visando sua socialização, por meio de atividades desenvolvidas junto às cHESLMBias de divisão, assessorias e serviços;

- Todo colaborador recém-admitido deverá passar por um processo de acompanhamento e avaliação de desempenho, visando a sua integração e adaptação à instituição;

- Será permitido ao colaborador a sua movimentação, remanejamento interno e reintegração, a critério da instituição, atendendo a legislação pertinente.

Para dar sustentação a estes princípios, algumas ações são necessárias:

- O GEP, juntamente com os demais setores, realizará o treinamento introdutório, que além de servir para as boas-vindas, orientará e norteará o novo colaborador quanto as normas e regras da Instituição;

- O GEP realizará o processo de acompanhamento do colaborador, recém-admitido, através da Avaliação de Desempenho no Período de Experiência;

- O GEP, em conformidade com a política de gestão de pessoas, realizará processo seletivo para o remanejamento interno, buscando aproveitar as competências de cada colaborador, através de Processo Seletivo Interno;

- O GEP deverá estabelecer em parceria com a área de saúde ocupacional, programa de readaptação do colaborador que retorna ao trabalho, após longo período de afastamento, para tratamento e acompanhamento de saúde, através de protocolo de atendimento, contemplando avaliação médica, social e psicológica.

CARREIRA, REMUNERAÇÃO E BENEFÍCIOS

O alinhamento das práticas de carreira e remuneração, compatíveis com o mercado e com a estratégia organizacional, favorecem o pleno desenvolvimento profissional dos colaboradores. Sempre vinculando as ações de gestão à meritocracia a área de gestão de pessoas do HESLMB buscará:

- Desenvolver instrumentos, periodicamente revisados e aperfeiçoados, para que as ações relacionadas à carreira e remuneração sejam pautadas pela cultura de meritocracia, boas

práticas e engajamento;

- Apoiar os gestores para que estabeleçam objetivos individuais alinhados com os objetivos empresariais, com responsabilidades claras e desafiadoras, garantindo que os empregados estejam cientes de como o seu trabalho tem impacto no negócio;

- Promover ações de reconhecimento da excelência do desempenho dos empregados de forma transparente e equânime, e orientando o desenvolvimento na carreira, com foco em resultados e competências;

- Promover aconselhamento de carreira, realocação de pessoal, gerenciamento de desempenho, pautando as relações pelo respeito mútuo e equilíbrio entre as expectativas pessoais e os objetivos organizacionais;

- Estabelecer processos e critérios para que a sucessão ocorra de forma planejada, permitindo uma transição de carreira adequada;

- Promover a gestão de benefícios, com foco na sustentabilidade organizacional.

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

São os processos utilizados para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal. Incluem o treinamento e desenvolvimento, a gestão do conhecimento e a gestão de competências, programas de mudança e de desenvolvimento de carreiras e programas de comunicações e consonância (treinamento, desenvolvimento pessoal e institucional), através da educação permanente, remanejamento interno e outros mecanismos de educação e desenvolvimento.

Tais processos deverão estar articulados com as políticas institucionais e exigências de contrato, neste sentido, o HESLMB buscará desenvolver as competências de seus colaboradores (conhecimentos, habilidades e atitudes) através dos mais variados meios de capacitação, visando a sua ascensão na carreira funcional e, também, o desenvolvimento da Organização.

São princípios básicos para o desenvolvimento de pessoas:

- Institucionalizar e aprimorar anualmente, a criação de programas específicos voltados a garantir a devida cobertura da vida funcional do colaborador, desde seu ingresso no hospital, visando estimular a sua integração no sistema hospitalar;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DE PESSOAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- A proposta de educação permanente dos colaboradores do HESLMB, iniciada em 2019, deverá ter garantida a sua devida ampliação e estruturação, adequando-a à necessidade institucional com diagnóstico de necessidade de treinamento e elaboração de cronograma de treinamento anual;

- A proposta anual de educação permanente deverá contemplar, além dos aspectos técnico e comportamental, programas com estratégias voltadas a promover momentos de reflexão sobre o trabalho do dia a dia, numa instituição hospitalar, voltados a ampliar a visão do colaborador, pautada nos valores estabelecidos para o HESLMB;

- As ações de educação permanente deverão ser estruturadas no sentido de permitir ao colaborador o aperfeiçoamento nas suas atividades diárias com uma melhor aplicação de seus conhecimentos e habilidades;

- O GEP do HESLMB deverá implantar um programa de capacitação gerencial, visando a capacitação técnica e relacional, do gestor para o exercício do cargo, além de promover uma reflexão do perfil gerencial desejável, inserido no sistema hospitalar.

Para dar sustentação a estes princípios, algumas ações são necessárias:

- O GEP deverá realizar levantamentos periódicos das necessidades para a atualização do plano de educação permanente, visando estimular também o crescimento e o desenvolvimento do colaborador enquanto cidadão;

- O GEP, a partir das necessidades identificadas, deverá operacionalizar diferentes cursos, inserindo-os no programa de capacitação institucional (voltados ao crescimento e a educação permanente dos colaboradores);

- O GEP deverá operacionalizar cursos voltados à capacitação gerencial, a serem oportunizados a todas os gestores do HESLMB;

- Proporcionar, além de cursos de caráter geral, cursos que abordem conteúdos que estejam relacionados, diretamente, com as atribuições dos cargos presentes no quadro de pessoal do HESLMB;

- Realizar um Programa de Capacitação Gerencial, com a organização do Serviço de Capacitação técnica, prevendo a devida reciclagem anual, a ser instituído como pré-requisito para

a participação efetiva de todos os gestores/HESLMB, buscando promover uma reflexão do perfil gerencial, desejável, inserido no sistema hospitalar;

- Criar mecanismos que permitam socializar os conhecimentos/ pesquisas, realizadas pelos colaboradores afastados para formação; através de CI, divulgação do circuito de palestra e disseminação do conhecimento através de multiplicadores;

- Criar espaços voltados a uma reflexão e avaliação dos processos de trabalho, dos diferentes setores do HESLMB a fim de propor ações que dinamizem e/ou aperfeiçoem as atividades desenvolvidas e a visão institucional;

- Criar em conjunto com o Grupo de trabalho sobre Humanização - GTH/HESLMB espaços de promoção e divulgação do potencial artistico e cultural dos colaboradores técnico-administrativos do hospital, incluindo a criação de um banco de talentos;

- Incentivar e continuar viabilizando a participação dos colaboradores em cursos e eventos de curta duração, de interesse da sua área de atuação; estabelecendo critérios para utilização deste beneficio no HESLMB.

GESTÃO DE DESEMPENHO

O processo de avaliação constitui-se numa ferramenta que auxilia o colaborador a clarear, para si e para a organização, quais competências possui, que deverá buscar desenvolver ou incrementar, sendo que as competências individuais devem estar alinhadas às competências essenciais da própria organização.

Avaliar em sentido amplo é uma prática inerente à natureza humana, assim como tomar decisões está presente em toda escolha. Cada vez mais as empresas e organizações selecionam pessoas que compartilhem com seus valores e crenças, e essas organizações utilizam sistemas de reconhecimento para estimular e tentar garantir os desempenhos considerados adequados e desejáveis às suas realidades.

A avaliação de desempenho se dá por meio de um instrumento utilizado para medir o resultado das atividades e das ações que os colaboradores da organização realizaram durante determinado periodo.

A avaliação de desempenho tem como objetivos mensurar, identificar e analisar o desempenho individual e grupal dos colaboradores, promovendo o desenvolvimento, bem

como melhorando o desempenho das pessoas e da equipe.

Esse instrumento subsidia a área de Gestão de Pessoas com informações para tomadas de decisões acerca de remuneração, promoções, treinamento e planejamento de carreira, proporcionando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa avaliada.

Através da avaliação de desempenho, será mais fácil fornecer informações sólidas e tangíveis sobre o desempenho dos colaboradores da organização, e auxiliá-los no caminho para o autodesenvolvimento.

Outro benefício é a possibilidade de descoberta de talentos resultante da identificação das qualidades de cada avaliado na empresa/organização.

FINALIDADES DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Dentre as finalidades do processo de avaliação de desempenho, podemos citar:

- Facilitar o processo de planejamento organizacional e o alcance de metas institucionais;
- Comprometer os colaboradores no alcance dos objetivos da instituição; subsidiar com informações que visem à melhoria de desempenho;
- Reconhecer o potencial dos colaboradores e buscar melhores resultados para a organização;
- Estimular o fluxo de informação entre os diversos níveis hierárquicos para a melhoria das relações interpessoais e a qualidade dos serviços prestados;
- Subsidiar o redimensionamento da força de trabalho em função das competências individuais e institucionais;
- Identificar a necessidade de treinamento, capacitação e qualificação para melhoria de desempenho individual e coletivo;
- Fornecer informações que possibilitem ao avaliado conhecer o que a organização espera do seu desempenho;
- Possibilitar a concessão da promoção e da progressão funcional.

Entende-se que não é objetivo da Avaliação de Desempenho a aplicação de medidas disciplinares. É um instrumento que, quando aplicado, determina se o desempenho de

cada um satisfaz as necessidades pré-estabelecidas pela instituição e se atinge os objetivos e resultados esperados.

A função do gestor/avaliador é também a de identificar, conjuntamente com a equipe, situações de trabalho passíveis de correção, transformação e ajustamento, localizando causas e estabelecendo perspectivas de melhorias.

A avaliação de desempenho, muitas vezes, pode servir de base às políticas de promoção das organizações. O processo é efetuado periodicamente, normalmente com caráter anual, e consiste na análise objetiva do avaliado no seu trabalho, e posteriormente na comunicação dos resultados.

Tradicionalmente compete aos superiores avaliarem os seus subordinados, estando a avaliação sujeita a correções posteriores para que os resultados sejam compatíveis com a política de promoções.

O desenvolvimento profissional não significa coagir os colaboradores a adotar as metas da organização, nem sequer manipular seu comportamento. Muito pelo contrário, o desenvolvimento exige um relacionamento no qual cada um possa assumir a responsabilidade pelo desenvolvimento de seu próprio potencial, de forma planejada, e colocar esse potencial em ação.

Assim, pode-se pensar na avaliação de desempenho como um importante meio para identificar os potenciais dos colaboradores, melhorar o desempenho da equipe e a qualidade das relações entre os colaboradores e seus superiores e servir de estímulo nos esforços para alcançar resultados positivos e satisfatórios para o indivíduo e para a organização.

Cabe à área de gestão de pessoas motivar a carreira dos profissionais da instituição, desde o mais simples funcionário ao principal cargo. Todos precisam ser incentivados, envolvidos e compromissados com a instituição/organização onde atuam.

Muitos são os modelos e métodos de avaliação de desempenho (métodos tradicionais, subjetivos, avaliação 360º, avaliação por competências, avaliação por resultados etc.). Entretanto, o mais importante é que o processo seja transparente para os avaliados e que os efeitos da avaliação sirvam de feedback para aperfeiçoamento do trabalho, tragam resultados para a organização, além de motivação e crescimento para colaboradores e colaboradores.

As pessoas sempre reagem positivamente a recompensas e reconhecimentos, e é dever da organização proporcionar essa motivação aos seus colaboradores.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DE PESSOAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

O IMED, seguindo a tendência contemporânea, propõe a realização de Avaliação de Desempenho por Competências. Nesse sentido, defende a reformulação do papel dos colaboradores no sistema de avaliação. Eles devem fazer uma autoavaliação, identificando não apenas seus pontos fracos, mas seus pontos fortes e seus potenciais. Deixam de ser objetos passivos e passam a ser agentes ativos da avaliação de seu desempenho

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

O IMED pretende desenvolver periodicamente no HESLMB a Pesquisa de Clima Organizacional, uma ferramenta para coleta de dados, fornecendo informações importantes sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho dos mesmos. Além da identificação destes problemas, a pesquisa, enquanto meio de comunicação, possibilitará a utilização do conhecimento tácito dos colaboradores para a resolução dos problemas com os quais os mesmos lidam diariamente. A pesquisa, portanto, possibilita que a organização avalie seu momento atual e planeje ações, em um processo de melhoria continua.

Alguns objetivos da pesquisa de clima:

- Avaliar o grau de satisfação dos colaboradores em relação à organização;
- Criar canal de comunicação direta entre os colaboradores e a direção da organização, onde possam manifestar suas opiniões com garantia do anonimato;
- Permitir melhoria do clima organizacional onde for constatado o maior grau de insatisfação no ambiente de trabalho;
- Melhoria continua da qualidade no ambiente de trabalho, proporcionando desenvolvimento pessoal e profissional aos colaboradores e ganhos para a organização;
- Oferecer condições de segurança adequadas para o trabalho;
- Melhorar a comunicação na organização;
- Proporcionar um bom relacionamento entre os diferentes níveis hierárquicos.
- Criar um ambiente saudável de trabalho através da manutenção do bom relacionamento interpessoal;
- Aprimoramento das políticas de Responsabilidade Social adotadas

pela organização, gerando resultados satisfatórios aos seus grupos de interesses (Clientes Internos e Externos, Colaboradores, Fornecedores, e a Sociedade);

- Possibilitar uma adequada gestão do conhecimento;
- Melhorar o comprometimento e conhecimento dos colaboradores em relação aos objetivos da organização;
- Desenvolver e capacitar as lideranças;
- Possibilitar o desenvolvimento profissional dos colaboradores;
- Identificar os pontos fortes e fracos da organização na visão dos colaboradores, permitindo assim a melhoria do nivel de satisfação destes;
- Melhoria das condições de infraestrutura para o trabalho;
- Oferecer condições para o desenvolvimento e a inovação;
- Oferecer condições satisfatórias de trabalho, de acordo com os interesses dos colaboradores.

O modelo de Pesquisa de Clima Organizacional será validado previamente com a direção, sendo que os resultados da referida pesquisa subsidiarão a avaliação do momento institucional e o planejamento de ações, em um processo de melhoria continua.

.

DIRETRIZES GERAIS

Em respeito ao compromisso do HESLMB com a politica de equidade de gênero do Governo Federal, fica explicitado que os termos porventura utilizados nesta política, como colaboradores e similares, que estejam referidos pelo termo genérico representativo do masculino, referem-se a todo o coletivo.

Devem ser consideradas as diretrizes das leis anticorrupção aplicáveis ao HESLMB que dispõem sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas físicas e jurídicas pela prática de atos contra administração pública.

Tendo em vista o atendimento das especificidades HESLMB, esta politica pode ser desdobrada em outros documentos normativos especificos, sempre alinhados aos principios e diretrizes aqui estabelecidos.

HISTÓRICO DE REVISÕES

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Gerente de Recursos Humanos Data: XX/XX/XXXX	Gestão da Qualidade Data: XX/XX/XXXX	Diretoria Geral Data: XX/XX/XXXX

INTEGRAÇÃO

SETOR	CONTEÚDO	HORÁRIO
RH	Apresentar o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - Dr Geraldo Landó - HESLMB, dentro de um contexto, estadual e municipal, com sua Missão, Visão e Valores.	08:30 – 09:00
DP	Apresentar os principais aspectos da contratação direitos e deveres.	09:00 – 09:30
QUALIDADE	Normas da qualidade, acreditação, Apresentação abordando os temas: Segurança do paciente e Notificação de incidentes/eventos adversos.	09:50 – 10:20
INTERVALO		10:20 – 10:30
SCIH	Oferecer subsídios aos profissionais de saúde que garantam o desenvolvimento das atividades voltadas para o Controle das Infecções Hospitalares, proporcionando qualidade da assistência através do uso de medidas de proteção e promoção à saúde.	10:30 – 11:00
SGRR	Gerenciamento de Resíduos Hospitalares	11:00 – 11:20
SESMT	Conscientizar os colaboradores sobre a importância do SESMT e da NR32 para a manutenção da qualidade de vida no ambiente de trabalho	11:50 – 12:20
LOCAL: ESCRITÓRIO IMED		
Previsão das datas para o treinamento: Às segundas-feiras		



IMED

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

- Minimizar os impactos e riscos oriundos de situações onde o profissional de saúde é confrontado a realidades sociais distintas e complexas relacionadas a assistência ao paciente, e são necessárias ações integradas da equipe multidisciplinar com foco nas necessidades emocionais, sociais e físicas do paciente e familiar, bem como o fortalecimento do conhecimento sobre a promoção da saúde ou o processo da doença, visando a integração dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente, familiares e o próprio paciente.

- Assegurar a continuidade do cuidado, promover a adesão aos planos de tratamento, envolver ativamente a participação do paciente no seu cuidado; visando a diminuição dos riscos assistenciais.

- Promover ambiente hospitalar acolhedor e terapêutico, através do desenvolvimento de práticas gerenciais e assistenciais, sob a perspectiva da Política Nacional de Humanização e demais legislações pertinentes.



ESCOPO

- Estabelecer, estimular, atualizar e capacitar tecnica e comportamentamente os profissionais da unidade com foco nos procedimentos e satisfação do cliente, reduzindo os riscos assistenciais através da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construção de novos processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

afeto e desconstruindo praticas que produzem resultados desumanizadores, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

- Definir avaliação psicossocial para atendimento aos usuários, atendendo as caracteristicas individuais respeitando sua subjetividade, visando o respeito as suas tradições culturais, preferências, religião, valores pessoais entre outras crenças, considerando que a subjetividade é o processo pelo qual algo se torna constitutivo e pertencente ao individuo de modo singular abrangendo o trato com familiares, principalmente nos casos de pacientes incapazes, ou relativamente incapazes, sendo prudente adoção de condutas especificas que resguardem os interesses dos pacientes em relação a eventuais conflitos entre seus representantes ou familiares que acompanham seu tratamento.

- Letramento do paciente no que diz respeito aos seus Direitos e Deveres enquanto usuário do Sistema Único de Saúde.

ÁREA DE APLICAÇÃO

Todos os departamentos assistênciais do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - Dr Geraldo Landô - HESLMB.

DESCRIÇÃO

- A Politica Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre esses três pilares, no âmbito do SUS provoca movimentos que são valvular de mudanças e que precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde.

- Humanizar se traduz, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construidas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Principios a contemplar

TRANSVERSALIDADE:
TRANSVERSALIZAR É RECONHECER QUE AS DIFERENTES ESPECIALIDADES E PRÁTICAS DE SAUDE PODEM CONVERSAR COM A EXPERIÊNCIA DAQUELE QUE É ASSISTIDO JUNTOS. ESSES SABERES PODEM

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

PRODUZIR SAÚDE DE FORMA MAIS CORRESPONSÁVEL.

INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO E GESTÃO: AS DECISÕES DA GESTÃO INTERFEREM DIRETAMENTE NA ATENÇÃO À SAUDE, MOTIVO ESTE QUE DEVE ESTIMULAR TRABALHADORES E USUÁRIOS A CONHECER COMO FUNCIONA A GESTÃO DO SERVIÇO E DA REDE DE SAÚDE POIS O CUIDADO E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NÃO SE RESTRINGEM SOMENTE ÀS RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE. O USUÁRIO E SUA REDE DE APOIO DEVEM SE CORRESPONSABILIZAR PELO CUIDADO DE SI NOS TRATAMENTOS, ASSUMINDO POSIÇÃO DE PROTAGONISTA COM RELAÇÃO A SUA SAÚDE E A DAQUELES QUE LHES SÃO CAROS.

PROTAGONISMO, CORRESPONSABILIDADE E AUTONOMIA DOS SUJEITOS: QUALQUER MUDANÇA NA GESTÃO E ATENÇÃO É MAIS CONCRETA SE CONSTRUÍDA COM A AMPLIAÇÃO DA AUTONOMIA E VONTADE DAS PESSOAS ENVOLVIDAS, QUE COMPARTILHAM RESPONSABILIDADES.

Diretrizes Norteadoras

ACOLHIMENTO: ACOLHER E RECONHECER O QUE O OUTRO TRAZ COMO LEGÍTIMA E SINGULAR NECESSIDADE DE SAÚDE. O ACOLHIMENTO DEVE COMPARECER E SUSTENTAR A RELAÇÃO ENTRE EQUIPES/SERVIÇOS E USUÁRIOS. O ACOLHIMENTO É CONSTRUÍDO DE FORMA COLETIVA, A PARTIR DA ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO E TEM COMO OBJETIVO A CONSTRUÇÃO DE RELAÇÕES DE CONFIANÇA, COMPROMISSO E VÍNCULO ENTRE AS EQUIPES/ SERVIÇOS, TRABALHADOR/EQUIPES E USUÁRIO COM SUA REDE DE APOIO.

COMO PROMOVEMOS O ACOLHIMENTO: COM UMA ESCUTA QUALIFICADA OFERECIDA PELOS TRABALHADORES ÀS NECESSIDADES DO USUÁRIO, GARANTINDO O ACESSO OPORTUNO DESSES USUÁRIOS A TECNOLOGIAS ADEQUADAS ÀS SUAS NECESSIDADES, ASSEGURANDO, POR EXEMPLO, QUE TODOS SEJAM ATENDIDOS COM PRIORIDADES A PARTIR DA AVALIAÇÃO DE RISCO, GRAVIDADE E VULNERABILIDADE.

GESTÃO PARTICIPATIVA: EXPRESSA TANTO A INCLUSÃO DE NOVOS SUJEITOS NOS PROCESSOS DE ANÁLISE E DECISÃO QUANTO A AMPLIAÇÃO DAS TAREFAS DA GESTÃO. COMO PROMOVEMOS A GESTÃO PARTICIPATIVA: NA ORGANIZAÇÃO

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

E EXPERIMENTAÇÃO DE MÉTODOS DE TRABALHO CONTRUÍDOS CONJUNTAMENTE, CONTEMPLANDO A INTEGRAÇÃO ENTRE PROCESSOS ASSISTENCIAIS, CONSIDERANDO APONTAMENTOS DOS TRABALHADORES NA CONSTRUÇÃO DE ROTINAS E MELHORES PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA; NAS REUNIÕES DAS COMISSÕES HOSPITALARES E ACATANDO CRÍTICAS, QUEIXAS E SUGESTÕES DOS USUÁRIOS.

AMBIÊNCIA: CRIAÇÃO DE ESPAÇOS SAUDÁVEIS, ACOLHEDORES E CONFORTÁVEIS, QUE RESPEITEM A PRIVACIDADE, PROPICIEM MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO E SEJAM LUGARES DE ENCONTRO ENTRE AS PESSOAS.

COMO PROMOVEMOS A AMBIÊNCIA: COM DISCUSSÕES COMPARTILHADAS DO PROJETO ARQUITETÔNICO, DAS REFORMAS E DO USO DOS ESPAÇOS DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DE USUÁRIOS E TRABALHADORES DE CADA SERVIÇO SEMPRE RESPEITANDO E ACOLHENDO AS ORIENTAÇÕES DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES.

CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA: A CLÍNICA AMPLIADA É UMA FERRAMENTA TEÓRICA E PRÁTICA CUJA FINALIDADE É CONTRIBUIR PARA UMA ABORDAGEM CLÍNICA DO ADOECIMENTO E DO SOFRIMENTO, QUE CONSIDERE A SINGULARIDADE DO SUJEITO E A COMPLEXIDADE DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA, PERMITE O ENFRENTAMENTO DA FRAGMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO E DAS AÇÕES DE SAÚDE E SEUS RESPECTIVOS DANOS E INEFICÁCIA.

COMO PROMOVEMOS A CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA: UTILIZANDO RECURSOS QUE PERMITAM ENRIQUECIMENTO DOS DIAGNÓSTICOS (OUTRAS VARIÁVEIS, ALÉM DO ENFOQUE ORGÂNICO, INCLUSIVE A PERCEPÇÃO DOS AFETOS PRODUZIDOS NAS RELAÇÕES CLÍNICAS) E A QUALIFICAÇÃO DO DIÁLOGO (TANTO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO TRATAMENTO QUANTO DESTES COM O USUÁRIO), COMO, POR EXEMPLO, PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, PREPARO DO PACIENTE E REDE DE APOIO PARA ALTA MULTIDISCIPLINAR RESPONSÁVEL; DE MODO A POSSIBILITAR DECISÕES COMPARTILHADAS E COMPROMISSADAS COM A AUTONOMIA E A SAÚDE DOS USUÁRIOS DO SUS. INCLUIR USUÁRIOS E SUAS REDES SOCIOFAMILIARES NOS PROCESSOS

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

DE CUIDADO É UM PODEROSO RECURSO PARA A AMPLIAÇÃO DA CORRESPONSABILIZAÇÃO NO CUIDADO DE SI.

VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR: DANDO VISIBILIDADE À EXPERIÊNCIA DOS TRABALHADORES E OS INCLUINDO NAS TOMADAS DE DECISÃO, APOSTANDO NA SUA CAPACIDADE DE ANALISAR, DEFINIR E QUALIFICAR OS PROCESSOS DE TRABALHO.

COMO PROMOVEMOS A VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR: ATRAVÉS DA INCLUSÃO DOS MESMOS NAS CONTRUÇÕES DE ROTINAS, ALTERAÇÕES DE PROCEDIMENTOS, NORMAS, VALORIZANDO A EXPERIENCIA DOS MESMOS ATRAVÉS DE INCLUSÃO NOS PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO DA UNIDADE, DA PARTICIPAÇÃO COMO MEMBROS DAS COMISSÕES HOSPITALARES TORNANDO POSSÍVEL, POR EXEMPLO, O DIÁLOGO, INTERVENÇÃO E ANÁLISE DO QUE CAUSA SOFRIMENTO E ADOECIMENTO, DO QUE FORTALECE O GRUPO DE TRABALHADORES E DO QUE PROPICIA OS ACORDOS DE COMO AGIR NO SERVIÇO DE SAÚDE: RODAS DE CONVERSA, INCENTIVO ÀS REDES E MOVIMENTOS SOCIAIS E A GESTÃO DOS CONFLITOS GERADOS PELA INCLUSÃO DAS DIFERENÇAS SÃO FERRAMENTAS

ONDE EXPERIMENTA-SE A VISÃO PLURAL DOS TRABALHORES E APROVEITA-SE TALENTOS QUE PODEM ESTAR ENCOBERTOS. INCLUIR OS TRABALHADORES NA GESTÃO É FUNDAMENTAL PARA QUE ELES, NO DIA A DIA, REINVENTEM SEUS PROCESSOS DE TRABALHO E SEJAM AGENTES ATIVOS DAS MUDANÇAS NO SERVIÇO DE SAÚDE

DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS: OS USUÁRIOS DE SAÚDE POSSUEM DIREITOS GARANTIDOS POR LEI E OS SERVIÇOS DE SAÚDE DEVEM INCENTIVAR O CONHECIMENTO DESSES DIREITOS E ASSEGURAR QUE ELES SEJAM CUMPRIDOS EM TODAS AS FASES DO CUIDADO, DESDE A RECEPÇÃO ATÉ A ALTA.

COMO PROMOVEMOS A DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS: TODO CIDADÃO TEM DIREITO A UMA EQUIPE QUE CUIDE DELE, DE SER INFORMADO SOBRE SUA SAÚDE E TAMBÉM DE DECIDIR SOBRE COMPARTILHAR OU NÃO SUA DOR E ALEGRIA COM SUA REDE SOCIAL. A SEGUIR DESCREVEREMOS MAIS DETALHADAMENTE AÇÕES ESPECÍFICAS DE DEFESA AOS DIREITOS DOS USUÁRIOS:

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Descrição dos itens sobre as formas de permanência e conduta para os acompanhantes, contemplando

- Orientações e permanência dos acompanhantes durante a assistência recebida, internação hospitalar, atendimento ambulatorial e realização dos exames de diagnóstico;
- Informações sobre os exames;
- Direitos e deveres dos pacientes e familiares.

Orientações e permanência dos acompanhantes durante a realização dos exames

- Durante a realização dos exames na unidade de saúde será permitida a permanência de acompanhante nos seguintes casos:
- Pacientes com até 18 anos incompletos, conforme Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/1990, art. 12 e suas alterações);
- Pacientes maiores de 60 anos, conforme Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003, art. 16 e suas alterações);
- Pacientes com necessidades especiais, segundo Estatuto do Portador de Necessidades Especiais (Lei nº 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 o exame será procedido (aplicação de gel com transdutor na área examinada no caso de exames de ultrassom, colocação de eletrodos com caso da realização de eletrocardiograma 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 Centro de Diagnósticos;

- Eventuais dúvidas sobre o resultado do exame poderão ser fornecidas imediatamente após a finalização do procedimento pelo médico executor após finalização do exame.

DIREITOS E DEVERES

Direitos dos familiares:

- Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza;
- Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível;
- Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas que estão sendo ou que porventura serão realizadas no paciente que esta sendo acompanhado;
- 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:

- 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;
- 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;
- 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;
- Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação

a condição de saúde do paciente;

- Ser indicado pelo paciente como responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo;
- Ter em mãos ou em sua guarda os documentos do paciente na impossibilidade do mesmo realizar o procedimento e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;
- Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;
- Zelar e solicitar que outros acompanhante 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 e deveres dos pacientes

Direitos dos pacientes:

- O paciente tem o direito a receber atendimento cordial, respeitoso, humanizado e atencioso, livre de preconceitos de raça, etnia, credo, sexo, idade, origem ou quaisquer outros tipos de preconceito, discriminação ou privilégios por parte dos colaboradores desta Unidade;
- O paciente tem o direito de ser identificado através de seu nome e sobrenome ou nome social caso assim preferir, bem como ter seu nome e data de nascimento confirmados pelos profissionais durante a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- O paciente tem o direito de ter assegurada sua integridade física e moral, sua segurança, individualidade e privacidade, bem como ser respeitado por seus valores culturais, morais e éticos, preservadas a sua imagem e identidade;
- O paciente tem o direito de identificar todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente no seu atendimento por meio do crachá, e este deve conter nome legível, além de estar afixado em local visível;
- O paciente tem o direito de ter respeitadas suas crenças espirituais ou religiosas, bem como de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- O paciente tem o direito de ter conhecimento dos regulamentos e das normas vigentes na unidade;

- O paciente tem o direito de, sempre que necessitar e em qualquer situação, receber auxilio de um profissional que esteja presente no local e devidamente habilitado de acordo com a sua necessidade, de forma a garantir seu bem-estar, conforto e segurança;

- O paciente tem o direito de expressar sua satisfação, insatisfação, denúncia, queixa ou preocupação aos setores responsáveis na unidade, através da Ouvidoria ou do Serviço de Atendimento ao Usuário-SAU, com o respectivo encaminhamento aos setores responsáveis, recebendo o devido retorno sobre sua manifestação;

- O paciente tem o direito de ter acesso a todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos ofertados pela instituição, assim como informações sobre a duração prevista do tratamento, desde que tenham sido previamente indicados por um médico da Unidade;

- O paciente tem o direito de receber orientações e esclarecimentos claros quanto ao seu tratamento, com linguagem acessível à sua compreensão, sem prejuizo do esclarecimento acerca de documentos e/ou formulários que porventura sejam apresentados para sua assinatura, de forma que possa expressar seu entendimento diante das opções para seu tratamento;

- O paciente tem o direito de receber informações sobre os medicamentos a ele prescritos;

- O paciente tem o direito de ser informado sobre a procedência de sangue ou hemoderivados a ele prescritos para transfusão, inclusive com a comprovação das sorologias efetuadas e sua validade;

- O paciente tem o direito de manter sua privacidade, com atendimento em local adequado, sem exposição desnecessária, com conduta profissional que resguarde sua privacidade;

- O paciente tem o direito de ser esclarecido quanto aos riscos e benefícios relativos aos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, optando, quando houver, dentre as alternativas possíveis, sem prejuizo do seu consentimento, sem que lhe sejam aplicadas sanções legais ou morais, observadas as normas cabíveis ao caso;

- Observadas as disposições relacionadas ao tratamento, o paciente tem o direito de ter assegurada a confidencialidade de seu diagnóstico e resultados de

exames clínicos perante terceiros, bem como de sua imagem e tudo que, mesmo desconhecido pelo próprio paciente, possa ser de acesso ao profissional que atua na instituição através do seu histórico;

- O paciente, quando capacitado para tal, tem o direito a decidir se seus familiares ou acompanhantes



deverão ser informados sobre seu estado de saúde, assim como a respeito de informações sobre diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica;

- O paciente tem o direito de registro atualizado e legível em seu prontuário, assim como a identificação dos responsáveis pelas informações ali constantes;

- Observadas as normas sanitárias, o paciente tem o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames;

- O paciente tem direito a acompanhante, em caso de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida (exceto para aqueles internados em terapia intensiva ou unidade de estabilização/ reanimação).

Deveres dos pacientes:

- O paciente tem o dever de se cientificar a respeito das condições de atendimento na unidade;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

- O paciente tem o dever de conhecer e respeitar as normas vigentes da Unidade;
- O paciente tem o dever de ter em mãos os documentos oficiais com foto, necessários para o atendimento, bem como apresentá-los sempre que solicitado;
- O paciente tem o dever de prestar informações apropriadas nos atendimentos, como: queixas que motivaram atendimento; enfermidades e hospitalizações anteriores; história de uso de medicações, drogas licitas ou ilícitas; reações alérgicas e demais informações sobre seu histórico de saúde; apresentar, caso os tenha, exames ou laudos;
- O paciente tem o dever de informar mudanças inesperadas em seu estado de saúde atual aos profissionais envolvidos em seu atendimento;
- O paciente tem o dever de se manifestar quando da comunicação de seu plano de cuidados e alta hospitalar ou indicar quem possa o auxiliar/representar;
- O paciente tem o dever de respeitar os direitos dos demais pacientes e dos profissionais da instituição, tratando-os de maneira civilizada e cordial;
- O paciente ou acompanhante não deve manusear quaisquer equipamentos utilizados em sua assistência;
- O paciente tem o dever de zelar pelo patrimônio público colocado à sua disposição pela Unidade, com vistas a garantir seu conforto e dos demais pacientes em atendimento;
- O paciente e seu acompanhante têm o dever de respeitar a proibição de fumar ou ingerir substâncias inebriantes nas dependências da Unidade;
- Nos casos de pacientes menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou pacientes portadores de dependências físicas e/ou psíquica, todos os deveres serão seguidos também pelos seus responsáveis;
- O paciente tem o dever de informar se compreendeu todas as informações recebidas, bem como de solicitar informações adicionais em caso de dúvidas;
- O paciente tem o dever de assumir a responsabilidade pela recusa na realização dos procedimentos ou pelo descumprimento das orientações recebidas pelos profissionais;
- Os pacientes e acompanhantes têm o dever de zelar pelos seus pertences de valor durante sua permanência na Unidade.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

NOTA: Dentre os Direitos e Deveres dos Pacientes acima listados, em consenso foram elencados 10 direitos e 10 deveres para compor "Placa de Direitos e Deveres dos Pacientes", confeccionada para estarem nas recepções da Unidade como método de esclarecer pacientes/familiares/acompanhantes e comunidade em geral.

Guia de Orientação aos Acompanhantes e Visitantes

Direito de Acompanhante:

- Toda mulher que esteja em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- (Lei nº 11.108/2005)
- 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)

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 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 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 Recepção nos horários das 08:00 e das 20:00, situações atípicas para as trocas serão analisadas caso a caso pela Gerência Administrativa;

IMED

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

- Apresentar-se ao Serviço Social, caso necessite de Declaração de Permanência no hospital.



Não será permitido:

- Utilizar o celular no Centro Cirúrgico;
- Fumar nas dependências do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - Dr Geraldo Landô - HESLMB;
- Acompanhantes na UTI e Sala de Reanimação ou Recuperação Pós Anestésica;
- Transitar no hospital após as 21 horas. Em caso de saída, não será autorizado o retorno;
- Filmar ou fotografar no Centro Cirúrgico, Berçário, UTI e Enfermarias sem autorização da equipe assistencial;
- 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;
- Não é permitida a entrada de mulheres trajando "top"; miniblusa; minissaia e shorts com altura acima do meio da coxa; e homens trajando blusa regata e/ou calção.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Critérios relacionados 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;
- Horário das refeições do ACOMPANHANTE:

DESJEJUM	7h às 8h
ALMOÇO	11h30min às12h-40min
LANCHE	14h30min às15h-30min
JANTAR	20h às 21h

- Será permitida a entrada de material de higiene pessoal (escova, creme dental, sabonete, desodorante, xampu) e peças intimas (calcinha, cueca e sutiã);
- Só poderá haver UM acompanhante por paciente, nos casos previstos em lei, exceto em pacientes em tratamento de doenças infectocontagiosas . Somente este acompanhante terá direito às refeições;
- Crianças menores de 12 anos não terão acesso à area interna do hospital;
- Informações gerais relacionadas à pacientes poderão ser obtidas nos horários e números de telefones estabelecidos, informações especificas do estado de saúde dos pacientes serão repassadas via Boletim Diário.

Conclusão:

- A presença do familiar no processo de hospitalização é de grande importância para a recuperação do paciente, o acompanhante e as visitas dos familiares contribuem para o bem-estar, trabalhando a autoestima e apoiando emocionalmente em que o paciente necessitar.
- A elaboração/validação de instrumentos implicados: formulários, termos, entre outros visa auxiliar a comunicação aberta e orientar os processos.
- Acesso e Acolhimento: Classificação de Risco; Acolhimento multiprofissional; Ambientação para garantia de acesso, bem como desenvolvimento de estratégias para inclusão de portadores de necessidades especiais (rampa, sinalização para deficiente visual) devem ser implementados como estratégia a facilitação do acesso e inclusão;

IMED

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

- Desenvolvimento Estratégico de ações para Comunicação com os trabalhadores envolvidos visam facilitar as ações acima descritas, de facilitação do acesso e inclusão;
- Rever processo de trabalho e comportamentos para comtemplar ambiente de trabalho adequado a humanização do atendimento (Diminuir ruídos, temperatura, manter adequada higienização e servir alimentação).
- Inclusão do tema de humanização na unidade e realização das capacitações sistemáticas necessárias a adoção e implementação da Política de Atendimento Humanizado por todos os colaboradores.
- Realização de ações educativas, considerando as campanhas preconizadas pelo ministério (hanseniase, tuberculose, doação de órgãos, outubro rosa, novembro azul, entres outros).
- Realização da visita multidisciplinar para discussão do plano terapêutico entre os profissionais, acompanhantes/familiares/ pacientes.

MONITORAMENTO:

Registros de queixas na Ouvidoria/SAU.

REFERÊNCIAS:

Política Nacional de Humanização – Humaniza-SUS; disponível em

https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus. Acesso em 28/10/2021.

HISTÓRICO DE REVISÕES:

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Núcleo Interno de Regulação – NIR Data: XX/XX/XXXX Psicóloga Data: XX/XX/XXXX Assistente Social Data: XX/XX/XXXX	Gestão da Qualidade - GQ Data: XX/XX/XXXX	Gestão da Qualidade - GQ Data: XX/XX/XXXX

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

O Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - Dr Geraldo Landó – HESLMB, possui compromisso em relação ao cuidado com o meio ambiente, orientando o tratamento das questões inerentes a este tema, contribuindo para implementação de um modelo de Gestão Ambiental em consonância com os Princípios da Sustentabilidade, estimulando práticas para redução de impactos no meio ambiente, assegurando:

- Comprometimento com a melhoria continua, promovendo o uso racional e adequado de recursos naturais e com a prevenção da poluição;
- Incentivo aos colaboradores, parceiros e fornecedores a atuarem com responsabilidade na conservação do meio ambiente;
- Promovendo relacionamento para o cuidado com o meio ambiente com os diversos segmentos da sociedade e as partes interessadas;



- Permanente conformidade com as políticas públicas, com os marcos legais e regulatórios relacionados ao meio ambiente, assegurando a otimização das ações que permitam a redução e/ou eliminação dos efeitos ambientais adversos;
- Evitando o desperdício de recursos na instituição bem como água e energia, atendendo aos princípios do desenvolvimento sustentável;
- Implantando programas e ações ambientais de forma articulada com outros setores e instituições.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

promovendo atividades para educação ambiental sustentável;

- Utilizando produtos e tecnologias que minimizem os impactos ambientais das atividades da instituição;
- Potencializar os impactos positivos das atividades no meio ambiente, bem como trabalhando para minimizar os impactos negativos, destinando corretamente todos os resíduos gerados.

ESCOPO

A política é orientada pela diretriz que introduz a diminuição de desperdício de matérias-primas, de recursos como água e energia, e de forma indireta, incentiva a responsabilidade ambiental nos colaboradores.

ÁREA DE APLICAÇÃO

Todos os setores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó – HESLMB e empresas terceirizadas que atuam nas dependências do hospital.

DESCRIÇÃO

Siglas e Definições

MEIO AMBIENTE: CIRCUNVIZINHANÇA EM QUE UMA ORGANIZAÇÃO OPERA, INCLUINDO-SE AR, ÁGUA, SOLO, RECURSOS NATURAIS, FLORA, FAUNA, SERES HUMANOS E SUAS INTERRELAÇÕES (ISO 14001:2004).

GESTÃO AMBIENTAL: É UM PROCESSO INTERATIVO E CONTÍNUO, COMPREENDE A ESTRUTURA, RESPONSABILIDADES, PRÁTICAS, PROCEDIMENTOS, PROCESSOS E RECURSOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA E OBJETIVOS AMBIENTAIS (ISO 14001:2004).

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: SATISFAZ A NECESSIDADE DO PRESENTE SEM COMPROMETER A CAPACIDADE DAS FUTURAS GERAÇÕES DE SATISFAZEREM SUAS PRÓPRIAS NECESSIDADES.

RESÍDUO: MATERIAL NÃO APROVEITADO NAS ATIVIDADES HUMANAS, PROVENIENTES DAS INDÚSTRIAS, COMÉRCIOS E RESIDÊNCIAS (ISO 14001:2004).

IMPACTO AMBIENTAL: QUALQUER MODIFICAÇÃO DO MEIO AMBIENTE, ADVERSA OU BENÉFICA, QUE RESULTE, NO TODO OU EM PARTE, DOS ASPECTOS AMBIENTAIS DA ORGANIZAÇÃO (ISO 14001:2004).

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

EXEMPLOS: POLUIÇÃO DO SOLO, CONTAMINAÇÃO DO LENÇOL FREÁTICO, AQUECIMENTO GLOBAL, POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA, INDUÇÃO A PROCESSOS EROSIVOS, ALTERAÇÕES NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, INCOMODO PARA A SOCIEDADE CIRCUNVIZINHA ETC.;

SUSTENTABILIDADE: SE REFERE AO DESENVOLVIMENTO DE VÁRIOS SETORES SOCIEDADE COMO A ECONOMIA, A EDUCAÇÃO, A CULTURA, O MEIO AMBIENTE DE FORMA QUE TODOS OS RECURSOS NATURAIS SEJAM UTILIZADOS DE FORMA INTELIGENTE E PRESERVADOS PARA AS GERAÇÕES FUTURAS;

PGRSS: PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS NO SERVIÇO DE SAÚDE;

SESMT: SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO;

SCIH: SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR;

EPI: EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL;

SANEAGO: COMPANHIA DE SANEAMENTO DE GOIÁS;

DIRETRIZES

Identificação dos aspectos ambientais e de sustentabilidade

Aspectos Ambientais

Os aspectos ambientais devem ser tratados de forma articulada entre as áreas do HESLMB, a qual identifica como aspectos ambientais significativos (aqueles que tenham ou possam ter impactos sobre o meio ambiente) de suas atividades, produtos e serviços, como:

- Consumo de água;
- Consumo de energia elétrica;
- Consumo de recursos naturais renováveis (papel);
- Consumo de recursos naturais não renováveis;
- Descarte de Resíduos especiais: equipamentos eletrônicos, lâmpadas e pilhas;
- Descarte de recursos naturais não renováveis, recicláveis: copos descartáveis, vidros e plásticos;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Lançamento de efluentes domésticos e/ou daqueles contendo metais pesados, produtos químicos, tóxicos;
- Descarte de resíduos sólidos - Grupo D e recicláveis; e descarte de resíduos sólidos - Grupos A, B e E;
- Bactérias Multirresistentes.

Tais aspectos quando presentes podem gerar impactos ambientais e ações para diminuição de tais impactos.

ASPECTO AMBIENTAL	IMPACTO AMBIENTAL	AÇÕES PARA MITIGAÇÃO DO IMPACTO
Energia	Esgotamento de Recursos Naturais	• Garantir que o programa de manutenção preventiva da rede elétrica esteja atualizado • Acompanhamento do consumo dos equipamentos que mais consomem energia • Aumentar a eficiência e evitar o desperdício de insumos e o desgaste dos equipamentos: uso racional do ar condicionado, lâmpadas, equipamentos eletroeletrônicos, bombas d'água e elevadores. • Sensibilização dos envolvidos oferecendo dicas de uso racional da energia.
Água	Esgotamento de Recursos Naturais	• Garantir que o programa de manutenção preventiva da rede hidráulica esteja atualizado • Tornar mais eficiente a utilização da água, diminuindo o seu consumo, incentivando assim o uso racional.
	Comprometimento da Saúde	• Garantir a qualidade da água dos poços com realização de teste microbiológico.
Papel	Esgotamento de Recursos Naturais	• Sensibilizar os envolvidos e fornecer dicar para consumo consciente de papel. • Descarte adequado a empresa de reciclagem
Plástico	Esgotamento de Recursos Naturais	• Descarte adequado a empresa de reciclagem

Descarte de Resíduos Especiais (Equipamentos eletrônicos, lâmpadas, pilha, óleo de cozinha)	Contaminação do ambiente (ar, água e/ou solo), alterando suas características físico-químicas	• Eliminação conforme recomenda a norma vigente e PGRSS • Centralização de descarte de óleo de cozinha no setor de SND para posterior encaminhamento a SANEAGO • Centralização do descarte de pilhas e lâmpadas no abrigo de resíduos de serviços de saúde para posterior encaminhamento para empresa terceirizada.
Resíduo Comum e Infectante	Contaminação do ambiente (ar, água e/ou solo), alterando suas características físico-químicas	• Manter documentação relativa aos resíduos atualizada e validada • Minimizar acidentes ocupacionais com resíduo perfuro cortantes • Encaminhar de forma segura os resíduos hospitalares e laboratoriais para seu destino final • Vistoria do PGRSS
Produtos Químicos	Contaminação do solo, água e ar	• Eliminação conforme recomenda a norma vigente e PGRSS • Acompanhamento através das FISPQ'S (Ficha de Informações de Segurança dos Produtos Químicos)
Gases medicinais	Desabastecimento	• Monitoramento diário do abastecimento dos gases medicinais pelo serviço de manutenção • Checagem das áreas assistenciais quanto a utilização nos pacientes.

Requisitos Legais E Outros Aplicáveis À Gestão Ambiental

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - Dr Geraldo Landô - HESLMB, identifica e disponibiliza as legislações aplicáveis relacionadas aos seus aspectos ambientais com a identificação dos requisitos legais conforme aplicação na área. A verificação do cumprimento dos requisitos legais será realizada conforme a necessidade, através de auditorias internas realizadas pelo SESMT, SCIH, Gerencia Assistencial e Gerencia Administrativa, Qualidade e demais Comissões.

Monitoramento e Medição

O Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - Dr Geraldo Landô - HESLMB mede

e monitora as características principais de suas operações que possam ter um impacto ambiental significativo. O desempenho dos indicadores é monitorado e analisado pelos setores envolvidos por meio de relatório, planilhas e pela Coordenação de Facilities.

Os meios de monitoramento e medição são basicamente:

- Medição e análise crítica de indicadores ambientais (energia elétrica), com metas a serem atingida;
- Auditorias internas e vistorias;
- Ações preventivas e corretivas.

Gestão De Resíduos

O gerenciamento de resíduos é um dos fatores que mais impactam na gestão ambiental da instituição. Faz-se necessário que o estabelecimento da classificação dos resíduos gerados (Grupos A, B, C, D e E), segregação, acondicionamento, identificação, armazenamento temporário, transporte interno, armazenamento externo, coleta e transporte externos e o tratamento. As diretrizes para essas etapas estão descritas no PGRSS do hospital, não sendo gerado resíduos do grupo C.

Aspecto de sustentabilidade

Esta política segue as premissas direcionados aos pilares:

Econômico

- Buscar a sustentabilidade econômico-financeira do hospital;
- Melhorar continuamente os serviços prestados;
- Estar em conformidade com normas e regulações da Secretaria Estadual de Saúde de GO;
- Prezar pela transparência no relacionamento com nossos públicos de interesse.

Social

- Oferecer oportunidades de desenvolvimento para nossos colaboradores e terceiros;
- Contribuir para a saúde e bem-estar dos nossos, colaboradores, parceiros e terceiros;
- Buscar parcerias com fornecedores responsáveis, estimulando a qualificação e incentivando a economia local.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Ambiental

- Segregar, armazenar e destinar corretamente os resíduos gerados pelo hospital;
- Estimular a cultura do consumo consciente;
- Mensurar e reduzir as emissões de Gases de Efeito Estufa (GEE) do hospital.

MONITORAMENTO

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

Não se aplica

HISTÓRICO DE REVISÕES:

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Equipe Facilities Data: XX/XX/XXXX	Gestão da Qualidade - GQ Data: XX/XX/XXXX	Diretoria Geral Data: XX/XX/XXXX



LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Orientar e sistematizar as condutas dos profissionais de saúde da instituição para identificação e adequado atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade social.

ESCOPO

Estabelecer diretrizes para garantir o direito de atendimento digno e inclusivo as pessoas em situação de vulnerabilidade social que buscam atendimento à saúde junto à instituição.

ÁREA DE APLICAÇÃO

Setores assistenciais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landô- HESLMB.

DESCRIÇÃO

Do embasamento legal:

O Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 (Brasil, 2004), que regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 (Brasil, 2000), estabelece que os prestadores de serviços devem dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactantes e pessoas com criança de colo. Nas situações de urgência e emergência, o Decreto enfatiza que a prioridade fica condicionada à avaliação médica da gravidade dos casos a atender;

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2001) garante às crianças e adolescentes a prioridade de atendimento nos serviços de saúde. Por sua vez, o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) reforça a garantia, já regulamentada pelo Decreto nº 5.296, de atendimento prioritário às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

PARA EFEITOS LEGAIS, ESTA POLÍTICA INSTITUCIONAL CONSIDERA AS SEGUINTES DEFINIÇÕES:

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Pessoas vulneráveis:

PESSOAS QUE, POR MOTIVAÇÕES DIVERSAS, TÊM ACESSO, PARTICIPAÇÃO E/OU OPORTUNIDADE IGUALITÁRIA DIFICULTADA OU VETADA A BENS E SERVIÇOS UNIVERSAIS DISPONÍVEIS PARA A POPULAÇÃO (BASTOS, 2002), ESTANDO SOB MAIOR RISCO DE SOFRER DANOS DEVIDO A UMA CAPACIDADE REDUZIDA DE PROTEGER SEUS INTERESSES (ROGERS E BALLANTYNE, 2008). AQUI SERÃO CONSIDERADOS AS PESSOAS CUJA VULNERABILIDADE ADVÉM DE CARACTERÍSTICAS INTRÍNSECAS DAS MESMAS - VULNERABILIDADE INTRÍNSECA (ROGERS E BALLANTYNE, 2008) E CUJA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO É DETERMINADA POR LEI FEDERAL (BRASIL, 1998; 2001; 2003; 2004): PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU COM MOBILIDADE REDUZIDA, IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES, GESTANTES, LACTANTES E PESSOAS COM CRIANÇA DE COLO, VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.

Pessoa com deficiência (Brasil, 2004):

É AQUELA QUE POSSUI LIMITAÇÃO OU INCAPACIDADE PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE E SE ENQUADRA NAS SEGUINTES CATEGORIAS:

- Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

- Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz;

- Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

- Deficiência intelectual: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito

anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- comunicação;
- cuidado pessoal;



- habilidades sociais;
- utilização dos recursos da comunidade;
- saúde e segurança;
- habilidades acadêmicas
- lazer;
- trabalho.

- Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.
- deficiência oculta: deficiências ou limitações que não são imediatamente identificadas, são classificados como deficiências ocultas por exemplo o autismo, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Síndrome de Tourette, demência, Doença de Crohn, colite ulcerosa, fobias, entre outras. As principais características dessas deficiências estão relacionadas à interação social, comunicação (verbal e não verbal), comportamentos restritivos e destemperos emocionais (atualmente os portadores e acompanhantes destes são estimulados a usar o "Colar de Girassol", que é uma faixa estreita de tecido ou material equivalente.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

verde, com desenhos de girassóis com uma espécie de crachá com informações sobre o portador e sua deficiência oculta diagnosticada).

- Pessoa com mobilidade reduzida (Brasil, 2004): aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção (acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.)

Criança (Brasil, 2001):

A PESSOA ATÉ DOZE ANOS DE IDADE INCOMPLETOS.

Adolescente (Brasil, 2001):

A PESSOA ENTRE DOZE E DEZOITO ANOS DE IDADE.

Idoso (Brasil, 2003):

A PESSOA COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60 (SESSENTA) ANOS. OBSERVAÇÃO: RESSALTA-SE A EXISTÊNCIA DO DIREITO A PRIORIDADE ESPECIAL ABSOLUTA DOS IDOSOS MAIORES DE 80 ANOS.

Ébrios habituais,

OS VICIADOS EM TÓXICOS E "AQUELES QUE, POR CAUSA TRANSITÓRIA OU PERMANENTE, NÃO PUDEREM EXPRIMIR SUA VONTADE".

Refugiados e estrangeiros:

SÃO CONSIDERADOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E TÊM DIREITOS RECONHECIDOS NA LEI 13.445/2017, CONHECIDA COMO LEI DE MIGRAÇÃO. A ELABORAÇÃO DA LEGISLAÇÃO TEM COMO PRINCÍPIOS A IGUALDADE DE DIREITOS E O COMBATE À XENOFOBIA.

Indígenas, quilombolas e ciganos:

RECONHECIDOS FORMALMENTE PELO GOVERNO FEDERAL EM 2007, POR MEIO DE DECRETO QUE CRIOU A POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DOS POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS. O TEXTO DEFINE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ESSES GRUPOS COMO AQUELES QUE POSSUEM FORMAS PRÓPRIAS DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL E QUE, NA OCUPAÇÃO DE SEUS TERRITÓRIOS, VIVEM SUAS DIFERENÇAS ECONÔMICAS, RELIGIOSAS E CULTURAIS. OS GESTORES PÚBLICOS DEVEM DEFINIR JUNTO COM AS

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS FOI DEFINIDA EM 2010, DE MODO A SER IMPLEMENTADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, COM A FINALIDADE DE INCLUIR SOCIALMENTE ESTE



COMUNIDADES TRADICIONAIS AS FORMAS DE AUXILIÁ-LAS, TANTO PARA PROMOÇÃO QUANTO PARA PROTEÇÃO DA SAÚDE.

GRUPO VULNERÁVEL, AFASTANDO PRECONCEITOS E OPORTUNIZANDO SEU RECONHECIMENTO COMO CIDADÃO BRASILEIRO MERECEDOR DE RESPEITO E CONSIDERAÇÃO.

Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais- LGBTQIA+:

População em situação de rua:

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

A POLÍTICA NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, PREVISTA NO DECRETO Nº 7053/2009, TEM O CONDÃO DE GARANTIR A ESTE PÚBLICO QUE VIVE NAS RUAS EFETIVAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO E CUIDADO, CABENDO AO MINISTÉRIO PÚBLICO MONITORAR E GARANTIR O CUMPRIMENTO DESSA POLÍTICA NECESSÁRIA PARA DAR DIGNIDADE E ATENDIMENTO DE QUALIDADE A QUEM É MARGINALIZADO EM NOSSA SOCIEDADE

Atenção à saúde da população negra:

O ESTADO BRASILEIRO RECONHECE QUE O RACISMO AINDA É UM FENÔMENO PRESENTE NAS ESTRUTURAS ESTATAIS E DA SOCIEDADE BRASILEIRA, E A PERCEPÇÃO GERAL É DE QUE ESSE FENÔMENO INCIDE NO TRATAMENTO DADO ÀS PESSOAS NEGRAS, RELATIVAMENTE AO ACESSO A OPORTUNIDADES E DIREITOS, COMO NO CASO DOS SERVIÇOS DE SAUDE PÚBLICA

Medidas utilizadas para garantir nos atendimentos a prioridade às pessoas vulneráveis, excluindo

situações de urgência/ emergência

Diretrizes:

- Implantação e implementação de políticas institucionais que garantam o acesso e atendimento adequado de acordo com a vulnerabilidade associada;
- Treinamento e capacitação sistemática, humanizada e frequente da equipe de colaboradores próprios e terceirizados para atender e lidar com as características únicas de cada indivíduo, incentivando o tratamento digno e igualitário da pessoa humana levando em consideração as características especiais que a diferencia das demais;
- Estabelecimento de rotinas através de senhas e fluxos diferenciados de atendimento que demonstrem a priorização no atendimento prestado pela unidade, às pessoas vulneráveis, nas situações NÃO urgentes.

NOTA: Urgência e emergência - A principal diferença entre esses dois estados é que emergência apresenta ameaça imediata para a vida do paciente, enquanto a urgência é uma ameaça em um futuro próximo,

que pode vir a se tornar uma emergência se não for solucionada. Nas situações denominadas urgência/emergência, a priorização de atendimento se dará através de sistema de Acolhimento com Classificação de Risco fundamentado no Protocolo de Manchester.

atendimento. É um sistema de triagem que funciona com cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul:

VERMELHO: PARA EMERGÊNCIAS, O PACIENTE NÃO PODE ESPERAR NENHUM MINUTO;



LARANJA: O ATENDIMENTO É MUITO URGENTE, A ESPERA NÃO PODERÁ ULTRAPASSAR 10 MINUTOS;

AMARELO: O ATENDIMENTO É URGENTE, MAS O PACIENTE PODE AGUARDAR POR UM PERÍODO DE ATÉ 60 MINUTOS;

NOTA: Protocolo de Manchester - no Protocolo de Manchester, os profissionais de saúde precisam efetuar uma avaliação do quadro clínico do paciente. O objetivo é identificar o risco do quadro em questão, colocando uma pulseira colorida no paciente que indica a gravidade do seu caso e a priorização do seu

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

VERDE: POUCO URGENTE, PODE AGUARDAR POR ATÉ 120 MINUTOS OU SER ENCAMINHADO PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE;

AZUL: NÃO HÁ URGÊNCIA; O TEMPO DE ESPERA PODE SER DE ATÉ 240 MINUTOS OU SERÁ ENCAMINHADO A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE.

- Evidenciar o cumprimento da lei federal, assegurando a prioridade no atendimento por meio de documentação impressa (p. ex., regimento interno da unidade), sinalização (placas com informações escritas e figuras), sistema de senhas, outras estratégias por meio de atendimento diferenciado ("Posso Ajudar"), atendimento a pacientes trazidos ao serviço por meio de veículos oficiais, e outras estratégias de fluxo diferenciado de atendimento que demonstrem a priorização no atendimento prestado pelo estabelecimento hospitalar às pessoas vulneráveis, nas situações não urgentes.

- Disponibilizar local específico para atendimento prioritário, com garantia do direito de livre escolha;

- Divulgar, em lugar visível, do direito de atendimento prioritário.

Diferença entre acidente e violência:

SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID (OMS, 1985; OMS, 1995), OS ACIDENTES E AS VIOLÊNCIAS SÃO CLASSIFICADOS COMO CAUSAS EXTERNAS, QUE ENGLOBAM AGRESSÕES (FÍSICAS, PSICOLÓGICAS E SEXUAIS); LESÕES AUTOPROVOCADAS; ACIDENTES DE TRÂNSITO, DE TRABALHO, QUEDAS, ENVENENAMENTOS, AFOGAMENTOS, ENTRE OUTROS ACIDENTES. APESAR DE O CID INSERIR OS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO MESMO GRUPO, É DE SUMA IMPORTÂNCIA ESCLARECER QUE O CONCEITO DE VIOLÊNCIA É AQUELE QUE CAUSA DANOS À VIDA DE FORMA GERAL, E O CONCEITO FORMAL DE ACIDENTE É UM EVENTO NÃO INTENCIONAL, QUE TAMBÉM CAUSA DANO FÍSICO E EMOCIONAL. NO ENTANTO, OS ACIDENTES PODEM SER EVITADOS COM MEDIDAS DE PRECAUÇÃO, RETIRANDO, EM ALGUNS CASOS, SEU CARÁTER NÃO INTENCIONAL, MAS, PARA CHEGAR A ESSA CONCLUSÃO, DEMANDA-SE INTERPRETAÇÃO.

Tipos de violência:

- **Violência contra Criança e Adolescente:** É qualquer conduta

– ação ou omissão, agressão ou coerção – ocasionada pelo fato de a vítima ser criança ou adolescente, e que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social.

- **Violência contra a Mulher:** É qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo fato de a vítima ser mulher, e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Pode acontecer tanto em espaços públicos como privados.

- **Violência contra o Idoso:** É um ato único ou repetido ou, ainda, a omissão que cause dano ou aflição ao idoso, tal como: discriminação; agressão ou coerção; morte; constrangimento; limitação; sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social ou perda patrimonial.



- **Violência de Gênero:** Violência sofrida pelo fato de ser mulher, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição; produto de um sistema social que subordina o sexo feminino.

- **Violência Intrafamiliar:** Praticada por membros da família (pai, mãe, filha, filho, marido, sogra, padrasto

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa ou fora). Geralmente, expressa-se como abuso físico, sexual, psicológico ou como negligência ou abandono.

- **Violência Física:** Qualquer



ação que machuque ou agrida intencionalmente uma pessoa, por meio da força física, arma ou objeto, provocando ou não danos e lesões internas ou externas no corpo.

- **Violência Institucional:** Essa violência permeia todas as instituições públicas e privadas; apresenta-se na relação de servidores com o paciente/usuário, podendo se dar de diversas formas: ineficácia e negligência no atendimento, discriminação (de gênero, étnico-racial, econômica etc.), intolerância e falta de escuta, desqualificação do saber do paciente, uso de poder, massificação do atendimento e outros.

- **Violência Moral**: Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem.

- **Violência Patrimonial:** Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares.

- **Violência Psicológica**: Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa, por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.

- **Violência Sexual:** É toda relação sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra a sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica. Essa violência é considerada crime, mesmo quando praticada por um familiar, seja ele pai, marido, namorado ou companheiro. Considera-se também, como violência sexual o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros. Consta, ainda, no Código Penal Brasileiro que a violência sexual pode ser caracterizada de forma física, psicológica ou com ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro.

- **Síndrome de Munchausen por Procuração:** Situação em que os pais submetem as crianças a consultas médicas, exames clínicos e/ou cirúrgicos, alegando sintomas físicos, patológicos, fictícios, mediante administração de substâncias à criança. Consequência do desequilíbrio emocional dos pais/responsáveis.

- **Negligência:** É o abandono, falta de cuidados básicos e falta de atenção e proteção. **É negligência:** deixar vacinas em atraso, não levar a consultas médicas, não fazer os tratamentos necessários, perder documentos importantes da criança (ex: certidão de nascimento, cartão da criança), não matricular ou não providenciar a ida da criança à escola, manter a criança sob aparência descuidada e suja, falta de supervisão dos responsáveis - crianças pequenas sozinhas em casa ou constantemente fora de casa, em festas populares, em casa de vizinhos, nas ruas, em abandono; acidentes domésticos previsíveis: quedas da cama, berço, janelas, escadas, banheiras; asfixias por objetos pequenos, brinquedos, travesseiros, fios de telefone, saco plástico, pedaços grandes de alimentos, cordão de chupeta e outros; intoxicações por medicamentos, material de limpeza, veneno de rato, cosméticos, bebida alcoólica, dentre outros; queimaduras no forno quente, tomada, ferro de passar, velas, fósforos, panelas, líquidos quentes, álcool e exposição excessiva ao sol; atropelamentos e afogamentos em piscinas, lagos, praias, banheiras, baldes e vasos sanitários). **É negligência contra o idoso:** negar cuidado e supervisão adequados (especialmente em casos de pessoas com incapacidades físicas ou mentais), deixar o idoso passar por situação de insegurança alimentar, não ministrar as medicações de que

necessita, não levar às consultas marcadas, não prover outros cuidados físicos, isolá-lo dos outros, vesti-lo inadequadamente face ao tempo ou às condições ambientais, deixar o idoso sozinho, entre outros. **Autonegligência:** comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de autonegligência envolve situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as conseqüências das suas ações) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

- **Assédio Moral:** É a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas em que predominam condutas negativas e interações desumanas de longa duração. Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho que desestabiliza a relação da vítima com o ambiente e a organização, forçando-a a desistir do emprego.

- **Autoextermínio/Suicídio:** Ação pela qual alguém põe intencionalmente termo à própria vida. É um ato exclusivamente humano e está presente em todas as culturas. As causas do suicídio são numerosas e complexas.

Notificação dos casos de violência:

Todo caso **suspeito** de violência (psicológica, espancamento, estupro, fraturas, queimaduras...) e negligência deve ser notificado tanto compulsoriamente (SINAN) quanto às autoridades competentes (Policial, Conselho Tutelar) quando cabível.

As vítimas devem ser encaminhadas, juntamente com as Fichas de Notificação preenchidas;

O Serviço Social, Psicologia e NVEH devem ser sinalizados para sua intervenção e se necessário encaminhamento pertinente.

MONITORAMENTO:

Por meio do acompanhamento do sistema de senhas e sinalização de abertura de fluxos e encaminhamentos diferenciados de atendimento às pessoas vulneráveis, nas situações não urgentes.

REFERÊNCIAS:

Lei 13.146/2015, chamada de Lei Brasileira de Inclusão, disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm, acesso em 25/10/2021.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Lei 13714/2018, dispõe sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde; disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13714.htm, acesso em 01/11/2021.

Lei 10.741/2013, dispõe sobre o Estatuto do idoso. disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm, acesso em 26/10/2021.

Projeto de Lei 1501/2021, dispõe sobre o uso do Cordão de Girassol, disponível em https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node05fx5qa9wxrpd1pt29tm885as57588075.node0?codteor=2017231&filename=Avulso+-PL+1501/2021, acesso em 25/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p.12/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates. Saúde da População Negra. Luis Eduardo Batista; Jurema Werneck e Fernanda Lopes (Orgs.). Brasília: De Petrus et Alli Editora Ltda. 2012.

HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Gestão da Qualidade	**Coordenação da Qualidade**	Diretoria de Planejamento e Processos
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Definir a prática do cuidado paliativo e garantir a sua aplicação dentro da melhor evidência científica disponível.

ESCOPO

Proporcionar conforto e dignidade em todas as dimensões do cuidado ao paciente hospitalizado portador de doença aguda/crônica progressiva com sintomas de dor ou desconforto em final de vida.

ÁREA DE APLICAÇÃO

Todas as unidades assistênciais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos - Dr Geraldo Landô - HESLMB.

DESCRIÇÃO

Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de problemas associados com doenças ameaçadoras da vida através da prevenção e alivio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. Cuidado Paliativo tem como princípios:

- Prover alivio de dor e outros sintomas estressantes;
- Afirmar a vida e ver a morte como um processo natural;
- Não antecipar e nem adiar a morte;
- Integrar aspectos psicológicos e espirituais do cuidado;
- Oferecer apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte;
- Oferecer apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;
- Dispor de uma equipe interdisciplinar para atender as necessidades do paciente e seus familiares, inclusive orientação no luto, se indicado;
- Melhorar a qualidade de vida e poder influenciar positivamente o curso da doença;
- Ser aplicável nos estágios iniciais da doença, em conjunto com outros tratamentos que tem o objetivo de prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluir investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações clínicas estressantes (OMS 2008).

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Magnetude

A OMS projeta na última década que as doenças crônicas serão as principais causas de morte no mundo inteiro, por isso, a oferta de serviços e programas de cuidado paliativo para pacientes com doenças terminais vem se tornando um importante problema de saúde pública nas últimas décadas. Em todos os paises ocidentais, principalmente naqueles em desenvolvimento como o Brasil, uma proporção muito elevada de pacientes terminais de câncer e outras doenças não oncológicas são tratados e morrem em hospitais de cuidados agudos, onde geralmente faltam equipes de cuidado paliativo. Recentemente, um relatório do 'The Economist', aponta o Brasil como um dos piores lugares para se morrer no mundo.

Dados ingleses estimam que entre 5 a 23% dos pacientes internados em um hospital geral necessitem de cuidado paliativo e que 22% de todas as internações são de pacientes em seu último ano de vida. *

Transcendência

Em decorrência do continuo surgimento de tratamentos mais eficazes para muitas doenças, a expectativa de vida vem aumentando dramaticamente associado a um grande número de pessoas com doenças crônicas, debilitantes e limitantes da vida. Com múltiplas condições crônicas, os pacientes muitas vezes experimentam uma enorme sobrecarga de sofrimento em decorrência da doença, com a fragmentação do cuidado e dificuldade financeira associada com despesas médicas.

A filosofia do cuidado paliativo moderno surgiu no Reino Unido a partir de 1967 e vem ganhando força no mundo inteiro desde então, principalmente a partir de 1980 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou o desenvolvimento de uma iniciativa global para defender o alívio da dor e disponibilidade de opiáceos no mundo.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) segue indicações internacionais. " O cuidado paliativo deve ser oferecido em conjunto com o tratamento padrão de qualquer doença que ameace a continuidade da vida, não devendo jamais ser associado com a omissão ou exclusão (abandono terapêutico), mesmo durante a pandemia.

Principais atributos dos cuidados paliativos

- Verificação se a intubação não pode trazer mais complicações que beneficios para o paciente;
- O médico deve sempre compartilhar as decisões com a família, e

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

não transferir somente a ela a responsabilidade sobre o paciente;

- Promover alivio da dor e demais sintomas;
- Afirmar a vida e reconhecer a morte como processo natural;
- Não antecipar nem adiar a morte;
- Integrar aspectos psicológicos e espirituais;
- Apoiar uma vida mais ativa possível até sua morte;
- Prestar suporte aos familiares;
- Atuar de forma multidisciplinar.



Vários estudos tem demonstrado que cuidado paliativo melhora a qualidade do cuidado, a satisfação de pacientes, familiares e provedores e pode influenciar positivamente no curso da doença. Pacientes com doenças em estágios avançados ou terminal têm uma grande necessidade de cuidado paliativo, que por razões distintas, a medicina atual predominantemente orientada para a cura.

não consegue atender. O tratamento padrão recebido pelos pacientes com doenças em estágio terminal ainda não foi desenvolvido até o grau necessário.

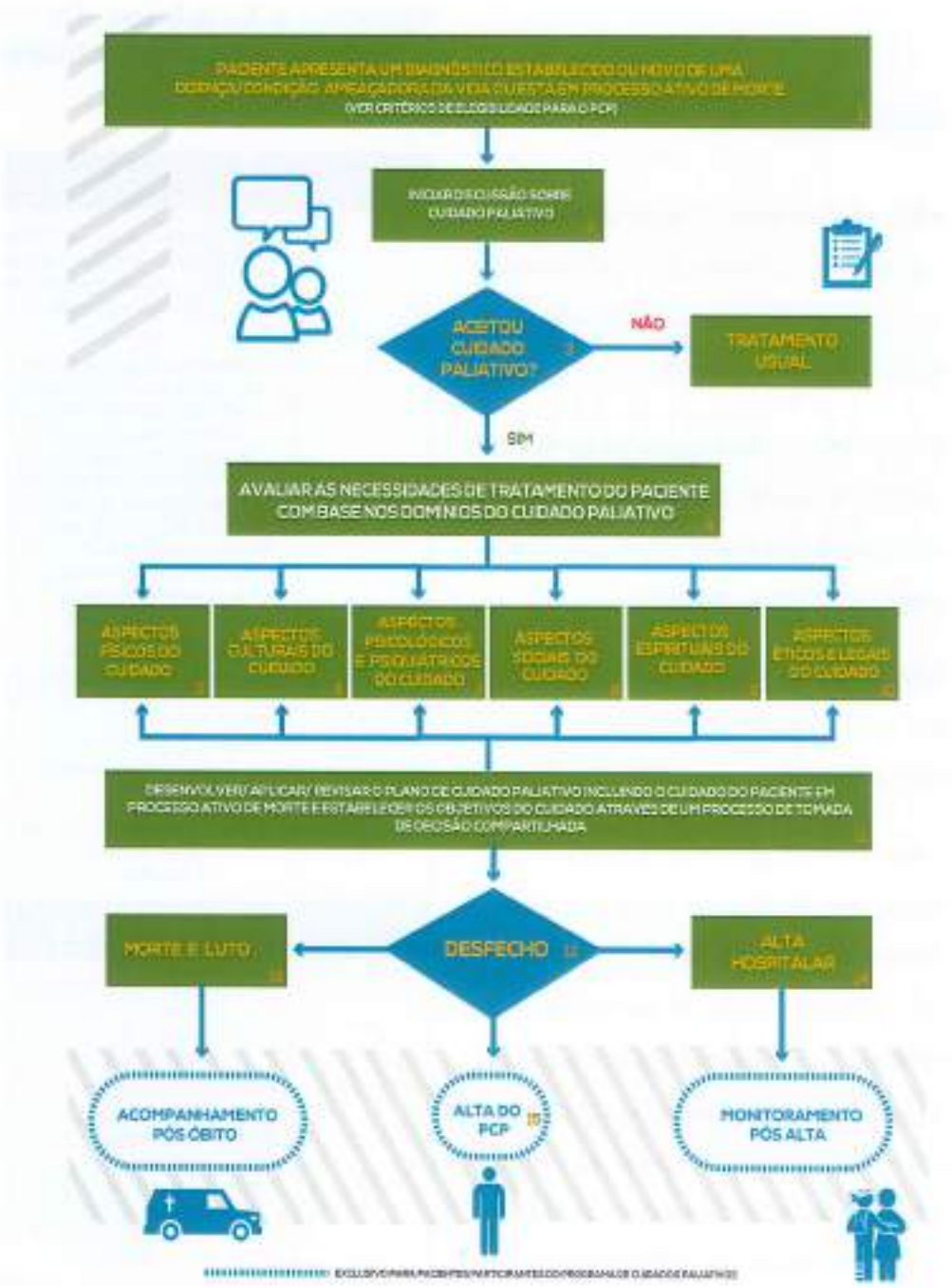
O desafio dos cuidados paliativos para pacientes com Covid-19 é manter uma resposta rápida de forma flexível e humanizada e, ainda seguindo os devidos protocolos. O papel da triagem é fundamental para determinar sua adesão.

Há uma demanda generalizada por atendimento de qualidade, focado no ser humano e a custos razoáveis, que ofereçam a possibilidade da pessoa viver e morrer com dignidade. As prioridades dos pacientes são: ter seus sintomas aliviados, evitar o indevido prolongamento da sua situação, ter uma sensação de controle sobre a tomada de decisão, não ser um fardo para a família e estreitar os laços com seus entes queridos. Desfechos positivos tem sido demonstrado nos programas hospitalares de cuidado paliativo em três áreas: alívio do sofrimento físico e emocional, melhor satisfação do paciente e familiar e redução de custo.

É papel da instituição reconhecer e proteger os direitos dos pacientes a cuidado paliativo adequado e garantir que este cuidado seja acessível a todos aqueles que dele necessitem. Os desafios com as mudanças da demografia social, finanças e sofrimento humano nos remete para um novo patamar na prestação de cuidados de saúde. O cuidado paliativo é um complemento necessário para cuidados agudos e crônicos ora existentes. Visto que melhora qualidade e eficiência dos cuidados para os pacientes mais doentes e vulneráveis e seus familiares, torna-se uma obrigação universal dos serviços e profissionais de saúde. Uma equipe de cuidado paliativo hospitalar representa uma mudança benéfica e continua de paradigma para todos: pacientes, profissionais de saúde, provedores e sociedade. Medicina paliativa é a continuação da longa luta para aceitar a vida em seus próprios termos, honesta e abertamente e cumprir nossa promessa aos pacientes e suas famílias que não vamos abandoná-los quando os nossos tratamentos falharem e que, em todos os momentos, faremos tudo o que pudermos para aliviar seu sofrimento.

Esta política tem como objetivo orientar a prática do cuidado paliativo aos profissionais de saúde, de acordo com as recomendações das principais diretrizes na área. O Política Institucional é periodicamente atualizado de acordo com as atualizações das recomendações das sociedades americanas, européias e brasileiras de cuidado.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX



NOTA: 1. Paciente apresenta um diagnóstico estabelecido ou novo de uma doença/condição ameaçadora da vida ou está em processo ativo de morte.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Recomendações

Cuidado paliativo deve começar no momento do diagnóstico de uma doença/condição grave e continua até a cura, ou até a morte e no período de luto da família.

Os médicos devem reconhecer os pacientes com sinais de morte iminente ou aqueles pacientes que estão recebendo tratamentos ineficazes ou de baixo resultado.

Os médicos devem discutir com paciente/familiar sobre a possibilidade de a doença progredir até a morte.

É recomendável que todo médico inicie discussão sobre cuidado paliativo já no diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida. Embora todos os pacientes que desenvolvem uma doença grave possam sel beneficiar de uma abordagem paliativa, atualmente, a escassez de mão de obra e restrição de recursos representa barreiras para atender todas as necessidades. No quadro abaixo, estão definidos os critérios que os médicos devem usar para identificar um paciente elegível ao cuidado.

Quadro 1. **Critérios de elegibilidade para cuidado paliativo.**

CRITÉRIOS BIOLÓGICOS	
1	Resposta "NÃO" a questão surpresa: Você (médico do paciente) ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 12 meses?
2	O paciente é portador de doença ou condição ameaçadora à vida, em fase avançada (qualquer doença crônica progressiva e sintomática, com o tratamento otimizado e sem indicação de transplante ou diálise como: ICC/DPOC/DRC/Hepatopatia crônica), câncer metastático ou inoperável fora de possibilidade de tratamento quimioterápico e demência avançada.
3	O paciente apresenta baixo estado funcional com índice de Karnofsky (AKPS) ≤ 40%, secundário a uma ou várias condições clínicas irreversíveis.
4	NÃO há uma NOVA proposta de tratamento modificador ou estabilizador da doença.
NÃO BIOLÓGICOS	
5	O paciente e/ou seu responsável foram informados do estágio avançado da doença pelo médico titular ou substituto.
6	O paciente e/ou seu responsável foram informados com relação ao SCP e da proposta de cuidados que visam promover qualidade de vida através do controle de dor e outros sintomas que causam sofrimento.

O plano de assistência inclui os cuidadores e familiares. O paciente e família são considerados unidade de cuidado.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Paciente em processo ativo de morte

Reconhecer o momento em que a morte de um paciente parece inevitável não é uma tarefa fácil, entretanto, alguns sinais e sintomas podem indicar que a morte está se aproximando e que o tratamento agressivo não é mais a melhor opção (ver quadro 2). Iniciar a discussão com o paciente e família é o primeiro passo para estabelecer o plano individual de cuidado e prepará-los para eventos futuros. Isto permite esclarecimento do prognóstico, identificação dos objetivos na fase final de vida e das preferências de cuidado.

Quadro 2. Sinais e sintomas de morte iminente

Angustia existencial
Longos periodos de sono, letargia
Caquexia-anorexia, boca seca e constipação
Delirium
Disfunção urinária
Extremidades frias
Dispneia/Respiração ruidosa

2. Iniciar discussão sobre cuidado paliativ

Recomendações:

Os médicos devem iniciar ou facilitar o planejamento antecipado da assistência para um paciente adulto e sua família com revisão regular na medida em que muda a condição do paciente.

Discussão sobre cuidado paliativo ou encaminhamento deve ser considerada sempre que um paciente desenvolver uma doença grave.

As melhores estratégias de comunicação recomendam ações do tipo: preparação prévia, construção de um ambiente/relacionamento terapêutico, boa comunicação, como dar a má notícia e lidar com as reações do paciente e da família. Em nossa Instituição essa comunicação inicial pode ser realizada pelo médico responsável ou substituto, com o envolvimento subsequente da equipe de cuidado paliativo.

3. Critérios de exclusão para cuidado paliativo

- Menores de 14 anos de idade;

Equipe de cuidado paliativo

O Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - Dr Geraldo Landô, dispõe de uma equipe treinada e habilitada para atender os pacientes e seus familiares diante de problemas associados a doenças que ameacem a continuidade da vida, através de avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Para acompanhamento da equipe é necessário que o médico responsável pelo paciente, após constatar a existência dos critérios de inclusão para cuidado paliativo, faça um pedido de avaliação da equipe de cuidado paliativo. O pedido de avaliação deve ser documentado em prontuário. O enfermeiro responsável pela unidade fica encarregado de comunicar à equipe de cuidado paliativo que tem até 24 horas para responder à solicitação.

A abordagem e seguimento de pacientes em cuidados paliativos, não é privilégio da equipe de cuidado paliativo. Entretanto, é necessário que os médicos que adotem esta linha de conduta, sigam os padrões clínicos, éticos e de comunicação estabelecidos. Nestas situações, a equipe de cuidado paliativo, fica à disposição da equipe responsável para realizar consultoria e auxílio no controle dos sintomas e outros problemas de ordem psicossocial.

4. Avaliar as necessidades de cuidado dos pacientes com base nos domínios do cuidado paliativo.

Recomendações:

Os médicos devem usar ferramentas de avaliação validadas para avaliar a necessidade de cuidado paliativo.

Conferências de cuidados com o paciente, família e equipe interdisciplinar são recomendadas em uma base contínua para discutir a condição do paciente, curso da doença, as opções de tratamento, metas e plano de cuidados.

5. Aspectos físicos do cuidado

Recomendações:

Os aspectos físicos do cuidado do paciente portador de uma doença grave deve ser um componente integral do plano de cuidado paliativo.

Os problemas e sintomas mais comuns como dor, dispneia, fadiga, náusea e vômito, anorexia e caquexia, constipação, boca seca, sonolência, e outros sintomas são rotineira-

mente avaliados. A avaliação, reavaliação e manejo da dor, todo tratamento é individualizado para as circunstâncias únicas de cada paciente.

6. Aspectos culturais do cuidado

Recomendações:

A avaliação cultural deve ser um componente integral do plano de cuidado paliativo.

Em caso de barreira de comunicação é recomendado utilizar intérpretes médicos quando possível.

Abordagem dos aspectos culturais promove a tomada de decisão centrada no paciente/familiar e oferece a oportunidade de identificar preferências de cuidado como: sobre a revelação das informações, preferências dietéticas, cuidados com o corpo do falecido, funeral e rituais de sepultamento.

Quando o paciente não falar português, sempre que possível, deve-se utilizar intérpretes médicos. Na ausência deste, pode-se recorrer a um profissional (preferencialmente da saúde) bilíngue ou membros da família de acordo com o Política de Humanização que estabelece critérios para atendimento para os pacientes vulneráveis e PNE- Pacientes com Necessidades Especiais.

7. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do cuidado

Recomendação:

A avaliação psicológica é um componente integral do plano de cuidado paliativo.

Questões de ordem psicológicas e emocionais estão presente próximo ao final de vida e podem estar associados a sintomas físicos, como por exemplo, dor. A dificuldade em melhorar os sintomas físicos deve levar-nos a observar causas psicológicas ou outras causas.

8. Aspectos sociais do cuidado

Recomendação:

A avaliação social é um componente integral do plano de cuidado paliativo.

A avaliação social deve incluir a estrutura, relações e dinâmica familiar, rede e suporte social existente, finanças, condições de vida, disponibilidade do cuidador, acesso ao transporte, medicações, equipamentos necessários, nutrição e questões legais.

9. Aspectos espirituais do

cuidado

Recomendação:

A avaliação espiritual é um componente integral do plano de cuidado paliativo.

A doença e a perspectiva de morrer podem impactar no significado e propósito da vida da pessoa. Assim, doença e morte têm uma dimensão espiritual.

10. Aspectos éticos e legais do cuidado

Recomendações:

Um plano antecipado de cuidado que inclua a designação de um ou mais responsáveis e as preferências e objetivos do cuidado do paciente e familiar deve ser criado e utilizado.

O Termo de Consentimento informado deve ser obtido para qualquer tratamento ou plano de cuidado, tanto do paciente com capacidade decisional ou responsável designado.

Os objetivos, preferências e escolhas do paciente deve ser a base do plano de cuidado. Devem ser respeitados dentro dos limites das leis e dos códigos de ética profissional dos conselhos de classe e documentado em prontuário.

11. Desenvolver / aplicar / revisar o plano de cuidado paliativo incluindo o cuidado do paciente em processo ativo de morte e estabelecer os objetivos do cuidado através de um processo de tomada de decisão compartilhada

Recomendações:

Os médicos devem discutir a possibilidade de progressão da doença até a morte com o paciente e/ou seus familiares.

Comunicação contínua com paciente e/ou familiares a respeito do processo de morte e o plano de tratamento são recomendados.

No cuidado paliativo o médico usa o modelo de "decisão compartilhada" para desenvolver ou revisar um plano de cuidado. Isto implica em uma discussão honesta sobre as opções terapêuticas disponíveis, seus riscos e benefícios, considerando as preferências e valores do paciente/família e com registro em prontuário. Apesar dos pacientes e familiares terem autonomia na escolha do tratamento, os médicos devem fazer uma clara recomendação baseada em evidência científica, experiência e nas melhores práticas.

Cuidados do Paciente em Processo Ativo de Morte

No cuidado paliativo, uma vez identificado que o paciente encontra-se em processo ativo de morte, a equipe envolvida no cuidado do paciente fornece aos familiares informações claras sobre aspectos físicos e psicológicos do processo de morte, sinais e sintomas de morte iminente e atenção às necessidades culturais e religiosas.

12. Desfecho

Alta hospitalar

Para que o paciente seja considerado pronto para alta para casa, para um ambiente de cuidados crônicos ou de fim de vida (hospice), a equipe hospitalar deve levar em conta uma série de fatores além dos determinantes de saúde. Estes fatores incluem:

- Estado cognitivo do paciente;
- Nível de atividade do paciente e do estado funcional;
- Expectativa de vida;
- Desejos do paciente;
- Expectativa dos familiares;
- O ambiente da casa (por exemplo, a presença de escadas, organização de móveis, limpeza, entre outras) e condições do paciente;
- Disponibilidade de apoio familiar ou acompanhante;
- Capacidade de obter medicamentos e serviços;
- Disponibilidade de transporte do hospital para casa.

*Para pacientes pertencentes ao programa de cuidado paliativo será realizado monitoramento pós alta conforme Plano de Programa de Desospitalização Segura.

13. Morte e Luto

Após a morte do paciente, é essencial permitir que os entes queridos realizem costumes e rituais que são importantes para eles. A equipe interdisciplinar desempenha um papel importante na facilitação de um processo de luto saudável.

MONITORAMENTO

Não se aplica.

LOGO DA UNIDADE

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

REFERÊNCIA

1. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? Lancet. 2005 Oct 29-Nov 4;366(9496):1578-82.

2. Bruera E, Neumann M, Gagnon B, Brenneis C, Kneisler P, Selmser P, Hanson J: Edmonton Regional Palliative Care Program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 1999, 161(3):290-3.

3. Middlewood S, Gardner G, Gardner A: Dying in Hospital: Medical Failure or Natural Outcome? *J Pain Symptom Manage* 2001, 22(6):1035-41.

4. Finlay IG, Higginson IJ, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AGK, Hood K, Douglas HR, Normand CE: Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. *Ann Oncol* 2002, 13(4):257-64.

5. Ellershaw J, Ward C: Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003, 326(7379):30-4.

6. http://graphics.eiu.com/upload/EOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf

7. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J.Oxford Handbook of Palliative Care. 2nd. Edition, page 888)

8. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Lorentzon M, Kite S, Naysmith A, Higginson IJ.The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. Palliat Med. 2000 Mar;14(2):93-104.

9. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, and Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. Journal of Pain and Symptom Management 2002;24(2):91-96.

10. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA. 1995;274(20):1591-1598.

11. Marilyn Jane Field, Christine K. Cassel, Institute of Medicine (U.S.). Committee on Care at the End of Life. Approaching Death: ?Improving Care at the End of Life. ?National Academies Press. 1997 - ?437 páginas.

12. Manfredi PL, Morrison RS, Morris J, Goldhirsch SL, Carter JM, Meier DE. Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? J Pain Symptom Manage 2000;20:166-73

13. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. J Palliat Med 2003;6:699-705.

14. Back AL, Li Y-F, Sales AE. Impact of palliative care case management on resource use by patients dying of cancer at a veterans affairs medical center. J Palliative Med 2005;8:26-35.

15. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, Palmer JL, Reddy S, Walker P, Zhukovsky D, Knight P, Bruera E. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. J Clin Oncol 2004;22:2008-14.

16. Penrod JD, Deb P, Luhrs C, Dellenbaugh C, Zhu CW, Hochman T, Maciejewski ML, Granieri E, Morrison RS. Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. J Palliat Med 2006;9:855-60.

17. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, Meier DE. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. Arch Intern Med 2008;168:1783-90

18. Taylor DH Jr, Ostermann J, Van Houtven CH, Tulsky JA, Steinhauser K. What length of hospice use maximizes reduction in medical expenditures near death in the US Medicare program? Soc Sci Med 2007; 65: 1466-78

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

19. Health Care Guideline: Palliative Care. Fourth Edition November 2011. In www.icsi.org.

20. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. J Pain Symptom Manage. 2008 May;35(5):469-85.

21. JS Temel, JA Greer, A Muzikansky, ER Gallagher, S Admane, VA Jackson, CM Dahlin, CD Blinderman, J Jacobsen, WF Pirl, JA Billings and TJ. Lynch. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010;363:733-42.

22. Lynch T, Clark D, Centeno C, Rocafort J, Flores LA, Greenwood A, Praill D, Brasch S, Giordano A, De Lima L, Wright M. Barriers to the development of palliative care in the countries of Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. J Pain Symptom Manage. 2009 Mar;37(3):305-15.

23. Warm E. Fast fact and concept #012: myths about advance directives. Available at: http://www.eperc. mcw.edu/FFforPDA/104.htm. Accessed on September 10, 2012.

24. D Clark. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. Lancet Oncol 2007; 8: 430–38.

25. NQF http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf

26. Health Care Guideline: Palliative Care. Fourth Edition November 2011. In www.icsi.org.

27. RL. Fine.The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits. BUMC Proceedings 2004;17:259–264

28. MJ Loscalzo. Palliative Care: An Historical Perspective. Em http://asheducationbook.hematologylibrary.org/content/2008/1/465.full

29. Casarett D, Pickard A, Bailey FA, Ritchie C, Furman C, Rosenfeld K, Shreve S, Chen Z, Shea JA. Do palliative care consultations improve patient outcomes? J Am Geriatr Soc 2008;56:593-9

30. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A, Douglas HR, Normand CE. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? J Pain Symptom Manage 2003;25: 150-68.

31. Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, Miccinesi G, Laquintana D: How people die in hospital general wards: A descriptive study. *J Pain Symptom Manage* 2005, 30(1):33-40.

32. HRW Pasman, HE Brandt, L Deliens, and AL Francke. Quality indicators for palliative care: a systematic review. J Pain Symptom Manage 2009;38:145e156).

HISTÓRICO DE REVISÕES:

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Diretoria Técnica	Gestão da Qualidade - GQ	Diretoria de Planejamento e Processos
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Estabelecer diretrizes fundamentais para elaboração, revisão, aprovação, arquivamento, controle, validade e disponibilização das documentações do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos – Dr Geraldo Landô- HESLMB

ESCOPO

Gestão da Qualidade

- Verificar e aprovar os modelos documentais da instituição;
- Assessorar os gestores na elaboração dos documentos;
- Revisar os documentos;
- Realizar padronização dos documentos;
- Assegurar que as versões atualizadas de documentos aplicáveis estejam disponíveis nos locais de uso, seja eletronicamente ou por meio de distribuição de cópias controladas;
- Monitorar a planilha de gestão de documentos;
- Apontar necessidade de alteração e/ou revisão quando necessário.

Gestores

- Elaborar e revisar documentos, utilizando a estrutura de campos definidas pela Politica de Gestão de Documentos e Registros;
- Garantir que a elaboração e/ou revisão dos documentos sejam de conhecimento dos colaboradores sob sua responsabilidade, bem como daqueles com que possui interação;
- Garantir que os colaboradores tenham acesso aos documentos pertinentes às áreas/processos com que estão envolvidos;
- Zelar pelo cumprimento dos processos definidos nos documentos institucionais;
- Apontar necessidade de alteração e/ ou revisão quando necessário.

ÁREA DE APLICAÇÃO

Todos os setores do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos – Dr Geraldo Landô- HESLMB.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

DESCRIÇÃO

IMPORTÂNCIA DOS DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS: OS DOCUMENTOS DETERMINAM PADRÕES PARA AS ATIVIDADES, COM O OBJETIVO DE GARANTIR UM DETERMINADO PROCESSO, ATIVIDADE OU TAREFA, CONTENDO PASSOS PRÉ-DETERMINADOS A SEREM SEGUIDOS ROTINEIRAMENTE PARA GARANTIR O OS RESULTADOS ESPERADOS.

DOCUMENTOS DA QUALIDADE: SÃO DOCUMENTOS QUE ORIENTAM E DETERMINAM COMO OS PROCESSOS DA INSTITUIÇÃO DEVEM SER CONDUZIDOS, DE FORMA A MANTER AS DISPOSIÇÕES PLANEJADAS E O NÍVEL DE QUALIDADE E SEGURANÇA NA EXECUÇÃO DE TAIS.

COPIA CONTROLADA: DOCUMENTO CUJA DISTRIBUIÇÃO É CONTROLADA, SENDO PROIBIDA SUA REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL, BEM COMO SUA DESTRUIÇÃO E EXTRAVIO.

CATEGORIAS DE DOCUMENTOS E APLICABILIDADE

OS DOCUMENTOS E REGISTROS DO HESLMB ESTÃO HIERARQUIZADOS CONFORME DESCRIÇÃO A SEGUIR:



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Categorias de documentos

- ATA DE REUNIÃO: CONSISTE EM UM REGISTRO ESCRITO COM O OBJETIVO DE REPRODUZIR TODOS OS ACONTECIMENTOS, DISCURSÕES E DECISÕES TOMADAS E UMA REUNIÃO OU ASSEMBLEIA.

- FICHA TECNICA DE INDICADORES (FT): É A PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO PRODUTIVO, CONFERINDO AO TRABALHO DIÁRIO COM UMA MAIOR EFICIÊNCIA, POSSIBILITANDO O LEVANTAMENTO E CÁLCULO DE DADOS DE MANEIRA PADRONIZADA.

- FORMULÁRIOS (F): MODELO OU IMPRESSO PARA DETERMINADO FIM, COM CAMPOS QUE DEVEM SER PREENCHIDOS COM DADOS ESPECÍFICOS DO INTERESSADO.

- FLUXOGRAMA (FX): UTILIZADA PARA REPRESENTAR A SEQUÊNCIA E INTERAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PROCESSO POR MEIO DE SÍMBOLOS GRÁFICOS. OS SÍMBOLOS PROPORCIONAM UMA MELHOR VISUALIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO PROCESSO AJUDANDO NO SEU MELHOR ENTENDIMENTO E TORNANDO A DESCRIÇÃO DO PROCESSO MAIS VISUAL E INTUITIVO.

- LISTA DE PRESENÇA (LT): ESTE TERMO TAMBÉM PODE SER USADO PARA SE REFERIR A ASSIDUIDADE, INDICANDO QUE DETERMINADA PESSOA COMPARECEU OU ESTÁ PRESENTE EM DETERMINADO LOCAL.

- MANUAIS (MN): MANUAIS SÃO TODO E QUALQUER CONJUNTO/ AGRUPAMENTO DE NORMAS, PROCEDIMENTOS, PROTOCOLOS, FUNÇÕES, ATIVIDADES, POLÍTICAS E OUTRAS ORIENTAÇÕES QUE DEVEM SER OBEDECIDAS E CUMPRIDAS POR TODOS OS AGENTES DE UMA ORGANIZAÇÃO.

- MEMORANDO: REALIZA A COMUNICAÇÃO INTERNA ENTRE OS SETORES DA INSTITUIÇÃO.

- ORDEM DE SERVIÇO (OS): SÃO INSTRUÇÕES POR ESCRITO QUANTO ÀS PRECAUÇÕES PARA EVITAR ACIDENTES DO TRABALHO OU DOENÇAS OCUPACIONAIS. A ORDEM DE SERVIÇO PODE ESTAR CONTEMPLADA EM PROCEDIMENTOS DE TRABALHO E OUTRAS INSTRUÇÕES.

- PLANOS DE CONTINGÊNCIA (PC): APRESENTA O PLANEJAMENTO EM CARÁTER PREVENTIVO E ALTERNATIVO E TEM POR FINALIDADE ATENDER SITUAÇÕES ADVERSAS.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

- PLANOS INSTITUCIONAIS (PL): SÃO INSTRUMENTOS ASSOCIADOS À GESTÃO ESTRATÉGICA INTEGRADA E SERVEM DE ELEMENTO ORIENTADOR DO PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL E COMO INSTRUMENTO DE DIVULGAÇÃO JUNTO À COMUNIDADE E À ÓRGÃOS EXTERNOS. DOS PRINCIPAIS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS DEVENDO SER APROVADO PELA ALTA DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO.

- POLÍTICAS INSTITUCIONAIS (PL): É UM CONJUNTO DE NORMAS, QUE DEVEM SER OBEDECIDAS PELOS COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO SEJA INDIVIDUALMENTE OU EM CONJUNTO.

- PORTARIA INTERNA: É UM ATO NORMATIVO INTERNO DESTINADO A ORDENAR OS SERVIÇOS EXECUTADOS POR COLABORADORES UM DETERMINADO SETOR DA INSTITUIÇÃO.

- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP): É O PLANEJAMENTO DO TRABALHO REPETITIVO, E TEM COMO OBJETIVO PADRONIZAR E MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE DESVIOS NA EXECUÇÃO DA ATIVIDADE

- PROTOCOLO (PCL): PROMOVE A PADRONIZAÇÃO DAS CONDUTAS MULTIDISCIPLINARES. ISSO É, AUXILIAM NA UNIFORMIZAÇÃO DOS TIPOS DE TRATAMENTO PARA DETERMINADOS DIAGNÓSTICOS. SÃO OBRIGATORIAMENTE BASEADOS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA. ORGANIZAM E FACILITAM A TOMADA DE DECISÕES DA GESTÃO HOSPITALAR, TANTO DO PONTO DE VISTA DA ASSISTÊNCIA QUANTO INSTITUCIONAL.

- REGIMENTO INTERNO (REG): ORIENTA OS PROCESSOS DE TRABALHO E ATENDE OS PROCESSOS LEGAIS NECESSÁRIOS, PARA O BOM FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO. ESSE DOCUMENTO CONTRIBUI SIGNIFICATIVAMENTE PARA O BOM FUNCIONAMENTO DOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS.

- ROTINA (RT): É DESTINADA A ORIENTAÇÃO, QUANTO À EXECUÇÃO DIRETA DE DETERMINADA ATIVIDADE SETORIAL ESPECÍFICA, NÃO DESCREVE E NEM ORIENTA PROCEDIMENTOS.

NOTA: Os modelos dos documentos descritos constam em anexo.

Ciclo de criação documentos

ELABORAÇÃO: É A DESCRIÇÃO DETALHADA DA ATIVIDADE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

DESENVOLVIDA. ESTA ETAPA É DE RESPONSABILIDADE DOS GESTORES DOS SETORES.

REVISÃO: A REVISÃO É REALIZADA PELO NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR, ONDE CONSISTE NA ANÁLISE DETALHADA DO DOCUMENTO, COM FOCO NA PADRONIZAÇÃO, CONCEITOS E CONHECIMENTO DO PROCESSO, APÓS A REVISÃO OS DOCUMENTOS SÃO DIRECIONADOS PARA OS GESTORES DAS ÁREAS COMPETENTES PARA A SUA APROVAÇÃO.

APROVAÇÃO: A APROVAÇÃO É REALIZADA PELOS GESTORES DAS ÁREAS COMPETENTES, ONDE É FEITA UMA ANÁLISE CRÍTICA DO DOCUMENTO, PERMITINDO ASSIM QUE ELE ESTEJA ENTÃO APTO PARA SER APLICADO NA INSTITUIÇÃO. APÓS A APROVAÇÃO OS DOCUMENTOS DEVEM SER ENCAMINHADOS A GQ, PARA A REALIZAÇÃO SUA CODIFICAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO.

CODIFICAÇÃO: OS DOCUMENTOS RECEBERÃO CÓDIGOS ÚNICOS QUE SEGUIRÃO OBRIGATORIAMENTE A SEGUINTE ESTRUTURA:

DOCUMENTO	CODIFICAÇÃO
Ata de reunião	Não se aplica
Ficha Técnica de Indicadores	FT.HESLMB.###.0##
Formulário	F. HESLMB.###.0##
Fluxograma	FX. HESLMB.###.0##
Lista	LT. HESLMB.###.0##
Manual	MN. HESLMB.###.0##
Memorando	Não se aplica codificação pela GQ, a numeração é controlado pelo departamento responsável.
Ordem de Serviço	OS. HESLMB.###.0##
Plano de Contingência	PC. HESLMB.###.0##
Plano Institucional	PL. HESLMB.###.0##
Política	PT. HESLMB.###.0##
Portaria	Não se aplica codificação pela GQ, a numeração é controlado pelo departamento responsável.
Procedimento Operacional Padrão	POP. HESLMB.###
Protocolo	PCL. HESLMB.###
Regimento Interno	REG. HESLMB.###
Rotina	RT. HESLMB.###.0##

Os caracteres ### representam o setor competente e o número sequencial, controlado pela GQ.

NOTA: Toda e qualquer codificação dos documentos abrangidos por este Protocolo deve ser obrigatoriamente emitida pela GQ.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

DISTRIBUIÇÃO: OS DOCUMENTOS ORIGINAIS FICAM EM POSSE DA GESTÃO DA QUALIDADE - GQ. A CÓPIA DO DOCUMENTO QUE É DISPONIBILIZADA NOS SETORES SERÁ IMPRESSA NA GQ E APARECERÁ COM A MARCA D'ÁGUA, NA DIAGONAL DE TODAS AS FOLHAS, COM OS DIZERES: CÓPIA CONTROLADA, E DEVEM CONTER ASSINATURA E CARIMBO DOS RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO.

QUANDO FOR NECESSÁRIA ALTERAÇÃO, OS RESPONSÁVEIS DEVERÃO CRIAR UMA REVISÃO DO DOCUMENTO, REGISTRAR NO CAMPO "HISTÓRICO DE REVISÕES" A DATA DA REVISÃO FEITA, O NÚMERO DA NOVA REVISÃO E AS ALTERAÇÕES REALIZADAS NO DOCUMENTO DE FORMA RESUMIDA, ATUALIZAR O RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E ENCAMINHAR O DOCUMENTO PARA REVISÃO DA GQ.

CONTROLE DE VENCIMENTO E REVISÃO DE DOCUMENTOS: A VALIDADE DOS DOCUMENTOS SERÁ DE 2 (DOIS) ANOS APÓS A DATA DE ELABORAÇÃO, PODENDO SER REVISADO ANTES DESTE PRAZO, CONFORME NECESSIDADE, OU OBRIGATORIAMENTE ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.

DEVE-SE GARANTIR QUE TODOS OS DOCUMENTOS SEJAM LEGÍVEIS E MANTIDOS EM CONDIÇÕES QUE ASSEGUREM SUA INTEGRIDADE FÍSICA E ARMAZENADOS DE TAL FORMA A SEREM PRONTAMENTE RECUPERADOS.

REVISÃO DE DOCUMENTOS: MESMO QUE NÃO HAJA ALTERAÇÃO A SER FEITA, OS RESPONSÁVEIS DEVERÃO GERAR NOVA VERSÃO DO DOCUMENTO E PREENCHER O CAMPO "HISTÓRICO DE REVISÕES" COM A DATA DA REVISÃO, O NÚMERO DA NOVA VERSÃO E INFORMAR QUE NÃO HOUVE ALTERAÇÕES NO DOCUMENTO. ATUALIZAR O RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E ENCAMINHAR O DOCUMENTO PARA REVISÃO DA GQ.

Não é necessário o arquivamento físico de versões anteriores, devido à obrigatoriedade de o documento atual conter a informação da última revisão no campo "Histórico de Revisões".

NOTA: Manter os últimos três registros já efetuados no histórico de revisões.

Entre 30 à 60 dias antes do vencimento do documento a GQ disponibiliza o documento editável para o gestor da área competente, sinalizando a necessidade da revisão do mesmo.

IMED

1888

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX



DESCARTE DE DOCUMENTOS:
O DESCARTE DAS CÓPIAS CONTROLADAS DEVE SER FEITO EXCLUSIVAMENTE PELA GQ QUE IRÁ DESTRUÍ-LOS PARA DISPOSIÇÃO NAS LIXEIRAS ADEQUADAS.

DEMAIS DOCUMENTOS: A UTILIZAÇÃO DE ESTRUTURA DE CAMPOS DIFERENTE DO QUE PRECONIZA ESTE PROTOCOLO SÓ SERÁ PERMITIDA COM APROVAÇÃO DA GQ, O QUE SE DARÁ ATRAVÉS DO CONSENTIMENTO NA ETAPA DE REVISÃO.

NOTA: Toda e qualquer codificação dos documentos abrangidos por esta Política deve ser **OBRIGATÓRIAMENTE** emitida pela Gestão da Qualidade.

Os últimos três registros de alterações nos documentos devem ser mantidos no histórico de revisões.

Entre 30 e 60 dias antes do vencimento do documento a Gestão da Qualidade disponibiliza o documento editável para o gestor da área competente, sinalizando a necessidade da revisão do mesmo.

É vedado:

- Rasurar documentos e registros;
- Preencher registros a lápis;
- Utilizar corretivos nos registros;
- Extraviar documentos e registros;

Identificação dos documentos institucionais

- Tamanho do papel: A4;
- Margem da página: Estreita;
- Conteúdo: Fonte: Times New Roman, tamanho: 12, justificado e espaçamento entre linhas de 1,5cm;
- Cabeçalho
- Deve conter a medida de 0,75cm;

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- A primeira coluna: deve conter a medida de 4,5cm X 2,5cm e a logo deve conter a medida de 1,69cmX 3,82cm;

- A segunda coluna: deve conter 9,0cm X 2,5cm, com linhas de 1,18cm. A fonte de tema: Times New Roman, tamanho 12 em negrito, maiúsculo e com espaçamento entre linhas de 1,0cm.

- A terceira coluna: deve conter 5,0cm X 2,5cm, com linhas de 0,59cm. A fonte de tema: Times New Roman, tamanho 9 em negrito, com espaçamento entre linhas de 1,0cm.

MODELO

Hospital Estadual São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landa	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TÍTULO	CÓDIGO: DATA: REVISÃO: PÁGINAS:

Histórico de Revisões

- Na primeira e a segunda coluna: deve conter a medida de 2,54cm de largura. A fonte de tema: Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento entre linhas de 1,0cm;

- Na terceira coluna: deve conter a medida de 9,89cm de largura. A fonte de tema: Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento entre linhas de 1,0cm.

MODELO

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
07/04/2020	00	ELABORAÇÃO INICIAL DO DOCUMENTO
30/10/2020	01	REVISÃO GERAL DO CONTEÚDO DESCRITO NO DOCUMENTO, INSERIDO CABEÇALHO E RODAPÉ

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Aprovação

- A fonte de tema: Times New Roman, tamanho 12, em negrito, com espaçamento entre linhas de 1,0cm, deve conter a largura de 15,32cm;
- No campo elaborado por: Nome do setor pela elaboração do documento;
- No campo revisado por: deve conter a nomenclatura: Gestão da Qualidade;
- No campo aprovado por: Nome da área competente.
- NOTA: Os campos devem ser preenchidos digitalmente, contendo nome completo, seu respectivo conselho e rubricado.

Exemplo

MODELO

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
COMISSÃO DE QUALIDADE DE SEGURANÇA DO PACIENTE	GESTÃO DA QUALIDADE	DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E PROCESSOS
DATA: 20/07/2021	DATA: 20/07/2021	DATA: 22/07/2021

Rodapé

- Deve conter 0,0cm e possuir o seguinte layout, inserido em forma de texto:
- A logo do IMED deve ser inserido à direita e medir 0,85cm X 2,18cm.

MODELO

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Ciclo de implantação e implementação dos documentos

CRONOGRAMA E ATIVIDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO: APÓS REALIZAÇÃO DAS ETAPAS DESCRITAS PARA A CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INICIA-SE A FASE DE IMPLANTAÇÃO DOS MESMOS, O QUE SE MOSTRA UM GRANDE DESAFIO. PARA AUXILIAR NESSE PROCESSO É FEITO UM PLANO DE AÇÃO (5W1H OU 5W2H) CONTEMPLANDO AS ETAPAS E CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO DO DOCUMENTO. ESTA ETAPA É REALIZADA PELO GESTOR DA ÁREA/DEPARTAMENTO/PROCESSO RESPONSÁVEL PELO DOCUMENTO JUNTAMENTE A EQUIPE E/OU COLABORADOR ELABORADOR DE TAL. NESTA ETAPA O LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE RECURSOS MATERIAIS E/OU HUMANOS. CUSTOS ENVOLVIDOS DEVEM SER LEVANTADOS E OS DEPARTAMENTOS DE GESTÃO DE PESSOAS E GESTÃO DA QUALIDADE PODEM SER ACIONADOS.

OFICIALIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA: ENTREGA DO CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA OS DEPARTAMENTOS DE GESTÃO DE PESSOAS E GESTÃO DA QUALIDADE

DISPONIBILIZAÇÃO DO DOCUMENTO NAS ÁREAS ONDE SÃO APLICÁVEIS: O DOCUMENTO JÁ CODIFICADO E APROVADO É DISPONIBILIZADO, EM CÓPIA CONTROLADA, NA ÁREA, NAS VERSÕES DIGITAIS (PDF) E IMPRESSAS.

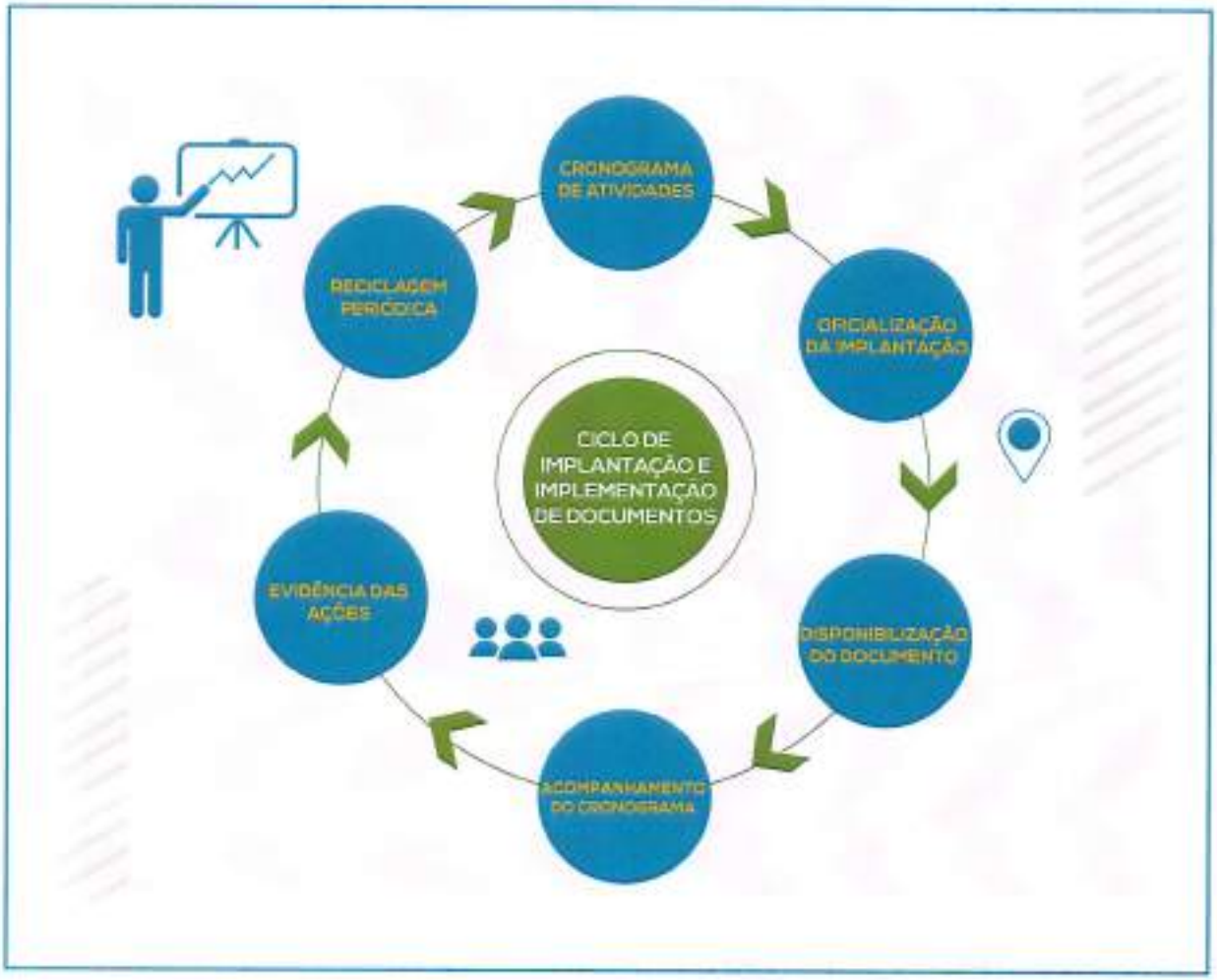
ACOMPANHAMENTO DO CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO: O GESTOR DA ÁREA E GESTÃO DA QUALIDADE ACOMPANHAM CUMPRIMENTO DAS AÇÕES E PRAZOS ESTABELECIDOS.

EVIDÊNCIA DAS AÇÕES DE IMPLEMENTAÇÃO: ENTREGA DAS LISTAS DE PRESENÇA PARA ARQUIVAMENTO NOS DEPARTAMENTOS DE GESTÃO DE PESSOAS (CÓPIA) E GESTÃO DA QUALIDADE (LISTA ORIGINAL).

RECICLAGEM PERIÓDICA: ESTABELECIDA ATRAVÉS DE MUDANÇAS DE ORIENTAÇÃO, ATUALIZAÇÕES E EVIDENCIA DE MELHORES PRÁTICAS OS DOCUMENTOS PODEM SER ATUALIZADOS E O CICLO DE IMPLANTAÇÃO REINICIA.

OBS: Cada gestor deve ter planejamento para integração e apresentação de normas, rotinas, protocolos e procedimentos aos recém contratados, considerando o turnover de sua área.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX



MONITORAMENTO

- Através da planilha de acompanhamento denominada "Lista Mestra" (anexo);
- Através de planilha de

Gerenciamento dos planos de ação (anexo).

REFERÊNCIAS

ABNT NBR ISO 9001:2015.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	02	Mudança da identidade visual do documento, alteração da codificação, alteração da nomenclatura Núcleo de Qualidade Hospitalar – NQH para Gestão da Qualidade – GQ e onde a mesma ocorria no texto, alterados anexos com modelos de documentos conforme nova identidade visual.
XX/XX/XXXX	03	Inserida no texto a figura da pirâmide de hierarquização de Documentos Institucionais.
XX/XX/XXXX	04	Excluídas linhas com as revisões 00 e 01 deste histórico de revisões. Retirada a "Ordem de Serviço (OS)" do rol de documentos controlados pelo Gestão da Qualidade.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Gestão da Qualidade	Coordenação da Qualidade	Diretoria de Planejamento e Processos
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ANEXOS: FIGURAS OU FORMULÁRIOS USADOS NO PROCESSO:

Modelo de ata de reunião



PARTICIPANTES	CARGO/SETOR	ASSINATURA





LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Ficha Técnica de Indicadores

Hospital Estadual São Luis de Montes Belos	FICHA TECNICA DE INDICADORES	Código:
		Data:
	Nome do indicador	Revisão:
		Página: 1 de 1

Definição	Definição da ação EX. Meta 1
Numerador	Nome do indicador: descrição sucinta, objetiva e rapidamente compreensível
Denominador	Objetivo do indicador
RESPONSÁVEL:	Setor responsável pela coleta dos dados EX: RT de enf.
FONTE DE DADOS:	Aonde vou relatar dos dados EX Notificação

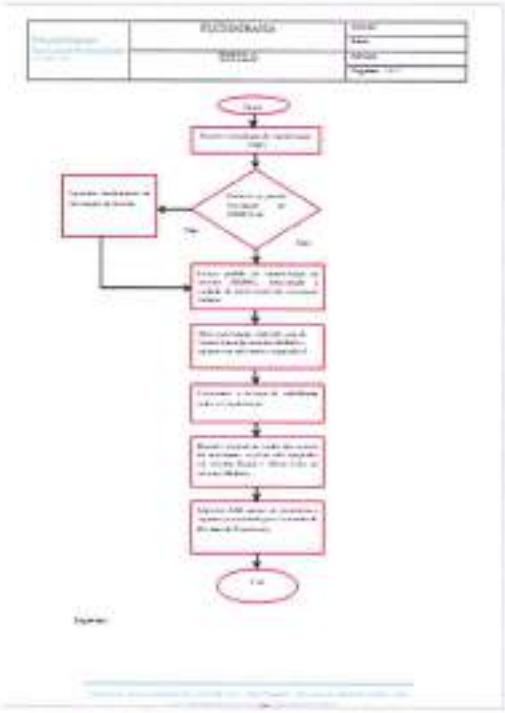
HISTÓRICO DE REVISÕES:

Data da Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações:
08/02/2020	00	Elaboração do documento inicial.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
~~ComissãoXXX~~	Núcleo de Qualidade Hospitalar - NQH	Diretoria Geral
Data: 05/08/2020	Data: 07/08/2020	Data: 10/08/2020

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Fluxograma





Modelo de Lista de Presença





LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Memorando

Hospital Estadual
São Luis de Montes Belos

Memorando Circular Nº 0XX/202X /Nome da unidade de saúde (Especificar Setor)

Caldas-GO, XX de XXXX de 202X.

Ao (Nome completo do colaborador seguido do cargo desempenhado na Unidade e Departamento de destino)

Assunto: (ESPECIFICAR ASSUNTO)

Prezado (a),

Venho por meio deste, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Sem mais particular, me coloco à inteira disposição para resolução de qualquer dúvida que julgue pertinente.

Atenciosamente,

Nome Completo
Cargo
Departamento/ Nome da unidade de saúde

1898

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Plano de Contingência



	MODELO DE PLANO DE CONTINGÊNCIA	

1. OBJETIVO:

• Garantir que o consumo de gêneros seja mantido entre o nível de 2 a 4%, para que não ocorra alteração no cardápio.

2. SETORES RELACIONADOS COM ESTA CONTINGÊNCIA:

• Nutrição.

3. DEFINIÇÕES:

• Nutrição

4. DESCRIÇÕES:

Recursos Necessários:

• Nutri

Descrição passo a passo:

• Auxiliar e Técnico de Farmácia: Ao receber a solicitação de Cotação de Empresas em não for solicitação via sistema encaminhar ao R.T.F.A.M.

• Farmacêutico Geral: Encaminhar os medicamentos vencidos de gêneros com devolução de empresas para os setores responsáveis da unidade e orientar profissionais e os Farmacêuticos (as).

• Farmacêutico Substituto: Os medicamentos de gêneros diversos em desperdício para o comprador de farmácia de dispensação através de seus técnicos com controle de temperatura, mail ou sistema diversos estar cadastrados e identificados com o nome do usuário e orientados profissionais e os Farmacêuticos (as).

• Farmacêutico (a): Solicitar serviço de manutenção com urgência através de empresa parceira – Ordem de Serviço – Manutenção no caso de queda de energia e limitação acima 2 gêneros que não devem ser feito de 15 segundos de energia. Este funcionará por cerca aproximadamente quarenta minutos até a voltar ela.

Resultados esperados:

• E de responsabilidade do técnico de Farmácia garantir que o consumo de gêneros seja mantido entre o nível de 2 a 4%.



	MODELO DE PLANO DE CONTINGÊNCIA	

Itens necessários à cozinha:

•

6. Referências Bibliográficas: ou fazer referência bibliográfica completa conforme exemplos, com não há referência inserida: „Sem referências bibliográficas").

Exemplo:

Fiocruz. A. d. cit. **4.2.3. Controle de Documentos**. In: Gestão da Qualidade para Unidades de Produção e Serviços. Disponível em: <http://...>. Acesso em: 04 de junho de 2021.

8. HISTÓRICO DE REVISÕES:

Data da Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações
00/02/2021	00	Elaboração do documento inicial

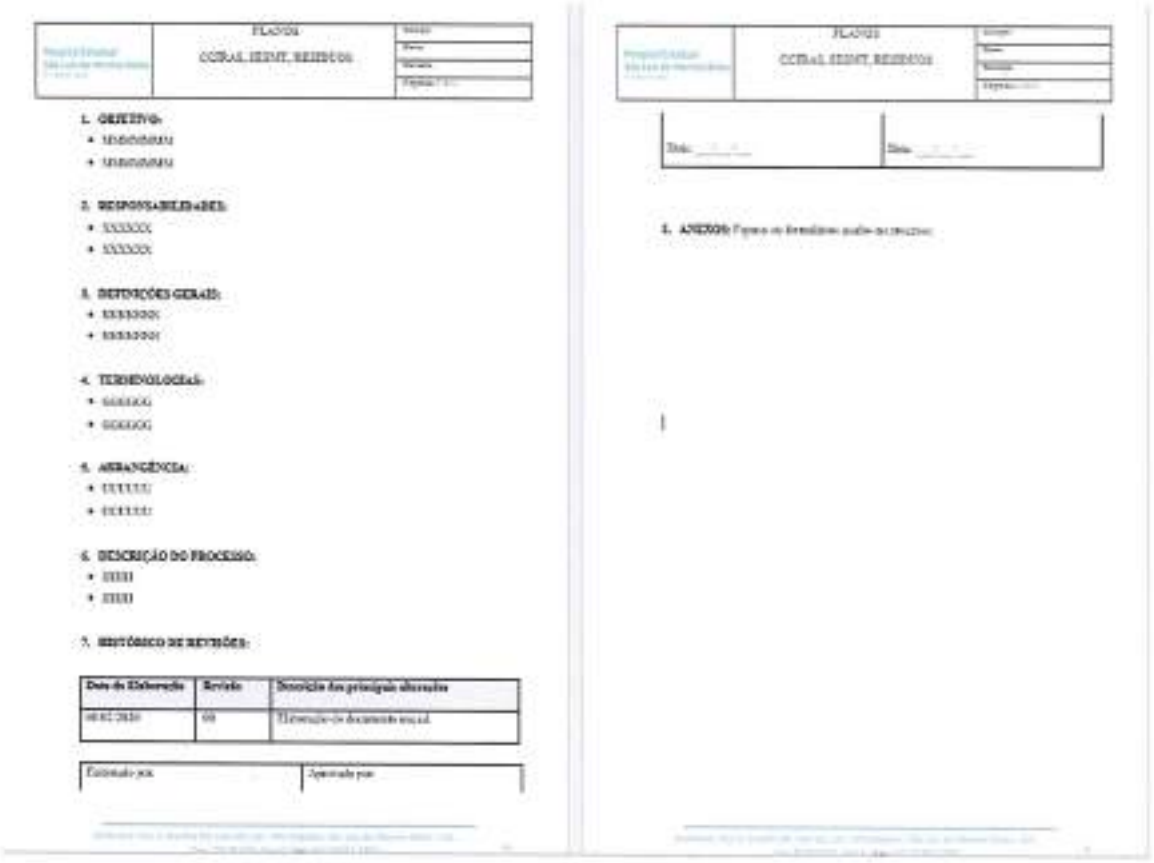
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Equipe XXX Data: 07/06/2020	Núcleo de Qualidade Hospitalar - NQH Data: 07/06/2020	Responsável da área Data: 10/06/2020

7. ANEXOS: Colocar figuras ou fichas utilizadas no processo de contingência.

IMED

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Plano Institucional



	PLANOS CCBAS, IEENF, REDEUNI	

1. **OBJETIVO:**
   - xxxxxxxxxx
   - xxxxxxxxxx
2. **RESPONSABILIDADES:**
   - XXXXXX
   - XXXXXX
3. **DEFINIÇÕES GERAIS:**
   - XXXXXX
   - XXXXXX
4. **TERMINOLOGIAS:**
   - GGGGG
   - GGGGG
5. **ABRANGÊNCIA:**
   - UUUUU
   - UUUUU
6. **DESCRIÇÃO DO PROCESSO:**
   - IIIII
   - IIIII
7. **HISTÓRICO DE REVISÕES:**

Data de Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações
00/00/2020	00	Elaboração do documento inicial.

Elaborado por:	Aprovado por:

	PLANOS CCBAS, IEENF, REDEUNI	

Data: __/__/__ Data: __/__/__

8. **ANEXOS:** Figuras ou formulários usados no processo.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Política



	POLÍTICA INSTITUCIONAL - TÍTULO	

1. OBJETIVO:
   - xxxxxxx.
2. ESCOPO:
   - xxxxxxx.
3. ÁREA DE APLICAÇÃO:
   - xxxxxx
   - xxxxx
4. DESCRIÇÃO:
   - xxxxxxxxxxx
5. MONITORAMENTO:
   - xxxxxxxxx
6. REFERÊNCIAS:
   - xxxxxx.



	POLÍTICA INSTITUCIONAL - TÍTULO	

7. HISTÓRICO DE REVISÕES:

Data da Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações
xx/xx/xxxx	xx	Elaboração do documento inicial.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Equipe XXX Data: xx/xx/xxxx	Núcleo de Qualidade Assistencial - NQA Data: xx/xx/xxxx	Representante da alta Data: xx/xx/xxxx

8. ANEXOS:

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Portaria



PORTARIA INTERNA – 02/2021
COMISSÃO INTERNA DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS - CIVO

A Diretoria do Hospital Estadual São Luiz de Montes Belos Dr. Geraldo Lemke, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pelo Regimento Interno desta Comissão.

RESOLVE:

Artigo 1º Instituir – A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde do Hospital Estadual São Luiz de Montes Belos – HESLMB, designada por esta portaria.

Artigo 2º Nomear – A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde Hospital Estadual São Luiz de Montes Belos – HESLMB, composta pelos colaboradores abaixo:

Colocar os nomes em ordem alfabética por ÁREA

EX:
- Ana Isabel C. Menezes
- Antonio Ferreira da Silva
- Edmar Freitas de Moraes
- Flávia Ramalho

Compete a este Comitê:

- Elaborar medidas de prevenção e apoiar/assessorar a implantação de medidas de prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde;
- Realizar reunião mensais nas quais os indicadores relacionados a infecções relacionadas a assistência à saúde;



- Reunir-se em dia estipulado mensal;
- Promover e propor ações para elevar a segurança e a qualidade dos processos de trabalho;
- Desenvolver ações para integração e articulação multiprofissional no Hospital Regional de Formosa;
- Compatibilizar e divulgar à direção e aos profissionais do HRF os resultados da análise e avaliação dos dados da pesquisa segundo documento do protocolo do SINAN;
- Manter atualizado do acompanhamento do livro clínico do Hospital;
- Manutenir a eficácia e eficiência dos planos de ação e gerenciados pelos gestores.

SEJA CIÊNCIA E CUMPRA-SE.
Cidade, GO XX de XXXX de 2021.

_____
Colocar o nome em ordem alfabética e a função
EX:

_____
Ana Nair Zanin Almeida Tropia Gomes – Coordenadora de Pronto Socorro

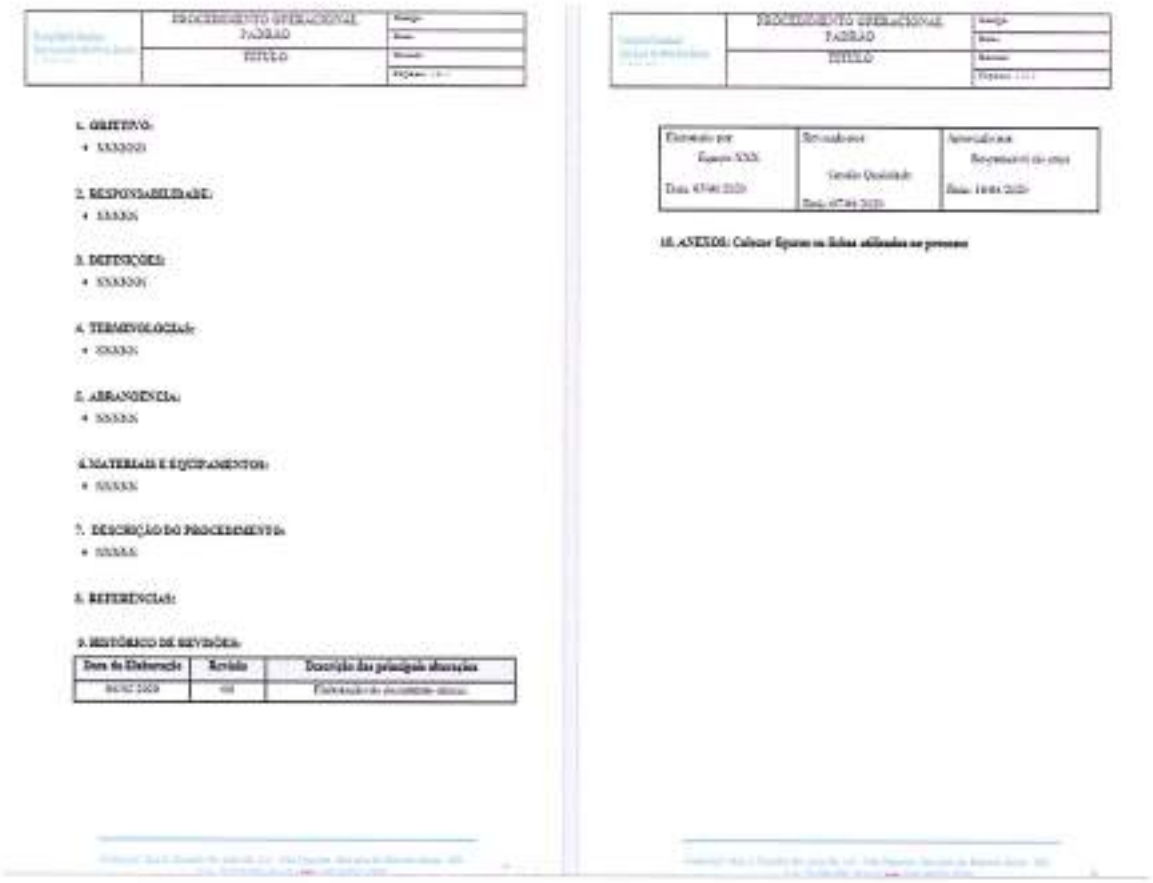
_____
Rejane Vieira de Castro – Diretor Técnico

Assinatura pessoal

_____ _____
Diretor Técnico Diretor Geral

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Procedimento Operacional Padrão – POP



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código:
		Data:
	TÍTULO	Revisão:
		Páginas: 1 de 3

1. OBJETIVO:
   - XXXXXX

2. RESPONSABILIDADE:
   - XXXXX

3. DEFINIÇÕES:
   - XXXXXX

4. TERMINOLOGIA:
   - XXXXX

5. ABRANGÊNCIA:
   - XXXXX

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:
   - XXXXX

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
   - XXXXX

8. REFERÊNCIAS:

9. HISTÓRICO DE REVISÕES:

Data da Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações
04/02/2020	00	Elaboração do documento inicial

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código:
		Data:
	TÍTULO	Revisão:
		Páginas: 2 de 3

Elaborado por: Equipe XXX. Data: 07/04/2020	Revisado por: Gestão Qualidade Data: 07/04/2020	Aprovado por: Responsável do setor Data: 14/04/2020

10. ANEXOS: Colocar figuras ou fichas utilizadas no processo

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Protocolo



	PROTOCOLO	Código:
	NOME DO PROTOCOLO	Revisão:
		Data:
		Páginas:

1. OBJETIVO:
   - XXXXXXXX
2. RESPONSABILIDADES:
   - YYYYYYYYYYYY
3. DEFINIÇÕES GERAIS:
   - YYYYYYYYYY
4. TERMINOLOGIAS:
   - 555555555555
6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:
6. REFERÊNCIAS:
   - OOOOOOOOOOOOOOOOO
7. HISTÓRICO DE REVISÕES:

Data da Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações
07/11/2019	04	Elaboração do documento do zero.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Técnico de Qualidade e Secretaria de Ensino	Coordenação Pedagógica	Direção Geral
Data: 11/11/2021	Data: 11/11/2021	Data: 11/11/2021

	PROTOCOLO	Código:
	NOME DO PROTOCOLO	Revisão:
		Data:
		Páginas:

8. ANEXOS:
   Não se aplica

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Regimento

	REGIMENTO INTERNO COMISSÕES E SERVIÇOS	

REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I

OBJETIVOS

Art. 1º. A CCIRAS tem por finalidade:

I. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial Nº 2.616, de 12 de maio de 1998, e suas alterações;

II. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para a CIRAS;

III. Avaliar sistematicamente o PCIRAS, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do hospital;

IV. Propiciar intercâmbio técnico-científico com serviços similares de outras instituições;

V. Comunicar, regular e sistematizar, aos Coordenadores dos Serviços da unidade de saúde, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao Controle Infecção de Relacionada à Assistência à Saúde

VI. Comunicar, regular e sistematizar, ao Sistema Único de Saúde do Município, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao CIRAS;

VII. Integrar-se com o SCIRAS;

VIII. Encaminhar aos gestores da unidade de saúde relatório anual

	REGIMENTO INTERNO COMISSÕES E SERVIÇOS	

compreendendo aspectos de prevenção e controle propriamente ditos;

IX. Estabelecer um Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas, para as Infecções Relacionada à Assistência à Saúde nos pacientes internados, pacientes de alta Hospitalar e corpo funcional da unidade de saúde;

XI. Propor e controlar relatório ao uso de antimicrobianos, bem como assessorar e supervisionar esta atividade junto ao Serviço de Farmácia Hospitalar SPH da Unidade de saúde;

IV. Planejar e implementar cursos de atualização em CIRAS, estabelecendo sistematicamente um Programa de Educação Médica Continuada para a equipe multiprofissional que lida direta ou indiretamente com a comunidade hospitalar;

V. Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, contraindicações e medidas de prevenção universais relativas à prevenção e ao controle das Infecções Hospitalares em todos os setores da unidade de saúde;

VI. Coletar, consolidar, analisar e divulgar, mensalmente, dados estatísticos por meio de relatório padronizado objetivando informar ao quadro técnico da unidade de saúde, a situação existente relativa à Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

VII. Assegurar a qualidade das informações necessárias para as atividades de assistência, docência, pesquisa e estatística da unidade de saúde, relativas ao conhecimento, controle, prevenção e investigação de IRAS;

VIII. Integrar com a CCIRAS, objetivando desenvolver um conjunto de ações visando a

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Rotina

Hospital Estadual São Luiz de Montes Belos	ROTINA + SERVIÇO	Código: Data: Revisão: Página: 1 de 3

1. OBJETIVO:

- XXXXXXXXX

2. RESPONSABILIDADE:

- NNNNNNNN

3. ABRANGÊNCIA:

- IIIIIIIIII

4. DESCRIÇÃO DA ROTINA/PROCESSO:

- UGGGGGGGGG

5. HISTÓRICO DE REVISÕES:

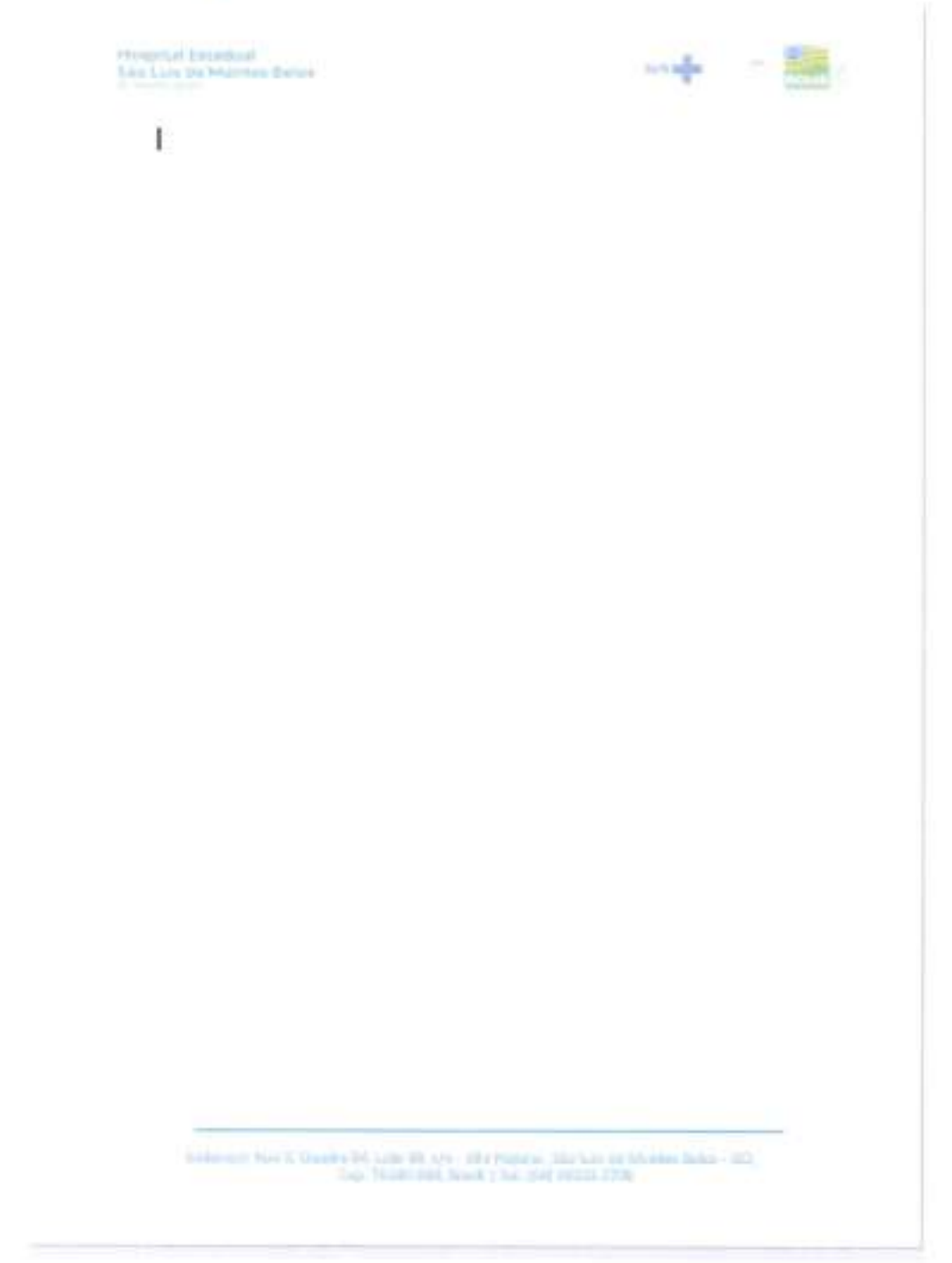
Data da Elaboração	Revisão	Descrição das principais alterações
06/02/2025	00	Elaboração do documento inicial

Elaborado por: Data: __/__/__	Aprovado por: Data: __/__/__

6. ANEXOS: Colocar figuras ou fichas utilizadas no processo

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO E CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Modelo de Papel timbrado



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Tem como objetivo proporcionar a qualidade e segurança no atendimento de forma equitativa, tendo sua legimidade no respeito aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS (universalidade, integralidade e equidade).

ESCOPO

Oferecer ferramentas à instituição para que, desta forma, seja oferecido o melhor cuidado de assistência aos pacientes, mantendo um relacionamento douradoro tanto com estes quanto com nossos parceiros, através de um continuo aperfeiçoamento humano e tecnológico. Implantar, ainda, um modelo de gestão que evidencie a qualidade hospitalar nas mais modernas e efetivas metodologias de avaliação, de modo a contemplar todas as atividades da unidade, sem prejuizo da garantia à segurança do paciente.

ÁREA DE APLICAÇÃO

- Todas as unidades, tanto administrativas como assistenciais, do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos – Dr Geraldo Landó- HESLMB.

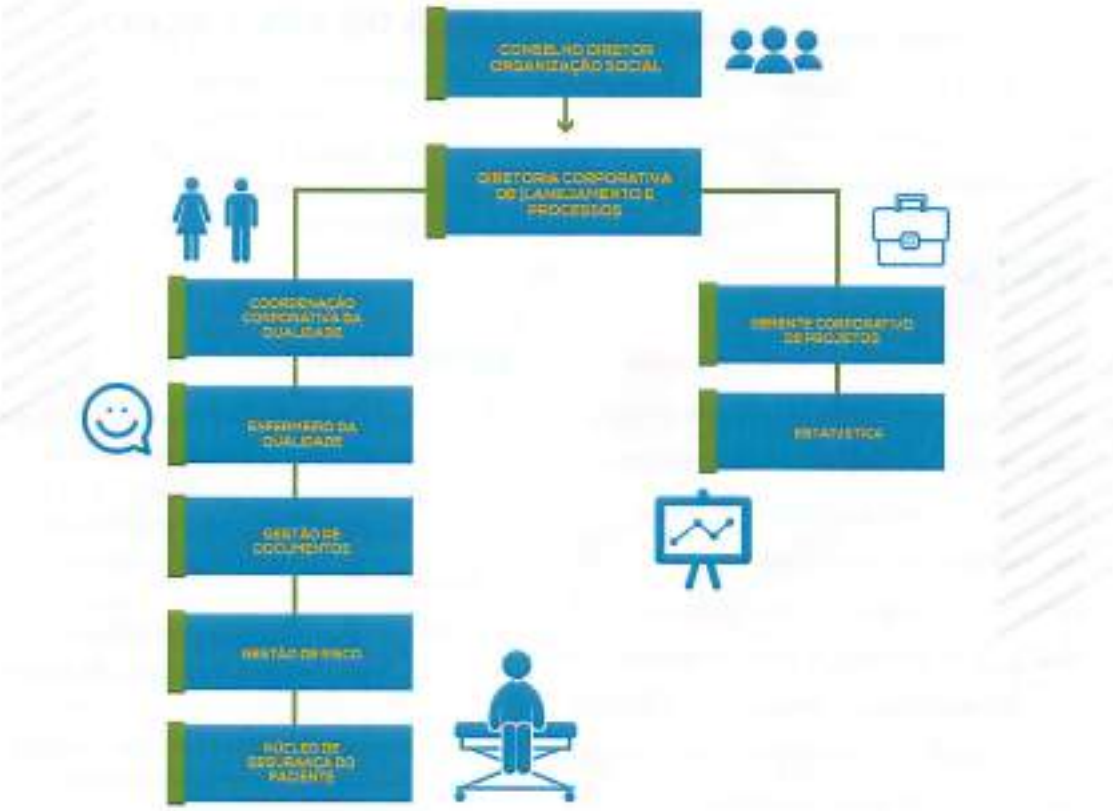
DESCRIÇÃO

- A Política de Gestão da Qualidade estabelece um conjunto de diretrizes criadas pela Alta Gestão e Direção Corporativa, com o objetivo de assegurar a Gestão da Qualidade, garantindo, assim, um padrão nos serviços oferecidos. É utilizada como um parâmetro de melhoria continua dos processos para a melhor tomada de decisões, com vistas a oferecer um melhor cuidado aos pacientes.



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Organograma da Gestão da Qualidade:



Alta Liderança:

- Aprovar diretrizes gerais da política;
- Aprovar a Política de Gestão da Qualidade;
- Analisar os resultados dos indicadores de desempenho, assistenciais, de produtividade e de custos, demonstrados nos Relatórios Tecnicos Mensais, Trimestrais, Semestrais e Anuais;
- Presidir e demandar temas de maior relevância a serem tratadas nas reuniões de análises críticas;
- Requerer as ações de melhorias propostas pelas áreas administrativas e assistenciais.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Diretoria Corporativa de Planejamento e Processo:

- Institur a Política de Gestão da Qualidade;
- Definir os padrões de qualidade e metodologias para a melhoria contínua;
- Propor planos e políticas para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhoria continua da Gestão da Qualidade;
- Promover ações para implementar a cultura da segurança e melhoria contínua dos processos;
- Garantir o monitoramento efetivo na área garantindo agilidade na implementação da melhoria;
- Definir indicadores de monitoramento do processo, como também do resultado, para as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, considerando o monitoramento das mesmas de acordo com a política e diretrizes estabelecidas;
- Dar suporte às lideranças para a avaliação técnica dos resultados, analisar as ações propostas pelas áreas envolvidas e acompanhar a implementação das ações;
- Definir as ferramentas da qualidade e risco a serem utilizadas,
- Promover capacitação da instituição na Política de Gestão da Qualidade.

Coordenação Corporativa da Qualidade:

- Monitorar e auxiliar na implementação da Política de Gestão da Qualidade;
- - Monitorar e auxiliar na implementação dos padrões de qualidade e metodologias para a melhoria continua;
- - Implementar os planos e políticas para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhoria continua da Gestão da Qualidade propostos pela Diretoria Corporativa de Planejamento e Processos;
- - Auxiliar na promoção das ações para implementar a cultura da segurança e melhoria contínua dos processos;
- - Auxiliar na implementação do monitoramento efetivo na implementação de melhorias;
- - Auxiliar as áreas a gerir indicadores de monitoramento do processo, como também

do resultado, para as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, de acordo com a política e diretrizes estabelecidas;

- - Auxiliar as lideranças para a avaliação técnica dos resultados, análise das ações propostas pelas áreas e acompanhamento na implementação das ações;
- - Auxiliar a Gestão da Qualidade na utilização das ferramentas da qualidade e risco a serem utilizadas;
- - Auxiliar na capacitação da instituição na Política de Gestão da Qualidade.

Enfermeiro da Qualidade:

- - Implementar a Política de Gestão da Qualidade;
- - Implementar os padrões de qualidade e metodologias para a melhoria continua;
- - Implementar os planos e políticas para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhoria continua da Gestão da Qualidade propostos pela Diretoria Corporativa de Planejamento e Processos;
- - Implementar a cultura da segurança e melhoria continua dos processos;
- - Implementar o monitoramento efetivo na implementação de melhorias;
- - Auxiliar as áreas a gerir indicadores de monitoramento do processo, como também do resultado, para as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, de acordo com a política e diretrizes estabelecidas, reportando a Coordenação Coordenação Corporativa da Qualidade;
- - Auxiliar as lideranças para a avaliação técnica dos resultados, análise das ações propostas pelas áreas e acompanhamento na implementação das ações;
- - Auxiliar as lideranças na utilização das ferramentas da qualidade e risco a serem utilizadas.
- - Capacitar a instituição na Política de Gestão da Qualidade.

Mapeamento de Processos:

O mapeamento de processos diz respeito ao ato de realizar desenhos de processos por meio de instrumento especifico definido (anexo A). É utilizado como forma de realizar gestão por meio da visualização sistêmica

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

de uma atividade, identificando pontos de fragilidade a serem corrigidos.Tem por objetivo tornar os processos eficazes, eficientes e adaptáveis, através da implantação de melhorias e padronização de rotinas, identificação dos processos primários, gerenciais e de apoio.

Considera-se:

- - Processos Primários: que resultam no produto e serviço final na instituição. Ex: Pronto Socorrro, Centro Cirúrgico, UTI, Farmácia, CME etc;
- - Processos de Apoio: que geram produtos e serviços, e emboram se desenvolvam nos bastidores do palco assistencial, são essenciais para a gestão eficaz da instituição;
- - Processos Gerenciais: existem para facilitar o funcionamento regular da instituição. Ex: Diretoria e Gerência;

Cabe à Gestão da Qualidade:

- - Definir os processos estratégicos;
- - Descrever os procedimentos que promovem a sistematização dos processos, bem como as responsabilidades dos gestores;
- - Elaborar instrumento para mapeamento dos processos;
- - Realizar mapeamento dos processos com toda equipe multidisciplinar;
- - Garantir a interação entre os processos;
- - Assegurar o monitoramento dos indicadores básicos de gestão.

Mapeamento de riscos:

O mapeamento de riscos é, de forma geral, uma representação de todos os fatores, de quaisquer gêneros, que ameaçam a integridade de um processo de trabalho. Esses riscos podem estar relacionados ao próprio ambiente de trabalho, às legislações e riscos técnicos, além de fatores externos que afetariam a produção do cuidado. Para um bom gerenciamento de riscos, são listadas as principais ameaças às quais a unidade está exposta, bem como a probabilidade de que ocorram e as medidas e planos adotados para prevenir e minimizar esses riscos. A Gestão da Qualidade utiliza um modelo de mapeamento em que processos e riscos são observados simultaneamente, com periodicidade anual (anexo A).

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO-XX PÁGINAS: X DE XX

Ferramentas da Qualidade:

O Gerenciamento de Risco e Melhoria de Processos (anexo B) é realizado à partir de um instrumento dinâmico onde:

DEFINI-SE A EQUIPE DE TRABALHO: NOMEAR OS PARTICIPANTES COM CARGOS/FUNÇÕES ESTRATEGICOS, MEIOS DE ACESSO FÁCIL A EQUIPE PARA REUNIÕES ORDINÁRIOS E/OU EXTRAORDINÁRIAS, ONDE OS MESMOS SÃO ORIENTADOS NUM FLUXO LÓGICO QUE INCENTIVA:

CONHECER O PROBLEMA: DEFINIR CLARAMENTE O PROBLEMA/ MELHORIA E RECONHECER SUA IMPORTÂNCIA, ESTABELECER META, A PARTIR DE ANÁLISES HISTÓRICAS, BENCHMARK;

ESTRATIFICAR O PROBLEMA: GERAR CONHECIMENTO SOBRE OS COMPONENTES (PARTES)DO PROBLEMA PRIORIZANDO-OSPARA DIRECIONAMENTO DOS ESFORÇOS;

IDENTIFICAR AS CAUSAS DO PROBLEMA: IDENTIFICAR E PRIORIZAR AS CAUSAS FUNDAMENTAIS QUE EXPLICAM A MAIOR PARCELA DO PROBLEMA GLOBAL E QUE AFETAM OS RESULTADOS;

ELABORAR PLANOS DE MELHORIA: ELABORAR UM PLANO PARA BLOQUEAR AS CAUSAS FUNDAMENTAIS;

IMPLEMENTAR OS PLANOS DE MELHORIA: ATUAR DE ACORDO COM O PLANO DE AÇÃO;

ACOMPANHAR OS PLANOS E RESULTADOS: AVALIAR OS RESULTADOS E EXECUÇÃO DAS AÇÕES;

CORRIGIR AS ROTAS: AGIR CORRETIVAMENTE (TRATAR DESVIOS);

PADRONIZAÇÃO: PADRONIZAR AÇÕES BEM SUCEDIDAS QUANDO RESULTADOS SÃO ALCANÇADOS.

BRAINSTORMING/BRAINWRITING: É UMA FERRAMENTA DE ANÁLISE QUE ESTIMULA E INCENTIVA O LIVRE FLUXO DE CONVERSAÇÃO ENTRE UM GRUPO DE PESSOAS CONHECEDORAS PARA IDENTIFICAR MODOS DE FALHA POTENCIAIS, PERIGOS E RISCOS ASSOCIADOS, CAUSAS E FATORES CONTRIBUINTES (ANEXO C);

DIAGRAMA DE ISHIKAWA: É UMA FERRAMENTA DE ANÁLISE QUE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

PERMITE IDENTIFICAR, EXPLORAR E EXIBIR GRAFICAMENTE TODAS AS CAUSAS POSSÍVEIS RELACIONADAS, A FIM DE DESCOBRIR A CAUSA RAIZ DOS INCIDENTES (ANEXO D).

DIAGRAMA DE PARETO: É UM RECURSO GRÁFICO UTILIZADO PARA ESTABELECER UMA ORDENAÇÃO NAS CAUSAS DE PROBLEMAS QUE DEVEM SER SANADAS. UMA FERRAMENTA ÚTIL SEMPRE QUE CLASSIFICAÇÕES GERAIS DE PROBLEMAS, ERROS, INCIDENTES, FEEDBACKS NEGATIVOS, PUDEREM SER CLASSIFICADOS PARA ESTUDO E AÇÕES POSTERIORES. SEU PROPÓSITO, NO ENTANTO, NÃO É O DE IDENTIFICAR CAUSAS (ANEXO E).

FLUXOGRAMAS: MANTENDO UMA SEQUÊNCIA LÓGICA E CRONOLÓGICA DAS ATIVIDADES, O FLUXOGRAMA NOS AUXILIA COM OS DEPARTAMENTOS, DE MODO A REPRESENTAR A INTERAÇÃO ENTRE OS PROCESSOS E VISUALIZÁ-LOS COMO UM TODO, ENTENDENDO SUAS ENTRELINHAS E INTERFACES (ANEXO F).

HFMEA (*HEALTH CARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS*): É UMA FERRAMENTA PROATIVA DE AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DOS PROCESSOS DE ALTO RISCO EM RELAÇÃO À SEGURANÇA (ANEXO G), CONDUZIDA POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, NA QUAL SÃO MAPEADOS OS FLUXOS, IDENTIFICADOS OS MODOS DE FALHA E AS CAUSAS DOS MODOS DE FALHA, PONTUADO O ESCORE DO PERIGO NA MATRIZ DE RISCO, E, ATRAVÉS DO ALGORITMO DA ÁRVORE DE DECISÃO, SÃO IDENTIFICADAS AS VULNERABILIDADES DO SISTEMA. OS LÍDERES INSTITUCIONAIS, COM BASE NESTA ANÁLISE, IMPLEMENTAM AÇÕES E MEDIDAS DE RESULTADOS, REDESENHANDO OS PROCESSOS DE ALTO RISCO, CONSIDERADOS PRIORITÁRIOS, TORNANDO-OS MAIS SEGUROS.

5 PORQUÊS: É UMA TÉCNICA QUE CONSISTE EM PERGUNTAR "PORQUÊ", TRÊS, QUATRO, CINCO VEZES, ATÉ SE CHEGAR À CAUSA FUNDAMENTAL PARA ERRADICÁ-LA DE FORMA DEFINITIA, MAS SEM ENTRAVES DE NATUREZA BUROCRÁTICA (ANEXO H).

MATRIZ GUT: A MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE GUT É UMA FERRAMENTA QUE AJUDA NA PRIORIZAÇÃO DA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS POR MEIO DE 3 CRITÉRIOS: GRAVIDADE, URGÊNCIA E TENDÊNCIA (ANEXO I).

PLANO DE AÇÃO: TIPO DE CHECK-

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

LIST UTILIZADA PARA GARANTIR QUE A OPERAÇÃO SEJA CONDUZIDA SEM NENHUMA DÚVIDA POR PARTE DOS GESTORES E SUA EQUIPE, ORDENANDO DATAS DE RESOLUÇÃO E DESCREVENDO AS ATIVIDADES, ATRIBUINDO OS RESPONSÁVEIS. SERÁ UTLIZADA A METODOLOGIA 5W 1 OU 2H PARA PLANEJAMENTO E PLANILHA DE PLANO DE AÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PROPOSTAS (ANEXO J).



PROTOCOLO DE LONDRES: É UMA FERRAMENTA QUE GARANTE UMA INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE COMPREENSIVA E ATENTA SOBRE OS EVENTOS GRAVES QUE, INDO ALÉM DO SENTIMENTO DE CULPA, INSTIGA A REFLEXÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DE TODA ESTRUTURA QUE COMPÕE UM PROCESSO (ANEXO K).

MATRIZ SIPOC: TRATA-SE DE UMA FERRAMENTA VISUAL USADA PARA DOCUMENTAR UM PROCESSO DE TRABALHO DE SEU COMEÇO ATÉ O FIM. A MATRIZ SIPOC (ANEXO L) AJUDA A IDENTIFICAR OS ELEMENTOS RELEVANTES DE UM PROCESSO E COM ISSO É POSSÍVEL GANHAR UM MAIOR CONHECIMENTO SOBRE DETERMINADA ATIVIDADE E IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MELHORIA. É IMPOSSÍVEL GERENCIAR SEM SABER O QUE FAZEMOS E A MATRIZ SIPOC AJUDARA A TORNAR TANGÍVEL O TRABALHO REALIZADO, SERVINDO COMO UMA ÓTIMA FERRAMENTA DE PADRONIZAÇÃO E TREINAMENTO DAS ATIVIDADES.

PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACT): É UMA PROPOSTA DE ABORDAGEM ORGANIZADA PARA QUALQUER TIPO DE PROBLEMA. ASSIM, PODEMOS ORIENTAR DE MANEIRA EFICAZ/ EFICIENTE A PREPARAÇÃO E A EXECUÇÃO DE ATIVIDADES PLANEJADAS PARA A SOLUÇÃO DE UM PROBLEMA. ANUALMENTE, A QUALIDADE SEGUE UM CRONOGRAMA ANUAL DE TREINAMENTO INCLUINDO COLABORADORES E TERCEIROS.

Também é importante lembrar que o formulário da Matriz SIPOC apresenta uma visão macro do processo, portanto não é recomendado que se inclua detalhes do mesmo. Com

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

essa ferramenta é possível determinar as entradas e saídas, os clientes, fornecedores e as principais etapas de determinado processo. Além disso, é possível elencarmos os seus indicadores de eficácia (voz do cliente) e de eficiência (produtividade).

INTERFACES ENTRE OS PROCESSOS OPERACIONAIS, MACROPROCESSOS E PROCESSOS ENTRE AS ÁREAS. REFERÊNCIA PARA IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE UMA NÃO CONFORMIDADE, DANDO SUPORTE A AUDITORIAS E TREINAMENTOS;

Ferramenta de escolha para ajudar a definir os processos a serem mapeados em cada setor



CADEIA CLIENTE-FORNECEDOR: TIPO DE FORMULÁRIO (ANEXO M) UTILIZADO PARA FORMALIZAR O RELACIONAMENTO ESTABELECIDO ENTRE FORNECEDORES E CLIENTES ENVOLVIDOS EM DETERMINADO PROCESSO. EM NOSSA INSTITUIÇÃO SERÁ USADO PARA DETALHAMENTO/ COMPLEMENTO DA MATRIZ SIPOC;

ELABORAÇÃO: É A DESCRIÇÃO DETALHADA DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA. ESTA ETAPA É DE RESPONSABILIDADE DOS GESTORES DOS SETORES;

GESTÃO DE DOCUMENTOS:HIERARQUIZAR E SISTEMATIZAR OS REGISTROS DOS PROCESSOS, ROTINAS, PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO, PROTOCOLOS ETC., COM SEUS RESPECTIVOS HISTÓRICOS, ATUALIZAÇÕES, VALIDAÇÕES - PROPICIANDO, ASSIM, UMA GESTÃO POR PROCESSOS COM QUALIDADE E PERMITINDO A VISUALIZAÇÃO DAS

REVISÃO: A REVISÃO É REALIZADA PELO NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR, QUE CONSISTE NA ANÁLISE DETALHADA DO DOCUMENTO, COM FOCO NA PADRONIZAÇÃO, CONCEITOS E CONHECIMENTO DO PROCESSO. APÓS A REVISÃO OS DOCUMENTOS SÃO DIRECIONADOS PARA OS GESTORES

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

DAS ÁREAS COMPETENTES PARA A SUA APROVAÇÃO;

APROVAÇÃO: A APROVAÇÃO É REALIZADA PELOS GESTORES DAS ÁREAS COMPETENTES, QUE ELABORARM A ANÁLISE CRÍTICA DO DOCUMENTO, PERMITINDO, ASSIM, QUE ELE ESTEJA ENTÃO APTO PARA SER APLICADO JUNTO À INSTITUIÇÃO. APÓS A APROVAÇÃO, OS DOCUMENTOS DEVEM SER ENCAMINHADOS À GESTÃO DA QUALIDADE, PARA A REALIZAÇÃO SUA CODIFICAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO;

CODIFICAÇÃO: OS DOCUMENTOS RECEBERÃO CÓDIGOS ÚNICOS QUE SEGUIRÃO OBRIGATORIAMENTE A SEGUINTE ESTRUTURA;

DISTRIBUIÇÃO: OS DOCUMENTOS ORIGINAIS FICAM EM POSSE DA GESTÃO DA QUALIDADE. A CÓPIA DO DOCUMENTO QUE É DISPONIBILIZADA NOS SETORES SERÁ IMPRESSA NA GESTÃO DA QUALIDADE E APARECERÁ COM A MARCA D'ÁGUA, NA DIAGONAL DE TODAS AS FOLHAS, COM OS DIZERES: "CÓPIA CONTROLADA" – E DEVEM CONTER ASSINATURA E CARIMBO DOS RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO;

CONTROLE DE VENCIMENTO E REVISÃO DE DOCUMENTOS: A VALIDADE DOS DOCUMENTOS SERÁ DE 2 (DOIS) ANOS APÓS A DATA DE ELABORAÇÃO, PODENDO SER REVISADO ANTES DESTE PRAZO, CONFORME NECESSIDADE, TENDO LISTADA AS REVISÕES REALIZADAS, OU OBRIGATORIAMENTE ATÉ A DATA DO VENCIMENTO, MESMO QUE NÃO HAJA ALTERAÇÃO A SER FEITA, OS RESPONSÁVEIS DEVERÃO GERAR NOVA REVISÃO DO DOCUMENTO E PREENCHER O CAMPO "HISTÓRICO DE REVISÕES" COM A DATA DA REVISÃO, NÚMERO DA NOVA REVISÃO INFORMANDO QUE NÃO HOUVE ALTERAÇÕES NO DOCUMENTO. O RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DEVERÁ ENCAMINHAR O DOCUMENTO PARA REVISÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE;



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

DESCARTE DE DOCUMENTOS:
O DESCARTE DAS CÓPIAS CONTROLADAS DEVE SER FEITO EXCLUSIVAMENTE PELA GESTÃO DA QUALIDADE, QUE IRÁ DESTRUÍ-LOS PARA DISPOSIÇÃO NAS LIXEIRAS ADEQUADAS.

Nota: Toda e qualquer codificação dos documentos abrangidos por esta Política deve ser OBRIGATÓRIAMENTE emitida pela Gestão da Qualidade.

OS ÚLTIMOS TRES REGISTROS DE ALTERAÇÕES NOS DOCUMENTOS DEVEM SER MANTIDOS NO HISTÓRICO DE REVISÕES.

ENTRE 30 E 60 DIAS ANTES DO VENCIMENTO DO DOCUMENTO A GESTÃO DA QUALIDADE DISPONIBILIZA O DOCUMENTO EDITÁVEL PARA O GESTOR DA ÁREA COMPETENTE, SINALIZANDO A NECESSIDADE DA REVISÃO DO MESMO.

INSTITUCIONALMENTE SÃO DOCUMENTOS CONTROLADOS PELA QUALIDADE

- ATA DE REUNIÃO DAS COMISSÕES: CONSISTE EM UM REGISTRO ESCRITO COM O OBJETIVO DE REPRODUZIR TODOS OS ACONTECIMENTOS, DISCURSÕES E DECISÕES TOMADAS EM UMA REUNIÃO OU ASSEMBLEIA;

- FICHA TÉCNICA DE INDICADORES (FT): É A PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO PRODUTIVO, CONFERINDO AO TRABALHO DIÁRIO COM UMA MAIOR EFICIÊNCIA, POSSIBILITANDO O LEVANTAMENTO E CÁLCULO DE DADOS DE MANEIRA PADRONIZADA;

- FORMULÁRIOS (F): MODELO OU IMPRESSO PARA DETERMINADO FIM, COM CAMPOS QUE DEVEM SER PREENCHIDOS COM DADOS ESPECÍFICOS DO INTERESSADO;

- FLUXOGRAMA (FX): UTILIZADA PARA REPRESENTAR A SEQUÊNCIA E INTERAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PROCESSO POR MEIO DE SÍMBOLOS GRÁFICOS, OS SÍMBOLOS PROPORCIONAM UMA MELHOR VISUALIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO PROCESSO AJUDANDO NO SEU MELHOR ENTENDIMENTO, E TORNANDO A DESCRIÇÃO DO PROCESSO MAIS VISUAL E INTUITIVO;

- LISTA DE PRESENÇA (LT): ESTE TERMO TAMBÉM PODE SER USADO PARA SE REFERIR A ASSIDUIDADE, INDICANDO QUE DETERMINADA PESSOA COMPARECEU OU ESTÁ PRESENTE EM DETERMINADO LOCAL.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

-MANUAIS (MN): MANUAIS SÃO TODO E QUALQUER CONJUNTO/ AGRUPAMENTO DE NORMAS, PROCEDIMENTOS, PROTOCOLOS, FUNÇÕES, ATIVIDADES, POLÍTICAS E OUTRAS ORIENTAÇÕES QUE DEVEM SER OBEDECIDAS E CUMPRIDAS POR TODOS OS AGENTES DE UMA ORGANIZAÇÃO;

- MEMORANDO: MODELO PARA A COMUNICAÇÃO INTERNA ENTRE OS SETORES DA INSTITUIÇÃO, CADA SETOR CONTROLA SUA NUMERAÇÃO E AROUIVA SEUS MEMORANDOS;

- ORDEM DE SERVIÇO (OS): SÃO INSTRUÇÕES POR ESCRITO QUANTO ÀS PRECAUÇÕES PARA EVITAR ACIDENTES DO TRABALHO OU DOENÇAS OCUPACIONAIS. A ORDEM DE SERVIÇO PODE ESTAR CONTEMPLADA EM PROCEDIMENTOS DE TRABALHO E OUTRAS INSTRUÇÕES;

- PLANOS DE CONTINGÊNCIA (PC): PLANEJAMENTO EM CARÁTER PREVENTIVO E ALTERNATIVO E TEM POR FINALIDADE ATENDER SITUAÇÕES ADVERSAS;

- PLANOS INSTITUCIONAIS (PL): SÃO INSTRUMENTOS ASSOCIADOS À GESTÃO ESTRATÉGICA INTEGRADA E SERVEM DE ELEMENTO ORIENTADOR DO PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL E COMO INSTRUMENTO DE DIVULGAÇÃO, JUNTO À COMUNIDADE E A ÓRGÃOS EXTERNOS, DOS PRINCIPAIS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS, DEVENDO SER APROVADO PELA ALTA DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO;

- POLITICAS INSTITUCIONAIS (POL): É UM CONJUNTO DE NORMAS, QUE DEVEM SER OBEDECIDAS PELOS COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO SEJA INDIVIDUALMENTE OU EM CONJUNTO;

- PORTARIA INTERNA: É UM ATO NORMATIVO INTERNO DESTINADO A ORDENAR OS SERVIÇOS EXECUTADOS POR COLABORADORES UM DETERMINADO SETOR DA INSTITUIÇÃO;

- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP): É O PLANEJAMENTO DO TRABALHO REPETITIVO, E TEM COMO OBJETIVO PADRONIZAR E MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE DESVIOS NA EXECUÇÃO DA ATIVIDADE;

- PROTOCOLO (PCL): PROMOVE A PADRONIZAÇÃO DAS CONDUTAS MULTIDISCIPLINARES, ISTO É, AUXILIAM NA UNIFORMIZAÇÃO DOS TIPOS DE TRATAMENTO PARA DETERMINADOS DIAGNÓSTICOS.

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

E SÃO OBRIGATORIAMENTE BASEADOS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA. ORGANIZAM E FACILITAM A TOMADA DE DECISÕES DA GESTÃO HOSPITALAR, TANTO DO PONTO DE VISTA DA ASSISTÊNCIA QUANTO INSTITUCIONAL;

- REGIMENTO INTERNO (REG): ORIENTA OS PROCESSOS DE TRABALHO E ATENDE OS PROCESSOS LEGAIS NECESSÁRIOS, PARA O BOM FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO. ESSE DOCUMENTO CONTRIBUI SIGNIFICATIVAMENTE PARA O BOM FUNCIONAMENTO DOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS;

- ROTINA (RT): É DESTINADA À ORIENTAÇÃO QUANTO À EXECUÇÃO DIRETA DE DETERMINADA ATIVIDADE SETORIAL ESPECÍFICA.

Ciclo de implantação e implementação dos documentos

CRONOGRAMA E ATIVIDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO: APÓS REALIZAÇÃO DAS ETAPAS DESCRITAS PARA A CRIAÇÃO DE DOCUMENTOS INICIA-SE A FASE DE IMPLANTAÇÃO DOS MESMOS. O QUE SE MOSTRA UM GRANDE DESAFIO. PARA AUXILIAR

NESSE PROCESSO É FEITO UM PLANO DE AÇÃO (5W1H OU 5W2H) CONTEMPLANDO AS ETAPAS E CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO DO DOCUMENTO, ESTA ETAPA É REALIZADA PELO GESTOR DA ÁREA/DEPARTAMENTO/PROCESSO RESPONSÁVEL PELO DOCUMENTO JUNTAMENTE A EQUIPE E/OU COLABORADOR ELABORADOR DE TAL. NESTA ETAPA O LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE RECURSOS MATERIAIS E/OU HUMANOS, CUSTOS ENVOLVIDOS DEVEM SER LEVANTADOS E OS DEPARTAMENTOS DE GESTÃO DE PESSOAS E GESTÃO DA QUALIDADE PODEM SER ACIONADOS;

OFICIALIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA: ENTREGA DO CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA OS DEPARTAMENTOS DE GESTÃO DE PESSOAS E GESTÃO DA QUALIDADE;

DISPONIBILIZAÇÃO DO DOCUMENTO NAS ÁREAS ONDE SÃO APLICÁVEIS: O DOCUMENTO JÁ CODIFICADO E APROVADO É DISPONIBILIZADO, EM CÓPIA CONTROLADA, NA ÁREA, NAS VERSÕES DIGITAIS (PDF) E IMPRESSAS;

ACOMPANHAMENTO DO CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO: O GESTOR DA ÁREA E GESTÃO DA QUALIDADE ACOMPANHAM

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

CUMPRIMENTO DAS AÇÕES E PRAZOS ESTABELECIDOS;

EVIDÊNCIA DAS AÇÕES DE IMPLEMENTAÇÃO: ENTREGA DAS LISTAS DE PRESENÇA PARA ARQUIVAMENTO NOS DEPARTAMENTOS DE GESTÃO DE PESSOAS (CÓPIA) E GESTÃO DA QUALIDADE (LISTA ORIGINAL);

RECICLAGEM PERIÓDICA: ESTABELECIDA ATRAVÉS DE MUDANÇAS DE ORIENTAÇÃO.

ATUALIZAÇÕES E EVIDENCIA DE MELHORES PRÁTICAS OS DOCUMENTOS PODEM SER ATUALIZADOS E O CICLO DE IMPLANTAÇÃO REINICIA;

OBS: Cada gestor deve ter planejamento para integração e apresentação de normas, rotinas, protocolos e procedimentos aos recém contratados, considerando o turnover de sua área.



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Gestão por Indicadores

- Identificar os processos de maior impacto para a qualidade;
- Implantar e monitorar, em conjunto com as áreas, os indicadores estratégicos, gerenciais e operacionais;
- Analisar criticamente, em conjunto com a Alta Gestão, por meio de Relatórios Técnicos e apresentação mensal de resultados, as metas e performance alcançados, elaborando ações de melhoria contínua.
- Classificação dos indicadores:
- **Estratégico:** avalia o efeito da estratégia nas partes interessadas e nas causas destes efeitos, refletindo os objetivos e as ações que permeiam a organização como um todo – observando o "quê" e o "quanto" se encontra na direção rumo à consecução de sua visão para a instituição;
- **Gerencial:** avalia a contribuição dos processos e estratégia para avaliar se estes buscam a melhoria contínua de forma equilibrada;
- **Operacional:** avalia se os processos, tarefas e rotinas individuais estão sujeitos à melhoria contínua e busca de excelência.

Gestão de Protocolos

- Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho na área da saúde e se constituem em um importante instrumento de gerenciamento. A adoção dos protocolos para o cuidado dá suporte para organizar e gerenciar o trabalho de uma instituição;
- Os protocolos são utilizados para organizar o serviço, otimizar o trabalho e padronizar condutas, incorporando-as à prática assistencial e arranjando-se a partir dos recursos disponíveis. A não utilização das normativas pode levar à carência de padronização das ações e diversidade nas formas de fazer, culminando em equívocos na realização dos atos assistenciais. A Gestão da Qualidade definirá os responsáveis pelo monitoramento e gerenciamento de protocolos.

Manual de indicadores

- Trata-se de uma padronização dos indicadores acompanhados e formas de calcular tais. O Manual de Indicadores mostra de maneira facilitada o conjunto de Fichas Técnicas de Indicadores.

Gestão a vista

É a demosntração visual da Gestão por

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Indicadores, através de gráficos sobre a evolução da Gestão.

Comissões Hospitalares

As Comissões Hospitalares, obrigatórias ou não, são grandes fontes de **melhorias nos processos** assistenciais e na garantia de **sustentabilidade institucional.** São constituídas pela portaria de nomeação, regimento interno, modelo de ata, existência e análise crítica de indicadores (do tema da comissão e do seu próprio desempenho) e do cronograma anual de reuniões. Deve existir uma constante integração com a alta direção, com outras comissões, com o Núcleo de Segurança do Paciente e com as áreas envolvidas, assistenciais ou não.

Auditorias

Auditoria Interna:

Auditoria realizada pela Gestão da Qualidade, com o objetivo de determinar se processos/atividades estão de acordo com os requisitos estabelecidos, ou seja, realizar uma avaliação do seu próprio sistema de gerenciamento da qualidade.

Auditoria Externa:

Realizada por outra organização, que não está sob o controle operacional direto, tais como Orgãos Reguladores e/ou Instituições Acreditadoras. A auditora externa também se relaciona com auditorias da instituição em unidades prestadoras de serviços ou fornecedores terceirizados.

Relação com Serviços Terceirizados

A responsabilidade sobre análise, seleção e monitoramento dos contratos pertence ao gestor da área de suprimentos. Quem realiza análise crítica de todos os contratos com interface é a gestão da qualidade.

Programa de Acreditação

- Disseminar os padrões e itens de orientação das seções e subseções do manual da acreditação, capacitando líderes e gestores;
- Organizar a avaliação do grau de conformidade das áreas aos padrões e itens de orientação;
- Apoiar e monitorar os itens em não conformidades;
- Realizar o acompanhamento dos

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

planos de ações gerados das não conformidades apontadas na avaliação externa da Instituição Acreditadora Credenciada - IAC.

Diretrizes da política

As diretrizes da política são apresentadas para os profissionais por meio de:

- - Treinamentos sistemáticos: A cada política ou procedimento novo estabelecido;
- - Reuniões com a alta liderança: Apresentação mensal do Painel de Indicadores da Qualidade e Segurança do Paciente;
- - Comitês institucionais: Participação efetiva no CCIrAS e NSP levando as atuais diretrizes e modificações referente ao Manual de Indicadores e eventos em geral.

MONITORAMENTO

- Relatórios mensais;
- Gestão a vista.

REFERÊNCIAS

CBA/JCI - PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS. Manual de Acreditação. Tradução de Ana Tereza Miranda. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

Derosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using health care failure mode and effect analysis: the VA National Center for patient safety's porspective risk analysis system.

Donabedian, A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med 1990.

Freiras, Á. et al. 4.2.3. Controle de Documentos. In Vieira, G. 1º Ed. ISO 9001:2008. Sistema de Gestão da Qualidade para Operações de Produtos e Serviços. Disponível em: <http://academiaplatonica.com.br/2011/gestao/iso-90012008-4-2-3-controle-de-documentos/>. Acesso em: 12 mar. 2014.

NO da Organização Nacional de Acreditação. Notificação de incidentes e eventos. Última atualização em 2021. Disponpivel em: https://www.ona.org.br/uploads/NO.21_Notificacao_de_Incidentes_e_Eventos.pdf. Acesso: 13 maio 2021.

HISTÓRICO DE REVISÕES:

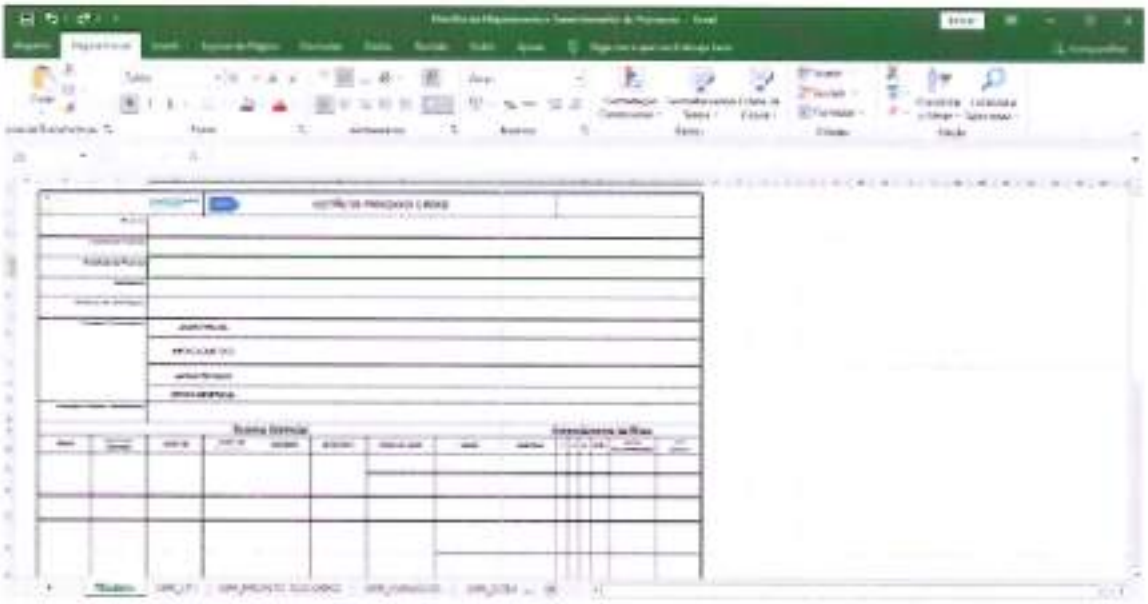
DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	01	

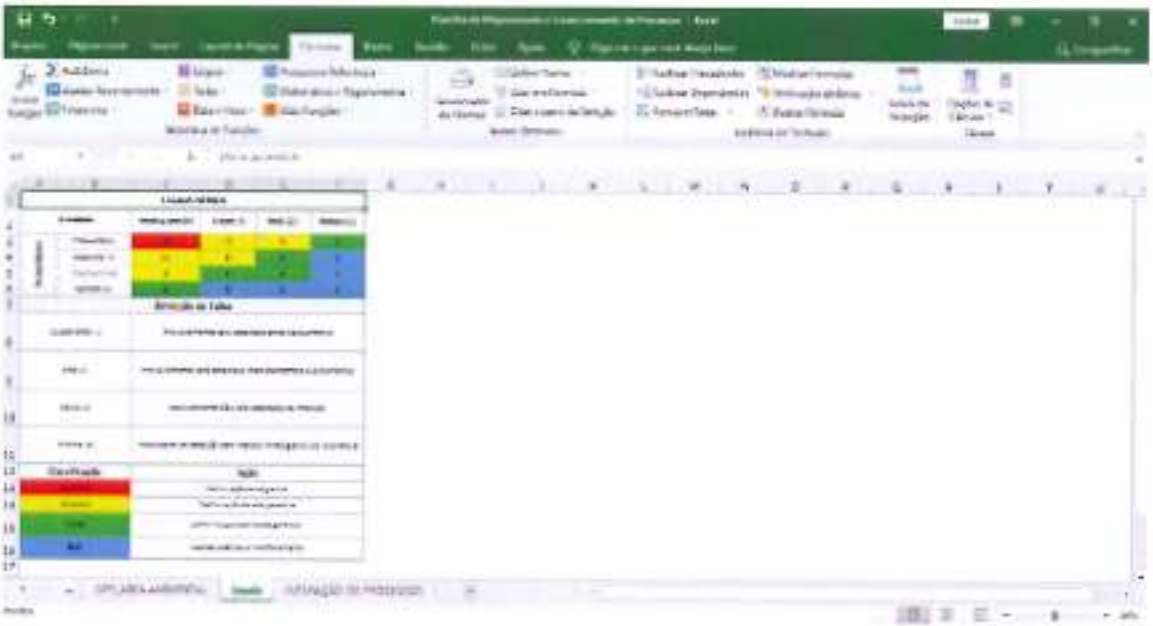
ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Gestão da Qualidade	Coordenação da Qualidade	Diretoria de Planejamento e Processos
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

ANEXOS:

Anexo A – Instrumento para Mapeamento de Processo e Risco:





LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo B – Gerenciamento de Risco e Melhoria de Processos



GERENCIAMENTO DE RISCO

IDENTIFICAÇÃO DE RISCO/ MELHORIA DE PROCESSO

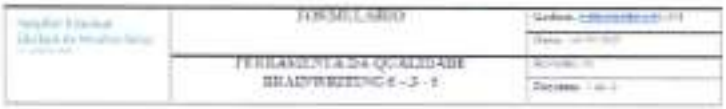
Hospital Estadual São Luiz de Morros Belos - HESLMB		São Luiz de Morros Belos	Goiás
RESPONSÁVEL	Amanda Lucia Cruvinel Caetano Silva		
ÁREA ATENDIDA	Hospital Estadual São Luiz de Morros Belos Dr. Geraldo Landa		
DATA INÍCIO	1-mai-23		
LÍDER DA EQUIPE	Amanda Lucia Cruvinel Caetano Silva		
INDICADOR	Incidência de LPP		
META	Reduzir a incidência de LPP de 0,17 para 0,3 em dez/23		

EQUIPE DE PROJETO

Nome	Cargo / Função	Telefone	E-mail	Reuniões
Amanda Cruvinel Caetano Silva	Enfermeira da Qualidade	64-36109-6736	qualidade@hospital-rdgeraldolando.org.br	
Bruno Alves Pereira	Gerente de Enfermagem	62-98580-3049	gerencia.enfermagem@hospital-rdgeraldolando.org	
Alexandre Machado Antunes	Coordenador UTI	62-98343-2300		
Arciani Cristina Pires Moreira	Enfermeira SCIH/NEP	64-99209-8836	coordenacao.cciih@hospital-rdgeraldolando.org	
Geovanna Gomes Ferreira	RT Farmácia	64-99228-6331	farmacia@hospital-rdgeraldolando.org.br	
Antonio Ferreira dos Santos Sinuta Filho	Médico			
Ingrid Ribeiro Fernandes	Administrativo	64-9609-4896		
Thaís Cristina Aparecida Freitas	RT Fisioterapia	64-9965-9589	fisioterapia@hospital-rdgeraldolando.org.br	

CAPA | Reuniões | Conhecer Problema | Estratif. LPP GRAU I | Estratif. LPP GRAU II | Estratif. LPP GRAU III | Estr

Anexo C – Formulários Brainstorming e Brainwriting



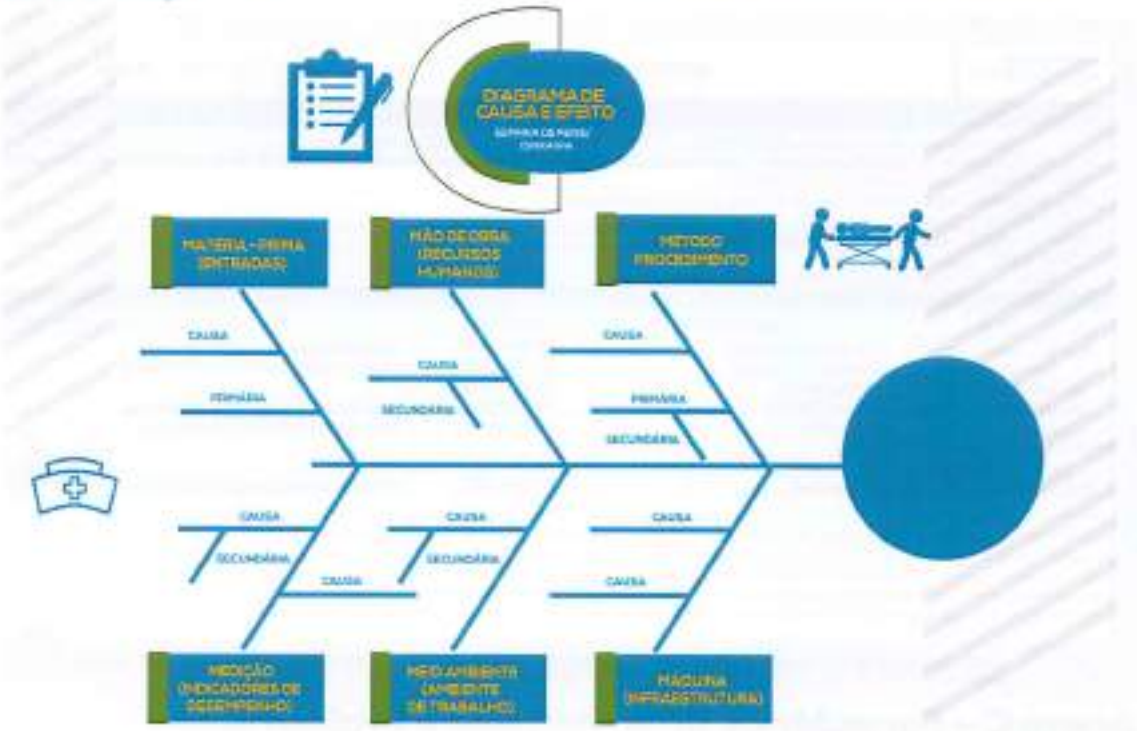
FORMULÁRIO

FERRAMENTA DA QUALIDADE
BRAINSTORMING E - 3 - 6

Nome	Problema 1	Problema 2	Problema 3

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo D – Diagrama de causa e efeito (espinha de peixe/ Ishikawa)

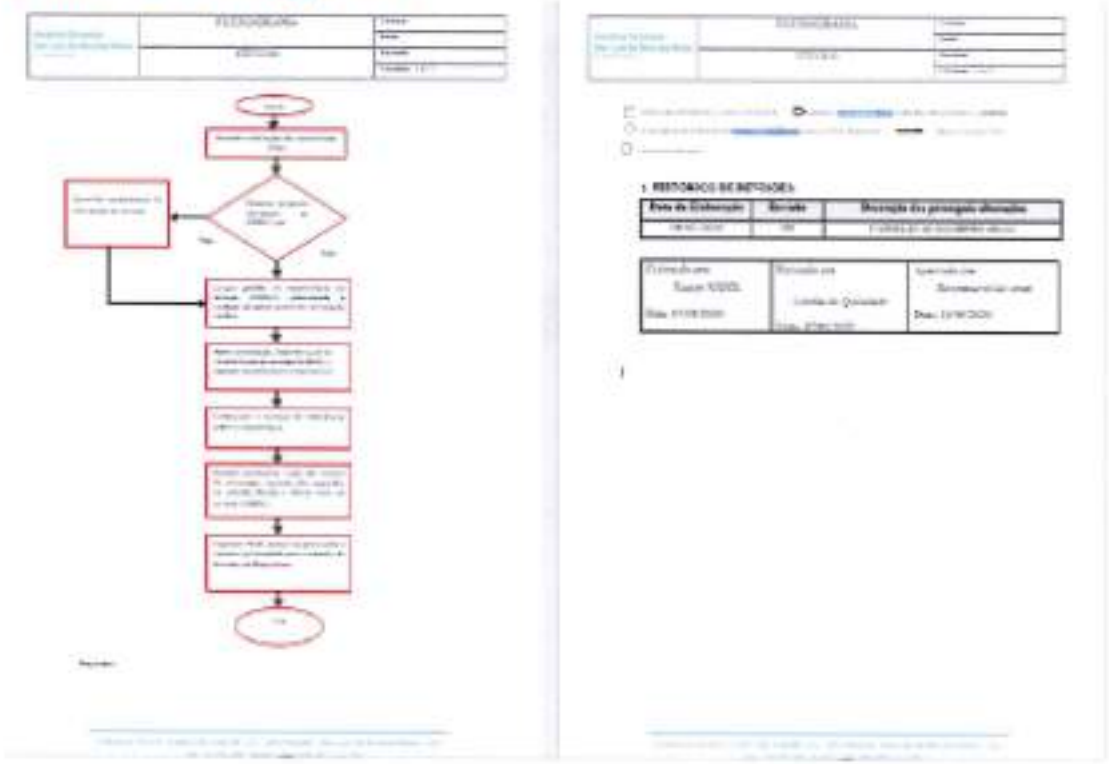


Anexo E – Diagrama de Pareto



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo F – Fluxograma

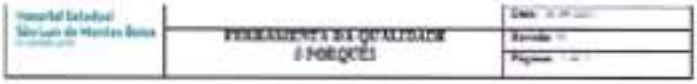


Anexo G – HFMEA



LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo H – 5 Por ques?



Data	Local do acontecido	Categoria	Descrição do acidente	Lesão ocorrida

1º porquê? (Porque este evento está ocorrendo?)	2º porquê? (Porque (resposta do 1º pq) está acontecendo?)	3º porquê? (Porque (resposta do 2º pq) está acontecendo?)	4º porquê? (Porque (resposta do 3º pq) está acontecendo?)	5º porquê? (Porque (resposta do 4º pq) está acontecendo?)	Circule de acordo conforme o grupo de Incidente:	
					Circunstância de Risco	Nenhum
					"Quase Erro"	Nenhum
					Incidente sem Dano	Nenhum
					Evento Adverso	Leve
						Moderado
						Grave
						Óbito

São Luís de Montes Belos, GO, _____ de _____ de 20_____

_____

Responsável pela análise

Anexo I – Matriz GUT



MATRIZ GUT

	Problemas potenciais	Gravidade	Urgência	Tendência	Priorizado
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	GRAVIDADE		URGÊNCIA		TENDÊNCIA
1	SEM GRAVIDADE	1	NÃO TEM PRESSA	1	NÃO VAI PIORAR
2	POUCO GRAVE	2	PODE ESPERAR UM POUCO	2	VAI PIORAR EM LONGO PRAZO
3	GRAVE	3	O MAIS CEDO POSSÍVEL	3	VAI PIORAR EM MÉDIO PRAZO
4	MUITO GRAVE	4	COM ALGUMA URGÊNCIA	4	VAI PIORAR EM POUCO TEMPO
5	EXTREMAMENTE GRAVE	5	AÇÃO IMEDIATA	5	VAI PIORAR RAPIDAMENTE

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo J – Plano de ação

	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]

Unidade:		
[illegible]	[illegible]	[illegible]

PLANO DE AÇÃO 5W 1H

[illegible] (5W1H) - META:

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FARÁ	ONDE	PRAZO	Observações

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo K - Formulário Protocolo de Londres

PROTOCOLO DE LONDRES		
TIPOS DE FATORES CONTRIBUINTES	FATOR CONTRIBUINTE	DESCREVER OS FATORES CONTRIBUINTES
FATORES DO PACIENTE		
FATORES DA TAREFA OU TECNOLOGIA		
FATORES INDIVIDUAIS (PESSOAIS)		
PROTOCOLO DE LONDRES		
FATORES DO TIME (EQUIPE)		
FATORES DO AMBIENTE DE TRABALHO		
FATORES ORGANIZACIONAIS E GERENCIAIS		
FATORES DO CONTEXTO INSTITUCIONAL		

LOGO DA UNIDADE	POLÍTICA INSTITUCIONAL: GESTÃO DA QUALIDADE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Anexo L – Matriz SIPOC



Anexo M – Formulário Cadeia Cliente-Fornecedor

Hospital Estadual São Luis de Montes Belos	CADEIA CLIENTE FORNECEDOR	Código: FOR1-GQ-007 Data: 2/10/2021 Revisão: 01 Página: 1	IMED

	Setores envolvidos	Processo envolvido	

ASSINATURAS			
NOME DOS FORNECEDORES	ASSINATURA DOS FORNECEDORES	NOME DO CLIENTE	ASSINATURA DO CLIENTE

LOGO DA UNIDADE

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

OBJETIVO

Estabelecer diretrizes com o objetivo de cumprir o dever ético e legal de informar aos pacientes e/ou responsáveis sobre os riscos, intercorrências e benefícios, envolvendo assim o paciente na decisão de seu cuidado.

ESCOPO

Garantir que a informação sobre o cuidado a ser prestado chegue até o paciente e/ou responsável. Diante da ciência do termo, a decisão do paciente ou de seu responsável legal, sobre seu tratamento e terapêutica deve ser respeitada, salvo casos excludentes descritos no Código de Ética Médica.

ÁREA DE APLICAÇÃO:

- Setores assistenciais do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landô- HESLMB.

DESCRIÇÃO:

Indicações:

- O consentimento informado deve ser aplicado antes da realização de procedimento com potencial para causar algum dano ou agravo à saúde, ou apresentar efeitos indesejáveis durante ou após o procedimento, sendo o risco estabelecido pelo médico executor do procedimento.

- Nos casos de situações de urgências em que existe impossibilidade do paciente consentir o procedimento, é imprescindível que um familiar/ responsável seja localizado para a obtenção do mesmo. Não havendo sucesso nesse contato, e havendo a restrição do tempo para a tomada de decisão, o médico executor deverá registrar essa condição no prontuário eletrônico do paciente e no impresso de consentimento institucional.

O Processo de Consentimento Informado

- Após o esclarecimento, o profissional responsável

documentará o processo no prontuário eletrônico do paciente. O documento a ser utilizado deve conter o nome do procedimento, a identificação e assinatura do profissional responsável, o nome legível da pessoa que recebeu as informações, sua assinatura, o número do seu documento de identidade e o grau de relacionamento com o paciente. É fundamental que o registro seja feito antes da realização do procedimento em questão, por esse motivo deve ser explicitada a data e horário de aplicação do termo. No caso de o próprio paciente consentir o procedimento, não é necessário repetir seus dados de identificação, sendo necessário apenas assinalar essa questão.

- Consentimento para procedimento sequencial, ou seja, realizado em mais de uma sessão, deverá explicitar o nome do procedimento e o período ou ciclo de tratamento em dias ou meses para que possa ser válido ao longo do período ou ciclo consentido pelo paciente.

- Observações: vale lembrar que ao final desse período ou mediante alteração do tratamento (inclusão, exclusão ou alterações no procedimento) novo consentimento deve ser assinado. O tempo máximo de validade de um termo sequencial é de 1 (um) ano.

- Casos omissos nesta Política devem ser resolvidos conjuntamente entre a equipe assistente e Diretorias Técnica e Geral do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - Dr Geraldo Landô.

Os procedimentos realizados no HESLMB que exigem o termo de consentimento assinado são:

- Termo de Consentimento Informado - Internação Hospitalar;
- Termo de Consentimento - Anestesia/Sedação;
- Termo de Consentimento - Realização de Cirurgia;
- Termo de Consentimento – Parto Cesáreo;
- Termo de Consentimento – Parto Normal;
- Termo de Consentimento - Hemotransfusão;
- Termo de Consentimento - Procedimentos Invasivos;
- Termo de Consentimento - Tomografia Computadorizada;
- Termo de Consentimento – Traqueostomia;
- Termo de Consentimento – Paliação;

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- Termo de Responsabilidade – Alta a pedido do responsável;
- Termo de Responsabilidade – Recusa ou abandono de tratamento;
- Termo de Prescrição para Medicamento OFF LABEL;
- O tratamento e/ou a assistência não podem iniciar ou ter continuidade sem a assinatura do termo, respaldado pela Diretoria do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos – Dr Geraldo Landô. Em caso das emergências com risco de morte iminente ou de dano permanente e incapacitante, o consentimento é considerado presumido.

HISTÓRICO DE REVISÕES:

DATA DA ELABORAÇÃO	REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
XX/XX/XXXX	00	Elaboração do documento inicial.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Gestão da Qualidade	Coordenação da Qualidade	Diretoria de Planejamento e Processos
Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX	Data: XX/XX/XXXX

REFERÊNCIAS:

ABNT NBR ISO 9001:2015.



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

ANEXOS:

Termo de Consentimento - Anestesia/Sedação

Hospital Estadual
São Luis de Montes Belos

SUS

GOIÁS

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA
ANESTESIA/SEDAÇÃO

Plano anestésico: _____

Cirurgia/procedimento a ser realizado: _____

Declarante: ( ) Paciente ( ) Responsável ou Representante legal

Nome: _____

Endereço: _____

Grau de Parentesco: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

1. Declaro que o médico abaixo identificado informou-me da necessidade de realização de procedimento anestésico.
2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especificamente os seguintes:

   _____

   Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.
3. Autorizo qualquer outro procedimento, assim ao tratamento, em situações imprevistas, que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Assim, declaro que agora estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo os acasos e riscos do procedimento, entendendo que o resultado obtido irá interpretado junto com os demais dados da história clínica.
5. Por tais razões e nestas condições, dou meu consentimento para que o mesmo seja realizado. Também entendo que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

_____ São Luís, Go, ___ de _____ de _____

Paciente ou Responsável/Representante Legal

_____ _____

Testemunha 1 Testemunha 2

MÉDICO RESPONSÁVEL

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

_____

Médico, CRM

IMED

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

PRINCIPAIS RISCOS ASSOCIADOS À RAQUIANESTESIA E PERIDURAL (ANESTESIAS NA COLUNA)

- **Cefaléia pós-punção da dura máter:** dor de cabeça que pode ser acompanhada de alterações de visão e audição, rigidez do pescoço, náusea e vômitos. Resulta em perda do líquido que circula na coluna. Desaparece espontaneamente em alguns dias sem sequelas. Os sintomas são amenizados com soro e analgésicos com cafeína. Ocorre em 0,4 a 2% dos raquianestesias (varia de acordo com o sexo, idade, tipo de agulha).
- **Hematoma peridural ou subdural:** sangramento em espaços da meninge da espinha. A compressão pelo sangramento leva a sintomas neurológicos (dor, fraqueza nas pernas, incontinências). É tratado cirurgicamente. É um evento raríssimo (um em 320.00 raquianestesias em um em 150.000 peridurais).
- **Sintomas neurológicos transitórios:** são raros (ocorrem raramente 1% dos procedimentos). Apresenta-se ou sensorialmente alterações da sensibilidade nas nádegas e pernas. Geralmente não duram mais que sete dias. Se necessários, pode ser tratado com relaxantes musculares e antiinflamatórios.
- **Síndrome de cauda equina:** complicação rara que se manifesta com alterações da sensibilidade ao baixo ventre, dor, fraqueza / mobilidade ou dormência dos membros inferiores e incontinência.
- **Meningite:** infecção raríssima das meninges (um em 40.000). Cursa com dor lombar forte, dor de cabeça intensa, rigidez de nuca, febre, hipersensibilidade local. É tratada com antibióticos.
- **Injeção subaracnóidea inadvertida durante peridural:** é extremamente rara (um em 11.000). Consiste na troca do espaço da espinha onde o anestésico é injetado, pode levar a uma anestesia total com inconsciência, parada respiratória e redução da pressão arterial. É tratada com a intubação e ventilação artificial dos pulmões até o retorno à respiração espontânea e à consciência.
- **Reações tóxicas:** acontece quando o anestésico é injetado acidentalmente no vaso sanguíneo ao nível do espaço na espinha. Manifesta-se com convulsões e se a dose de anestésico for muito alta pode haver parada cardíaca. Tratada com interrupção da injeção do anestésico e com suporte anticonvulsivantes e manobras de reanimação em caso de parada cardíaca.
- **Abscesso peridural:** complicação infecciosa raríssima (um em 55.000). Apresenta-se com dor lombar forte, dor de cabeça intensa, rigidez de nuca, febre, inflamação local seguidos de fraqueza nos membros inferiores. Trata-se a infecção com antibióticos e pode ser necessária a drenagem cirúrgica.

PRINCIPAIS RISCOS ASSOCIADOS AO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL (NERVOS QUE PASSAM PELA AXILA)

- **Injeção intravascular:** quando o anestésico é injetado acidentalmente no vaso sanguíneo, pode levar a convulsões e, em casos de grandes quantidades, a parada cardíaca. O tratamento é o suporte (anticonvulsivantes e manobras de reanimação em caso de parada cardíaca).
- **Lesões de troncos nervosos do plexo braquial:** complicação muito rara com alterações de sensibilidade ou de força nas mãos ou braços. Exige acompanhamento neurológico.

PRINCIPAIS RISCOS ASSOCIADOS À SEDAÇÃO E ANESTESIA GERAL

- **Aspiração de conteúdo gástrico:** ocorrência muito rara (2,2 em 10.000) que acontece quando o conteúdo do estômago é regurgitado pelo esôfago, podendo cair na traqueia e causar lesões nos pulmões. Pode ser prevenido com o jejum e, se necessário, medicações. Quando ocorre, é tratado com oxigênio e, se necessário, medidas de suporte à respiração e antibióticos.
- **Depressão Respiratória:** perda dos estímulos da respiração espontânea, que pode ocorrer devido ao aprofundamento da sedação. Trata-se com oxigênio, mudanças da posição da cabeça e, se necessário, suporte à respiração.
- **Intubação Difícil:** são erros com alguma variação anatômica que dificulta a intubação. Têm uma incidência de 0,05% a 18% da população. Quando acontecem, são realizadas técnicas alternativas para passagem do tubo. Em casos muito raros não é possível intubar (um em 1000) e pode ser necessário passar um tubo diretamente pela garganta. O manejo pode ser planejado com a consulta pré-anestésica.
- **Hipertermia Maligna:** raríssima (um em 50.000). Reação com aumento grave do metabolismo do organismo a alguns tipos de anestésicos, inalatórios ou relaxantes, levando ao aumento de temperatura corpórea. Tratada com medidas de suporte e medicamentos específicos.

É importante ressaltar que pode ser necessário mudar a técnica anestésica a qualquer momento de acordo com a exigência do procedimento ou de intercorrência, sempre visando à segurança e o bem estar do paciente. Em qualquer anestesia podem ocorrer reações alérgicas ou mesmo choque anafilático, mas são eventos raros (um em 5.000). Tratamento com medicações e medidas de suporte.

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO EMERGÊNCIA

Hora _____ Data ____ / ____ / ____. Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção desse Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizar e o registro no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

_____ Médico, CRM

IMED

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Termo de Consentimento - Realização de Cirurgia

Hospital Estadual
São Luís de Montes Belos
Dr. Geraldo Lanelli

SUS

GOIÁS

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA
REALIZAÇÃO DE CIRURGIA

( ) CIRURGIA GERAL ( ) ORTOPEDIA ( ) CIRURGIA VASCULAR
( ) CIRURGIA NEUROLOGIA ( ) CIRURGIA ( ) Outros _____

Nome da cirurgia _____

Declarante: ( ) Paciente ( ) Responsável ou Representante legal

Nome _____

Grau de Parentesco _____ Data de Nascimento ___/___/___

Identidade Nº _____ Órgão expedidor _____ CPF _____

1. Declaro que o médico abaixo identificado informou-me da necessidade de realização da cirurgia acima especificada.
2. Fui informado (a) pelo médico abaixo identificado que o procedimento ao qual serei submetido (a) necessitará de auxílio de outro(s) médico(s) ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especificamente os seguintes:

   Tive a oportunidade de fazer perguntas, a quanto eu fui, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.
4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante este tratamento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. Assim, declaro que agora estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos desta cirurgia. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para o procedimento cirúrgico proposto, devendo ser informado em caso de mudanças, para que possa renovar o consentimento.
6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento.

_____ Goiânia, GO, __/__/____
Paciente ou Responsável/Representante Legal

_____ _____
Testemunha 1 Testemunha 2

MÉDICO RESPONSÁVEL

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

_____
Médico - CRM

IMED

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora _____ Data ____ / ____ / ____ Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizar e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

_____

Médico CRM

AL

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Termo de Consentimento – Parto Cesáreo

Hospital Estadual
São Luís de Montes Belos
Dr. Genésio Lanúti

SUS

GOIÁS

TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE ESCLARECIDO PARA PARTO CESARIANO

Eu (nome completo) _____

nacionalidade _____ portadora do RG _____ e inscrita no CPF

_____ residente e domiciliada na cidade de _____

estado _____ declaro para os devidos fins, **minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.**

Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a): _____

CRM/GO _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe se comparados com o parto vaginal, tais como infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar parto cesárea.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) médico(a) responsável e a outra, com a gestante.

São Luís de M. B. _____ de _____ de _____

Assinatura da gestante

Assinatura do profissional - CRM/GO

(nome, assinatura e RG da testemunha)

(nome, assinatura e RG da testemunha)

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora _____ Data ____/____/____ Devido ao estado clínico da paciente, em emergência risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizar e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

Médico CRM

IMED

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Termo de Consentimento – Parto Normal

Hospital Estadual
São Luís de Montes Belos
Dr. Gerardo Landa

SUS

GOIÁS

TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE ESCLARECIDO PARA PARTO NORMAL

Eu (nome completo) _____

nacionalidade _____ por todos os RG _____ e inscrito no CPF _____ residente e domiciliada na cidade de _____ estado _____ declaro para os devidos fins **minha decisão de realizar PARTO NORMAL**

Declaro ter sido informada que, durante o trabalho de parto, existem situações obstétricas em que pode haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o feto, como:

- Uso de substância(s) para desencadear e/ou incrementar as contrações uterinas.
- Necessidade de analgesia e/ou anestesia locorregional.
- Realização de amniocentese durante para avaliar a cor do líquido amniótico.
- Amniotomia (ruptura artificial da bolsa das águas).
- Cardiotocografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal).
- Episiotomia (corte no períneo).
- Procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórceps ou vácuo-extrator), hipótese caso o parto deixará de ser "normal" e será chamado de parto vaginal operatório, desconforto respiratório e, com isso em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade devido às próprias alterações cirúrgicas ou da situação vital de cada paciente.

Declaro ter sido esclarecida que, em qualquer momento durante o trabalho de parto, o mesmo poderá ser convertido em cesárea, seja por indicação médica, no caso de intercorrências que levem a risco de vida da mãe e/ou da criança, ou por minha manifestação autônoma.

Declaro ter ciência de que apesar de o parto normal ser considerado o melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica, existem situações em que o cesárea é recomendado para salvaguardar a mãe e/ou feto, como:

- Descolamento prematuro da placenta (quando a placenta descola antes do nascimento).
- Placenta prévia centro total ou centro parcial (quando a placenta está localizada total ou parcialmente sobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto).
- Cicatriz uterina decorrente de duas ou mais cesáreas anteriores.
- Cicatriz uterina decorrente de uma cesárea com incisão vertical sobre o útero.
- Cicatriz uterina decorrente de incisões cirúrgicas prévias, como ocorre na retirada de miomas com preservação do útero.
- Quando o feto se apresenta de modo anômalo (sentado ou deitado).
- Gestações múltiplas (dois fetos ou mais) quando um ou ambos os fetos se apresentarem em posição anômala (sentado ou deitado).
- Em situações clínicas (diabetes, hipertensão, hemorragias) que possam comprometer a saúde do feto e/ou da gestante.
- Quando o estado fetal não estiver tranquilizador, decorrente de resultado de exames sugestivo(s) de sofrimento fetal progressivo.
- Quando houver evidências de desproporção entre o feto e a bacia materna (incluindo: cicatrizes de cirurgias do útero).

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.
Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o cônjuge responsável e a outra, comigo.

São Luís de M. B. _____ de _____ de _____

_____ Assinatura da gestante

_____ Assinatura do profissional – CRM/GO

_____ (nome, assinatura e RG da testemunha)

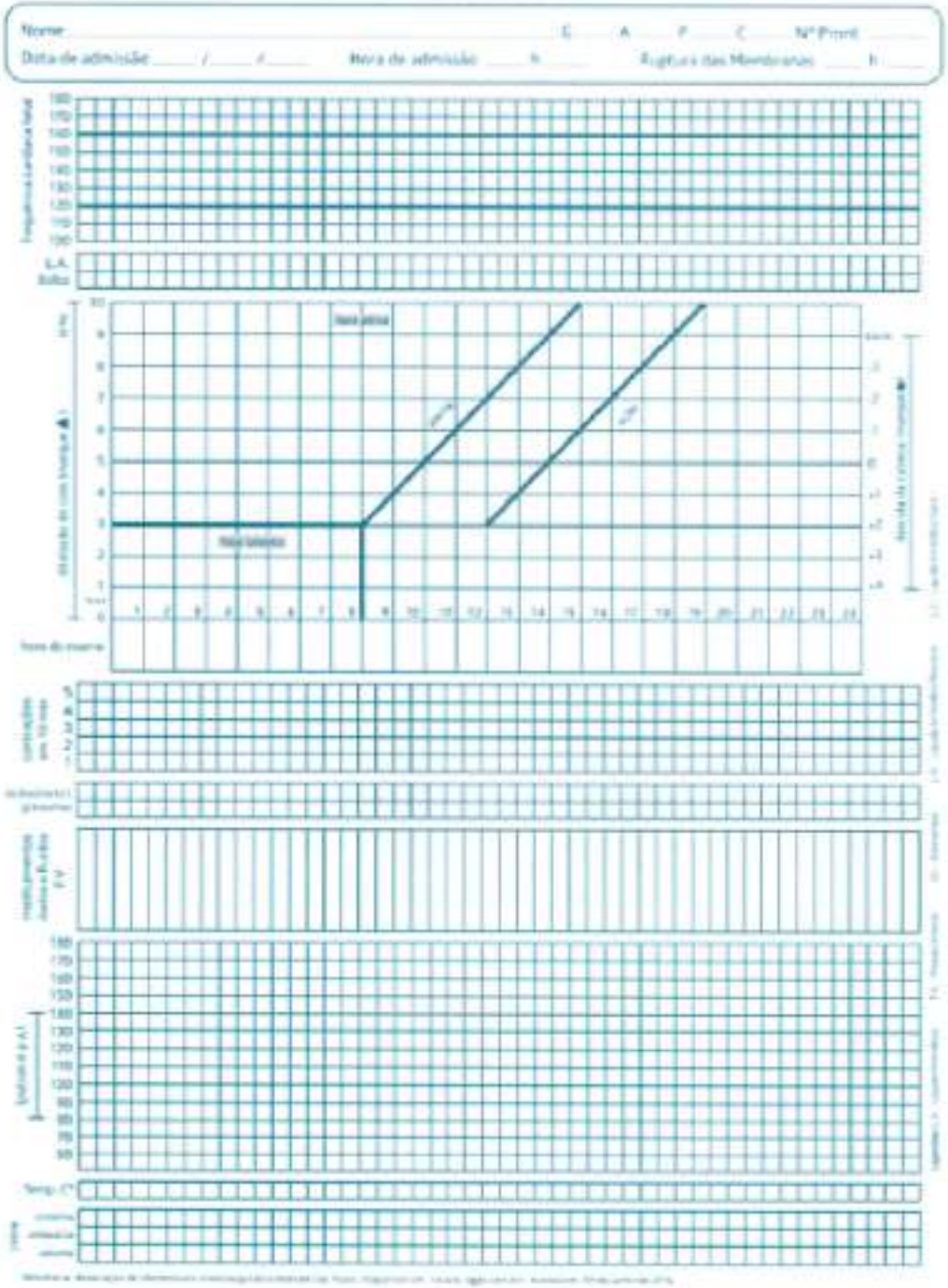
_____ (nome, assinatura e RG da testemunha)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Parto Normal, elaborado em conformidade com a Resolução COFEN nº 516/2016.

IMED

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

PARTOGRAMA



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Termo de Consentimento - Hemotransfusão

Hospital Estadual São Luis de Montes Belos

SUS GOIÁS

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO

( ) CONCENTRADO DE HEMÁCIAS ( ) PLASMA ( ) PLAQUETAS
( ) Outros _____

Declarante ( ) Paciente ( ) Responsável ou Representante legal

Nome _____

Grau de Parentesco _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____

Identidade Nº _____ Órgão expedidor _____ CPF _____

1. Declaro que o médico Dr. _____ CRM nº _____ informou-me da necessidade de hemotransfusão.
2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especificamente os seguintes:

   Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.
3. Estou ciente que o banco de sangue adota todos os procedimentos de qualidade dos hemocomponentes disponibilizados, de acordo com as normas legais.
4. Realizei exames prévios no meu sangue, e fui informado que foi feito o mesmo no sangue no doador.
5. ( ) Recuso a transfusão de hemocomponentes por motivos religiosos/ideológicos, entretanto estou ciente que em situações emergenciais e sob indicações das práticas médicas vigentes, a equipe médica poderá proceder transfusão de hemocomponentes, portanto autorizo este procedimento apenas nessas situações.
   ( ) Autorizo a transfusão de hemocomponentes não apenas em situações emergenciais, mas, sempre que houver indicação médica.
6. Assim, declaro que agora estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos desta hemotransfusão. Por tal razão e nestas condições, dou o meu consentimento para a hemotransfusão proposta, devendo ser informado em caso de mudanças, para que possa renovar o consentimento.
7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento.

São Luís de M. B. ____ de _____ de _____

_____
Paciente ou Responsável/Representante Legal

_____ _____
Testemunha 1 Testemunha 2

MÉDICO RESPONSÁVEL

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

_____
Médico - CRM

IMED

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora _____ Data ____ / ____ / ____ Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizar e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

_____

Medico, CRM

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Termo de Consentimento - Procedimentos Invasivos

Hospital Estadual
São Luís de Montes Belos
Dr. Geraldo Lemos

SUS — GOIÁS

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA
PROCEDIMENTOS INVASIVOS

( ) PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ( ) GASTROSTOMIA ( ) PARACENTESE
( ) TORACOCENTESE ( ) DRENAGEM TORÁCICA ( ) Outros _____

Declarante ( ) Paciente ( ) Responsável ou Representante legal

Nome _____
Grau de Parentesco _____ Data de Nascimento ___/___/___
Identidade Nº _____ Órgão expedidor _____ CPF _____

1. Declaro que o médico abaixo identificado informou-me da necessidade de realização da cirurgia acima especificada.
2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especificados a seguir:

_____

3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especificados a seguir:

_____

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante este ou durante os que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. Assim, declaro que agora estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo a extensão e riscos desta cirurgia. Por tal razão, e nessas condições, dou a meu consentimento para o procedimento cirúrgico proposto, devendo ser informado em caso de mudanças, para que possa renovar o consentimento.
6. Também entendo que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento.

São Luís de M. B. ____ de _____ de _____

Paciente ou Responsável/Representante Legal

Testemunha 1 Testemunha 2

MÉDICO RESPONSÁVEL

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Médico, CRM

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora _____ Data ____ / ____ / ____ Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/atestado de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

_____

Médico, CRM

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Termo de Consentimento – Traqueostomia

Hospital Estadual
São Luís de Montes Belos
Dr. Geraldo Landin

SUS

GOIÁS

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA
REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Plano cirúrgico: _____

Declaração: ( ) Paciente ( ) Responsável ou Representante legal

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Autorizo o Dr. _____ e sua equipe a realizarem no paciente _____ o procedimento de TRAQUEOSTOMIA.

DEFINIÇÃO

Criação de uma comunicação relativamente permanente, da pele e traqueia através de uma incisão no pescoço com a propósito de estabelecer uma via aérea definitiva. É realizada a abertura através de uma cânula colocada no interior da traqueia com o objetivo de estabelecer a comunicação com o meio externo e chamada de traqueostomia.

INDICAÇÃO

Obstrução de vias aéreas causadas por: tumores volumosos, traumatismo facial severo, traumatismo torácico, edema cervical inflamatório e anomalias congênitas. Suporte ventilatório prolongado para ganhar conforto e mobilidade cervical, para prevenir lesões orais e laríngeas provocadas pelas cânulas endotraqueais de longa permanência, para prevenção da traqueíte aspirativa, para facilitar a higiene traqueobrônquica, obstrução das vias aéreas superiores por tumores da laringe, laringe ou esôfago, anomalias congênitas do trato respiratório superior ou digestivo, trauma de laringe ou traqueia, paralisia do nervo laríngeo recorrente bilateral, aspiração de corpos estranhos, difteria, exsudato inflamatório, queimaduras sobre a região cervicofacial, choque anafilático com edema de glote, remoção de secreções e tosse diminuída, após cirurgia torácica e abdominal, broncopneumonia, aspiração de conteúdo gástrico, remoção de secreções com insuficiência respiratória, tratamento de patologias neurológicas degenerativas graves centrais e periféricas.

COMPLICAÇÕES

Intraoperatórias: hemorragias, arritmia gástrica, pneumotórax, pneumomediastino, lesão de esôfago, lesão de traqueia, lesão de nervo recorrente, falso trajeto da cânula, trauma dentário, edema fatal de glote, aspiração de corpo estranho, lesão de estruturas adjacentes. Tardias: traqueíte, celulite cervical, mediastinite, pneumonia, abcesso pulmonar, colonização bacteriana, enfisema subcutâneo, obstrução da cânula por secreção espessa, edema agudo de pulmão, deslocamento da cânula, distúrbios de deglutição, hematoma. Tardias: traqueomalácia, granulomas, estenose subglótica e traqueal, fístula traqueocutânea e traqueoesofágica, aspiração e ulceração da cânula.

1. Declaro que o médico abaixo identificado informou-me da necessidade de realização de traqueostomia.
2. Fui informado pelo médico abaixo identificado que o procedimento ao qual serei submetido(a) necessitará do auxílio de outro(s) médico(s): ( ) SIM / ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
3. A proposta do procedimento que terá realizado e seus benefícios, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.
4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante este atendimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. Assim declaro que agora estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo os riscos e riscos desta cirurgia. Por tal razão, e mediante condições, dou o meu consentimento para o procedimento cirúrgico proposto, devendo ser informado em caso de mudanças, para que possa renovar o consentimento.
6. Também entendo que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento.

São Luís de M.B. ____ de _____ de _____

Paciente ou Responsável/Representante Legal

Testemunha 1 _____ Testemunha 2 _____

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

MÉDICO RESPONSÁVEL

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

_____

Médico, CRM

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora _____ Data ____ / ____ / ____ Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

_____

Médico, CRM

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Termo de Responsabilidade – Alta a Pedido do responsável

Hospital Estadual
São Luis de Montes Belos
Dr. Geraldo Landó

SUS

GOIÁS

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
portador do documento de identidade [R.G.] nº _____ responsável pelo paciente
_____
internado neste hospital, afirmo que estou solicitando a alta hospitalar do mesmo, sem a deliberação médica.
Tenho conhecimento dos riscos de transporte e da descontinuidade do tratamento.

São Luís de M. B., ____ / ____ / ____

_____
Assinatura do responsável

ITEM 3.3.5 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA (POR ESPECIALIDADES) OBSERVADOS EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA.

AMBULATÓRIO - CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CONSULTAS AMBULATORIAIS

A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de 870 consultas médicas, realizamos dimensionamento por área médica (por especialidade) considerando dividindo por tipo de consulta, contemplando tanto a primeira consulta, primeira consulta de egresso, interconsulta e consulta subsequentes.

Consideramos no planejamento do quadro de metas os procedimentos cirúrgicos ambulatórias, divididos por especialidade dias e periodos distintos de forma que a capacidade instalada seja adequada a demanda e de maneira que as metas sejam atingidas de forma plena.

IMED

PROPOSTA DE AGENDA DE CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS - DR GERALDO LANDÓ

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Cirurgia Geral - Ambulatório de pré e pós cirurgico	Médico especialista, titulado em cirurgia geral	Segunda-feira	07:00:00	12:00:00	40	7	2	1	3	4	60	240
			13:00:00	19:00:00		7	2	1	3	3		
		Quinta-feira	07:00:00	12:00:00	20	7	2	1	3	4		
			13:00:00	19:00:00	20	7	2	1	3	3		
		Quarta-feira	07:00:00	12:00:00	20	10	5	5				

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Ginecologia Ambulatório de pré e pós operatório	Médico titulado em cirurgia ginecológica	Terça-Feira	07:00:00	12:00:00	40	10	5	5			40	160
			13:00:00	19:00:00		10	5	5				

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Ortopedia de pré e pós cirurgico	Médico especialista titulado	Quinta-Feira	07:00:00	12:00:00	40	10	5		5		40	160
			13:00:00	19:00:00		10	5		5			

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Cardiologia (Exames pré)	Médico especialista, titulado em cardiologia	Sexta-Feira	13:00:00	19:00:00	20			18	2		20	80

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Angiologia e cirurgia vascular - ambulatório de pré e pós cirúrgico	Médico especialista titulado em angiologia e cirurgia vascular	Terça-Feira	07:00:00	12:00:00	28	5			5	4	20	80
			13:00:00	19:00:00		5			5	4		

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Infectologia (VVS)	Médico especialista titulado em infectologia	Quarta-feira	13:00:00	19:00:00	20	10	2	2	6		20	80

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Pediatria - egresso	Médico especialista titulado em Pediatria	Sexta-feira	07:00:00	13:00:00	20		15		5		20	80

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Obstetrícia - egresso	Médico especialista titulado em Obstetrícia	Sexta-feira	07:00:00	13:00:00	20		15		5		20	80

TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MENSAL	960
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANUAL	11.520

Considerando que a meta mensal de consultas médicas é de 870 consultas, conseguimos dimensionar de maneira que possamos realizar acima do proposto totalizando 960 consultas, sem comprometer a capacidade instalada da Unidade.

Cirurgias ambulatoriais

Deverá realizar 88 cirurgias ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até ± 10%. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

Realizamos dimensionamento por especialidade de maneira que possamos realizar procedimentos de angiologia e cirurgia vascular (varizes) bem como os procedimentos de cirurgia geral (postectomia e vasectomia). Conseguimos conciliar a agenda de forma que fique superior ao previsto no edital chegando a disponibilizar 96 procedimentos cirúrgicos mensalmente.

PROPOSTA DE AGENDA DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS HOSPITAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ					
ESPECIALIDADE	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL
Cirurgia Geral - procedimentos ambulatoriais	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	16
	Segunda-feira	07:00:00	12:00:00	4	
		13:00:00	19:00:00	4	
	Quinta-feira	07:00:00	12:00:00	4	
		13:00:00	19:00:00	4	

ESPECIALIDADE				PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL
Angiologia e cirurgia vascular - procedimentos ambulatoriais	Terça-feira	07:00:00	12:00:00	4	08
		13:00:00	19:00:00	4	

TOTAL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS - MENSAL	96
TOTAL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS - MENSAL	1.152

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 ± 10%, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS. O plano de trabalho proposto leva em consideração as metas estabelecidas para equipe médica. O planejamento e dimensionamento da equipe garante com segurança que metas serão atingidas.

Detalhamos as metas cirúrgicas de maneira que cada equipe tenha metas próprias a serem atingidas, dimensionamos o ambulatório e a agenda cirúrgica para garantir que os procedimentos sejam executados, disponibilizamos equipe d pronto atendimento de forma que estejamos aptos a receber todos os pacientes de demanda regulada ou espontânea que estejam de a cordo com o perfil da Unidade.

INTERNAÇÃO (SAÍDAS HOSPITALARES)	META MENSAL	META 12 MESES
Clínica Médica	78	936
Pediatria	52	624
Cirurgia Geral	96	2.484
Ginecologia	69	
Ortopedia	69	
Obstétrica	52	624
Total	389	4.668

METAS PARA ÁREA MÉDICA UTI

Metas de desempenho a serem atingidas pela equipe

A equipe médica da UTI e demais áreas estão dimensionadas de forma que possam atingir todas as metas quantitativas e qualitativas, metas relacionadas taxa de readmissão em UTI, média de permanência entre outros serão medidos e informados mensalmente a ses.

METAS DE DESEMPENHO - HOPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ	
Indicadores de desempenho	Meta
Taxa de Ocupação hopitalar	≥85%
Média de Permanência Hospitalar	≤4 dias
indice de Intervalo de Substituição (Horas)	≤17
Taxa de readmissão em UTI (48horas)	<5%
Taxa de readmissão Hospitalar (29dias)	≤20%
Percentual de ocoorrência de Gloss no SIH - DATASUS	≤1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias programadas por condições operacionais (causas relacionadas a pacientes)	≤5%
Percentual de partos cesários	≤15%
Taxa de Aplicação de Classifi cação de Robson nas parturientes submetidas às cesáreas	100%
Percentual de investigação de gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥95%
Razão do quantitativo de consultas ofertadas	1
Percentual de exames de imagem com resultados disponibilizado em até 10 dias	≥70%
Peercentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	<5%

APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO E, QUANDO FOR O CASO, TÍTULO DE ESPECIALISTA DOS RESPONSÁVEIS PELOS SERVIÇOS (OBSERVAR A LEGISLAÇÃO PARA CADA CASO)

Dimensionamento médico para Pronto Atendimento

Será mantido serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana atendendo todos usuários demanda espontânea, referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar. O pronto atendimento do HESLMB contara com 2 médicos plantonista de clinica médica, atendendo consultório, sala vermelha, box de observação, além deste vamos contar com 1 médico clinico presente na unidade auxiliando os atendimentos de Pronto socorro e realizando as transferências inter hospitalares. Disponibilizaremos 1 médico com titulo de cirurgião geral no pronto socorro para realizar o primeiro atendimento aos pacientes vitima de trauma e demais intercorrências cirúrgicas que adentrarem a Unidade. O serviço de ortopedia contara com profissional médico titulado como ortopedista para atendimento no pronto atendimento. Para ginecologia e obstetrícia teremos um profissional titulado na especialidade atendendo 24 os casos ginecológicos e obstétricos. Contaremos com 1 médico pediatra que ira atender toda a demanda da especialidade.



ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA PRONTO ATENDIMENTO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR GERALDO LANDÓ

	DESCRIÇÃO	
1	ATENDIMENTO EM PRONTO ATENDIMENTO 12 HORAS PRESENCIAL DIURNO	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTONISTAS
	ESPECIALIDADES MÉDICAS	
.1	Clinica Médica	2
1.2	Cirurgia Geral	1
1.3	Ginecologia / Obstetricia	1
1.4	Ortopedia / Traumatologia	1
1.5	Clinica geral para atemdimento em PA e transporte inter hospitalar	1
1.6	Pediatria	1

	DESCRIÇÃO	
2	ATENDIMENTO EM PRONTO ATENDIMENTO 12 HORAS PRESENCIAL NOTURTNO	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTONISTAS
	ESPECIALIDADES MÉDICAS	
2.1	Clinica Médica	2
2.2	Cirurgia Geral	1
2.3	Ginecologia / Obstetricia	1
2.4	Ortopedia / Traumatologia	1
2.5	Clinica geral para atemdimento em PA e transporte inter hospitalar	1
1.6	Pediatria	1

Dimensionamento médico para o Ambulatório

O Hospital disponibilizara agenda de consultas ambulatoriais como primeira consulta, regulados que terão acesso através da regulação, primeira consulta de egresso para pacientes que receberam alta da própria instituição, vagas de interconsulta para pacientes atendidos dentro da instituição que necessitam de parecer de outra especialidade e as consultas subseguentes para que os pacientes possam dar continuidade

ao tratamento iniciado.

O dimensionamento médico para o ambulatório foi realizado contemplando o cumprimento das metas de consulta médica na atenção especializada, sendo estas 870 consultas mensais e sua variação de 10%. Considerou-se também a realização de 88 cirurgias ambulatoriais e o acompanhamento destes pacientes no Hospital Dia.

A escala médica será composta sempre por especialistas na área citada abaixo.

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA AMBULATÓRIO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS DR. GERALDOO LANDÓ

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	MANHÃ 07:00 ÀS 13:00HS					TARDE 13:00 ÀS 19:00HS				
Consultas médicas nas seguintes especialidades	seg	ter	qua	qui	sex	seg	ter	qua	qui	sex
Cardiologia - Risco cirurgico										1
Cirurgia Geral - Ambulatório pré e pós cirurgico	1		1	1		1			1	
Ginecologia - Ambulatório pré e pós operatório		1					1			
Ortopedia e traumatologia - Ambulatório pré e pós operatório				1					1	
Angiologia e cirurgia vaocular - Ambulatório pré e p'so operatório		1					1			
Infectologia (VVS)								1		
Pediatria (Egressos)					1					
Obstetria - Egresso					1					

PROPOSTA DE AGENDA DE CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS - DR GERALDO LANDÓ

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Cirurgia Geral - Ambulatório pré e pós cirurgico	Médico especialista, titulado em cirurgia geral	Segunda-feira	07:00:00	12:00:00	40	7	2	1	3	4	80	240
			13:00:00	19:00:00		7	2	1	3	4		
		Quinta-feira	07:00:00	12:00:00	20	7	2	1	3	4		
			13:00:00	19:00:00	20	7	2	1	3	4		
		Quarta-feira	07:00:00	12:00:00	20	10	5	5				

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Ginecologia Ambulatório de pré e pós operatório	Médico titulado em cirurgia ginecológica	Terça-Feira	07:00:00	12:00:00	40	10	5	5			40	160
			13:00:00	19:00:00		10	5	5				

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Ortopedia de pré e pós cirurgico	Médico especialista titulado	Quinta-Feira	07:00:00	12:00:00	40	10	5		5		40	160
			13:00:00	19:00:00		10	5		5			

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Cardiologia (Exames pré)	Médico especialista, titulado em cardiologia	Sexta-Feira	13:00:00	19:00:00	20			18	2		20	80

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Angiologia e cirurgia vascular - ambulatório de pré e pós cirúrgico	Médico especialista titulado em angiologia e cirurgia vascular	Terça-Feira	07:00:00	12:00:00	28	5			5	4	20	80
			13:00:00	19:00:00		5			5	4		

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Infectologia (VVS)	Médico especialista titulado em infectologia	Quarta-feira	13:00:00	19:00:00	20	10	2	2	6		20	80

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Pediatria - egresso	Médico especialista titulado em Pediatria	Sexta-feira	07.00.00	13.00.00	20		15		5		20	80

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL	DIA DA SEMANA	HORÁRIO DE INICIO	HORÁRIO FINAL	QUANTIDADE DE ATENDIMENTO DIA	PRIMEIRA CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA DE EGRESSO	INTERCONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL	TOTAL DE CONSULTA SEMANAL	TOTAL DE CONSULTA MENSAL
Obstetrícia - egresso	Médico especialista titulado em Obstetrícia	Sexta-feira	07.00.00	13.00.00	20		15		5		20	80

Dimensionamento médico para áreas de internação

O HESLMB possui 10 leitos de internação de UTI geral para atender demanda expontanea e regulada, a equipe sera composta por medico plantonista, médico diarista e coordenador medico RT.

A unidade dispõe de 12 leitos de clinica médica, que terão disponivel medico diarista diariamente no periodo matutino, as intercorrências serão atendidas pelo médicos do pronto atendimento, completando a cobertura 24 horas desta Unidade.

A Unidade dispõe de 20 leitos de clinica cirúrgica, estes terão medico cirurgião diarista e médico cirurgião escalado para pronto socorro completara a coberta 24 horas desta Unidade.

A unidade terá atendimento de obstetricia 24 com médico presencial, este atendera o pronto socorro e fara acompanhamento dos 4 leitos leitos de obstetricia.

Os 4 leitos de pediatria serão acompanhados pelo pediatra que estiver plantão no pronto socorro.

Observando o Histórico da Unidade e evidente a baixa demanda por atendimentos de pediatria e obstetricia, são apenas 4 leitos de internação de cada uma das especialidades citadas, portanto, o trabalho dos médicos do Pronto Atendimeto sera otimizado atendendo os leitos de enfermaria sem prejuizo para o serviço.

ESCALA MÉDICA		
DESCRIÇÃO		NÚMERO DE PLANTONISTAS
1	UNIDADE UTI ADULTO 10 LEITOS	
1.1	Plantonista instesivista 12 horas diurno 07:00 às 19:00hs	1
1.2	Plantonista instesivista 12 noturno 19:00 às 07:00hs	1
1.3	Diarista 6 horas matutino 07:00 às 13:00hs	1
1.4	Diarista 6 horas vespertino 13:00 às 19:00hs	1
2	unidade internação clinica adulto - 12 leitos	NÚMERO DE PLANTONISTAS
2.1	Diarista 6 horas matutino 06:00 às 13:00hs	1
2.2	Período vespertino e noturno sera coberto pelo plantonista da clínica médica do pronto atendimento	
3	unidade internação clinica cirúrgica 20 leitos	NÚMERO DE PLANTONISTAS
3.1	Cirurgião diarista 6 horas matutino 07:00 às 13:00hs	1
3.2	Período vespertino e noturno sera pelo cirurgião do pronto atemendimento	
3.3	Visita diária pelos especialistas de cada área no dia posterior a realização do procedimento cirúrgico, até a conclusão da alta.	
4	Unidade internação clinica Obstétrica 04 leitos	NÚMERO DE PLANTONISTAS
4.1	Obstetra do pronto socorro passara visita e fara cobertura de intercorrencias que possam ocorrer	
4.2	Pediatra do pronto atendimento passara visita e fara cobertura para eventuais intercorrencias que possam ocorrer	
5	Unidade internação clinica pediátrica 04 leitos	NÚMERO DE PLANTONISTAS
5.1	Peidatra do pronto atendimento passara visita e fara cobertura para eventuais intercorrencias que possam ocorrer	
6	Serviço de infectologia	NÚMERO DE PLANTONISTAS
6.1	Médico infectologista com titulação, presente no hospital de segunda a quarta e sexta-feira permanecendo na Unidade por 6 horas cada visita	1

Dimensionamento médico para Centro Cirúrgico – Cirurgias eletivas

Conforme meta estabelecida pela SES a Unidade deve realizar 180 cirurgias programadas ao mês, para cumprir o estabelecido dimensionamos uma equipe medica composta por dois cirurgiões e um anestesista para atuar de segunda a sábado no periodo diurno, o objetivo e realizar em média 8 procedimentos programados ao dia. A equipe que irá realizar os procedimentos programados e exclusiva para este fim.

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA CIRURGIAS PROGRAMADAS A SEREM OFERECIDAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ						
ESPECIALIDADE	SEG	TER	QUA	QUIN	SEX	SAB
Cirurgião Geral	2		2			
Ginecologia				2		2
Ortopedia		2			2	
Anestesiologista	1	1	1	1	1	1

Dimensionamento médico para Centro Cirúrgico – Cirurgias de urgência e emergência

O Centro cirúrgico possui 2 salas que serão divididas em sala 1 reservada para cirurgias programadas, e uma sala para realizar as cirurgias de urgência.

Para realizar o dimensionamento do centro cirúrgico para atendimento de urgência, consideramos a demanda atendida na Unidade, número de sala disponivel, número de leitos cirúrgicos, consideramos também a existência de profissionais médico nas especialidades de ortopedia, cirurgia geral, ginecologia/obstetricia atendendo no pronto atendimento. Considerando que os médicos especialistas realizam o primeiro atendimento estabilizam o paciente e acionam o médico plantonista que esta de sobreaviso para comparecer a Unidade onde irão realizar o procedimento cirúrgico. O desenho projetado atende perfeitamente a demanda da Unidade garantindo segurança ao paciente e a equipe.

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA CIRURGIAS DE URGÊNCIA A SEREM OFERECIDAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ			
ESPECIALIDADE		PLANTÕES SOBREAVISO	
		07:00 - 19:00	19:00 - 07:00
1	Cirurgião Geral	1	1
2	Ginecologia/obstetrícia	1	1
4	Ortopedista e Traumatologista	1	1
5	Anestesiologista	1	1

Dimensionamento médico para SADT interno e externo

O serviço de SADT foi dimensionado de maneira que possa cumprir as metas mensais de atendimento estabelecidas no edital e a pacientes externos advindos da regulação bem como atender a demanda interna da Unidade.

ESCALA MÉDICA MENSAL QUE SERÁ OFERTADA NO SADT DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ		
ESPECIALIDADE		NÚMERO DE PLANTONISTAS
1	SADT	
1.1	Cardiologista especializado estará emitindo laudo do eletrocardiograma a distância	
1.2	Radiologista 24 horas disponível para emissão de laudos a distância de Raio X e Tomografia	
1.4	Médico especialista com titulação para realizar ultrassom com doppler de segunda a sabado no horário das 07:00 as 9:00hrs realizando exames internos e externos	1
1.5	Ultrassonografia das 09:00 as 13:00hs de segunda a sábado realizando exames externos e internos	1

Dimensionamento médico – Coordenadores e Responsável Técnico (RT)

ESCALA MÉDICA COORDENAÇÕES OFERTADAS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ		
	DESCRIÇÃO	NÚMERO DE PLANTONISTAS
1	Médico Ginecologista/obstetra RT da equipe de ginecologia e obstetrícia da unidade Hospitalar	1
2	Médico ortopedista RT da equipe de Ortopedista da Unidade Hopsitalar	1
3	Médico Cirurgião RT do serviço de cirurgia da Unidade Hospitalar	1
4	Médico coordenador do Pronto atendimento	1
5	Médico clínico coordenador da Unidade de internação clínica	1
6	Médico Diretor Técnico da Unidade Hospitalar	1
7	Médico Intensivista com titulação RT da UTI	1

METAS DE EXAMES PARA O SADT EXTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ - PROPOSTA DE AGENDA					
EXAME	DIA DA SEMANA	HORÁRIO INÍCIO	HORÁRIO FINAL	QTD. DE EXAMES OFERTADOS POR DIA	QTD PROCEDIMENTOS MÊS
Tomografia	Segunda, terça, quarta, quinta, sexta - Feira e sabado	7:00	13:00	4	225
		13:00	19:00	5	
Eletrocardiograma	Segunda, terça, quarta, quinta, sexta - Feira e sabado	07:00	13:00	1	25
Raio X	Segunda a Sexta - Feira	07:00	19:00	4	225
		13:00	19:00	5	
Ultrassonografia / doppler	Segunda, terça, quarta, quinta, sexta - Feira e sabado	07:00	09:00	5	125
Ultrassonografia	Segunda, terça, quarta, quinta, sexta - Feira e sabado	07:00	13:00	9	225

Multiprofissional

METAS DE DESEMPENHO - HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ	
INDICADORES DE DESEMPENHO	META
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 4 dias
Índice de Intervalo de Substi tuição (horas)	≤ 17
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%

Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de partos cesáreos	≤ 15%
Taxa de Aplicação da Classifi cação de Robson nas parturientes submeti das à cesárea	100%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitati vo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

Multiprofissional

INTERNAÇÃO (SAÍDAS HOSPITALARES)	META MENSAL	META 12 MESES
Clínica Médica	78	936
Pediatria	52	624
Cirurgia geral	69	2.484
Ginecologia	69	
Ortopedia	69	
Obstétrica	52	624
TOTAL	**389**	**4.668**

PS

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA PRONTO ATENDIMENTO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERAL LANDÓ				
DESCRIÇÃO				
1	ATENDIMENTO EM PRONTO ATENDIMENTO 12 HORAS PRESENCIAL DIURNO	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTONISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MENSAL
ESPECIALIDADES MÉDICAS				
1.1	Clinica Médica	2	R$ 1.750.00	R$ 105,000.00
1.2	Cirurgia Geral	1	R$ 1.750.00	R$ 52,500.00
1.3	Ginecologia / Obstetricia	1	R$ 1.750.00	R$ 52,500.00
1.4	Ortopedia / Traumatologia	1	R$ 1.750.00	R$ 52,500.00
1.5	Clinica geral para Atendimento em PA e tranporte inter hospitalar	1	R$ 1.750.00	R$ 52,500.00
1.6	Pediatria	1	R$ 1.750.00	R$ 52,500.00
DESCRIÇÃO				
2	ATENDIMENTO EM PRONTO ATENDIMENTO 12 HORAS PRESENCIAL NOTURNO	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTONISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MENSAL
ESPECIALIDADES MÉDICAS				
2.1	Clinica Médica	2	R$ 1,750.00	R$ 105,000.00
2.2	Cirurgia Geral	1	R$ 1,750.00	R$ 52,500.00
2.3	Ginecologia / Obstetricia	1	R$ 1,750.00	R$ 52,500.00
2.4	Ortopedia / Traumatologia	1	R$ 1.750.00	R$ 52,500.00
2.5	Clinica geral para Atendimento em PA e tranporte inter hospitalar	1	R$ 1,750.00	R$ 52,500.00
1.6	Pediatria	1	R$ 1,750.00	R$ 52,500.00
	VALOR TOTAL MENSAL	**R$ 735.000.00**		

IMED

NIR

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA PRONTO ATENDIMENTO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ				
DESCRIÇÃO		NÚMERO DE PLANTONISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MENSAL
1	ATENDIMENTO NO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO 12 HORAS DIURNO			
ESPECIALIDADES MÉDICAS				
1.1	Clinica Médica	1	R$ 850.00	R$ 25.500.00
DESCRIÇÃO		NÚMERO DE PLANTONISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MENSAL
1	ATENDIMENTO NO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO 12 HORAS NOTURNO			
ESPECIALIDADES MÉDICAS				
1.1	Clinica Médica	1	R$ 850.00	R$ 25.500.00
	VALOR TOTAL MESAL	**R$ 51.000.00**		

Ambulatório

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA AMBULATÓRIO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÔ										
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	MANHA 07:00 ÀS 13:00HS					TARDE 13:00 ÀS 19:00HS				
CONSULTAS MÉDICAS NAS SEGUINTES ESPECIALIDADES	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Cardiologia - Risco Cirurgico										1
Cirurgia Geral - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico	1		1	1		1			1	
Ginecologia - Ambulatorio Pré e Pós operatório		1					1			
Ortopedia e Traumatologia - Ambulatorio Pré e Pós operatório				1					1	
Angiologia e Cirurgia Vascular - Ambulatorio Pré e Pós operatório		1					1			
Infectologia (VVS)								1		
Pediatria (Egressos)					1					
Obstetrícia - Egresso					1					
TOTAL DE PLANTÕES DE 6 HORAS	15									
VALOR DO PLANTÃO DE 6 HORAS	R$ 900.00									
VALOR TOTAL SEMANAL AMBULATÓRIO MÉDICO	R$ 13.500.00									
VALOR TOTAL MENSAL AMBULATÓRIO	R$ 60.750.00									

CC

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA CIRURGIAS DE URGÊNCIA A SEREM OFERTADAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERAL LANDÓ			
ESPECIALIDADE 07:00 - 19:00		PLANTÕES SOBREAVISO	
		19:00 - 07:00	
1	Cirurgião Geral	1	1
2	Ginecologia/obstetrícia	1	1
4	Ortopedista e Traumatologista	1	1
5	Anestesiologista	1	1

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA CIRURGIAS PROGRAMADAS A SEREM OFERECIDAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERAL LANDÓ						
ESPECIALIDADE	SEG.	TER	QUA.	QUI.	SEX.	SAB.
Cirurgião Geral	2		2			
Ginecologia				2		2
Ortopedista		2			2	
Anestesiologista	1	1	1	1	1	1

TOTAL DE PLANTÕES PRESENCIAIS DE 12 HORAS MENSAL	72
TOTAL DE PLANTÕES SOBREAVISO	240
VALOR PLANTÃO PRESENCIAL	R$ 1.900,00
VALOR DO PLANTÃO A DISTÂNCIA	R$ 900,00
VALOR TOTAL MENSAL PLANTÃO DO PRESENCIAL	R$ 136.800,00
VALOR TOTAL MENSAL PLANTÃO A DISTANCIA	R$ 216.000,00
VALOR TOTAL MENSAL	R$ 352.800,00

Internações

ESCALA MÉDICA MENSAL QUE SERÁ OFERTADA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ				
DESCRIÇÃO		NÚMERO DIÁRIO DE PLANTO-NISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MEN-SAL
1	UNIDADE UTI ADULTO 10 LEITOS			
1.1	Plantonista Intensivista 12 horas diurno 07:00 as 19:00 hrs	1	R$ 1.750,00	R$ 52.500,00
1.2	Plantonista Intensivista 12 horas noturno 19:00 as 07:00 hrs	1	R$ 1.750,00	R$ 52.500,00
1.3	Diarista 6 horas matutino 07:00 as 13:00 hrs	1	R$ 850,00	R$ 25.500,00
1.4	Diarista 6 horas vespertino 13:00 as 19:00 hrs	1	R$ 850,00	R$ 25.500,00
2	UNIDADE INTERNAÇÃO CLINICA ADULTO - 12 LEI-TOS	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTO-NISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MEN-SAL
2.1	Diarista 6 horas matutino 07:00 as 13:00 hrs	1	R$ 850,00	R$ 25.500,00
2.3	Periodo Vespertino e noturno sera coberto pelo plan-tonista da clinica médica do pronto atendimento			R$ -
3	UNIDADE INTERNAÇÃO CLINICA CIRÚRGICA 20 LEITOS	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTO-NISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MEN-SAL
3.1	Cirurgião diarista 6 horas matutino 07:00 as 13:00 hrs	1	R$ 850,00	R$ 25.500,00
3.3	Periodo vespertino e noturno coberto pelo cirurgião do pronto atendimento			
3.4	Visita diária pelos especialistas de cada área no dia posterior a realização do procedimento cirúrgico, até a conclusão da alta.			
4	UNIDADE INTERNAÇÃO CLINICA OBSTÊTRICA 04 LEITOS	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTO-NISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MEN-SAL
4.1	Obstetra do pronto socorro passara visita e fara co-bertura de intercorrencias que possam ocorrer			R$ -
4.4	Pediatra do pronto atendimento passara visita e fara cobertura para eventuais intercorrencias que possam ocorrer			R$ -
5	UNIDADE INTERNAÇÃO CLINICA PEDIÁTRICA 04 LEITOS	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTO-NISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MEN-SAL

5.1	Pediatra do pronto atendimento passara visita e fara cobertura para eventuais intercorrencias que possam ocorrer			
6	SERVIÇO DE INFECTOLOGIA	NÚMERO DIÁRIO DE PLANTO-NISTAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MEN-SAL
6.1	Médico Infectologista com titulação, presente no hospi-tal de segunda quarta e sexta feira permanecendo na Unidade por 6 Horas a cada visita	1	R$ 850.00	R$ 10,200.00

VALOR TOTAL MENSAL	**R$**	**217,200.00**

Observações:

Plantonista Pediatria cobre o P.S. e a Cirurgia, quando necessário

Plantonista Internoção Clinica cobre o P.S. quando necessário

Plantonista Cirurgião Geral da Inter. Cirúrgica cobre o P.S. e a Cirurgia, quando necessário

Plantonista Cirurgião Ortopedista da Inter. Cirúrgica cobre o P.S. e a Cirurgia, quando necessário

Plantonista Ginecologista/ Obstetra da Inter. Cirúrgica cobre o P.S. e a Cirurgia, quando necessário

Plantonista Ginecologista/ Obstetra da Inter. Cirúrgica cobre o NIR no período diurno

Plantonista Cirurgião Geral da Inter. Cirúrgica cobre o NIR no período noturno

SADT

ESCALA MÉDICA MENSAL QUE SERÁ OFERTADA NO SADT DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ				
DESCRIÇÃO		NÚMERO DE PLANTONIS-TAS	VALOR DO PLANTÃO	VALOR MENSAL
1	SADT			
1.1	Cardiologista especializado estará emitindo laudo do eletrocardiograma a distância		R$ 1,750.00	
1.2	Radiologista 24 horas disponivel para emissão de laudos a distância de Raio X e Tomografia			

1.4	Médico especialista com titulação para realizar ultrassom com doppler as segunda a sábado no horário das 07:00 as 09:00 hrs realizando exames internos e externos	1	R$ 900.00	R$ 7.200.00
1.5	Ultrassonografia das 09:00 as 13:00 hrs de segunda a sabado realizando exames externos e internos	1	R$ 900.00	R$ 27.000.00
	VALOR TOTAL MENSAL SADT MÉDICO		R$	

Coorde. Apoio

ESCALA MÉDICA COORDENAÇÕES OFERTADA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS - DR. GERALDO LANDÓ					
	DESCRIÇÃO	NÚMERO DE PLANTONISTAS	VALOR DO PLANTÃO		VALOR MENSAL
1	Médico Ginecologista/obstetra RT da equipe de ginecologia e obstetricia da Unidade Hospitalar	1	R$	10,000.00	
2	Médico ortopedista RT da equipe de Ortopedia da Unidade Hospitalar	1	R$	10,000.00	
3	Médico Cirurgião RT do serviço de cirurgia da Unidade Hospitalar	1	R$	10,000.00	
4	Medico coordenador do Pronto atendimento	1	R$	10,000.00	
5	Médico clinico coordenador da Unidade de internação clinica	1	R$	10,000.00	
6	Médico Diretor Técnico da Unidade Hospitalar	1	R$	25,000.00	
7	Médico Intensivista com titulação Rt da UTI	1	R$	10,000.00	
	VALOR MENSAL TOTAL COORDENAÇÕES	R$ 85,000.00			

Valor Estimado

ESCALAS MÉDICAS			
VALORES ESTIMADOS		VALOR MENSAL	
1	P.S.	R$	735.000,00
2	Internação	R$	217.200,00
3	Ambulatório	R$	60.750,00
	C.C	R$	352.800,00
	Nir	R$	51.000,00
4	Coordenação e apoio	R$	85.000,00
TOTAL GERAL		R$	1.501.750,00

ITEM 3.3.5 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA POR ESPECIALIDADES, OBSERVADOS, EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA.

Para a composição das metas, considerou-se, por exemplo, 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, as seguintes linhas de contratações:

- Escala de 8 horas: 44hs semanais
- Saídas Hospitalares por especialidade
- Saídas de clínica médica;
- Saídas cirúrgicas;
- Saídas de ginecologia/obstetrícia;
- Saídas de ortopedia;
- Saídas vascular;
- Urologia.

Cirurgias Programadas

Atendimento ambulatorial

- Consulta médica na atenção especializada;
- Consulta não médica;
- Procedimento cirúrgico ambulatorial.

SADT Externo

- Radiografia;
- Ultrassonografia.

Atendendo ao chamamento, apresentamos os quadros de metas para a área médica por especialidades, observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.



Ilustrativa | Internet

AHL

Saídas hospitalares

Saída Hospitalar por especialidade - Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos		
Especialidade	Meta Mensal	Meta anual
Clínica Médica	150	1800
Clínica Cirúrgica	128	1536
Cirúrgica Obstétrica/Ginecológica	248	2976
Cirúrgica Ortopédica	128	1536
Clínica vascular	64	768
Clínica urológica	64	768

Procedimentos Ambulatoriais

Metas de cirurgias ambulatoriais para o Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos		
Cirurgias Ambulatoriais	**Meta Mensal**	**Meta Anual**
	32	384

Consultas Ambulatoriais

Metas de consultas ambulatoriais para o Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos		
Descrição	Meta Mensal	Meta Anual
Clínica Médica na atenção especializada	2.160	25.920
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1.000	12.000

IMED

SADT Externo

Metas de exames para o SADT externo do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos		
SADT	Meta Mensal	Meta Mensal
Análises Clinicas	2.000	24.000
Eletrocardiograma	100	1.200
Raio X	2.000	24.000
Ultrassonografia	80	960



ITEM 3.3.6 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL (POR ESPECIALIDADES), COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL (POR ESPECIALIDADES), COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO.

SETOR	PROFISSIONAL	TURNO	QUANTIDADE	JORNADA
Unidades Assistenciais	Gerente de Enfermagem	Diarista	1	44hs
Urgência e Emergência	Coordenador de Enfermagem	Diarista	1	44hs
Classificação de risco	Enfermeiro	Diurno	2	12x36h
	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
Urgência e Emergência - CR - 02 box estabilização e observação	Enfermeiro	Diurno	2	12x36h
	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
Urgência e Emergência - CR - 02 box estabilização e observação	Técnico de Enfermagem	Diurno	8	12x36h
	Técnico de Enfermagem	Noturno	8	12x36h
Urgência e Emergência – 02 box estabilização	Técnico de Imobilização	Diurno	2	12x36h
	Técnico de Imobilização	Noturno	2	12x36h
Ambulatório	Supervisão de Enfermagem	Diarista	2	44Hs
Ambulatório - 03 Consultórios	Enfermeiro	Diarista	1	44hs

Ambulatório - 03 Consultórios	Técnico de Enfermagem	Diurno	1	44hs
Maternidade	Coordenador de Enfermagem	Diurno	1	44Hs
Enfermaria: Obstetrícia 04 Leitos	Enfermeiro	Diurno	2	12x36h
	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
Enfermaria: Pediatria - 04 Leitos	Enfermeiro	Diurno	2	12x36h
	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
Enfermaria: Obstetrícia - 04 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	2	12x36h
	Técnico de Enfermagem	Noturno	2	12x36h
Enfermaria: Pediatria - 04 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	2	12x36h
	Técnico de Enfermagem	Noturno	2	12x36h
Enfermaria: Leito Dia	Técnico de Enfermagem	Diurno	1	12x36h
Clínica Cirúrgica	Coordenador de Enfermagem	Diurno	1	44Hs
Enfermaria - Clínica Cirúrgica - 20 Leitos	Enfermeiro	Diurno	2	12x36h
Enfermaria - Clínica Cirúrgica- 20 Leitos	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
Enfermaria - Clínica Cirúrgica- 20 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	8	12x36h
Enfermaria - Clínica Cirúrgica- 20 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	8	12x36h
Bloco Operatório	Coordenador de Enfermagem	Diurno	1	44Hs
Bloco Operatório - 03 Salas Cirúrgicas + 02 RPA	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Diurno	2	12x36h
	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Noturno	2	12x36h
Bloco Operatório – - 03 Salas Cirúrgicas + 02 RPA	Técnico de Enfermagem	Diurno	8	12x36h
	Técnico de Enfermagem	Noturno	8	12x36h
Bloco Operatório - 03 Salas Cirúrgicas	Instrumentador Cirúrgico	Diurno	3	12x36h
Bloco Operatório - 03 Salas Cirúrgicas	Instrumentador Cirúrgico	Noturno	3	12x36h
CME - Central Esterilização de Materiais	Coordenador de Enfermagem	Diarista	1	44hs
CME - Central Esterilização de Materiais	Enfermeiro CME	Diurno	2	12x36h
	Enfermeiro CME	Noturno	2	12x36h
CME - Central Esterilização de Materiais	Técnico de Enfermagem	Diurno	2	12x36h
	Técnico de Enfermagem	Noturno	2	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Coordenador de Enfermagem	Diarista	1	44Hs
UTI I- Adulto -10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Diurno	2	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Noturno	2	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	12	44hs
UTI I- Adulto -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	12	12x36h

UTI I- Adulto -10 leitos	Fisioterapeuta	Diurno	3	12x60h
	Fisioterapeuta	Noturno	3	12x60h
UTI I- Adulto -10 leitos	Fonoaudiólogo	Diarista	1	30Hs
Clínica Médica	Coordenador de Enfermagem	Diurno	1	44Hs
Enfermaria - Médica - 12 Leitos	Enfermeiro	Diurno	2	12x36h
	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
Enfermaria - Médica - 12 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	6	12x36h
	Técnico de Enfermagem	Noturno	6	12x36h
Fisioterapeuta	Coordenador da Fisioterapia	Diurno	1	30hs
Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Noturno	3	30hs
	Fisioterapeuta	Diurno	3	30Hs
Psicologia	Psicóloga	Diurno	1	12x36h
	Psicóloga	Noturno	1	12x36h
Assistência Social	Assistente Social	Diurno	1	12x36h
	Assistente Social	Noturno	1	12x36h
Núcleo Interno de Regulação	Coordenador(a) de Enfermagem NIR	Diurno	1	44Hs
Núcleo Interno de Regulação	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Diarista	1	44hs
Epidemiologia	Coordenador da Epidemiologia	Diarista	1	44hs
Epidemiologia	Auxiliar Administrativo	Diarista	1	44hs
Epidemiologia	Técnico de Enfermagem	Diarista	1	44hs
CCIH	Coordenação de CCIH	Diarista	1	44hs
CCIH	Técnico de Enfermagem	Diarista	1	44hs
Qualidade	Enfermeiro	Diarista	1	44hs
Qualidade	Auxiliar Administrativo	Diarista	1	44hs
SESMT	Técnico de Seg. do Trabalho	Diarista	1	44hs
Farmácia Central	Coordenador Farmacêutico	Diarista	1	44hs
Farmácia Central	Farmacêutico Clínico	Diarista	1	44hs
Farmácia Central	Farmacêutico	Diurno	2	12X36hs
Farmácia Central	Farmacêutico	Noturno	2	12X36hs
Farmácia Central	Auxiliar de Farmácia	Diurno	4	12X36hs
	Auxiliar de Farmácia	Noturno	2	12X36hs
Farmácia Central	Assistente de Farmácia	Diurno	2	12X36hs
	Assistente de Farmácia	Noturno	2	12X36hs

ITEM 3.3.7 - PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ ENFERMARIAS, UTI, CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO, CME E BLOCO CIRÚRGICO.

1. INTRODUÇÃO

O Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, será contemplado por unidadades de internação com leitos criticos e semicriticos, abrangerá várias especialidades, tais como, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, ortopedia e traumatologia, Obstretricia, Pediatria, com suporte de unidades criticas, Unidade de Terapia Intensiva (Adulto) e Bloco Operatório e uma CME- Central de Material Esterilizado.

As demandas serão provinientes da urgência e emergência, ambulatório e via o NIR (Núcleo Interno de Regulação), com pacientes procedentes dos serviços externos e de cidades circunvizinhas do Estado da Goiás, que apresentem perfil de atendimento para investigação diagnóstica, ou ainda, com doenças agudas e crônicas de referência e contra referência.

O serviço de terapia intensiva do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, será destinado pacientes graves e de risco que exijam assistência multiprofissionais, além de equipamento e recursos humanos especializados. Sendo composto por 10 leitos adultos cuja função será recuperar a saúde e dar suporte às funções vitais dos pacientes. Possuirão aparelhos e equipamentos de alta tecnologia, que aliados ao conhecimento técnico da equipe multiprofissional, darão a assistência necessária até a recuperação dos pacientes.

Ressaltamos a importânica a CME do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos que será responsável pelo processamento

/ reprocessamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o recebimento, controle, a limpeza, o preparo, a esterilização, a guarda e a distribuição dos materiais para todas as unidades do Hospital, de modo especial para o Bloco Cirúrgico, 24 horas por dia. Será uma unidade de apoio técnico que, por meio das atividades nela realizadas, proporciona, condições para o atendimento direto a assistência à saúde dos individuos com segurança, seja nos procedimentos cirúrgicos de grande, médio ou pequeno porte, denominados invasivos, seja no fornecimento de material para inalação, bacias para banho entre inúmeros outros, que merecem a mesma atenção e cuidados no seu preparo, garantindo assim, prestação de serviços seguros aos pacientes.

O Bloco Cirúrgico do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos será uma unidade especializada do Hospital, constituida por 03 salas cirúrgicas, destinadas à realização de procedimentos de diversas naturezas, que venham a requerer intervenção cirúrgica, bem como a recuperação pós anestésico e pós operatória imediata, cuja capacidade será para 12 leitos. Devido as suas caracteristicas é considerada uma unidade de alerta máxima, haja vista a necessidade contínua de prevenção e controle dos riscos associados à condição que determinou a intervenção cirúrgica, a condição do cliente na internação, a própria tecnologia de intervenção e a capacidade instalada da unidade com destaque especial para as condições de trabalho e o preparo dos recursos humanos. As principais finalidades do setor são: Realizar intervenções cirúrgicas e encaminhar o paciente à unidade de origem, na melhor condição possivel de integridade; Servir de campo de estágio para a formação e aprimoramento de recursos humanos; Desenvolver programas e projetos de pesquisa, voltados especialmente para o desenvolvimento científico e tecnológico de ponta; Constituir-se em unidade de referência e contra referência, sendo importante no desenvolvimento das atividades de hospital dia.

Dentre os diversos documentos que instituem, organizam e regem o Serviço de Enfermagem no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, estão as rotinas de enfermagem que representam instruções técnicas importantes para execução da assistência em enfermagem. São instrumentos que orientam o papel de cada membro da equipe e garantem a prestação de assistência integral, ética e humanizada ao paciente e a comunidade, na busca permanente pela excelência, desenvolvendo todas as atividades com respeito a dignidade humana.

As principais rotinas de enfermagem por nivel de formação profissional visam proporcionar ambiente terapêutico adequado aos pacientes com afecções clínicas diversificadas, em regime de internação. Oferecer assistência qualificada mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), respeitando os principios deontológicos e legais da profissão. Nortear com segurança as atividades da rotina de cada membro da equipe de enfermagem e proporcionar ambiente de aprendizado para os profissionais do Hospital, para residentes, estudantes e estagiários e para toda equipe de saúde.

Neste documento serão apresentadas as principais rotinas dos profissionais de Enfermagem nas Unidades de Internação (enfer-

marias) Clínica e Cirúrgica, UTI, CME e Bloco Cirúrgico.

Os turnos de trabalho da Equipe de Enfermagem do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos serão distribuidos conforme necessidade de escala, da seguinte forma:

- Escala de 8 horas: 44hs semanais
- Escala de plantão dirurno (12X36)
- Escala de plantão Noturno (12X36)

2. ESTRUTURA FÍSICA

INTERNAÇÃO	LEITOS
UTI ADULTO	10
CLÍNICO ADULTO	12
CIRÚRGICO	20
OBSTETRÍCIA	4
PEDIATRIA	4
LEITO DIA	2
BOX DE OBSERVAÇÃO	4
BOX DE ESTABILIZAÇÃO	2
RPA	2
CENTRO CIRÚRGICO (salas cirúrgicas) TOTAL GERAL DE LEITOS:	50

3. ROTINAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMUNS AOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS (CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA CIRÚRGICA E OBSTÉTRICA).

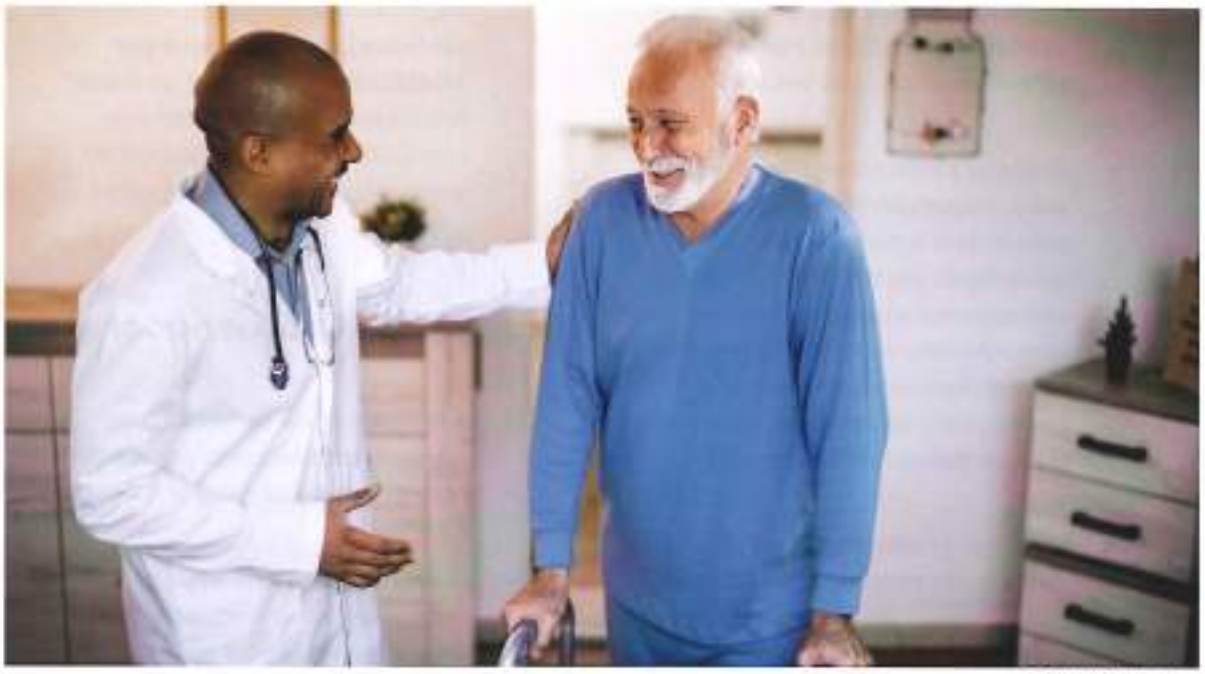
Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

- Registrar entrada, intervalo e saida 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 respeitanto os horários de chegada e saida, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- Solicitar as trocas de plantões entre profissionais à chefia imediata com no minimo 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 minima 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 possivel 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 da equipe de enfermagem serão responsáveis pela ordem e conservação da unidade do paciente, bem como de seu material e ambiente de trabalho, comunicando ao setor responsável quando houver danos e/ou necessidade de reparos nos setores, para as providências cabíveis;
- Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade;
- Todos os membros da Equipe de Enfermagem de todas as unidades de internação deverão ser responsáveis pelo registro de notificações de eventos adversos e queixas técnicas das não conformidades que possam acarretar danos ao serviço e usuários;
- 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 (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem, Livro de Ocorrência de Enfermagem) ou sistema informatizado;
- O desfibrilador/cardioversor, aspirador e laringoscópios deverão ser testados diariamente por profissional escalado e qualquer falha identificada deverá ser comunicada imediatamente ao serviço Enfermeiro plantonista.

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;
- Ler os relatórios de enfermagem, revisar o censo diário, checar o comparecimento dos funcionários e observar os avisos para o dia;
- Supervisionar as atividades equipe, observando suas respectivas funções e atribuições;
- Elaborar, quando necessário, e avaliar periodicamente as ações de Enfermagem;
- Manter contato direto com a Gerência de Enfermagem;



Ilustrativa | Internet

- Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade de internação 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 abono, dentre outros mais específicos;
- Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;
- 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;
- Estabelecer contato com outros setores e demais chefias sempre que se fizer necessário;
- Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- Prestar assistência de enfermagem de acordo com a necessidade do serviço;
- Solicitar material permanente quando necessário;
- Requisitar aos setores competentes, o conserto do material permanente e instalações, quando necessário;
- Supervisionar o cumprimento do cronograma para higienização das dependências da clínica;
- Esclarecer junto a equipe problemas ocorridos durante a jornada de trabalho;

- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;

- Participar do processo de supervisão contínua da unidade de internação e estimular relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde;

- 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 e longo prazo pelo serviço;

- Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;

- Participar das resoluções e encaminhamentos realizados pela Gerência do Serviço;

- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem da Clínica Médica;

- Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;

- Participar da visita diária e passagem de plantão da equipe de enfermagem e de saúde;

- Assessorar a Gerência na tecno-vigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;

- Supervisionar a ordem nas Clínicas assistenciais.

Enfermeiro Assistencial:

- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido, sapato fechado e sem adornos;

- Participar da passagem de plantão da equipe de enfermagem e/ ou equipe interdisciplinar de saúde, prestando informações sobre o estado geral do paciente, procedimentos realizados ou a realizar e intercorrências importantes;

- Aplicar e verificar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311/2007, o Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a lei 7498 e dispõe sobre o exercício da enfermagem, e demais legislações que normatizam a profissão;

- Assistir os pacientes sob sua responsabilidade, realizando cuidados de enfermagem de média e alta complexidade em parceria com a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional;

- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;

- 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;

- Planejar, prescrever, executar, avaliar e reavaliar o plano da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de cada paciente;
- Realizar classificação de nível de dependência dos pacientes sob sua responsabilidade de acordo com portaria de dimensionamento de pessoal do COFEN, vigente no período;
- Realizar a classificação do risco de queda e de lesão por pressão dos pacientes sob sua responsabilidade;
- Programar a organização da escala de atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, por turno, uniformemente e com equidade, de acordo com portaria de dimensionamento de pessoal do COFEN, vigente no período, considerando a necessidade de plantões de oito e de doze horas;
- Utilizar o relatório geral para registrar as ocorrências do turno, mantendo rotineiramente, a cada troca de plantão, as seguintes informações:
- Os funcionários escalados para cada horário (presentes e ausentes), a respectiva escala de atribuição e a divisão dos horários de intervalo intrajornada;
- Os procedimentos realizados, os encaminhamentos dos pacientes para exames, procedimentos, consultas ou outras necessidades de saída do setor;
- O andamento dos preparos para exames, bem como os que não foram realizados, alegando o motivo;
- Material e/ou medicação em falta e quaisquer informações que se julguem relevantes;
- Registrar o número do lacre do carro de urgência, no livro próprio;
- Protocolar e encaminhar pareceres, solicitações de hemoderivados e medicamentos psicotrópicos;
- Registrar em prontuário as observações relacionadas a alergias e outras de relevância, de forma destacada, inclusive a identificação dos leitos;
- Registrar no prontuário de cada paciente a admissão de enfermagem e, em cada plantão, a evolução de enfermagem, o plano da SAE, alterações do quadro clínico, procedimentos realizados, o andamento dos preparos para exames, inclusive os que não foram realizados, alegando o motivo, e a alta do paciente;
- Ler o relatório geral em cada plantão e os avisos enviados pela Coordenação de Enfermagem e pela Gerência de Enfermagem, via impresso ou digital, para se inteirar das ocorrências e comunicados;
- Utilizar os quadros específicos para registrar informações de pacientes com nome, idade, data de admissão e número do prontuário, necessidade de curativos, acamados, agendamento de exames, procedimentos, consultas ou outros tratamentos com data, horário, local e preparo, por paciente, quando necessário;
- Verificar com antecedência e orientar os pacientes e acompanhantes quanto ao preparo adequado de exames, procedimentos e outros tratamentos;

- Supervisionar o Técnico e Auxiliar de Enfermagem em suas atividades, de modo especial na administração de medicamentos conforme prescrição médica, quando necessário;
- Verificar o abastecimento adequado e suficiente dos kits de roupa limpa disponibilizados pelo setor responsável;
- Supervisionar a solicitação de material esterilizado bem como o envio de material contaminado para processamento pelos Técnicos e Auxiliares de enfermagem;
- Realizar a admissão do cliente dando orientação sobre as normas e rotinas do ambiente hospitalar, esclarecendo dúvidas e entregar impressos informativos, quando necessário;
- Participar do planejamento de alta do cliente, realizando orientações específicas e preparando-o para a continuidade dos cuidados em sua residência, quando necessário;
- Acompanhar o transporte intra-hospitalar dos clientes de médio e alto risco, e em casos especiais, conforme protocolo institucional;
- Registrar intercorrências na solicitação de transporte externos (ambulância) de pacientes e anotar nos prontuários;
- Registrar admissões, altas e transferências dos usuários conforme normas e rotinas da unidade, em impressos próprios, sistema de informação hospitalar e quadros;
- Supervisionar os serviços desenvolvidos pelos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, assistentes administrativos, maqueiros e operacionais da unidade, considerando a prioridade e grau de complexidade de cada demanda;
- Receber e aprazar os horários das prescrições médicas, conferindo os dados, nos prontuários dos pacientes de acordo com a rotina estabelecida, agilizando a chegada das medicações;
- Conferir diariamente a funcionalidade do laringoscópio, cardioversor e integridade do lacre do carrinho de emergência, revisando-o semanalmente, mesmo lacrado, e, a qualquer momento quando houver necessidade de utilizá-lo. Realizar reabastecimento, seguindo de inserção de novo lacre;
- Realizar solicitações de medicamentos, materiais e insumos no Sistema de Informação Hospitalar, conforme necessidade do setor;
- Realizar procedimentos de alta complexidade privativos do enfermeiro, estabelecidos em POP, e pelo conselho de classe, tais como:
- Cateterismo enteral (nasogástrico e nasoentérico) e vesical de alívio e de demora;
- Grandes curativos de feridas abertas infectadas, lesão por pressão a partir do estágio III, queimaduras, feridas oncológicas, entre outras de maior complexidade;
- Acompanhar e orientar os curativos realizados pelos Técnicos de enfermagem;
- Realizar curativo de acesso venoso central, incluindo o cateter para hemodiálise, quando necessário;

- Acompanhamento de administração de hemocomponentes e de sistema de nutrição parenteral em articulação com profissional de enfermagem da Agência Transfusional e da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional;
- Coleta de amostra de sangue arterial (realizar manipulação do gasômetro em unidade de terapia intensiva);
- Coleta de amostra de sangue por meio de cateteres centrais;
- Punção venosa periférica de veia jugular externa;
- Aspiração de vias aéreas superior e endotraqueal;
- Coletas de amostras para culturas em geral (hemoculturas, secreção traqueal, urocultura, swabs, fragmento de tecido, exsudato de ferida, entre outros) e encaminhar ao laboratório;
- Punção por hipodermóclise.
- 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;
- Solicitar a desinfecção concorrente e terminal conforme indicação;
- Executar outras tarefas, dentro das atribuições do enfermeiro, quando designadas pelo Coordenador de Enfermagem;
- Manter comunicação estreita com a equipe do centro cirúrgico;
- Conferir o mapa cirúrgico diariamente, assim que receber o plantão e certificar de que os pacientes estão preparados para os procedimentos cirúrgicos;
- Verificar se paciente em pré-operatório encontra-se sem pendências para o ato cirúrgico no momento da admissão;
- Confirmar reserva sanguinea na unidade de hematologia antes do encaminhamento do paciente ao Bloco Cirúrgico;
- Realizar orientações a pacientes e familiares quanto ao fluxo do serviço, uso de medicamentos prescritos e continuidade do cuidado pós-operatório em domicílio;
- Fornecer orientações sobre e protocolar a entrega de peças anatômicas ao paciente ou familiar, se for o caso;
- Conferir o check-list de requisição para o Almoxarifado, Farmácia e CME;
- Supervisionar a organização das enfermarias, postos de enfermagem, expurgo, repouso, material permanente e demais ambientes, comunicando possíveis problemas que demandem a ação da Coordenação de Enfermagem;
- Supervisionar a desinfecção concorrente (em cada turno) das bancadas, equipamentos e leitos da unidade realizada pela equipe de enfermagem;
- Cumprir o regulamento e regimento internos, ordens de serviço e portarias institucionais, protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;

- Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Gerência de Enfermagem;
- Participar de reuniões, quando solicitado, com os enfermeiros de todos os turnos e o Coordenador de Enfermagem da unidade, em datas previamente acordadas;
- Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/ rotinas e POPs de enfermagem;
- Participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado;
- Cumprir o programa da Gerência de Enfermagem para recepção de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem admitidos e/ou transferidos das unidades;
- Realizar a capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade e, se necessário, designar um profissional com habilidade para acompanhar o mesmo até sua adaptação;
- Participar da avaliação de desempenho e auto avaliação por competência da equipe de Enfermagem sob sua supervisão;
- Definir, elaborar e participar, em conjunto com o Coordenador de Enfermagem de programas educacionais a serem desenvolvidos na unidade;
- Identificar as necessidades de educação permanente da sua equipe;
- Em caso de impossibilidade de cobertura de pessoal, solicitar ajuda da Coordenação de Enfermagem para resolver a questão;
- Realizar a cobertura de unidades afins, de acordo com solicitação do Ccoordenador de Enfermagem ou Gerente de Enfermagem;
- Supervisionar a realização da conferência da temperatura da geladeira diariamente com preenchimento de impresso padronizado pela equipe de enfermagem e comunicar à Coordenação de Enfermagem as situações de inconformidade;
- Registrar em sistema especifico (ou livros) o empréstimo de equipamentos para outras unidades;
- Sensibilizar/orientar a sua equipe quanto ao uso racional dos insumos hospitalares ;
- Colaborar com o a Coordenação de Enfermagem da unidade e serviço de padronização de materiais e equipamentos na elaboração do termo de referência, revisão de descritivos, testagem de amostras e pareceres técnicos sobre qualidade de materiais, quando solicitado;
- Realizar notificações de eventos adversos relacionados à segurança do paciente no sistema de informação hospitalar;
- Registrar as admissões de todos os pacientes com lesões por pressão no sistema ou livro de Notificação de Lesão por Pressão e atualizar sempre que aparecerem novas lesões;
- Executar as ações de prevenção das lesões por pressão, conforme o POP de Segurança do Paciente;
- Registrar no sistema de informação hospitalar (ou livro) todos os eventos adversos relacionados a assistência dos pacientes, artigos médico-

hospitalares, doenças de notificações compulsórias, equipamentos médico-hospitalar, medicamentos, sangue ou hemocomponentes e todos os relacionados à segurança do paciente.

- Monitorar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, os indicadores de qualidade em Enfermagem e propor/aplicar as medidas de intervenção;
- Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- Orientar e preencher formulários de acidente de trabalho, conduzir o funcionário para atendiemnto conforme rotina preestabelecida, em casos de acidente de trabalho;
- Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de Enfermagem;
- Participar do controle sistemático de infecção hospitalar;
- Comunicar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica as suspeitas de doenças de notificação compulsória;
- Participar da investigação, junto com equipe de segurança do paciente, de causas raiz e planejamento de melhorias em caso de ocorrência de eventos adversos no setor, juntamente com a Coordenação de Enfermagem;
- Participar de pesquisas técnicas e científicas na área da saúde;
- Prestar cuidados diretos aos pacientes sob sua visão holística, atendendo integralmente as suas necessidades;
- Ser responsável na assistência de enfermagem com ênfase ao paciente em estado crítico, acompanhando sua evolução e tratamento;
- Supervisionar os procedimentos realizados pelos técnicos de Enfermagem;
- Realizar a checagem dupla, antes da administração de medicamentos potencialmente perigosos (medicamentos de alto risco/alta vigilância), antes da administração segura de sangue e hemocomponentes, que devem estar devidamente registrado nos prontuários e antes da administração de nutrição parenteral e enteral;
- Conduzir a unidade de trabalho sob sua responsabilidade, com competência técnica e abrangência científica para atingir o objetivo proposto pelo serviço;
- Zelar pelo patrimônio da Instituição.

Técnico de Enfermagem:

- Observar e cumprir o exercício legal da profissão, observando o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a lei 7498/86 que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e demais legislações que normatizam a profissão;
- 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;
- Participar e colaborar para o alcance de metas e objetivos assistenciais da unidade de internação;
- 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;
- Colaborar na capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade até sua adaptação, sempre que solicitado pelo Enfermeiro Assistencial ou Coordenador de Enfermagem;
- Participar da Avaliação de Desempenho realizada pelo Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem;
- Realizar cobertura de outros setores de acordo com solicitação da Coordenação de Enfermagem;
- Cumprir escala de atribuição, pacientes e atividades diárias da unidade, conforme distribuição dos Enfermeiros Assistenciais;

POSTO

ABASTECER LUVAS, TOUCAS E MÁSCARAS; MANTER BANCADAS LIMPAS E ORGANIZADAS, TROCAR A CAIXA DE PERFURO CORTANTE QUANDO NECESSÁRIO;

MATERIAL

GUARDAR O MATERIAL DA UNIDADE; ABASTECER SERINGAS, AGULHAS E DEMAIS MATERIAIS DAS CAIXAS E GAVETAS, ABASTECER E ROTULAR AS ALMOTOLIAS;

EXPURGO

ACONDICIONAR O MATERIAL NOS SACOS (BANDEJAS, PINÇAS, BACIAS, COMADRES E PAPAGAIOS, MATERIAIS RESPIRATÓRIOS (TRAQUEIAS, UMIDIFICADORES, KITS DE INALAÇÃO ETC); TROCAR A CAIXA DE PERFURO CORTANTE; MANTER A PIA ORGANIZADA; ENCAMINHAR O MATERIAL PARA A CME;

LIVRO DE OCORRÊNCIAS

REGISTRAR: A EQUIPE DO PLANTÃO E DISTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO; REVEZAMENTO DO HORÁRIO DE REPOUSO; FALTA DE MATERIAIS OU MEDICAÇÕES; OCORRÊNCIAS DO SERVIÇO, REALIZAR CHECK-LIST DE MATERIAL PERMANENTE DO POSTO EM IMPRESSO PRÓPRIO;

ROUPARIA

MANTER O ARMÁRIO DE ROUPAS ORGANIZADO; SOLICITAR ROUPA PARA ABASTECER O ARMÁRIO; DISTRIBUIR KITS PARA 24 HORAS (NOTURNO); MANTER CONTATO COM A LAVANDERIA SEMPRE QUE NECESSÁRIO;

CURATIVO

ABASTECER A CLÍNICA MÉDICA COM O MATERIAL ESTÉRIL DA CME (BANDEJAS, PACOTES DE CURATIVO, PACOTES DE PARAMENTAÇÃO; REALIZAR OS CURATIVOS DE PEQUENA COMPLEXIDADE; AUXILIAR O ENFERMEIRO NOS CURATIVOS DE MÉDIA E ALTA COMPLXIDADE.

- Distribuir kits de roupa diariamente conforme atribuição;
- Realizar limpeza, conferência de validades e organização dos materiais e equipamentos da unidade;
- Realizar desinfecção concorrente das bancadas, equipamentos e leitos sob sua responsabilidade, conforme protocolo institucional;
- Realizar conferência da temperatura da geladeira de medicamentos, no inicio de cada turno, bem como organização e registro em impresso próprio de acordo com a escala de serviço diário da unidade e comunicar ao Enfermeiro Assistencial as situações de inconformidade;
- Registrar as informações inerentes ao plantão, materiais e equipamentos disponíveis do setor, escala de profissionais, admissões, transferências e altas, e temperatura da geladeira no livro de ocorrência dos Técnicos de Enfermagem;
- Realizar trocas dos circuitos de nebulizações e umidificadores de acordo com a padronização de horas da CCIHs;
- Esvaziar os frascos de aspiradores a cada passagem de plantão anotando o débito e trocar os frascos de acordo com a padronização de horas da CCIH;
- Esvaziar os coletores de diurese a cada passagem de plantão e anotar o débito;
- Realizar em todos os procedimentos e cuidados a tripla identificação do paciente (pulseira de identificação, identificação verbal do nome do mesmo e identificação do leito);
- Verificar a integridade da pulseira de identificação e identificação do leito periodicamente e informar qualquer dano ou perca e comunicar ao enfermeiro;
- Buscar equipamentos/materiais na Central de Material e Equipamentos conforme atribuição do enfermeiro;
- Encaminhar materiais/ equipamentos contaminados à Central de Material e Equipamentos conforme rotina institucional, na ausência do técnico responsável pelo controle e provisão de material e organização do setor;
- Comunicar ao Enfermeiro (a) as irregularidades e defeitos apresentados dos equipamentos hospitalares;
- Participar de treinamentos para manuseio de equipamentos e materiais adquiridos;
- Manter a organização das enfermarias, recolhendo os materiais e equipamentos em desuso ou excesso;
- Comunicar ao Enfermeiro (a) sempre que perceber a necessidade de reparos/manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura,

mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;

- Colaborar com as medidas de prevenção de controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de enfermagem;
- Verificar a necessidade de medicamentos no início do plantão e comunicar aos Enfermeiro Assistencial para solicitar à Farmácia;
- Comunicar ao Enfermeiro Assistencial da unidade a ocorrência de acidente de trabalho para preenchimento da ficha de análise de acidentes, para devida notificação;
- Receber e passar o plantão de sua responsabilidade, dentro do horário estabelecido pela instituição;
- Executar e checar a Sistematização da Assistência de Enfermagem conforme prescrito pelo Enfermeiro Assistencial;
- Executar os Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente, tais como:
- Administrar medicamentos por todas as vias;
- Realizar curativos de feridas classificadas como estágio I e II, feridas operatórias, fixadores externos, drenos, cateteres intravasculares periféricos, traqueostomia, na ausência de complicações;
- Realizar troca de fixação de traqueóstomos e sondas após cuidados de higiene, conforme necessidade;
- Instalar dispositivos de oxigenoterapia de baixo e de médio fluxo e nebulização, conforme prescrição médica;
- Administrar enema e enteroclisma, conforme prescrição médica;
- Aplicar crioterapia e termoterapia, conforme prescrição médica;
- Executar os cuidados com o corpo após a morte;
- Preparar o paciente para procedimentos cirúrgicos e realização de exames conforme solicitado e/ou programado;
- Puncionar e identificar (data, hora, calibre do cateter e primeiro nome legível do profissional) o acesso venoso periférico sempre que necessário, observando os períodos de trocas ou quando necessário, seguindo as recomendações da CCIH e/ou conforme apresentação de sinais flogísticos;
- Identificar os equipos de infusões (enteral e/ou parenteral) contínuas e/ou intermitentes com data e realizar as trocas seguindo as recomendações da CCIH ou quando necessário;
- Identificar as soluções infundidas com nome completo do paciente, enfermaria e leito, componentes da solução, volume, hora de início, vazão, data e primeiro nome legível do profissional, em impresso específico;
- Auxiliar e/ou oferecer alimentos via oral conforme prescrição médica ou quando necessário;

- Conferir as características das dietas enterais recebidas e comunicar ao enfermeiro as alterações;
- Instalar e monitorar a infusão de dieta enteral conforme prescrição médica, observar, reconhecer, registrar intercorrências durante o procedimento, realizar a lavagem da sonda após cada dieta ou medicação e realizar a troca de equipo de dieta diariamente;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente zelando por sua segurança e trocar roupas de cama, realizando a desinfecção do leito e equipamentos pela manhã após o banho e em qualquer horário conforme seja necessário;
- Explicar ao paciente e familiar o que será realizado antes de cada procedimento;
- Prestar informações e esclarecimentos sob sua competência aos pacientes e familiares durante as visitas;
- Atender aos chamados dos pacientes e dos acompanhantes;
- Orientar pacientes sobre banho pré-operatório com solução antisséptica;
- Verificar a necessidade de tricotomia de acordo com o local de incisão cirúrgica e prescrição do enfermeiro;
- Orientar e conferir sobre a importância do jejum pré operatório;
- Orientar pacientes, acompanhantes e visitantes quanto a retirada dos adornos e higienização das mãos;
- Preencher todos os documentos refeentes a rotina pré cirúrgica e encaminhar junto ao paciente quando for para o bloco cirúrgico;
- Manter vigilância permanente aos pacientes, identificando suas necessidades objetivas e subjetivas;
- Desempenhar atividades que lhes forem delegadas, desde que sejam compatíveis com a sua função e competência;
- Executar cuidados para prevenção de lesão por pressão (mudar decúbito de 2/2 horas e de acordo com a necessidade, proteger proeminências ósseas e outros cuidados prescritos pelo Enfermeiro Assistencial de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem);
- Verificar de sinais vitais de de 6/6 horas e sempre que necessário e/ou de acordo com a prescrição médica, devendo ser registrado na ficha de relatório de enfermagem;
- Executar administração e checagem de medicamentos da prescrição médica e circular aqueles que não forem realizados, justificando o motivo tanto na prescrição quanto na ficha de relatório de enfermagem;
- Registrar os cuidados de enfermagem prestados, descrever o estado geral do paciente, as orientações realizadas e a presença de intercorrências no relatório de enfermagem de forma clara, concisa e objetiva, colocando o primeiro nome legível do profissional e carimbo do conselho de classe;

- Identificar impressos com nome completo do paciente e informações pessoais dos mesmos com letra legível;
- Auxiliar o Enfermeiro Assistencial e o médico no preparo e execução de procedimentos privativos;
- Encaminhar o material contaminado para o expurgo, só retornar para o posto com o material se não foi usado ou contaminado;
- Fazer a separação do lixo conforme determinado pela CCIH: comum ou contaminado;
- Retirar as prescrições vencidas, deixando a das últimas 48h;
- Retirar os excessos dentro das caixas de medicamentos do posto de enfermagem;
- Anotar resultados e fazer as correções de acordo com a prescrição médica;
- Montar os descartex e realizar troca quando necessário;
- Realizar limpeza e desinfecção das bandejas após uso;
- Passar o plantão com os pacientes com a higiene preservada;
- Não executar prescrição de Enfermagem ou Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional e registrar em prontuário as eventuais alterações consentidas.

OBSERVAÇÃO: Aos Auxiliares de Enfermagem, NÃO CABE:

- Prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Realizar Sondagens;
- Executar ações relacionadas à Terapia Nutricional;
- Prestar cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Administrar medicamentos potencialmente perigosos (medicamento de alto risco ou alta vigilância);
- Executar ações relacionadas à Hemoterapia (podem executar cuidados de higiene e conforto ao paciente).

Técnico de enfermagem responsável pelo material da unidade:

- Apresentar-se para assumir o plantão de acordo com o seu horário estabelecido;
- Revisar todo material estéril de uso na unidade e encaminhar pára a CME o que estiver fora do prazo de validade, se for o caso;
- Solicitar na CME o material estéril, nos horários pré-estabelecidos e quando necessário;

- Armazenar o material estéril em local próprio;
- Encaminhar o material usado para a CME, de acordo com o horário estabelecido;
- Abastecer e rotular as almotolias quando necessário;
- Manter organizados e abastecidos os armários de reserva;
- Manter abastecidos as gavetas, caixas e armário do Posto de enfermagem;
- Abastecer os insumos da Sala de Procedimentos;
- Zelar e manter a ordem da Sala de Procedimento, Repouso, Rouparia, Expurgo e Arsenal;
- Comunicar ao Enfermeiro, a falta e/ou defeito de material permanente e de consumo;
- Realizar controle diário do cilindro de oxigênio e providenciar substituição, quando necessário, através de ordem de serviço;
- Realizar descongelamento de frigobar de medicação uma vez ao mês ou quando necessário;
- Registrar a temperatura da geladeira diariamente, atentando para o horário e o preenchimento completo da folha de registro;
- Encaminhar material e equipamentos com defeito para conserto, ou devolução;
- Realizar pedido de material ao Almoxarifado e dispensá-lo ao setor;
- Desempenhar outras tarefas quando designadas pela Coordenação de Enfermagem e/ou pelos Enfermeiros;
- Colaborar com o Enfermeiro na conferência e reposição dos seguintes material: carinho de emergência; Ambú; kit de aspiração e circuito do respirador;
- Cumprir escalas de serviço estabelecidas pela chefia ou seu substituto;
- Participar das reuniões de equipe, quando solicitado;
- Participar de treinamentos, cursos e eventos na área de Enfermagem;
- Respeitar os princípios da ética e determinações legais de sua profissão;
- Manter relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde;
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 7.498/1986. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 159/1993. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/.

HULW. Manual de Normas e Rotinas 2018. 1ª Edição Revisada. 2018. EBSERH.

WERNECK, M. A. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço /Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf. Acesso em 10 de maio de 2021

4. ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DA UTI DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

Rotinas comuns a toda equipe de enfermagem:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Iniciar as atividades laborais no horário pré-estabelecido conforme escala de trabalho, com uniforme privativo, sem adornos;
- Executar todas atividades visando a segurança do paciente respeitanto os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- 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 para as UTI's (uniforme privativo), sem adornos;
- Todos os profissionais da equipe de enfermagem serão responsáveis pela ordem e conservação da unidade do paciente, bem como de seu material e ambiente de trabalho, comunicando ao setor responsável quando houver danos e/ou necessidade de reparos nos setores, para as providências cabíveis;
- Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade;
- Todos os membros da Equipe de Enfermagem são responsáveis pelo registro de notificações de eventos adversos e queixas técnicas das não conformidades que possam acarretar danos ao serviço e usuários;
- Todos os membros da Equipe de Enfermagem deverão zelar pelo patrimônio da instituição, de modo especial aos aparelhos, equipamentos e materiais da UTI;
- As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem serão em datas previamente definidas pela chefia imediata;
- Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos próprios (Histórico

de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem, Livro de Ocorrência de Enfermagem) ou sistema informatizado;

- O desfibrilador/cardioversor, aspirador e laringoscópios deverão ser testados diariamente por profissional escalado ou sempre que for utilizado e qualquer falha identificada deverá ser comunicada imediatamente ao serviço Enfermeiro plantonista;

- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;

- Receber, conferir e guardar o material da CME, Almoxarifado, Farmácia e lavanderia atentando para validade dos produtos e correto acondicionamento de cada um;

- Cumprir as normas de controle de infecção rigorosamente (higienização das mãos nos cinco momentos da assistência recomendados pela OMS, ANVISA e Protocolo institucional);

- Ao transportar paciente grave, este deve ter acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade para o atendimento de urgência e emergência;

- Os técnicos de Enfermagem exercerão suas atividades sob orientação e supervisão do enfermeiro plantonista, e na ausência do mesmo o Enfermeiro Coordenador assume esta atribuição.

Enfermeiro Coordenador:

- Coordenar tecnicamente as atividades de enfermagem;

- Estar atento e gerenciar junto ao médico do plantão as demandas do NIR (Núcleo Interno de Regulação) para viabilizar a liberação de vaga ;

- Elaborar conjuntamente com o Enfermeiro Assistencial, planos de trabalho, diagnóstico situacional, distribuição de pessoal, atendendo a demanda e manutenção da assistência nas 24 horas;

- Fazer a checagem e registro na pasta de protocolo do carrinho de emergência (lacre do carrinho e laringoscópio);

- Viabilizar espaços de discussões técnicas e éticas com a equipe de enfermagem e a chefias imediata, bem como com a Gerência de Enfermagem;

- Fazer check list dos materiais hospitalares, de consumo e permanentes de uso no setor e providenciar semanalmente (e/ou quando necessário);

- Avaliar conjuntamente com os Enfermeiros Assistenciais, a atuação da equipe de enfermagem;

- Conferir a elaboração da escala mensal, validar e encaminhar à Gerência de Enfermagem;

- Atualizar normas, rotinas e procedimentos que visam à melhoria da assistência de Enfermagem junto com toda Equipe de Enfermagem;

- Articular junto setores internos e externos, as transferências, altas, exames e procedimentos necessário a assistência do paciente;

- Avaliar periodicamente os registros de enfermagem, bem como a checagem correta e anotação correspondente da prescrição de enfermagem e médica;

- Checar diariamente todos os equipamentos de sua unidade, solicitando formalmente os reparos, quando necessário;

- Realizar a conferência e organização das Altas dos internos ;

- Preparar, acondicionar, controlar e informar ao setor de regulação sobre os prontuários sujeitos a quarentena;

- Manter a Gerência de Enfermagem informadas quanto às ocorrências da UTI, solicitando providências cabíveis, quando se fizerem necessárias;

- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe assistencial, através de comportamento ético profissional;

- Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade de internação 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 abono, dentre outros mais específicos;

- Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;

- 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;

- Estabelecer contato com outros setores e demais chefias sempre que se fizer necessário;

- Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;

- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;

- Participar do processo de supervisão continua da unidade de internação e estimular relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde;

- 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 e longo prazo pelo serviço;

- Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;
- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem da UTI;
- Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;
- Participar da visita diária e passagem de plantão da equipe de enfermagem e de saúde;
- Assessorar a Gerência na tecno-vigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;
- Supervisionar a ordem na UTI.

Enfermeiro Assistencial:

- Receber e passar plantão, Em conformidade com o Procedimento Operacional Padrão de passagem de plantão, à beira leito, de maneira mais silencioa possível;
- Supervisionar as atividades de enfermagem do seu plantão, estabelecendo a escala diária de atividades, mantendo a programação estabelecida;
- Realizar a avaliação de risco de quedas do paciente na admissão e diariamente;
- Gerenciar a equipe de enfermagem para execução do que foi prescrito;
- Orientar pacientes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de queda dos leitos, quando for o caso;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Realizar a notificação de eventos adversos, incidentes, acidentes e queixa técnica em sistema própio, assim como, incentivar as demais categorias que também notifiquem quando necessário;
- Realizar divisão dos funcionários para cada paciente interno, conforme as atribuições do plano de trabalho, obedecendo a legislação vigente;
- Realizar visita a todas os pacientes internados levantando suas necessidades, elaborando plano de assistência para a implementação adequada da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) na sua totalidade, inclusive, prescrevendo os cuidados de prevenção de acordo com os riscos diagnosticados;
- Registrar as condições da pele na admissão no histórico de enfermagem/prontuário;
- Aplicar a escala de BRADEN e MORSE;
- Avaliar na admissão e diariamente, o risco para lesão por pressão através do instrumento de predição de risco ESCALA DE BRADEN;
- Registrar o risco que o cliente está exposto na placa de identificação à beira do leito;
- Instituir medidas de prevenção nos pacientes com risco moderado, elevado e muito elevado para lesão por pressão;



- Realizar prescrição de enfermagem que contemple o plano terapêutico para prevenção e tratamento de lesões por pressão;

- Supervisionar a mudança de decúbito que deverá ser instituída a todos os pacientes com risco para lesão por pressão. Checar o posicionamento do leito do paciente na prescrição de enfermagem de acordo com o relógio de orientação de mudança de decúbito;

estágio III e IV, como também os curativos de feridas em estágio I e II, após sua avaliação, poderão ser delegados ao técnico em enfermagem, conforme prescrição médica e de enfermagem;

- Participar diretamente da assistência à pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;



- Capacitar/supervisionar/orientar/ monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão das medidas de prevenção e tratamento da LPP;

- Atuar junto a equipe multiprofissional quando houver notificação de LPP avaliando os aspectos inerentes à assistência de enfermagem, bem como instituir as medidas imediatas para a resolução do evento;

- Fazer o curativo em feridas em

- Informar ao setor de Nutrição e Dietética a necessidade de jejum, suspensão de dieta ou liberação de dieta pelo médico;

- Acompanhar o médico em suas visitas clínicas;

- Conduzir o paciente para realização de exames;

- Acompanhar no transporte extra e intra hospitalar os pacientes que

necessitam submeter- se a exames e/ou procedimentos fora da UTI;

- Auxiliar a equipe de enfermagem no desempenho de suas atividades, orientando-as e treinando-as no que se fizer necessário;
- Atender a equipe multiprofissional em suas solicitações, no que compete a enfermagem;
- Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- Manter a Coordenação de Enfermagem informada sobre as intercorrências do plantão;
- Comunicar a Farmácia sobre a retirada de materiais e medicamentos no carrinho de emergência para fazer a reposição do mesmo;
- Conferir diariamente a integridade do lacre do carrinho de emergência, checar diariamente o funcionamento do desfibrilador e laringoscópio;
- Providenciar a reposição do material necessário na unidade (farmácia, almoxarifado, CME, lavanderia);
- Manter a organização do setor e supervisionar sua equipe para o mesmo;
- Executar procedimentos privativos do enfermeiro, previsto no Código de Ética de Enfermagem;
- Participar ativamente na prevenção, tratamento e controle da infecção hospitalar;
- Orientar pacientes na admissão quanto às rotinas do setor;
- Atuar juntamente com os médicos plantonistas durante as intercorrências;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe assistencial, através de comportamento ético profissional;
- Orientar e supervisionar o preparo, a instalação de medicamentos endovenosos quando prescrito, e identificação correta e completa nos frascos ou bolsas de hemocomponentes de acordo com protocolo institucional;
- Registrar no livro de relatório de enfermagem todas as intercorrências ocorridas no plantão;
- Zelar pelo patrimônio do hospital.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

- Receber e passar plantão, em conformidade com o Procedimento Operacional Padrão desta atividade, à beira leito, de maneira mais silencioa possível;
- Prestar assistência integral ao cliente, sob supervisão do enfermeiro, priorizando as ações de maior urgência;
- Fazer controle geral dos parâmetros do paciente a cada duas horas, comunicando ao enfermeiro ou ao médico intensivista quaisquer alterações;
- Auxiliar o enfermeiro na assistência

ao cliente grave, desenvolvendo atividades de sua competência:

- Executar as prescrições de enfermagem (SAE) e médicas, checando-as ações no prontuário;
- Administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica e fazer a checagem com a anotação correspondente, assinatura e COREN;
- Realizar punção venosa periférica quando necessário e aplicar todos os cuidados relacionados a fixação, manutenção e substituição do cateter, conforme POP, sempre registrando no prontuário;
- Realizar controle de glicemia capilar de acordo com a prescrição médica;
- Auxiliar a equipe multiprofissional na realização de exames (posicionamento do paciente para RX, coletas de sangue entre outros);
- Auxiliar o enfermeiro na realização de curativos de feridas em estágio II e IV e realizar aqueles classificados e I e II;
- Participar ativamente no processo de admissão e alta dos pacientes, registrando detalhadamente no prontuário todas as condições referentes ao quadro clínico, bem como as particularidades de cada um, inclusive as orientações que forem dadas;
- Manter cuidado rigoroso com a pele do paciente relacionado a hidratação e medidas de proteção a lesões como umidade, pressão, fricção e cisalhamento;
- Retirar roupas e materiais utilizados e encaminhá-los ao expurgo, colocando-os em recipientes adequados para posterior encaminhamento à lavanderia e CME;
- Solicitar ao funcionário da higienização a limpeza do leito, tão logo seja possível;
- Realizar a montagem dos leitos, conferindo todos os itens necessários para a admissão segura do paciente;
- Encaminhar os pertences do paciente à família, ou, em caso de transferência, encaminhar pertences e medicação para a unidade receptora, juntamente com exames, se for o caso. Registrar no prontuário;
- Realizar desinfecção das lâminas do laringoscópio, após o seu uso, e repô-las no recipiente específico para tal no carro de emergência;
- Informar ao Enfermeiro sobre a necessidade de reposição de materiais utilizados na assistência;
- Manter armários e toda estrutura limpa e organizada para repor os materiais da unidade, controlando pra que não falte;
- Observar todos os aparelhos e equipamentos em uso, a cada período de trabalho, selando pelo limpeza e conservação dos mesmos. Na ocorrência de qualquer eventualidade, comunicar imediatamente o enfermeiro;
- Encaminhar os materiais utilizados no período para CME, a fim de serem esterilizados;

- Buscar materiais esterilizados na CME e arrumá-los nos armários específicos;
- Responsabilizar-se, conforme escala, pelos encaminhamentos, controle e arrumação dos materiais estéreis, obedecendo ao fluxo: CME-UNIDADE-CME;
- Executar os cuidados de enfermagem com o corpo pós morte;
- Manter comportamento ético e respeitoso junto aos membros da equipe, familiares e outros setores do hospital;
- Participar das reuniões, quando convidado;
- Manter a organização e zelar pelo patrimônio da unidade.

Referências

ARON S. et al. Curativos e Coberturas, p. 283-286, in GAMBA, MA PETRI,V. COSTA, MTF. Feridas: prevenção, causas e tratamento. 1ª ed Rio de Janeiro: Santos Ed, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – Resolução Nº 501 de 9 de dezembro de 2015 – regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 557/2017. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html. Acesso em 10 de maio de 2021.

JERÔNIMO, R.A.S. Técnicas de UTI. 2.ed. São Paulo: Rideel, 2011.

WERNECK, M. A. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço /Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG:Coopmed, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf. Acesso em 10 de maio de 2021.

5. ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME) DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Iniciar as atividades laborais no horário pré-estabelecido conforme escala de trabalho, com uniforme privativo, sem adornos;
- Executar todas atividades visando a profissional e a segurança do paciente respeitanto os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- 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 para as CME (uniforme privativo), uso obrigatório dos EPI's, sem adornos;

- Todos os profissionais da equipe de enfermagem serão responsáveis pela ordem e conservação da unidade de trabalho. Na identificação de danos e/ou necessidade de reparos nos setor, comunicar o Enfermeiro para as providências cabíveis;

usuários;

- Todos os membros da Equipe de Enfermagem deverão zelar pelo patrimônio da instituição, de modo especial aos aparelhos, equipamentos e materiais da UTI;

- As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem serão em datas previamente definidas pela chefia imediata;

- Todas as atividades de Enfermagem na CME deverão ser registradas em impressos próprios (formulários, protocolos, livros) ou sistema informatizado;

- Prestar atendimento e informações para todas as unidades do Hospital de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;



Ilustrativa | Internet

- Todos os membros da Equipe de Enfermagem são responsáveis pelo registro de notificações de eventos adversos e queixas técnicas das não conformidades que possam acarretar danos ao serviço e

- Cumprir as normas de controle de infecção rigorosamente conforme estabelecido pela OMS, ANVISA, SCIH e Protocolos institucionais).

5.1. 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;
- Manter contato direto com a Gerência de Enfermagem;
- Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade de internação 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 abono, dentre outros mais específicos;
- Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;
- 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;
- 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 e longo prazo pelo serviço;
- Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;
- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem da Clínica Médica;
- Assessorar a Gerência na tecno-vigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;
- 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;
- 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;

- Participar da elaboração de sistema de registro (manual ou informatizado) da execução, monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos em uso no CME;
- Propor e utilizar indicadores de controle de qualidade do processamento de produtos para saúde, sob sua responsabilidade;
- Avaliar a qualidade dos produtos fornecidos por empresa processadora terceirizada, quando for o caso, de acordo com critérios preestabelecidos;
- Acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;
- Definir critérios de utilização de materiais que não pertençam ao serviço de saúde, tais como prazo de entrada no CME, antes da utilização; necessidade, ou não, de reprocessamento, entre outros;
- Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;
- Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;
- Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;
- Elaborar termo de referência, ou emitir parecer técnico relativo à aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas ao processamento de produtos para saúde.

Enfermeiro Assistencial:

- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido, sapato fechado e sem adornos;
- Aplicar e verificar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem na

Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311/2007, o Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a lei 7498 e dispõe sobre o exercício da enfermagem, e demais legislações que normatizam a profissão;

- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;

- 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;

- Programar a organização da escala de atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, por turno, uniformemente e com equidade, de acordo com portaria de dimensionamento de pessoal do COFEN, vigente no período, considerando a necessidade de plantões de oito e de doze horas;

- Ler o relatório geral em cada plantão e os avisos enviados pela Coordenação de Enfermagem e pela Gerência de Enfermagem, via impresso ou digital, para se inteirar das ocorrências e comunicados;

- Executar outras tarefas, dentro das atribuições do enfermeiro, quando designadas pelo Coordenador de Enfermagem;

- Manter comunicação estreita com a equipe do Centro Cirúrgico;

- Conferir o mapa cirúrgico diariamente, assim que receber o plantão e certificar de todos os materiais necessários para os procedimentos cirúrgicos foram fornecidos;

- Supervisionar a desinfecção concorrente (em cada turno) das bancadas, mesas e equipamentos da unidade;

- Cumprir o regulamento e regimento internos, ordens de serviço e portarias institucionais, protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;

- Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Gerência de Enfermagem;

- Participar de reuniões, quando solicitado, com os enfermeiros de todos os turnos e o Coordenador de Enfermagem da unidade, em datas previamente acordadas;

- Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;

- Participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado;

- Cumprir o programa da Gerência de Enfermagem para recepção de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem admitidos e/ou transferidos das unidades;

- Realizar a capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade e, se necessário, designar um profissional com habilidade para acompanhar o mesmo até sua adaptação;

- Participar da avaliação de desempenho e auto avaliação por competência da equipe de Enfermagem sob sua supervisão;

- Definir, elaborar e participar, em conjunto com o Coordenador de Enfermagem de programas educacionais a serem desenvolvidos na unidade;

- Sensibilizar/orientar a sua equipe quanto ao uso racional dos insumos hospitalares;

- Colaborar com o a Coordenação de Enfermagem da unidade e serviço de padronização de materiais e equipamentos na elaboração do termo de referência, revisão de descritivos, testagem de amostras e pareceres técnicos sobre qualidade de materiais, quando solicitado;

- Monitorar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, os indicadores de qualidade em Enfermagem e propor/aplicar as medidas de intervenção;

- Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;

- Orientar e preencher formulários de acidente de trabalho, conduzir o funcionário para atendiemnto conforme rotina preestabelecida, em casos de acidente de trabalho;

- Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de Enfermagem;

- Planejar, controlar, supervisionar e avaliar o desenvolvimento das atividades de processamento dos artigos hospitalares executados pela equipe de enfermagem na CME;

- Alimentar diariamente sistema de controle diário da CME;

- Prever, requisitar e prover materiais necessários para o Bloco Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Unidades de Terapia Intensiva , e demais unidades do Hospital, mantendo estoque para possíveis as emergências;

- Realizar vistorias periódicas, nos setores que recebem artigos da CME, para avaliar: Acondicionamento adequado, se as validades respeitam a ordem cronológica, excessos de artigos, entre outros;

- Verificar temperatura e umidade do arsenal da CME;

- Verificar e controlar possíveis desperdícios de produtos em geral usados no reprocessamento, bem como das embalagens;

- Supervisionar e avaliar alimpeza diária e a desinfecção terminal da CME;

- Supervisionar a equipe de enfermagem quanto ao processamento do instrumental cirúrgico, conferindo o conteúdo das caixas cirúrgicas das várias especialidades de acordo com uma relação preexistente, sempre que utilizadas e de acordo com a programação cirúrgica;

- Supervisionar o controle de entrada e saída de material do CME para outros setores do hospital;

- Coordenar, planejar e executar treinamento com a equipe de Enfermagem em serviço e em processo de educação continuada;
- Desenvolver habilidades e competências técnico-científicos em conjunto com a equipe de enfermagem e incentivar e promover a pesquisa científica em seu campo de atuação;
- Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- Coordenar, supervisionar e controlar os processos de limpeza, desinfecção e esterilização executados pela equipe de enfermagem;
- Supervisionar a equipe pelo cumprimento das orientações quanto ao uso de EPI's e as normativas para dinâmica do serviço;
- Treinar os colaboradores quanto o protocolo de condutas na ocorrência acidente com material biológico e registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocupacional;
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente uniformizado com roupa privativa do setor, usando EPI's, com sapatos fechado e sem adornos;
- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;
- Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Gerência de Enfermagem;
- Executar as etapas de processamento do material na CME;
- Receber o material advindo de todas as unidades do Hospital, de modo especial do Bloco Cirúrgico, registrando em local próprio;
- Acondicionar o material recebido em local próprio e se necessário, colocar de molho com solução desincrostante até que o mesmo seja lavado;
- Lavar e secar o material conforme POP para estas atividades;
- Separar, conferir, montar e empacotar as bandejas e caixas cirúrgicas de acordo com a listagem pré existente, identificando cada item;
- Preparar os pacotes de roupa cirúrgica (aventais, campos operatórios etc) e identificar cada pacote
- Anotar a produção do turno na folha de estatística (impresso próprio) ou no sistema informatizado;
- Realizar todos os testes previstos nos equipamentos da unidade (autoclaves, termodesinfectadoras, lavadoras, pistolas de ar,

incubadoras etc) e registrá-los em impresso próprio ou sistema de informação;

- Comunicar ao enfermeiro do turno qualquer anormalidade com materiais e equipamentos;
- Auxiliar na elaboração de rotinas técnicas e fluxos de trabalho;
- Participar de treinamentos, cursos e reuniões sempre que convidado;
- Participar da implantação de novas técnicas e rotinas de trabalho;
- Comunicar à chefia imediata a ocorrência de danos ou perda de material;
- Realizar desinfecção concorrente e terminal da CME, conforme escala realizada pelo enfermeiro;
- Acompanhar o enfermeiro nas visitas e vistorias dos setores.

Referências

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO. Disponível em: https://docplayer.com.br/7709931-Manual-de-normas-e-rotinas-centro-cirurgico-central-de- material-de-esterilizacao.html. Acesso em 10 de maio de 2021.

RESOLUÇÃO COFEN Nº424/2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

WERNECK, M. A. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço /Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf. Acesso em 10 de maio 2021.

6. ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DO BLOCO CIRÚRGICO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Iniciar as atividades laborais no horário pré-estabelecido conforme escala de trabalho, com paramentado com uniforme privativo do bloco cirúrgico, EPI's e sem adornos;
- Executar todas atividades visando a segurança do paciente respeitanto os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- 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;

- Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade e deverão zelar pelo patrimônio da instituição, de modo especial aos aparelhos, equipamentos e materiais do Bloco Cirúrgico;

- Todos os membros da Equipe de Enfermagem são responsáveis pelo registro de notificações de eventos adversos e queixas técnicas das não conformidades que possam acarretar danos ao serviço e usuários;

- As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem serão em datas previamente definidas pela chefia imediata;

- Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos próprios ou sistema informatizado;

- Testar o foco cirúrgico, bisturi elétrico, desfibrilador/cardioversor, aspirador, laringoscópios entre outros equipamentos que compoem a sala cirúrgica antes do início das atividades do dia e entre os procedimentos e qualquer falha identificada deverá ser comunicada imediatamente ao serviço Enfermeiro plantonista;



Ilustrativa | Internet

- Receber, conferir e guardar o material da CME, Almoxarifado, Farmácia, Lavanderia atentando para validade dos produtos e correto acondicionamento de cada um;

- Cumprir as normas de controle de infecção rigorosamente conforme recomendado pela OMS, ANVISA, VISA, SCHI e Protocolos institucionais;

- Receber o paciente no centro cirúrgico, apresentando-se e prestar informação ao paciente e/ou responsável legal de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa.

procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades, principalmente nos casos de dúvidas quanto ao procedimento que será realizado;

- Transferir o paciente para a sala operatória e posicioná-lo na mesa cirúrgica, permanecer junto ao paciente até o início da cirurgia;
- Aplicar o Protocolo de Cirurgia Segura (checklist de cirurgia segura), orienta-se que uma única pessoa seja responsável por essa aplicação;
- Proceder a monitorização cardíaca (FC, SPO2 e PA), o posicionamento do bisturi elétrico e auxiliar o paciente no posicionamento para a anestesia e para o procedimento cirúrgico;
- Realizar as anotações de enfermagem nos impressos próprios do setor;
- Manter as portas da sala operatória fechadas durante todo o ato operatório;
- Cobrir o paciente e transferi-lo da mesa cirúrgica para a maca e em seguida encaminha-lo para RPA;
- Lavar as mãos antes e após a assistência a qualquer paciente (o uso do álcool gel é recomendado quando não há sujidades e secreções evidentes) conforme preconizado pelo SCCIH;
- Manter arsenal do CC abastecido com os recursos necessários, conforme programação cirúrgica;
- Realizar desinfecção terminal do CC, conforme rotina;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, através de comportamento ético profissional;
- Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos.

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;
- Manter contato direto com a Gerência de Enfermagem;
- Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade de internação 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 abono, dentre outros mais específicos;

- Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;
- 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;
- 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 e longo prazo pelo serviço;
- Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;
- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem do Bloco Cirúrgico;
- Assessorar a Gerência na tecno-vigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;
- Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas monitoramento dos indicadores de qualidade e gestão do Bloco Cirúrgico;
- 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;
- Avaliar a qualidade dos produtos fornecidos pela CME e por empresa processadora terceirizada, quando for o caso;
- Acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do Bloci Cirúrgico;
- Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;
- Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do setor;
- Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no Bloco Cirúrgico;
- Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no setor;
- Orientar as unidades que recebewrão os pacinetes operados quanto a rotinas e procedimentos técnicos específicos, vizando a sincronia e a continuidade do

processo de tratamento do paciente;

- Elaborar termo de referência, ou emitir parecer técnico relativo à aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no Bloco Cirúrgico;
- Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas a procedimentos cirúrgicos;
- Provover e estimular clima amistoso entre a equipe multiprofissional;
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

Enfermeiro Assistencial:

- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido, sapato fechado e sem adornos;
- Aplicar e verificar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311/2007, o Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a lei 7498 e dispõe sobre o exercício da enfermagem, e demais legislações que normatizam a profissão;
- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;
- 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;
- Programar a organização da escala de atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, por turno, uniformemente e com equidade, de acordo com portaria de dimensionamento de pessoal do COFEN, vigente no período, considerando a necessidade de plantões de oito e de doze horas;
- Executar outras tarefas, dentro das atribuições do enfermeiro, quando designadas pelo Coordenador de Enfermagem;
- Manter comunicação estreita com a equipe da unidade de internação cirúrgica e CME;
- Conferir o mapa cirúrgico diariamente, assim que receber o plantão e certificar de todos os materiais necessários para os procedimentos cirúrgicos foram fornecidos;
- Cumprir o regulamento e regimento internos, ordens de serviço e portarias institucionais, protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;
- Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Gerência de Enfermagem;
- Participar de reuniões, quando solicitado, com os enfermeiros de todos os turnos e o Coordenador de Enfermagem da unidade, em datas previamente acordadas;

- Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/ rotinas e POPs de Enfermagem;
- Participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado;
- Cumprir o programa da Gerência de Enfermagem para recepção de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem admitidos e/ou transferidos das unidades;
- Realizar a capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade e, se necessário, designar um profissional com habilidade para acompanhar o mesmo até sua adaptação;
- Participar da avaliação de desempenho e auto avaliação por competência da equipe de Enfermagem sob sua supervisão;
- Definir, elaborar e participar, em conjunto com o Coordenador de Enfermagem de programas educacionais a serem desenvolvidos na unidade;
- Sensibilizar/orientar a sua equipe quanto ao uso racional dos insumos hospitalares;
- Colaborar com o a Coordenação de Enfermagem da unidade e serviço de padronização de materiais e equipamentos na elaboração do termo de referência, revisão de descritivos, testagem de amostras e pareceres técnicos sobre qualidade de materiais, quando solicitado;
- Monitorar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, os indicadores de qualidade em Enfermagem e propor/aplicar as medidas de intervenção;
- Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- Orientar e preencher formulários de acidente de trabalho, conduzir o funcionário para atendiemnto conforme rotina preestabelecida, em casos de acidente de trabalho;
- Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de Enfermagem;
- Supervisionar e monitorar as atividades de enfermagem da unidade sob a sua responsabilidade;
- Desenvolver habilidades e competências técnico-científica em conjunto com a equipe de enfermagem;
- Alimentar diariamente o controle diário do CC e checar com antecedência a programação cirúrgica;
- Realizar planos de cuidados de enfermagem e supervisionar a continuidade da assistência prestada aos pacientes cirúrgicos;
- Prever recursos necessários ao atendimento em sala operatória (check-list diário);
- Supervisionar e orientar a desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de itens especiais aos seus respectivos setores;
- Planejar, implementar e avaliar as

rotinas assistenciais;

- Planejar, implementar e executar as ações de educação permanente para a equipe do Centro Cirúrgico.
- Planejar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, envolvendo todos os turnos de trabalho;
- Orientar e conscientizar a equipe cirúrgica para uso e observância das precauções Padrão;
- Realizar avaliação pré-operatória dos pacientes, de acordo com as condições oferecidas pelo Setor;
- Verificar os materiais e equipamentos necessários ao ato anestésico-cirúrgico;
- Realizar o controle dos carros de emergência, pilhas do laringoscópio, funcionamento do desfibrilador e materiais de uso em urgência/ emergência;
- Recepcionar o paciente no CC certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios da área, do prontuário e da pulseira de identificação, assim como da apresentação dos exames pertinentes ao ato cirúrgico;
- Auxiliar na indução e a reversão do procedimento anestésico;
- Manter o ambiente cirúrgico seguro, tanto para o paciente, quanto para equipe multiprofissional;
- Participar e executar, o cuidado ao atendimento direto ao paciente Crítico e Semicrítico;
- Fazer o controle da temperatura da geladeira e checar os carros de emergência em todos os plantões;
- Participar de todas as reuniões a que for convocado, bem como de todas as reuniões semanais com as demais chefias e promover reuniões com sua equipe;
- Organizar e distribuir a equipe de enfermagem para prestar atendimento individualizado e sequencial, em atendimento às condições do paciente e qualificação profissional de cada funcionário;
- Elaborar a escala diária de atribuições da equipe de enfermagem observando o melhor funcionamento do setor;
- Avaliar e ser receptivo à avaliação de desempenho periódico, oferecendo e recebendo "feedback" das orientações prestada ao servidor avaliado;
- Orientar os profissionais quanto à importância de conhecer o protocolo de acidentes com material biológico, de como conduzir-se nestas situações e do registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocupacional;
- Orientar, cobrar e monitorar a apresentação da equipe Enfermagem sob sua responsabilidade, no que diz respeito ao uso correto da touca, da máscara (cobrindo nariz e boca), do propé, bem como, sobre a não utilização de adornos que possam comprometer a segurança do paciente durante os procedimentos no Centro Cirúrgico, SRPA e Central de Material e Esterilização;

- Participar do processo de planejamento, organização e controle de material de assistência adequado às necessidades do setor;
- Realizar solicitação de soluções, materiais esterilizados e equipamentos à farmácia, central de materiais esterilizados/ almoxarifado e central de equipamentos, respectivamente;
- Solicitar ao serviço de hotelaria o fornecimento de enxoval em caso de insuficiência na unidade;
- Conferir e solicitar os materiais de consumo ao almoxarifado, diariamente;
- Realizar procedimentos de alta complexidade e privativos do enfermeiro estabelecidos em protocolos e pelo conselho de classe, tais como:
- Cateterismo enteral e vesical;
- Grandes curativos de feridas abertas infectadas e queimaduras;
- Instalação de hemocomponentes, e de nutrição parenteral com preenchimento de impresso específico;
- Punção intravascular com cateteres especiais (PICC, intraóssea, umbilical, cateter totalmente implantado);
- Coleta de amostra de sangue arterial;
- Coleta de amostra de sangue por meio de cateteres centrais;
- Punção venosa periférica de jugular externa.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem – Circulante de Sala:

- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido/ paramentado, sapato fechado, usando EPI's e sem adornos;
- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;
- Participar de reuniões com o Enfermeiro da unidade quando solicitado;
- Colaborar com o Enfermeiro nos treinamentos de funcionários;
- Desenvolver procedimentos técnicos de sua competência e conforme orientação do enfermeiro;
- Contribuir para que os ambientes do Bloco Cirúrgico permaneçam limpos e organizados;
- Tomar ciência sobre as cirurgias agendadas para a sala de sua responsabilidade e conferir se todos os requisitos necessários ao bom amdamento do procedimento estão presentes;
- Prover as salas com materiais e equipamentos adequados, de acordo com cada tipo de cirurgia e com a necessidade individuais do paciente descritas pelo planejamento do enfermeiro;
- Remover as sujidades dos

equipamentos levando em consideração as orientações feitas pela CCIH e verificar a limpeza das paredes, pisos e mobiliários realizada pela equipe de higienização comunicando qualquer intercorrência ao enfermeiro;

- Checar o funcionamento de gases e equipamentos da sala operatória e de recuperação anestésica;
- Auxiliar na paramentação da equipe cirúrgica;

da equipe cirúrgica e do anestesiologista, permanecendo dentro da sala cirúrgica durante todo procedimento operatório;

- Participar da checagem e contagem as compressas após o uso;
- Desligar e afastar os aparelhos, retirando a placa universal de bisturi elétrico, ao término do procedimento;



- Abrir os materiais estéreis, obedecendo aos princípios de técnica asséptica;
- Abrir os pacotes de compressas e solicitar ao instrumentador para conta-las;
- Ligar e posicionar o foco central para o campo operatório
- Oferecer material (antisséptico) para a realização da antissepsia da pele equipe cirúrgica;
- Aproximar da mesa cirúrgica, aparelhos e aspiradores e promover suas devidas conexões;
- Estar atento às solicitações

- Realizar limpeza do paciente, retirar lençóis sujos antes de tranferi-lo para Unidade de Recuperação Pós Anestésica;
- Manter uma boa relação interpessoal com a equipe interdisciplinar;
- Zelar pelo correto manuseio dos equipamentos.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem - Instrumentador cirúrgico:

- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido

para o turno, devidamente vestido/ paramentado, sapato fechado, usando EPI's e sem adornos;

- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;
- Executar atividades que envolvem preparo e acompanhamento da montagem da sala de cirurgia;
- Auxiliar na organização do setor, na montagem e desmontagem das salas de cirurgia;
- Auxiliar nas urgências e emergências, quando necessário;
- Auxiliar na limpeza terminal do setor;
- Conferir materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico necessários para o ato cirúrgico;
- Paramentar-se, com técnica asséptica, cerca de 15 minutos antes do início da cirurgia;
- Dispor o instrumental cirúrgico sobre a mesa, de acordo com sua utilização em cada tempo cirúrgico;
- Preparar agulhas e fios de sutura adequadamente e de acordo com o tempo cirúrgico;
- Auxiliar o cirurgião e os assistentes durante a paramentação cirúrgica e na colocação dos campos estéreis;
- Prever e solicitar material complementar ao circulante de sala operatória;
- Ser responsável pela assepsia, limpeza e acomodação do instrumental cirúrgico, durante toda a cirurgia;
- Entregar o instrumental cirúrgico ao cirurgião e assistentes com habilidade e presteza;
- Atender prontamente às solicitações da equipe cirúrgica e às necessidades do paciente durante o procedimento;
- Desprezar adequadamente o material contaminado e os perfurocortantes;
- Realizar a contagem de compressas, gazes e agulhas, em colaboração com o circulante, quando for indicado;
- Auxiliar no curativo e no encaminhamento do paciente à devida unidade, quando solicitado;
- Conferir o material e o instrumental após o uso;
- Ajudar na retirada do material e do instrumental cirúrgico da sala operatória e no encaminhamento a Central de Material Esterilizado;
- Realizar a organização e limpeza dos materiais cirúrgicos específicos de acordo com escala;
- Realizar desinfecção/esterilização dos materiais de Vídeo.

Enfermeiro da Recuperação Pós Anestésica (RPA):

- Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido/ paramentado, sapato fechado, usando EPI's e sem adornos;

- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;
- Inteirar-se sobre programação de cirurgias para ajustar o material de acordo com às necessidades de cada paciente;
- Realizar, no início do plantão, visita ao paciente na clínica de origem para início da SAEP;
- Orientar, supervisionar e monitorar a montagem da RPA;
- Realizar o controle dos carros de emergência, pilhas do laringoscópio, funcionamento do desfibrilador e materiais de uso em urgência/emergência;
- Registrar e notificar condições de temperatura de geladeira que acondicionam medicamentos;
- Receber o paciente informando-se sobre o nome do paciente, cirurgia realizada, presença de drenos, cateteres, curativos, intercorrências na sala operatória e pontos importantes na recuperação;
- Fazer exame físico do paciente na admissão e alta paciente;
- Prestar assistência individualizada no período pós operatório imediato ao paciente assegurando a prevenção de riscos e complicações decorrentes ao ato cirúrgico-anestésico;
- Avaliar as condições respiratória, neurológica, circulatória e psicológica;
- Acompanhar o índice de Aldrete e Kroulik e a escala de dor, durante permanência na unidade de recuperação pós anestésica;
- Realizar passagem de sonda nasogástrica e cateterismo vesical de alívio de acordo com a preescrição médica;
- Reconhecer as drogas mais usadas em anestesias e analgesias, bem como sua farmacodinâmica;
- Instalar hemoderivados seguindo protocolo da instituição, assegurando- se da prescrição pelo cirurgião e/ou anestesiologista, assim como assinatura do terno de autorização da intervenção pelo paciente ou responsável;
- Realizar notificação da hemovigilância;
- Orientar pacientes e familiares, principalmente os que permanecerão na RPA;
- Intervir e registrar intercorrências, cuidados e manobras no paciente durante permanecia na RPA;
- Elaborar prescrição de cuidados da enfermagem no protuário;
- Comunicar sobre alta paciente para a unidade de internação;
- Protocolar peças anatômicas, quando disponíveis, e entrega-las, com devida assinatura de recebimento;
- Informar ao profissional da clínica de origem sobre condições clínicas e orientações de cuidados para o paciente;

- Solicitar materiais, medicamentos e soluções para abastecimento da unidade, via Sistema;
- Supervisionar e delegar atribuições aos técnicos de acordo com sua competência;
- Atualizar Controle Diário de Cirurgias;
- Atualizar Controle Diário de Cirurgias;
- Informar à chefia imediata as ocorrências relacionadas aos pacientes e com técnicos sob sua responsabilidade;
- Participar de treinamentos e sugerir temas a serem abordados;
- Participar na melhoria dos processos realizados na unidade como parte do grupo de trabalho, emitindo opiniões e sugestões;
- Manter a ordem e a limpeza da sua unidade trabalho;
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

Técnico de Enfermagem da Recuperação Pós Anestésica (RPA):

- Informar – se sobre cirurgias programadas;
- Quando solicitado, auxiliar o enfermeiro na consulta pré-operatória;
- Prestar os cuidados conforme prescrição médica;
- Realizar preparo e manutenção da unidade para atendimento do paciente conforme planejamento e orientação do Enfermeiro;
- Auxiliar o Enfermeiro no controle dos carros de emergência, pilhas do laringoscópio, funcionamento do desfibrilador e materiais de uso em urgência/emergência;
- Verificar datas de validade do material esterilizado;
- Montar equipamentos que tenham sido desmontados para limpeza e desinfecção, verificando seu funcionamento;
- Montar os bicos de oxigênio e vácuo;
- Organizar junto à equipe da sala operatória o transporte do paciente para RPA;
- Atentar para informações sobre o paciente no momento da admissão;
- Monitorizar e registrar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação, temperatura);
- Aplicar o índice de Aldrete – Kroulik (avaliação dos sistemas cardiovascular, muscular, respiratório e nervoso central) de 15 em 15 minutos na primeira hora, 30 em 30 minutos na segunda hora e cada hora na terceira hora, de acordo com a gravidade do paciente;
- Monitorar e controlar temperatura corpórea e saturação de oxigênio;
- Aplicar escala de dor;
- Realizar e registrar resultado

de teste de glicemia, quando necessário;

- Mensurar e registrar débito urinário, se possível. Desprezá – lo, quando necessário;
- Comunicar ao enfermeiro sobre condições do paciente e intercorrências (sangramentos, aspectos de curativos, edemas, náuseas, vômitos, entre outros), intervir nas intercorrências sob supervisão do enfermeiro;
- Identificar acesso periférico e equipo com data e nome do colaborador, quando esse for realizado na RPA;
- Identificar soluções que estejam sendo infundidas no paciente, bem como, administrar e checar medicações prescritas;
- Descrever breve relato sobre condições de admissão, permanência e alta do paciente da RPA;
- Realizar, com segurança, após prescrição médica a alta e a transferência dos pacientes;
- Realizar checagem e a anotação de enfermagem de todos os cuidados prestados;
- Limpar todos os aparelhos e superfícies com compressa e solução recomendada pelo SCIH;
- Dedicar atenção especial à limpeza dos cabos, fios e tomadas;
- Provisionar soros, medicamentos e materiais para unidade e comunicar ao enfermeiro;
- Repor materiais de consumo: gazes, compressas, luvas estéreis e de procedimentos, esparadrapo, agulhas, scalps, cateteres intravenosos, seringas, algodão, sondas, soluções, etc;
- Arrumar os leitos, após desinfecção dos colchões realizada pela funcionaria da higienização;
- Auxiliar médicos e enfermeiros em qualquer procedimento no paciente de sua responsabilidade;
- Participar na melhoria dos processos realizados na unidade como parte do grupo de trabalho, emitindo opiniões e sugestões;
- Participar de treinamentos e sugerir temas a serem abordados;
- Manter a ordem e a limpeza da sua unidade trabalho.

Referências

MANUAL DE NORMAxxxxxxxxS E ROTINAS CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO. Disponivel em: https://docplayer.com.br/7709931-Manual-de-normas-e-rotinas--centro-cirurgico-central-de- material-de-esterilizacao.html. Acesso em 10 de maio de 2021.

RESOLUÇÃO COFEN Nº424/2012.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

WERNECK, M. A. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço /Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2009. Disponivel em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf. Acesso em 10 de maio 2021.

ITEM 3.4 - IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

ITEM 3.4.1 - INSTRUÇÕES PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.

INTRODUÇÃO

A grande missão do Serviço Social está relacionada ao bem estar coletivo, dessa maneira cabe a ele intervir no processo saúde/doença desenvolvendo as atribuições de competência do Assistente Social contribuindo na melhoria da qualidade de vida e no nível de saúde do usuário do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos e de seus familiares e acompanhantes. Se posicionando em favor da equidade e justiça social, diante das demandas sociais buscando assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas de Saúde e Políticas Sociais, bem como sua gestão democrática.

"O Serviço Social é o controlador dos desequilíbrios, por exercer sua ação junto à necessidade social, visando reconduzir os desajustados à vida normal. Nesse sentido, mais que os melhoramentos materiais, era preciso educar a nossa gente e fazê-la entender que a luta pela vida é natural e dentro dela se pode, relativamente, ser feliz."

Oliveira, Pinheiro

OBJETIVO

O presente documento tem por objetivo principal apresentar os conceitos e diretrizes

para atuação do Serviço Social no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos bem como discorrer sobre sua estrutura, normas e rotinas definindo sua área de abrangência além de apresentar sua equipe, subordinação e horário de funcionamento.

HORÁRIOS DE ATUAÇÃO

O Serviço Social contará com profissional que fará parte dos profissionais de apoio técnico assistencial e atuará na totalidade das ações e serviços oferecidos pelo Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos no horário de 07h00 às 19h00 horas, de segunda a sexta-feira, em turno de 6 horas, cumprindo jornada de 30 horas conforme Lei Nº 12.317, de 27 de agosto de 2010 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

O profissional Assistente Social no âmbito da saúde é reconhecido pela Resolução Nº 383/99 de 29/03/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Todos os Profissionais Assistentes Sociais deverão observar a legislação pertinente a profissão, o Código de Ética e as Resoluções do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em seus direitos e deveres.

A escala de serviço das Assistentes Sociais respeitará a jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, com base na Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010.

As boas práticas recomendam que um assistente social pode realizar 3 consultas / hora / turno de atendimento, definindo como fator de planejamento que 10% dos pacientes que buscam o hospital a cada dia levariam uma questão ao Serviço Social. Seguindo as metas estabelecidas, teremos 116 pacientes buscando o Serviço Social a cada dia, entendendo que 70% desses o farão nas doze horas dos plantões diurnos. 82 pacientes no intervalo das 07:00h – 19:00h.

Considerando a complexidade e a capacidade instalada do HESLMB, fica definido a composição da equipe minima multiprofissional.

- 01 Coordenador da equipe multiprofissional, atuando de segunda a sexta feira das 07h00 às 17h00 horas;
- 02 Assistentes Sociais com escala de 6 horas diárias, no periodo diurno.

Os requisitos minimos para o exercicio das funções nas diferentes categorias funcionais são:

Coordenador do Setor de Serviço Social: Bacharel em Serviço Social, devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

Assistentes Sociais: Bacharel em Serviço Social devidamente registrado no Registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).



Os atendimentos sociais serão realizados na própria estrutura do Hopital Estadual de São

Luis de Montes Belos, 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 dos Cargos

1. CARGO: ASSISTENTE SOCIAL	2. SUBORDINAÇÃO: DIRETORIA TÉCNICA
3. Área: Serviço Social – Apoio a Assistência	4. Categoria:
5. Objetivo: Prestar assistência social aos pacientes e seus familiares durante o período de tratamento no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos	
6. Atribuições: Acompanhar o paciente nas diversas fases do tratamento e fazer os devidos encaminhamentos (referência e contra referência) para a rede de serviços de saúde. Encaminhar o paciente, se necessário a assistência na comunidade. Realizar contato com a rede de apoio e de proteção social do usuário quando necessário e fazer os encaminhamentos necessários. Buscar a recuperação do paciente e sua reintegração ao ambiente familiar e social. Estar sempre disponivel para orientar pacientes e seus familiares quanto a assuntos relacionados a assistência social.	
7. Escolaridade Necessária: Formação em curso superior de assistência social e registro no Conselho Regional da profissão.	
8. Experiência Necessária: Ambiente hospitalar	

ABRANGÊNCIA

Internação Clinica / Cirúrgica: as unidades contam com profissionais durante as 24 horas do dia.

UTI's: as unidades contam com um profissional durante as 24 horas do dia.

O Serviço Social, representado na figura do profissional Assistente Social, como profissional de saúde, tem como competências intervir junto aos fenômenos sócios-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, quer seja ao nivel de promoção, proteção e ou recuperação da saúde.

A prática profissional dos Assistentes Sociais vem se desenvolvendo e a cada dia, se tornado mais importante e necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliando e se consolidado diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente.

A atenção à saúde não está centrada apenas

sob o enfoque médico, mas nas diferentes intervenções multidisciplinares cujas práticas enfocam a prevenção, dessa maneira a abrangência das atividades dos profissionais de Assistência Social se permeia por toda a instituição, buscando apoiar aquelas pessoas com necessidades sociais.

O profissional da assistência social do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos busca assegurar os direitos dos usuários quando estes colidem com as normas institucionais sempre objetivando o entendimento e a colaboração mútua.

O serviço se pauta nas diretrizes definidas no documento redigido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) "*Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*" de março de 2.009, Brasília/DF.

NORMAS

Das Competências

Compete a Coordenador do Serviço Social:

- Supervisionar as atividades técnicas e administrativas do Setor de Serviço Social;
- Realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social;
- Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço Social;
- Assessorar o Diretor Geral do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos na definição das diretrizes da Assistência Social no âmbito da sua competência;
- Estabelecer normas e diretrizes para o Setor de Serviço Social;
- Encaminhar pedidos e propor ao Diretor Geral admissão e dispensa de funcionários sob sua supervisão;
- Promover a capacitação técnica e administrativa do pessoal do Setor de Serviço Social;
- Participar de reuniões com outros setores do hospital, para discussão de questões técnicas de interesse da instituição;
- Planejar, organizar, coordenar e avaliar o trabalho social;
- Contribuir no processo de seleção dos recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Setor de Serviço Social e fazer a distribuição destes;
- Manter articulação com os demais serviços do hospital, visando melhor atendimento aos usuários;
- Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo das atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais sob sua supervisão;
- Elaborar a escala de serviço dos Assistentes Sociais, respeitando à jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, com base na Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010;
- Aprovar o Plano de Férias anual dos integrantes do Setor Serviço Social;
- Promover educação em saúde no hospital;
- Zelar pela guarda, controle,

manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Elaborar protocolos, manuais de normas e rotinas próprias e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado visando a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;

- Elaborar e Supervisionar programas e projetos na área de competência do Setor Serviço Social.

São atribuições dos Assistentes Sociais:

- Realizar o Trabalho Social de competência do Assistente Social;

- Prestar orientação social aos usuários do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos e seus familiares e acompanhantes;

- Realizar Atendimento Social, Acompanhamento Social, Encaminhamento Social, Triagem Social, Visita Social Hospitalar, Domiciliar e Institucional;

- Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos;

- Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos e na rede;

- Realizar abordagem individual e/ ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;

- Realizar vistorias, pericias técnicas, laudos periciais e pareceres sociais;

- Elaborar, coordenar e executar programas e projetos na área de competência do Assistente Social;

- Realizar e participar de pesquisas das condições de saúde, visando melhor conhecimento dos fatores relacionados ao processo saúde / doença;

- Trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;

- Promover a participação do paciente na assistência hospitalar;

- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;

- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;

- 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;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, discutindo com os demais membros da equipe multidisciplinar a problemática do paciente, interpretando a situação social do mesmo;

- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

- Colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;

- Realizar visitas domiciliares quando avaliada sua necessidade;
- Realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos;
- Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
- Avaliar e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social;
- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência dos serviços hospitalares;
- Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- 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;
- Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo dos procedimentos técnicos realizados a CHESLMBe do Setor de Serviço Social.

ROTINAS DE TRABALHO:

Atendimento do Assistente Social nas Unidades de Internação

Objetivo: Orientar conduta profissional nas unidades de internação onde o assistente social atua.

1. ACOMPANHAR A PASSAGEM DE PLANTÃO DE ENFERMAGEM E IDENTIFICAR POSSÍVEIS DEMANDAS, ALÉM DAS REPASSADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL;
2. LER OS PRONTUÁRIOS DOS USUÁRIOS INTERNADOS PARA SE APROPRIAR DO ESTADO GERAL DE SAÚDE/DOENÇA;
3. REALIZAR ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS, FAMILIARES/ REDE DE APOIO SOCIAL OU ACOMPANHANTES NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO;
4. FAZER ENTREVISTA E/OU ESTUDO SOCIAL, OBJETIVANDO COMPREENDER A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA (HABITACIONAL, TRABALHISTA, SAÚDE E PREVIDENCIÁRIA) E FAMILIAR DOS USUÁRIOS, COM O INTUITO DE ELABORAR ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO;

5. PRESTAR ATENDIMENTO AOS FAMILIARES/REDE DE APOIO SOCIAL, COMPREENDENDO QUE A FAMÍLIA VIVENCIA JUNTAMENTE COM O USUÁRIO SEU PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA;

6. REALIZAR CONTATO COM A REDE DE APOIO E DE PROTEÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO QUANDO NECESSÁRIO E PRESTAR OS DEVIDOS ENCAMINHAMENTOS;

7. REALIZAR CONTATOS COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, OU INSTITUIÇÕES PARA VIABILIZAR O ATENDIMENTO DA DEMANDA APRESENTADA;

8. FORMALIZAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO, QUANDO NECESSÁRIO;

9. ACOMPANHAR SISTEMATICAMENTE OS USUÁRIOS QUE ESTÃO INTERNADOS, FORTALECENDO VÍNCULOS, IDENTIFICANDO DEMANDAS, REALIZANDO ORIENTAÇÕES E/OU ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS;

10. ARTICULAR, COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, NAS SITUAÇÕES DE ALTA DOS USUÁRIOS AS ORIENTAÇÕES NECESSÁRIAS (ACESSO A MEDICAÇÃO, REFORÇO DAS ORIENTAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS, ADERÊNCIA AO TRATAMENTO, ENTRE OUTROS);

11. EM SITUAÇÕES DE ÓBITO REALIZAR ACOLHIMENTO JUNTO A FAMILIARES/REDE DE APOIO SOCIAL/ACOMPANHANTE DE USUÁRIO E AS DEVIDAS ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS;

12. REGISTRAR OS ATENDIMENTOS NO SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DO USUÁRIO COM A EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL COM A FINALIDADE DE COMPARTILHAR AS INFORMAÇÕES, INTERVENÇÕES E ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS;

13. REGISTRAR NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO AS INFORMAÇÕES PERTINENTES PARA SOCIALIZAR COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL;

14. REALIZAR VISITAS DOMICILIARES, QUANDO NECESSÁRIO, COM O OBJETIVO DE CONHECER AS CONDIÇÕES E DINÂMICA DE ORGANIZAÇÃO FAMILIAR DOS USUÁRIOS, QUANDO IDENTIFICADAS FRAGILIDADES EMOCIONAIS, SOCIAIS, E NA REDE DE APOIO, BEM COMO POUCA ADESÃO AO TRATAMENTO E COMPREENSÃO EM RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA, ENTRE OUTROS;

15. PARTICIPAR DE REUNIÕES E DISCUSSÕES MULTIPROFISSIONAIS, NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO QUE OCORREM, COM INTUITO DE DISCUTIR AS SITUAÇÕES ATENDIDAS, BEM COMO INDICAR CONDUTAS/AÇÕES PARA O

ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE ONDE SERÃO DISCUTIDAS AS SITUAÇÕES ATENDIDAS E DETERMINADAS ÀS AÇÕES QUE ASSEGUREM O TRATAMENTO MAIS ADEQUADO, CASO OCORRAM NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO;

Atendimento do Assistente Social nos Ambulatórios, internação e UTI

Objetivo: Orientar conduta profissional nas unidades de atendimento externo. Ambulatórios, internação e UTI

1. ACOMPANHAR O INÍCIO DAS ATIVIDADES DOS SETORES, VERIFICANDO A PRESENÇA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS NECESSÁRIOS;

2. ESTAR DISPONÍVEL PARA ATENDER OS USUÁRIOS QUE BUSCAREM O SERVIÇO;

3. REALIZAR ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS, FAMILIARES/REDE DE APOIO SOCIAL OU ACOMPANHANTES NOS LOCAIS DE ATENDIMENTO EXTERNO;

4. FAZER ENTREVISTA E/OU ESTUDO SOCIAL, OBJETIVANDO COMPREENDER A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA (HABITACIONAL, TRABALHISTA, SAÚDE E PREVIDENCIÁRIA) E FAMILIAR DOS USUÁRIOS, COM O INTUITO DE ELABORAR ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO;

5. PRESTAR ATENDIMENTO AOS FAMILIARES/REDE DE APOIO SOCIAL, COMPREENDENDO QUE A FAMÍLIA VIVENCIA JUNTAMENTE COM O USUÁRIO SEU PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA;

6. REALIZAR CONTATO COM A REDE DE APOIO E DE PROTEÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO QUANDO NECESSÁRIO E PRESTAR OS DEVIDOS ENCAMINHAMENTOS;

7. REALIZAR CONTATOS COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL OU INSTITUIÇÕES PARA VIABILIZAR O ATENDIMENTO DA DEMANDA APRESENTADA;

8. FORMALIZAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO, QUANDO NECESSÁRIO;

9. ACOMPANHAR SISTEMATICAMENTE OS USUÁRIOS QUE ESTÃO SE SUBMETENDO A SEÇÕES DE FISIOTERAPIA, FORTALECENDO VÍNCULOS, IDENTIFICANDO DEMANDAS, REALIZANDO ORIENTAÇÕES E/OU ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS;

10. ARTICULAR, COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, NAS SITUAÇÕES ONDE O PACIENTE BUSCA O SERVIÇO, AS ORIENTAÇÕES NECESSÁRIAS AO TRATAMENTO;

11 REGISTRAR OS ATENDIMENTOS NO SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DO USUÁRIO COM A EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL COM A FINALIDADE DE COMPARTILHAR AS INFORMAÇÕES, INTERVENÇÕES E ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS;

12 REGISTRAR NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO AS INFORMAÇÕES PERTINENTES PARA SOCIALIZAR COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Plantão

Objetivo: Atender situações ou demandas apresentadas em caráter emergencial, não caracterizando atividade de rotina ou programada.

Situações atendidas pelo plantão de serviço social:

1. ALTA HOSPITALAR;

2. OBITO;

3. ORIENTAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS E TRABALHISTAS;

4. ORIENTAÇÕES/ ENCAMINHAMENTOS QUANTO AOS SERVIÇOS SÓCIO ASSISTENCIAIS;

5. SITUAÇÕES EMERGENCIAIS DE VIOLÊNCIA;

6. ATENDIMENTO A GESTANTE OU PUERPERA USUÁRIA DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS.

O plantão de Serviço Social atuará nos horários noturnos em situações emergenciais. Após a avaliação de cada caso, as situações avaliadas em que não exista urgência do atendimento, os profissional alocados nos turnos diurnos darão seguimento ao atendimento.

Procedimentos:

- Acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes das Unidades de Internação;
- Realização de encaminhamentos necessários a rede de proteção social, de acordo com as demandas apresentadas;
- Realização de contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento, demanda apresentada;
- Formalização do encaminhamento, quando necessário;
- Contato com familiares/rede de apoio social e/ou responsáveis pelos usuários internados.

Fornecimento de refeição para acompanhante de usuário internado

Objetivo: Orientar sobre a autorização para

refeição do acompanhante, com intuito de promover condições de permanência.

1. INFORMAR AOS ACOMPANHANTES SOBRE OS CRITÉRIOS DE ACESSO À AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÃO, FORNECENDO A AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTES DE USUÁRIOS IDOSOS, ADOLESCENTES E PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE;

2. FORNECER AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTES DAS USUÁRIAS GESTANTES E PUÉRPERAS, NAS DEMAIS UNIDADES DE INTERNAÇÃO;

3. AVALIAR OUTRAS SOLICITAÇÕES DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTES DE USUÁRIOS QUE NÃO ESTÃO ASSEGURADOS PELA LEGISLAÇÃO, CONSIDERANDO AS CONDIÇÕES FÍSICAS, EMOCIONAIS, SOCIAIS E O LOCAL DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO;

4. RECEBER DO ACOMPANHANTE O CARTÃO DE ACOMPANHANTE FORNECIDO PELA ENFERMAGEM;

5. LIBERA AS REFEIÇÕES ATRAVÉS DO SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR;

6. ENTREGA DE FORMULÁRIO IMPRESSO AO ACOMPANHANTE, PARA O MESMO APRESENTAR NO REFEITÓRIO.

Observação:

- A alimentação para acompanhante de crianças e adolescentes internados na Unidade de Internação Pediátrica é liberada pela enfermagem.
- Gestantes e puérperas, internadas no Alojamento Conjunto, deverão apresentar a autorização de acompanhante, fornecida pela equipe de enfermagem.
- O acompanhante do recém-nascido, internado na unidade Neonatal, deverá apresentar a autorização de acompanhante fornecida pela equipe de enfermagem da unidade.

Óbito de Usuários

Objetivo: Subsidiar o atendimento as situações de óbito ou em iminência de óbito, qualificando a abordagem com famílias/rede de apoio e equipes.

1. PRESTAR ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES E REDE DE APOIO;

2. PROMOVER O ACESSO DOS FAMILIARES AOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS NA REDE DE APOIO SOCIAL;

3. ACOLHER A FAMILIARES E ACOMPANHANTE DE USUÁRIO QUE VEIO A ÓBITO;

4. FACILITAR A REALIZAÇÃO DE CONTATO TELEFÔNICO COM OS DEMAIS FAMILIARES/ REDE DE APOIO SOCIAL/REDE DE APOIO PARA COMUNICAÇÃO DO ÓBITO;

5. CONTATAR A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO PARA OBTER INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS, FAZER OS ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS PARA OBTENÇÃO DE AUXÍLIO-FUNERAL E DEMAIS BENEFÍCIOS DISPONÍVEIS;

6. ORIENTAÇÃO SOBRE TRÂMITES LEGAIS GERAIS E OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DE ÓBITO (O QUAL É FORNECIDO GRATUITAMENTE NO CARTÓRIO MAIS PRÓXIMO NO PRAZO MÁXIMO DE 15 DIAS.

Observação: A comunicação do óbito não é atribuição especifica do Assistente Social.

Próteses

Objetivo: Promover o acesso do usuário/a aos serviços de prótese.

1. ORIENTAR SOBRE OS CRITÉRIOS E DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIOS;

2. ORIENTAR O FLUXO DE ACESSO À PRÓTESE;

3. INFORMAR OS MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO FORNECIDOS PELO LOCAL ONDE SE DARÁ A REABILITAÇÃO;

4. CONTATO COM O DIRETOR TÉCNICO PARA OBTER APOIO NO AGENDAMENTO DA AVALIAÇÃO DO USUÁRIO E ENCAMINHAMENTO PARA USO DE PRÓTESES.

Atividades realizadas pelos Preceptores e Residentes de Serviço Social

Objetivo: Orientar a atuação de preceptores e residentes de Serviço Social

PRECEPTOR ASSISTENTE SOCIAL:

1. ORIENTAR E SUPERVISIONAR A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES NO LOCAL ONDE OCORREM AS ATIVIDADES;

2. ELABORAR O PLANEJAMENTO DA SUPERVISÃO JUNTAMENTE COM OS RESIDENTES;

3 CONSTRUIR PLANO DE TRABALHO EM CONJUNTO COM A TUTORIA DA UNIVERSIDADE E OS RESIDENTES;

4 EXECUTAR ATIVIDADES DE ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE ACORDO COM PLANEJAMENTO E O PLANO DE TRABALHO DELIMITADOS;

5 REALIZAR AS AVALIAÇÕES PERIODICAMENTE E DENTRO DAS DETERMINAÇÕES DO PLANO DE TRABALHO;

6 PARTICIPAR DAS REUNIÕES E EVENTOS INTERDISCIPLINARES;

7 PARTICIPAR PERIODICAMENTE DAS CAPACITAÇÕES PARA PRECEPTORES E TUTORES;

8 PARTICIPAR DAS REUNIÕES DE PRECEPTORIA E/OU TUTORIA.

RESIDENTE EM SERVIÇO SOCIAL

1 ATENDER AO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DO SUS, DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INSTITUCIONAL;

2 INSERIR-SE DE FORMA CRÍTICA POSITIVA EM PROCESSOS COLETIVOS DE TRABALHO;

3 TRABALHAR DE MANEIRA MULTIPROFISSIONAL, INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL, TENDO EM VISTA A PERSPECTIVA DE INTEGRALIDADE DO SUS;

4 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;

5 IDENTIFICAR RECURSOS E PROPOR RESPOSTAS IMEDIATAS ÀS SITUAÇÕES E NECESSIDADES APRESENTADAS POR INDIVÍDUOS E FAMÍLIAS;

6 SER DINÂMICO NA ARTICULAÇÃO E ACIONAMENTO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NAS REDES DE PROTEÇÃO SOCIAL;

7 DEFINIR SEU OBJETO DE TRABALHO NO ÂMBITO DAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL DIRECIONANDO SUAS AÇÕES PROFISSIONAIS À PROTEÇÃO SOCIAL NA FORMA DO ACESSO E GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS;

8 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;

9 PLANEJAR E ACIONAR ESTRATÉGIAS DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA VISANDO A ATENÇÃO À NECESSIDADE DE SAÚDE APRESENTADA PELO INDIVÍDUO;

10 CONTRIBUIR COM A FORMAÇÃO PROFISSIONAL ATRAVÉS DO PROCESSO DE SUPERVISÃO DE ESTÁGIO OU SUPERVISIONAR ESTAGIÁRIOS DE SERVIÇO SOCIAL.



ITEM 3.4.2 - INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O modelo assistencial do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos é centrado no cuidado ao paciente de forma multiprofissional e interdisciplinar, estruturado de forma a assegurar o acesso, a qualidade e segurança da assistência, fazendo uso de protocolos clínicos específicos e multiprofissionais, protocolos de prevenção de riscos, estabelecendo linhas de cuidado assistenciais e de apoio.

Os serviços assistenciais possuem as seguintes atribuições gerais:

- Cumprir e fazer cumprir o presente Regulamento e as deliberações institucionais;
- Participar e cumprir as etapas do processo seletivo em consonância com as políticas e estratégias de Recursos Humanos;
- Atuar no sentido do melhor relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;
- Organizar o fluxo do serviço, garantindo acesso e ampliação da demanda;
- Aumentar a eficiência do serviço de admissão e reduzir custos;
- Prover uma assistência de qualidade e segurança que atenda aos padrões e critérios legais e institucionais estabelecidos;
- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o processo de internação e atendimento ambulatorial em consonância com a legislação vigente, as boas práticas e os

IMED

critérios estabelecidos pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

- Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;
- 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;
- Identificar os riscos dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, detectar e mitigar a ocorrência de atos indesejados;
- Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos;
- Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;
- Participar da elaboração e atuar no sentido do cumprimento das diretrizes e ações definidas nas documentações institucionais;
- Promover ações de educação continuada para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores para o aperfeiçoamento de suas habilidades, bem como maior visão da realidade em que estão inseridos, visando à construção de conhecimentos;
- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;
- Manter um ambiente de cooperação mútua de toda a equipe facilitando a execução dos processos;
- Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras, emergências e de urgências aos pacientes internados;
- Manter materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;
- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;
- Participar junto ao Serviço de Controle de Infecção relacionada à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;
- Cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Fazer cumprir as políticas, diretrizes e ações relacionadas à comunicação institucional;
- Identificar, notificar e analisar os eventos adversos ocorridos, bem como os relatórios de não conformidades.

Para o funcionamento do Hospital Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

A INTERNAÇÃO: CLÍNICA MÉDICA; CLÍNICA CIRÚRGICA; PEDIATRIA;OBSTETRÍCIA.

B 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.

C ATENDIMENTO AMBULATORIAL: CONSULTAS MÉDICAS E MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: CONSULTAS MÉDICAS E DE ÁREAS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM AMBULATÓRIO.

D ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SADT EXTERNO: CORRESPONDE À REALIZAÇÃO DE EXAMES E AÇÕES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO À PACIENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E QUE FORAM DEVIDAMENTE REGULADOS PARA A UNIDADE.

E LEITO DIA: ATENDIMENTO AOS PACIENTES DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HOSPITAL E QUE NECESSITAM PERMANECER NA UNIDADE PARA TRATAMENTO, PELO TEMPO MÁXIMO DE 12 HORAS.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Da Coordenação Multiprofisssional

A Coordenação Multiprofissional é realizada pelo profissional de uma das áreas multi-profissionais.

Da Estrutura

Subordinam-se à Coordenação Multiprofis-sional as áreas:

- Psicologia;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia Clínica;
- Nutrição Clínica.

IMED

Das Atribuições

A Coordenação Multiprofissional:

- Planejar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas, com o objetivo de obter uma melhoria contínua das atividades por elas desenvolvidas;
- Planejar em conjunto com as lideranças das áreas sob sua coordenação as atividades, processos e resultados;
- Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;
- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;
- Propor a utilização dos sistemas de informação em sua plenitude, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;
- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;
- Propor aperfeiçoamento na metodologia de execução dos processos de auditorias em sua área de atuação;
- Cumprir atribuições relacionadas presentes Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Coordenador(a) Multiprofissional compete:

- Coordenar, orientar e supervisionar as atividades de apoio da Unidade e Áreas que lhes são subordinadas;
- Expedir normas internas referentes ao corpo de profissionais da Unidade e Áreas que lhes são subordinadas;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações e políticas institucionais;
- Monitorar os indicadores de processo e de resultados assistenciais;
- Determinar a forma de regular o acesso aos serviços da instituição segundo critérios legais, médicos e assistenciais;
- Atender às competências relacionadas presentes Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Coordenação Multiprofissional subordina-se à Diretoria Técnica:

- Atuar de segunda a sexta-feira, no período das 8 (oito) às 17 (dezessete) horas, mantendo fora deste horário o plantão à distância conforme escala estabelecida.

Das Instruções Gerais para Equipe Multidisciplinar:

As equipes de Cuidados Multiprofissionais Integrais possuem as seguintes atribuições gerais:

- Cumprir e fazer cumprir o presente Regulamento e as deliberações institucionais;
- Participar e cumprir as etapas do processo seletivo em consonância com as políticas e estratégias de Recursos Humanos;
- Atuar no sentido do melhor relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;
- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o processo de internação em consonância com a legislação vigente, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;
- Identificar os riscos dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, detectar e mitigar a ocorrência de atos indesejados;
- Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos;
- Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;
- Participar da elaboração e atuar no sentido do cumprimento das diretrizes e ações definidas nas documentações institucionais;
- Promover ações de educação continuada para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores para o aperfeiçoamento de suas habilidades, bem como maior visão da realidade em que estão inseridos, visando à construção de conhecimentos;
- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;
- Manter um ambiente de cooperação mútua de toda a equipe facilitando a execução dos processos;
- Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras, emergências e de urgências aos pacientes internados;
- Manter materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;
- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;
- Participar junto ao Serviço de Controle de Infecção relacionada à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle

de infecção;

- Fazer cumprir as políticas, diretrizes e ações relacionadas à comunicação institucional;
- Cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Identificar, notificar e analisar os eventos adversos ocorridos, bem como os relatórios de não conformidades.

Da Enfermagem

A equipe de enfermagem não está diretamente subordinada à Coordenação Multiprofissional, porém, participa ativamente do funcionamento da equipe, bem como acata decisões dos superiores das Coordenações de Enfermagem e Multiprofissional em conjunto com a Diretoria Técnica e Gerência de Enfermagem.

Enfermeiro Assistencial

Das Atribuições

- Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;
- Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;
- Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;
- Implementar ações para a promoção da saúde;
- Participar da elaboração e execução de planos assistenciais de saúde do idoso, do adulto, do adolescente, da mulher e da criança nos âmbitos hospitalar e ambulatorial;
- Prestar assistência direta aos usuários de maior complexidade técnica, graves com risco de morte e/ou que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar, garantindo uma assistência de qualidade e segura;
- Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos usuários durante a assistência de enfermagem;
- Participar de projetos de construção ou reforma de unidades assistenciais;
- Realizar reuniões periódicas com os funcionários sob seu gerenciamento para formação de uma equipe de trabalho qualificada, apresentando um relatório das mesmas ao chefe de divisão e participar daquelas para as quais for convocado;
- Elaborar escala mensal, de férias e diária de serviço da unidade e turno sob sua responsabilidade;
- Promover interação da equipe multidisciplinar, objetivando o cuidado centrado no usuário;
- Suprir a unidade de materiais

necessários aos trabalhos, mantendo o respectivo controle de uso, reposição, guarda e conservação;

- Manter a ordem e limpeza do ambiente de trabalho, solicitando ao órgão competente todos os reparos que se fizerem necessários;
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Profissional.
- Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

Do Técnico de Enfermagem

Das Atribuições

- Assistir ao enfermeiro em todas as suas atividades;
- Prestar cuidados integrais a usuários em unidades de maior complexidade técnica, sob a supervisão do Enfermeiro;
- Executar tratamentos prescritos e de rotina, nas unidades de internação sob supervisão do enfermeiro da unidade;
- Realizar atividades determinadas pelo enfermeiro responsável pela unidade que não estejam aqui descritas, mas que façam parte de suas atribuições, conforme Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

Das Competências da Equipe de Enfermagem conforme Unidade de Trabalho

Do Serviço de Enfermagem nas Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica compete:

- Prestar assistência de enfermagem integral aos usuários, atendendo-os nas suas necessidades como ser único, racional, participativo, social e interativo, com capacidade de modificar o ambiente em que vive;
- Planejar as atividades de enfermagem, proporcionando satisfação das necessidades biopsicosociais, identificando as atividades, qualificando e distribuindo-as pelos elementos da equipe e pelos turnos;
- Proporcionar condições e ambiente que facilitem o restabelecimento, a manutenção, a melhoria dos níveis de saúde na busca do estar melhor, e em última instância, na morte digna;
- Proporcionar aos demais profissionais da área de saúde, através do registro escrito dos fatos observados, informações que facilitem o diagnóstico profissional de cada área distinta;
- Executar as prescrições dos diversos profissionais assistentes dos usuários, no que for de competência da enfermagem;
- Registrar a admissão e evolução do quadro clínico do usuário no prontuário, pelo enfermeiro, bem como a nota de alta;
- O enfermeiro deve planejar toda e qualquer atividade administrativa de funcionamento e pessoal, visando a melhoria da unidade;
- Colaborar com os serviços de

apoio no sentido de facilitar o desenvolvimento de suas atividades junto ao paciente ou para os mesmos;

- Prever e prover a unidade de materiais e equipamentos necessários ao cuidado e a biossegurança do usuário e equipe de saúde, através de parecer e solicitações ao serviço competente;
- Garantir a qualidade e segurança da assistência de enfermagem ao usuário internado.

Do Serviço de Enfermagem da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia, compete

- Realizar acolhimento e classificação de risco às pacientes que são atendidas na unidade;
- Atender à mulher com ênfase nos aspectos clínicos e cirúrgicos ginecológicos e obstétricos, e seus conceptos, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Prestar assistência de enfermagem a gestante, parturiente e puérpera em todas as fases do ciclo gravídico puerperal;
- Proporcionar medidas conforto a todas as pacientes atendidas na unidade;
- Realizar procedimentos e técnicas específicas em enfermagem ginecológica, obstétrica e neonatal;
- Prestar assistência de enfermagem em sala de pré-parto e parto, com ênfase no acompanhamento da evolução do trabalho de parto;
- Prestar assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro, a termo e pós-termo;
- Identificar prioridades e agravos assistenciais;
- Identificar complicações e intercorrências clínicas e cirúrgicas neonatais e obstétricas;
- Proporcionar condições e ambiente que facilitem o desenvolvimento das atividades específicas do setor;
- Desenvolver trabalho multiprofissional, atentando para o cumprimento de cuidados prescritos;
- Executar as prescrições médicas e de enfermagem;
- Manter estoque de materiais e equipamentos necessários para o bom funcionamento do serviço, incluindo aqueles destinados aos atendimentos de urgência e emergência da unidade;
- Orientar a família e incentivando-os a co-participação nos cuidados prestados ao binômio mãe/filho;
- Realizar cuidados de enfermagem às pacientes ginecológicas durante o pré e pós operatório;
- Identificar complicações e intercorrências ginecológicas durante o pré e pós operatório;
- Realizar atividades de educação em saúde;

- Promover, incentivar, orientar o aleitamento materno;
- Realizar sistematização da assistência de enfermagem no atendimento clínico e cirúrgico em neonatologia, ginecologia e obstetrícia, respeitando os preceitos éticos, os valores, princípios e atos normativos da profissão;
- Participar de atividades práticas coletivas, interdisciplinares, interinstitucionais, intersetoriais relacionadas à humanização da assistência, face aos principais problemas de saúde identificados no cenário assistencial.

Do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, compete

- Admitir o paciente na Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;
- Atender a equipe médica e multidisciplinar no desempenho de suas atividades;
- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;
- Apresentar relatórios anuais das atividades realizadas;
- Colaborar com a formação de acadêmicos das áreas de saúde;
- Colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;
- Colaborar com ações de Educação Permanente;
- Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Do Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico, compete

- Proporcionar assistência de enfermagem integral aos usuários no trans e pós-operatório imediato para tratamento e diagnóstico;
- Processar todo o material de esterilização utilizado na instituição;
- Realizar periodicamente os testes de controle da eficácia da esterilização;
- Manter sem preconceito, os direitos, a dignidade e o respeito ao usuário;
- Verificar o funcionamento de aparelhos utilizados na área de enfermagem, solicitando reparos e/ou substituições;
- Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como o do local de trabalho;

- Colaborar com equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do usuário.

Da Unidade de Psicologia

Das Atribuições

A Unidade de Psicologia tem as seguintes atribuições:

- Prestar assistência psicológica em suas várias formas aos pacientes externos (ambulatório e emergência) e internados (unidade de internação e unidade de terapia intensiva) e a seus familiares por meio de ações diagnósticas, terapêuticas, de informação, orientação e controle, interferindo nos desajustes emocionais provenientes do processo de adoecer e da hospitalização, por meio de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde mental;

- Integrar-se às demais unidades por meio de programas conjuntos, a fim de assegurar a assistência biopsicossocial ao paciente e familiares;

- Desenvolver seus programas específicos da prática psicológica, oferecendo condições para a interpretação de seus dados aos outros profissionais das equipes médica, de enfermagem e multiprofissional;

- Manter entrosamento com recursos da comunidade para assuntos relativos à saúde mental, para garantir o sistema de referência e contrarreferência, quando necessário;

- 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;

- 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 Psicologia;

- Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;

- 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;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Psicologia compete:

- Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos pré estabelecidos pela alçada superior e política

vigente na instituição;

- Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;

- Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Coordenação Multidisciplinar;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;

- Alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Coordenar e supervisionar o treinamento de servidores, funcionários e estagiários;

- Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para os profissionais psicólogos, visando à atualização de conhecimentos frente às novas demandas (técnicas e/ou administrativas) que surgem, a favor da qualidade dos serviços prestados;

- Elaborar projetos técnico-científicos dentro da Unidade específica de conhecimento, bem como integrado com as demais unidades/divisões, visando ao aprimoramento em sua unidade de atuação;

- Monitorar e realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários, garantindo a melhoria contínua do atendimento prestado à comunidade, bem como o cumprimento de metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;

- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;

- Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;

- Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;

- Sugerir aos Diretoria Técnica e de Corpo Clínico medidas que visem à

melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;

- Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;
- Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;
- Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;
- Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;
- Coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;
- Organizar a estrutura funcional da Unidade, estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;
- Representar a Unidade de Psicologia;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Unidade de Psicologia subordina-se à Coordenação Multidisciplinar. Cumprimento de suas atribuições, deve:

- Assistir psicologicamente a pacientes externos (ambulatório e emergência), internados (unidade de internação e unidade de terapia intensiva) 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;
- Participar de programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família;
- 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;
- Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;
- Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;
- Facilitar a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, de enfermagem e multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;
- Manter entrosamento com as várias

unidades de trabalho, de acordo com rotina estabelecida;

- Manter banco de dados de recursos em saúde mental da comunidade para encaminhamento quando se fizer necessário;
- Apresentar relatório mensal e anual de atividades;
- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessário;
- Viabilizar as etapas previstas para a execução com qualidade dos planos de ensino e projetos de pesquisas;
- 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;
- Manter, acompanhar e atualizar banco de dados referentes a projetos de pesquisa em andamento;
- Observar e cumprir prazos para envio de controle e outras ações administrativas interpostas pelas agências reguladoras tanto de ensino quanto de pesquisa;
- Proporcionar por meio dos brinquedistas, atividades de recreação adequadas à faixa etária e possibilidades dos pacientes, aumentando a atividade produtiva, diminuindo a ansiedade e trazendo aspectos de vida normal para a situação de hospitalização.

Da Unidade de Fisioterapia

Da Estrutura

Subordinam-se à Unidade de Fisioterapia:

- Área de Fisioterapia na Internação Geral e Ambulatório;
- Área de Fisioterapia nas Terapias Intensivas Clínicas e Cirúrgicas;
- Área de Fisioterapia na Pediatria.

Das Atribuições

A Unidade de Fisioterapia tem as seguintes atribuições:

- Estabelecer, organizar e implementar os programas de assistência fisioterapêutica aos pacientes das diversas Unidades da instituição, em consonância com as diretrizes institucionais e a legislação vigente;
- 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;
- Promover o estudo e a padronização de técnicas compatíveis com o desenvolvimento de novas tecnologias;
- Identificar, promover e coordenar ações de ensino e capacitação

profissional na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas educacionais internas e externas;

- Desenvolver ações de pesquisa e produção de conhecimento técnico-científico na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas internas e externas;
- Participar de projetos de pesquisa que requeiram o suporte da Fisioterapia;
- Promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras e gestão dos sistemas de qualidade;
- Observar os procedimentos definidos pela legislação pertinente;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Coordenação Multidisciplinar;
- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Fisioterapia compete:

- Elaborar, coordenar e supervisionar o plano de trabalho emanado das diretrizes estratégicas para as atividades de assistência, ensino e pesquisa, definindo prioridades de acordo com os objetivos predefinidos, em consonância com as políticas internas e externas;
- Alocar recursos necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;
- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo a implementação de alterações de rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;
- Promover programas que assegurem a melhoria da capacitação e aperfeiçoamento técnico-profissional do corpo funcional;
- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;
- Organizar e acompanhar, por meio de assessoria específica, o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;
- Realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos, garantindo a melhoria contínua das atividades desenvolvidas na Unidade de Fisioterapia;
- Incentivar a elaboração de projetos técnico-científicos, visando ao aprimoramento em sua área de atuação;
- Elaborar e organizar programas de divulgação das práticas assistenciais e do conhecimento técnico-científico à comunidade externa;
- Garantir o cumprimento das diretrizes, normas, padrões e

procedimentos em alinhamento com a coordenação multidisciplinar;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Unidade de Fisioterapia subordina-se à Coordenação Multidisciplinar. No cumprimento de suas atribuições, deve:

- Realizar a assistência fisioterapêutica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;
- Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse.

Da Unidade de Fonoaudiologia

Das Atribuições

A Área de Fonoaudiologia tem as seguintes atribuições:

- Cumprir e fazer cumprir as determinações da coordenação multidisciplinar da instituição;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações técnico-assistenciais da Divisão de Fonoaudiologia;
- 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;
- Operacionalizar fluxos, rotinas, protocolos e critérios para o atendimento nas áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório e quaisquer outras que venham a ser constituídas onde houver atuação fonoaudiológica, visando à minimização dos impactos e riscos assistenciais;
- Executar as tarefas, atendendo a Norma Regulamentadora e promovendo a saúde e segurança ocupacional, dentro das diretrizes corporativas;
- Fazer a interface com outros processos identificados na Divisão;
- Promover a gestão da qualidade na prática operacional e assistencial;
- Propor medidas que visem ao aprimoramento técnico e científico das atividades desenvolvidas nas áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Planejar, executar e controlar a produção e demais atividades técnicas das áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Garantir a regularidade das atividades técnicas na Área;
- Promover e apoiar as atividades

de ensino e pesquisa na Área, de acordo com padrões estabelecidos pela Divisão;

- Garantir o uso das tecnologias disponibilizadas para as rotinas diagnósticas dentro das especificações dos fabricantes;
- Zelar pelo bom uso e preservação das instalações e dos recursos disponibilizados para a realização das atividades nas áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Participar de comissões internas onde for designado;
- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Área de Fonoaudiologia compete:

- Executar as ações definidas nas reuniões e orientadas pela Coordenação Multidisciplinar;
- Divulgar, orientar e implantar as mudanças de rotina às equipes sob sua liderança;
- Descrever e revisar os processos e fluxos na assistência, em busca da qualidade do serviço e redução dos riscos aos empregados públicos, servidores, funcionários, alunos e pacientes;
- Identificar e classificar os riscos das atividades da Área de Fonoaudiologia, as ações de tratamento, conforme o impacto previsto;
- Analisar, periodicamente, por meio de indicadores de processos e resultados, as atividades de assistência, pesquisa e ensino das áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Enviar relatórios periódicos de indicadores ao Coordenação Multidisciplinar;
- Informar e relatar formalmente à Coordenação, quando solicitado, esclarecimentos de ordem técnica e/ou administrativa relativos às atividades nas áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório sob sua liderança;
- Promover reuniões periódicas com as equipes para detecção das necessidades e definir ações para a resolução rápida de problemas;
- Comunicar à Coordenação sobre a situação de infraestrutura da sua Área e controlar a correção dos problemas detectados;
- Garantir que o prontuário do paciente seja preenchido de forma completa e acessível para consulta e verificações;
- Adequar a oferta de atendimento ambulatorial à capacidade do serviço e necessidade de ensino;
- Garantir o tratamento com cordialidade e respeito entre os colegas do Corpo Clínico, bem

como entre os membros da equipe multiprofissional, empre- gados públicos, servidores, funcionários, alunos e demais profissionais;

- Planejar e integrar as atividades da Unidade alinhadas às necessidades;
- Fazer a gestão da utilização dos serviços técnicos e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis;
- Avaliar as necessidades assistenciais fonoaudiológicas das áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Participar da elaboração dos planos e programas, bem como implantá-los;
- Identificar problemas e propor soluções de ordem técnica da sua área;
- Executar a gestão de inovações no âmbito da Fonoaudiologia nas áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Executar a gestão por processos na sua área de atuação;
- Representar a sua Área junto aos órgãos e comissões;
- Elaborar plano de contingência para situações de emergência que afetem as áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Participar da consultoria, auditoria e emissão de parecer na compra de materiais e equipamentos dentro dos padrões institucionais;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Área de Fonoaudiologia subordina-se à Coordenação Multidisciplinar. No cumprimento de suas atribuições, deve:

- Realizar a assistência fonoaudiológica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;
- Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;
- Prestar atendimento diário, semanal, incluindo fins de semana e feriados;
- 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;
- Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;
- Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse;
- Realizar reuniões periódicas entre

as equipes da Área, com o intuito de alinhar as interfaces de suas respectivas atuações e promover a uniformidade de ações gerenciais;

- Participar de reuniões institucionais para planejamento de ações conjuntas de acordo com as políticas corporativas;
- Participar da reunião interna semanal para discussão de casos clínicos ou rotinas relativas à atuação fonoaudiológica em terapia intensiva;
- Participar de reuniões multiprofissionais e/ou visitas clínicas;
- Fazer constar as condutas fonoaudiológicas no prontuário médico;
- Atender pacientes recebidos provenientes de fluxos firmados com a Secretaria Estadual da Saúde, observando os critérios estabelecidos pela Direção;
- Atender pacientes mediante agendamento prévio;
- Realizar o atendimento com o uso de programas terapêuticos fonoaudiológicos, baseados em evidência e com acompanhamento dos resultados;
- Utilizar os protocolos e procedimentos operacionais padrão estabelecidos para todas as rotinas e processos assistenciais ambulatoriais;
- Orientar e informar sobre prognóstico e tratamento fonoaudiológico aos pacientes, cuidadores e equipe de saúde.

Da Unidade de Terapia Ocupacional

Das Atribuições

A Unidade de Terapia Ocupacional tem as seguintes atribuições:

- Prestar assistência em suas várias formas aos pacientes externos (ambulatório e emergência) e internados (unidade de internação e unidade de terapia intensiva) por meio de ações de prevenção e o tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, 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, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade;
- 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;
- Realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes, utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;
- Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;
- Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;

- Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;

- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;

- Elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacionais padrão relacionados a sua área de atuação;

- 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;

- 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;

- Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;

- 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;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Terapia Ocupacional compete:

- Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos preestabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;

- Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;

- Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Coordenação Multidisciplinar;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;

- Alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe

técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Coordenar e supervisionar o treinamento de empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;

- Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para os profissionais psicólogos, visando à atualização de conhecimentos frente às novas demandas (técnicas e/ou administrativas) que surgem, a favor da qualidade dos serviços prestados;

- Elaborar projetos técnico-científicos dentro da Unidade específica de conhecimento, bem como integrado com as demais unidades/divisões, visando ao aprimoramento em sua unidade de atuação;

- Monitorar e realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários, garantindo a melhoria continua do atendimento prestado à comunidade, bem como o cumprimento de metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;

- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;

- Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;

- Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;

- Sugerir aos Diretoria Técnica e de Corpo Clínico medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;

- Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;

- Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;

- Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;

- Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;

- Responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;

- Coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;

- Organizar a estrutura funcional da Unidade;

- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;
- Representar a Unidade de Psicologia;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Unidade de Terapia Ocupacional subordina-se à Coordenação Multidisciplinar. No cumprimento de suas atribuições, deve:

- Realizar a assistência, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;
- Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;
- Prestar atendimento diário, semanal;
- Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;
- Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse;
- Realizar reuniões periódicas entre as equipes da Área, com o intuito de alinhar as interfaces de suas respectivas atuações e promover a uniformidade de ações gerenciais;
- Participar de reuniões institucionais para planejamento de ações conjuntas de acordo com as políticas corporativas;
- Participar da reunião interna semanal para discussão de casos clínicos ou rotinas relativas à atuação do setor;
- Participar de reuniões multiprofissionais e/ou visitas clínicas;
- Fazer constar as condutas no prontuário médico;
- Atender pacientes recebidos provenientes de fluxos firmados com a Secretaria Estadual da Saúde, observando os critérios estabelecidos pela Direção;
- Atender pacientes mediante agendamento prévio;
- Realizar o atendimento com o uso de programas terapêuticos, baseados em evidência e com acompanhamento dos resultados;
- Utilizar os protocolos e procedimentos operacionais padrão estabelecidos para todas as rotinas e processos assistenciais ambulatoriais;
- Orientar e informar sobre prognóstico e tratamento aos pacientes, cuidadores e equipe de saúde.

Da Unidade de Farmácia Clínica

A Área da Farmácia Clínica tem as seguintes atribuições:

- Desenvolver e monitorar os processos da Assistência Farmacêutica Clínica;
- Cumprir Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e os Protocolos Clínicos das Comissões Hospitalares;
- Promover ações de prevenção e gerenciamento de eventos adversos;
- Gerenciar a demanda de atendimento de pacientes frente aos protocolos de assistência farmacêutica;
- Participar das ações de programação para aquisição de medicamentos e dos materiais médico-hospitalares pertinentes;
- Participar de ações de ensino e pesquisa;
- Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;
- Identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de Farmacovigilância e Tecnovigilância;
- Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;
- Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar o atendimento das solicitações da Ouvidoria;
- Realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas;
- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Área de Assistência Farmacêutica Clínica compete:

- Coordenar e monitorar a realização dos processos da Assistência Farmacêutica Clínica;
- Monitorar a utilização de medicamentos de acordo com os protocolos clínicos;
- Monitorar a demanda de atendimento dos pacientes frente aos protocolos de assistência farmacêutica;
- Responder às manifestações recebidas dos pacientes e da Ouvidoria;
- Coordenar e manter o funcionamento da Área frente às exigências legais, normas estabelecidas pela Instituição e determinações da Unidade;
- Realizar ações de gestão de pessoas e dos programas de educação permanente, ensino e pesquisa;

- Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;
- Monitorar a incorporação de novas tecnologias;
- Cumprir e fazer cumprir as normas de uso e conservação de instrumentos, equipamentos e materiais;
- Monitorar o cumprimento dos serviços contratados;
- Monitorar a cobertura de estoque de medicamentos e dos materiais médico-hospitalares pertinentes;
- Participar de Comissões Hospitalares e reuniões técnicas;
- Participar da análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas;
- Acompanhar as auditorias internas e externas nas áreas;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Área de Farmácia Clínica subordina-se à Coordenação Multidisciplinar. No cumprimento de suas atribuições, deve:

- Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;
- Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes;
- Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;
- Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional.

Da Área de Nutrição Clínica

Das Atribuições

A Área de Nutrição Clínica tem as seguintes atribuições:

- Prestar assistência nutricional integral a pacientes, adultos e pediátricos, internados e ambulatoriais, por meio de triagem, avaliação e acompanhamento nutricional, consultas individuais, em grupos e/ou em conjunto com a equipe multiprofissional baseados em protocolos preestabelecidos;
- Realizar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica, adequando-a de acordo com a avaliação nutricional do paciente;
- Acompanhar a evolução do paciente até a alta hospitalar e orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à dieta a ser seguida ou até nova orientação ambulatorial, caso haja necessidade;
- Implementar protocolos desenvolvidos pela Unidade e pela equipe multiprofissional em Unidades de Pacientes Internados e Ambulatoriais

de acordo com o perfil clínico e a evolução dos pacientes que necessitam de cuidados nutricionais;

- Garantir o registro claro e preciso, em prontuário único do paciente, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente durante a sua permanência hospitalar ou acompanhamento ambulatorial;
- Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;
- Realizar projetos de pesquisa, visando atender aos objetivos da Área, da Unidade, da Instituição;
- Prestar assessoria e consultoria técnica às demais estruturas organizacionais e órgãos externos;
- Atender às solicitações para ministração de aulas, palestras e entrevistas para a mídia em geral previamente autorizadas pela direção;
- Colaborar na formação e desenvolvimento profissional da equipe;
- Participar da execução de programas de ensino;
- Cumprir atribuições relacionadas presente Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Área de Nutrição Clínica compete:

- Definir protocolos de triagem, avaliação e acompanhamento nutricional, específicos para a sua Área em conjunto com o líder da Unidade de Nutrição e Dietética e a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e acompanhar o cumprimento pela equipe;
- Acompanhar a prescrição dietética da equipe com base nas diretrizes estabelecidas nos Manuais de Boas Práticas em Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;
- Padronizar e gerenciar o uso de indicadores de qualidade específicos em terapia nutricional em conjunto com o Líder da Área de Segurança Alimentar e Líder da Unidade de Nutrição e Dietética;
- Promover, por meio de programas de educação continuada, a atualização de conhecimentos técnicos e científicos relacionados à nutrição clínica em cardiologia e pneumologia de sua equipe;
- Estabelecer auditorias periódicas, em conjunto com o Líder da Área de Segurança Alimentar e Líder da Unidade de Nutrição e Dietética, para verificar o cumprimento do programa de terapia nutricional estabelecido para a sua Área, bem como das metas e da satisfação do paciente internado e do ambulatório especializado;
- Planejar e orientar realização de trabalhos técnico-científicos, específicos de sua equipe ou em conjunto com a equipe multiprofissional e multidisciplinar, visando à melhoria da assistência prestada aos pacientes;

- Orientar residentes dos Programas de Residência da área profissional em Nutrição durante a atuação dos mesmos em suas unidades de internação e ambulatório especializado, se aplicável;
- Colaborar com o Líder da Unidade de Nutrição e Dietética e com o Líder da Área de Segurança Alimentar nos programas de educação para o público em geral, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças cardiovasculares e pulmonares;
- Planejar, coordenar e orientar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Área;
- Participar dos processos seletivos para preenchimento de vagas da Unidade de Nutrição e Dietética;
- Avaliar o desempenho, realizar reuniões periódicas e incentivar o desenvolvimento profissional dos funcionários da Área;
- Providenciar consertos e reposições de equipamentos, utensílios e mobiliários e reparos nas instalações da Área, bem como observar e orientar medidas de segurança no trabalho;
- Monitorar os indicadores de processos e de resultados e propor planos de ações para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;
- Participar da revisão dos manuais de Organização, de Boas Práticas e de Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;
- Buscar atualização constante na área científica e tecnológica, bem como nos aspectos relativos à gestão de pessoas e de processos;
- Planejar, orientar e realizar trabalhos técnico-científicos e de pesquisa aplicada à Área;
- Colaborar no planejamento de programas de ensino e supervisão de alunos e profissionais dos programas de estágios, cursos de especialização e de residência para graduandos ou graduados em Nutrição, se aplicável;
- Colaborar na execução de eventos e nas publicações destinadas ao público em geral sobre promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Prestar serviços de auditoria, consultoria e de assessoria nas áreas de sua atuação;
- Interagir com os demais líderes de áreas e supervisor de unidade para o bom desenvolvimento dos trabalhos e solução de intercorrências;
- Participar de comissões e grupos de trabalhos relacionados às suas áreas de atuação;
- Elaborar as escalas de trabalho da equipe;
- Planejar e ministrar disciplinas específicas de nutrição clínica dos programas de aprimoramento e residência multiprofissional e uniprofissional, se aplicável;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Área de Nutrição Clínica subordina-se à Coordenação Multiprofissional. No cumprimento de suas atribuições, deve:

- Prestar assistência nutricional integral e especializada a pacientes adultos e pediátricos;
- Atender Unidades de Internação de forma ininterrupta nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e do Ambulatório Especializado, por meio de protocolos preestabelecidos.

DAS INSTRUIÇÕES E DISPOSIÇÕES GERAIS

I - Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na área de Recursos Humanos, em cumprimento a determinação da Diretoria Administrativa;

II - É obrigatório o registro de "ponto" de todo o pessoal do Hospital e Ambulatório conforme diretrizes estabelecidas;

III - O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados do hospital ou ambulatório mediante autorização expressa do Diretor Técnico Assistencial.

IV - As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito do hospital ou ambulatório só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Administrativo.

V - São deveres gerais dos colaboradores da instituição:

- Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- Usar o crachá nas dependências do hospital e ambulatório;
- Tratar a todos com urbanidade;
- Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais for designado;
- Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela liderança e por lei;
- Comunicar a liderança imediata, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
- Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
- Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões

operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

- Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

- Manter seus registros funcionais atualizados;

- Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

- Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

- Observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

HORÁRIOS DO SETOR

Os serviços vinculados a equipe multiprofissional atuarão, em sua maioria, sob jornada de trabalho de 6 horas diárias, com início da jornada as 13:00 e término as 19:15, de segunda a quintas feiras e das 13:00 as 18:15 as sextas feiras.

EQUIPE MÍNIMA (vinculo de trabalho, carga horária)

EQUIPE MÍNIMA					
ÁREA DE ATUAÇÃO	PROFISSIONAIS	CARGO	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO	VÍNCULO
FARMÁCIA CLÍNICA	1	FARMACÊUTICO(A)	44HRS	8H/DIA/TURNO	CLT
FISIOTERAPIA	7	FISIOTERAPEUTA	30HS	6H/DIA/TURNO	CLT
FONOAUDIOLOGIA	1	FONOAUDIOLOGO(A)	30HS	6H/DIA/TURNO	CLT
NUTRIÇÃO CLÍNICA	2	NUTRICIONISTA	12X36	12H/DIA/TURNO	CONTRATO
PSICOLOGIA	1	PSICÓLOGO(A)	30HS	6H/DIA/TURNO	CLT
TERAPIA OCUPACIONAL	1	TERAPEUTA OCUPACIONAL	30HS	6H/DIA/TURNO	CONTRATO

ITEM 3.4.3 - NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

INTRODUÇÃO

Este documento objetiva a construção de um conjunto de normas, rotinas e procedimentos, organizados em tópicos de forma padronizada contendo informações e orientações pertinentes a Administração Geral do Hopital Estadual de São Luís de Montes Belos.

ESTRUTURA



Normas de Trabalho

A Administração Geral tem por finalidade planejar, organizar, controlar, comandar e coordenar um conjunto de atividades administrativas de gerenciamento sobre os setores administrativos e de apoio da unidade, dessa maneira ela se pauta em Normas e diretrizes operacionais para atuar de maneira coerente, continua, transparente e eficaz.

Ela se pauta pelas seguintes normas:

- Seu responsável maior – Gerente Administrativo deve conhecer profundamente os setores, seus colaboradores e as atividades desenvolvidas em cada um, a fim de planejar as ações e supervisionar todas as atividades dos setores administrativos do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos;
- O setor deve assegurar a coordenação entre os serviços administrativos e os demais serviços da unidade, assistências e de apoio a assistência;
- O setor deve possuir Normas, Rotinas de trabalho e Manuais de trabalho que apresentem instruções sobre o funcionamento dos serviços que compõe à Administração Geral;
- As normas, e demais instrumentos de padronização e controle devem ser do conhecimento de toda a equipe e treinamentos devem ser executados durante o ano para atualizar esse conhecimento;
- O setor deve possuir uma escrituração fidedigna que permita ao Gerente Administrativo apresentar mensalmente ao Diretor Administrativo um relatório das atividades desenvolvidas, seus avanço e seus óbices;
- O setor deve manter registro te todos os fatos administrativos que gerem despesas ao Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos;
- O Gerente Administrativo deve zelar pela eficácia dos serviços.

ROTINAS OPERACIONAIS GERAIS

R.ADM.01 – Identificação de pessoas para acesso à unidade.

R.ADM.02 – Revista e guarda de bolsas e acessórios.

R.ADM.03 – Deslocamento periódico.

R.ADM.04 – Cópias de documentos.

R.ADM.05 – Condução de veiculo.

R.ADM.07 – Compra de material.

R.ADM.08 – Prestação de contas de suprimento de fundos.



HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS		ÁREA: ADM. GERAL	
Rotina: Identificação de pessoas p/ acesso à unidade			Código: R.ADM.01
1. Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Identificação das pessoas	Agente de Portaria	Livro de ocorrência	Registrar no livro de ocorrências o nome e documento de identidade da pessoa interessada, bem como, fornecer o crachá de identificação correspondente ao setor solicitado pela pessoa.

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS			ÁREA: ADM. GERAL
Rotina: Revista e guarda de bolsas e acessórios			Código: R.ADM.02
1. Atividade	Responsável	2. Impressos	Descrição
Revistar pertences	Agente de Portaria	Livro Ata	Todo e qualquer pessoa ao entrar na unidade deverá ter seus pertences vistoriados e recolhidos durante a sua permanência na unidade, ao mesmo tempo será expedida a senha para que, na saída, seja resgatado o referido pertence.

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS			ÁREA: ADM. Geral
Rotina: Deslocamento periódicos			Código: R.ADM.03
Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Rondas periódicas	Agente de portaria	Livro de Ocorrência	Periodicamente faz deslocamento pelos corredores, enfermarias da unidade com objetivo de detectar pessoas sem credenciais e remove-las educadamente para saída. Todo e qualquer alteração ou excepcionalidade deve ser registrado pelo agente no livro de ocorrência que é diariamente analisado pela Administração Geral.

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS			ÁREA: ADM. GERAL
Rotina: Cópias de documentos			Código: R.ADM.04
1. Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Tiragem de cópias	Assistente administrativo	Livro ata	Tira cópia de documentos de interesse da instituição; Registra a numeração quantitativa da máquina; Registra o nome do documentos, setor e a quantidade solicitada, observando a origem do pedido, que deve ser assinado pelo coordenador da área solicitante.

HOPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS			ÁREA: ADM. GERAL
Rotina: Condução de veículos			Código: R.ADM.05
1. Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Condução de veículos	Motorista	Formulários para controle de quilometragem	Conduzir o veículo. Conferir combustível, óleo, água; Registrar quilometragem do velocímetro; - Se necessário solicitar combustível ou outros acessórios que o veículo necessite; Deve ter uma solicitação assinada pelo coordenador do setor todo pedido de deslocamento, no formulário de controle de quilometragem a origem e o destino.

HOPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS			ÁREA: ADM. GERAL
Rotina: Compra de materiais			Código: R.ADM.07
1. Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Compra de materiais	Assistente Administrativo/Comprador e Coordenador Administrativo	Memorando e cotação de preços.	Analisar o memorando de solicitação e a real necessidade do pedido; É feito cotação de preços com três fornecedores para análise de preços; - Efetuar a compra tendo como base o menor preço.

HOPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS			ÁREA: ADM. GERAL
Rotina: Prestação de contas de suprimento de fundos			Código: R.ADM.08
1. Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Prestação de contas	Analista de Compras	Formulários de suprimentos de fundos	Relacionar todas as notas fiscais de compras de fundo; Enviar ao setor financeiro para aprovação.

As rotinas específicas de cada um dos setores esta apresentada no Manual de Rotinas, nesse documento.

HORÁRIOS DO SETOR

Os serviços vinculados à Administração Geral atuarão sob jornada de trabalho de 8 horas diárias, com início da jornada as 8:00 e término as 17:00, de segunda a sexta-feira.

EQUIPE MÍNIMA (vínculo de trabalho, carga horária)

EQUIPE MÍNIMA - DIRETORIA ADMINISTRATIVA					
Área de atuação	Profissionais	Cargo	Carga horária	Horário	Vinculo
Gerência Administrativa	1	Gerente Administrativo	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Gerência Administrativa	1	Analista Administrativo	44hs	8 h /dia / turno	CLT
GerênciaAdministrativa	1	Motorista	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Gerência Administrativa	1	Auxiliar Administrativo	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Farmácia	4	Farmacêutico	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Farmácia	8	Auxiliar de Farmácia	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Almoxarifado	1	Almoxarife	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Almoxarifado	4	Auxiliar Administratico	44hs	8 h /dia / turno	CLT
SND	3	Nutricionista	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Faturamento	1	Enfermeira Faturista	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Faturamento	4	Analista de Faturamento	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Patrimônio	2	Analista Administrativo	44hs	8 h /dia / turno	CLT
SAME	1	Analista Administrativo	44hs	8 h /dia / turno	CLT
SAME	3	Auxiliar Administrativo	454hs	9 h /dia / turno	CLT
RH	1	Gerente de RH	44hs	8 h /dia / turno	CLT
RH	3	Analistas de RH	44hs	8 h /dia / turno	CLT
RH	1	Tec Seg. Trab.	44hs	8 h /dia / turno	CLT

DESCRIÇÃO DOS CARGOS

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Diretor Geral	2. Subordinação: Diretoria Operacional do IMED
3. Área: Direção	4. Categoria:
5. Objetivo: Dirigir os trabalhos do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos e se apresentar como responsável pela unidade frente a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.	
6. Atribuições: Executar as deliberações da Secretaria de Saúde e do IMED na área de sua competência. • Fiscalizar a execução orçamentaria e a realização de compras, obras e serviços. • Elaborar a proposta de orçamento – programar e administrar a aplicação e utilização dos recursos financeiros postos sob sua responsabilidade. • Determinar às diretorias respectivas a elaboração de planos, programas e projetos dos recursos postos à disposição da unidade. • Apresentar mensalmente a prestação de contas dos recursos financeiros repassados à unidade de saúde. • Apresentar à Secretaria de Saúde, relatório circunstanciado das atividades da unidade, inclusive os demonstrativos detalhados acerca da aplicação dos recursos postos à disposição da unidade. • Assessorar tecnicamente o(a) Secretário(a) de Saúde em assuntos pertinentes às atribuições da unidade. - Zelar pelo cumprimento de normas, métodos e rotinas de trabalho. - Responsabilizar-se pela segurança e disciplina no trabalho. • Instaurar inquéritos e sindicâncias, bem como aplicar penas disciplinares. • Delegar poderes e atribuições de sua competência, cancelando-os no todo ou em parte ao(s) Gerente(s) e Diretor(es), conforme a área de sua respectiva atribuição. • Administrar a utilização e aplicação de recursos técnicos e equipamentos sob sua responsabilidade. • Administrar a alocação de pessoas nos vários setores da unidade, tendo em vista sua eficácia técnica e administrativa. • Zelar pela eficiência dos serviços sob sua responsabilidade. • Autorizar despesas de caráter urgente de acordo com os limites fixados pela legislação vigente. • Traçar a padronização das normas técnico-administrativas da unidade e fiscalizar para que elas sejam seguidas em todas as áreas da unidade. • Exercer outras atribuições que lhe são compatíveis.	
7. Escolaridade Necessária: Superior na área de saúde ou administrativo e Pós graduação em Administração Hospitalar	
8. Experiência Necessária: Mínimo de 3 anos em função similar.	

IMED

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Gerente Administrativo	2 Subordinação: Diretoria Administrativa
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Gerenciar as atividades administrativas e sua integração com a área assistencial e serviços de apoio.	
6. Atribuições: • Organizar, coordenar e supervisionar as atividades de apoio assistencial. • Promover o desenvolvimento dos colaboradores incentivando a educação continuada. • Promover a integração com os serviços assistenciais e administrativos da unidade. • Cumprir e fazer cumprir as instruções sobre o funcionamento dos diversos serviços sob sua responsabilidade, emanadas pela Direção Administrativa. • Elaborar e aprovar a escala de serviço dos diversos serviços integrantes dos setores. • Manter ações conjuntas com outros setores do hospital respeitando as normas e rotinas instituídas. • Apresentar mensalmente à Direção Administrativa, relatório pormenorizado das atividades dos setores sob seu gerenciamento. • Convocar e presidir reuniões dos serviços e atividades sob sua responsabilidade • Determinar e desenvolver rotinas, normas de procedimentos e manuais operacionais para todos os serviços sob sua responsabilidade, exigindo e zelando pelo seu cumprimento. • Colaborar com a equipe de saúde que atua na unidade. • Colaborar nos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. • Manter controle dos materiais e equipamentos utilizados no âmbito dos serviços administrativos. • Colaborar ativamente com a CIPA. • Exercer outras atribuições que lhe são compatíveis. • Zelar pela eficácia dos serviços sob sua responsabilidade.	
7. Escolaridade Necessária: Graduação em curso superior e experiência em administração hospitalar	
8. Experiência Necessária: Mínimo de 2 anos em função similar.	



DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Auxiliar Administrativo/Diretoria	2. Subordinação: Gerente Administrativo
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Assessorar a Gerencia Administrativo	
6. Atribuições: • Redigir e digitar documentos. • Gerenciar o processo de arquivo e guarda de documentos. • Registar e agendar reuniões ou outros eventos e informações do setor. • Confeccionar escalas de plantão de motoristas e agentes de portaria. • Realizar e despachar correspondências para o motorista.	
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo	
8. Experiência Necessária: Curso de relações humanas e Curso de computação.	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Assistente Administrativo	2. Subordinação: Gerente Administrativo
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Gerenciar o processo de tiragem de cópia de documentos dos diversos setores da unidade de saúde.	
6. Atribuições: • Zelar pelo equipamento de trabalho. • Registrar no livro ata, quantidade de cópias realizadas por setor, por dia. • Atender a demanda dos serviços de cópias de documentos.	
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo	
8. Experiência Necessária: Não se aplica.	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Motorista	2. Subordinação: Gerente Administrativo
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Conduzir veículos automotor para atender a demanda dos diversos setores da unidade de saúde, inclusive pacientes para exames externos.	
6. Atribuições: • Distribuir correspondências externas da unidade de saúde. • Remover pacientes que necessitem de exames externos. • Atender a demanda dos setores, principalmente os provenientes do setor de serviço social; • Inspecionar diariamente as condições do veículo, zelando pelo mesmo.	
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo	
8. Experiência Necessária: Apresentar CNH categoria "B" profissional.	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Analista Financeiro	2. Subordinação: Gerente Administrativo
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Assessorar a Gerencia nos assuntos financeiros	
6. Atribuições: Realizar o planejamento de toda a rotina financeira. Acompanhar recebimentos 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 processamento de contas a pagar e a receber. Ser responsável pela prestação de contas do "Provimento de Fundos" da unidade.	
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo	
8. Experiência Necessária: 2 anos de experiência anterior na função	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Analista de RH	2. Subordinação: Gerente Administrativo
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Ser o profissional responsável por orientar a unidade de saúde e auxilia-la nos assuntos referente à gestão de pessoas, analisar alterações de cargos, promoções, transferências, demissões e outros tipos de movimentação de pessoal. Observando as normas e procedimentos aplicáveis, visando contribuir para a tomada de decisões nesses assuntos.	
6. Atribuições: Recrutamento e seleção de candidatos. Fechamento da folha de pagamento e da folha de ponto. Desenvolvimento de pesquisas sobre a satisfação dos empregados. Revisão e análise de planos de cargo e salários. Realiza entrevistas de admissão, acompanhamento e desligamento de funcionários. Elaborar gráficos gerenciais. Elaborar anúncios de recrutamento para ser divulgado em meios de comunicação. Realizar controle de férias, banco de horas e licenças diversas.	
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo	
8. Experiência Necessária: 2 anos de experiência anterior à função	



IMED

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Assistente de compras	2. Subordinação: Gerente Administrativo
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Profissional responsável por prestar apoio em tarefas operacionais da área de compras, como: colocação de pedidos e preenchimento de relatórios, prestar suporte ao gestor nos processos de desenvolvimento de produto e gestão do negócio.	
6. Atribuições: Realizar tarefas referentes ao suporte administrativo nos processos de compras dos diversos materiais utilizados na unidade de saúde. 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 na unidade de saúde. Cadastrar fornecedores e produtos. Lançar notas de compra no sistema. Emitir ordens de produção e baixa das mesmas via sistema. Atuar com lançamentos de suprimentos em geral, elaborar as planilhas e cotações, emissão dos pedidos de compras, acompanhamento do processo de entregas, acompanhamento dos pedidos, cadastro de novos fornecedores para consultas e cotações. Formalizar compras com fornecedores contratados.	
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo	
8. Experiência Necessária: 2 anos de experiência anterior à função	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Técnico em Segurança do trabalho	2. Subordinação: Gerencia Administrativo
3. Área: Administração	4. Categoria:

5. Objetivo:
Profissional responsável por prestar apoio em tarefas operacionais da área de Segurança do Trabalho em observância a legislação sobre o Tema na unidade de saúde.

6. Atribuições:

Promover inspeções nos locais de trabalho, identificando condições perigosas, tomando todas as providências necessárias para eliminar as situações de riscos, bem como treinar e conscientizar os funcionários quanto a atitudes de segurança no trabalho.

Preparar programas de treinamento sobre segurança do trabalho, incluindo programas de conscientização e divulgação de normas de segurança, visando ao desenvolvimento de uma atitude preventiva nos funcionários quanto à segurança do trabalho.

Determinar a utilização pelo trabalhador dos equipamentos de proteção individual (EPI), bem como indicar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, quando as condições assim o exigirem, visando à redução dos riscos à segurança e integridade física do trabalhador.

Colaborar nos projetos de modificações prediais ou novas instalações da empresa, visando a criação de condições mais seguras no trabalho.

Pesquisar e analisar as causas de doenças ocupacionais e as condições ambientais em que ocorreram, tomando as providências exigidas em lei, visando evitar sua reincidência, bem como corrigir as condições insalubres causadoras dessas doenças.

Promover campanhas, palestras e outras formas de treinamento com o objetivo de divulgar as normas de segurança e higiene do trabalho, bem como para informar e conscientizar o trabalhador sobre atividades insalubres, perigosas e penosas, fazendo o acompanhamento e avaliação das atividades de treinamento e divulgação.

Supervisionar os serviços de cantina, vigilância e portaria, visando garantir o bom atendimento ao público interno e visitantes.

Distribuir os equipamentos de proteção individual (EPI), bem como indicar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, quando as condições assim o exigirem, visando à redução dos riscos à segurança e integridade física do trabalhador.

Colaborar com a CIPA em seus programas, estudando suas observações e proposições, visando a adotar soluções corretivas e preventivas de acidentes do trabalho.

Levantar e estudar estatísticas de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho, analisando suas causas e gravidade, visando a adoção de medidas preventivas.

Elaborar planos para controlar efeitos de catástrofes, criando as condições para combate a incêndios e salvamento de vítimas de qualquer tipo de acidente.

Preparar programas de treinamento, admissional e de rotina, sobre segurança do trabalho, incluindo programas de conscientização e divulgação de normas e procedimentos de segurança, visando ao desenvolvimento de uma atitude preventiva nos funcionários quanto à segurança do trabalho.

Prestar apoio à SIPAT, organizando as atividades e recursos necessários.

Avaliar os casos de acidente do trabalho, acompanhando o acidentado para recebimento de atendimento médico adequado.

Realizar inspeções nos locais de trabalho, identificando condições perigosas, tomando todas as providências necessárias para eliminar as situações de riscos, bem como treinar e conscientizar os funcionários quanto a atitudes de segurança no trabalho.

7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo

8. Experiência Necessária: 1 ano no setor

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Coordenador de Almoxarifado	2. Subordinação: Gerencia Administrativa
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Supervisionar, coordenar e orientar a recepção, conferência, armazenagem, conservação e distribuição dos materiais do Hospital.	
6. Atribuições: Orientar e coordenar as atividades do almoxarifado, fiscalizando o pessoal que lhe é subordinado, zelando pela eficiência nas tarefas desenvolvidas. Certificar-se de que os materiais recebidos estão de acordo com os pedidos de compra, tanto em qualidade como em quantidade. Verificar se as notas fiscais e outros documentos que acompanham as mercadorias estão preenchidos corretamente e correspondem à mercadoria entregue e às datas constantes no pedido de compra. Zelar pela ordem dos arquivos de documentos e de fias de estoques mantendo-as constantemente atualizadas. Controlar os estoques mínimos e providenciar para que a reposição das mercadorias ocorra em tempo hábil. Verificar, periodicamente, se os materiais constantes nas prateleiras conferem com os anotados nas fias de controle. Acompanhar os inventários físicos e financeiros participando ativamente nos levantamentos efetuados para efeitos de balanços e auditorias. Providenciar para que os materiais sejam mantidos em boas condições de conservação. Impedir a entrada ou presença de pessoas estranhas nas dependências do almoxarifado. Zelar, pelo cumprimento das normas estabelecidas pela Comissão de Prevenção e Combate à Incêndio, no armazenamento de materiais inflamáveis e materiais corrosivos. Zelar pela conservação e guarda de gêneros perecíveis. Distribuir tarefas para auxiliares e assegurar sua boa execução. Emitir relatórios periódicos e estatísticos das atividades desenvolvidas. Cumprir e fazer cumprir normas e regulamentos do HESLMB. Executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.	
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo	
8. Experiência Necessária:	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Coordenador de Custos e Orçamentos	2. Subordinação: Gerencia Administrativa
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Coordenar, supervisionar e responder pelo setor de Custos e Orçamentos. Alcançar resultados com comparações mensalmente para uma análise do diretoria com os gastos em geral do HESLMB.	
6. Atribuições: • Lançar todas as informações de custos dos setores produtivos; • Calcular dados para a composição dos indicadores de custos • Levantar mensalmente os gastos gerais do hospital para uma análise comparativa da diretoria; • Elaborar projeções orçamentárias mensais e anuais; • Emitir relatórios mensais; • Acompanhar a execução orçamentária; • Cumprir e fazer cumprir normas e regulamentos do hospital; • Executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.	
7. Escolaridade Necessária: Superior em administração ou economia	
8. Experiência Necessária: Mínimo de 1 ano em contabilidade de custos e orçamentária.	



DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Analista de RH Setor de Desenvolvimento Humano	2. Subordinação: Gerencia Administrativa
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Supervisionar, controlar e dinamizar as ações do setor de RH.	
6. Atribuições: Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade. Fazer cumprir as normas e regulamentos do HESLMB Supervisionar as atividades e avaliar o desempenho dos seus subordinados. Exigir dos novos colaboradores os documentos necessários ao cadastro, encaminhando-os à Contabilidade e ao Setor de Pessoal. Preparar a programação de férias. Responsabilizar-se pelo bom funcionamento, progresso e eficácia dos serviços sob sua responsabilidades. Controlar a transferência de colaboradores para outros setores. Organizar coletâneas de leis, decretos, regulamentos referentes à administração de pessoal. Identificar junto aos diversos setores do hospital a necessidade de capacitação dos Recursos Humanos, tomando providências para que tal capacitação ocorra. Manter atualizado o cadastro de pessoal lotado no HESLMB. Desenvolver estudos visando a elaboração, implantação, acompanhamento e avaliação do Plano de Cargos, Carreira e Salários. Promover estudos em conjunto com os demais setores do HESLMB com o objetivo do dimensionamento da lotação e identificação da necessidade de pessoal. Definir parâmetros técnicos com vistas a avaliação do desempenho dos servidores. Organizar e supervisionar as atividades do SESMT – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, conforme legislação em vigor. Apresentar mensalmente à Gerência de RH relatório pormenorizado das atividades do serviço. Exercer outras atribuições que lhe são compatíveis. Zelar pela eficácia dos serviços sob sua responsabilidade.	
7. Escolaridade Necessária: Superior em administração ou psicologia	
8. Experiência Necessária: Mínimo de 1 ano em função similar.	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Farmacêutico	2. Subordinação: Gerencia Administrativa
3. Área: Administração	4. Categoria:
5. Objetivo: Coordenar todas as atividades inerentes ao Setor da Farmácia	
6. Atribuições: Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade. Fazer cumprir as normas e regulamentos do HESLMB. Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeito ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais. Receber os medicamentos e materiais do Setor de Assistência Farmacêutica/ e/ou fornecedores, providenciando a conferência das quantidades e espécies recebidas com os documentos de entrega e com a 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. Receber solicitação de compras de todos os setores do HESLMB e elaborar uma solicitação global de compras. Proceder ao controle de psicotrópicos, registrando-os em livro próprio, na forma da legislação vigente. Proceder ao controle de entrada e saída de medicamentos e materiais. Responsabilizar-se mensalmente pelos balancetes de entrada e saída de medicamentos. Apresentar mensalmente à Gerência Administrativa, relatório pormenorizado das atividades do serviço. Participar da comissão de elaboração do catálogo de materiais e de padronização de medicamentos. Exercer outras atribuições que lhe são compatíveis. Zelar pela eficácia dos serviços sob sua responsabilidade.	
7. Escolaridade Necessária: Superior em Farmácia	
8. Experiência Necessária: Mínimo de 2 anos em função similar	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Engenheiro - Setor de Manutenção	2. Subordinação: Gerencia Administrativa
3. Área: Administração	4. Categoria: Manutenção
5. Objetivo: Planejar, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas no setor de manutenção.	
6. Atribuições: Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade. Fazer cumprir as normas e regulamentos do HESLMB. Supervisionar as atividades e avaliar o desempenho de seus subordinados. Cumprir nos prazos estabelecidos pelo Gerente Administrativo. Normatizar, organizar e priorizar as solicitações de manutenção, tendo em vista o bom andamento dos serviços do hospital. Proceder a manutenção do prédio do hospital, mantendo-o constantemente arejado, livre de vazamentos e ligações elétricas mal executadas mantidos os padrões máximos das normas. Manter estreito relacionamento com o Serviço de Manutenção terceirizada, tendo em vista a agilização do atendimento às solicitações internas. Manter entendimentos com outros setores tendo em vista o seu funcionamento adequado. Apresentar mensalmente à Gerência Administrativa relatório pormenorizado das atividades do serviço. Exercer outras atribuições que lhe são compatíveis. Zelar pela eficácia dos serviços sob sua responsabilidade.	
7. Escolaridade Necessária: Superior em engenharia	
8. Experiência Necessária: Mínimo de 1 ano em função similar.	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Aux. Administrativo - Arquivista	2. Subordinação: Coordenador SAME
3. Área: SAME	4. Categoria:
5. Objetivo: Planejar, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas no setor de manutenção.	
6. Atribuições: Registrar e controlar toda a movimentação dos prontuários médicos dentro do Hospital (prontuários). Zelar pela clareza e exatidão dos prontuários médicos. Colaborar em programas de ensino, pesquisa. Cumprir normas e regulamentos do hospital. Executar outras tarefas afins a critério do chefia imediata.	
7. Escolaridade Necessária: 2º Grau	
8. Experiência Necessária: Um ano de experiência do setor	

ITEM 3.4.4 – NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE

TERMOS E DEFINIÇÕES

Curva ABC: método de classificação de informações para que se separem os itens de maior importância ou impacto, os quais são normalmente em menor número, onde A corresponde aos itens de estoque de maior importância, valor ou quantidade (20% do total). B corresponde a itens com importância, quantidade ou valor intermediário (30% do total), e C corresponde a itens de menor importância, valor ou quantidade (50% do total).

Curva XYZ: classifica o inventário tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens no inventário causa nos processos internos, sendo que X é definido como grupo ordinário, os itens dessa categoria apresentam baixa criticidade (sendo assim, sua falta compromete o atendimento de usuários internos e externos, mas não traz graves consequências), Y é definido como grupo crítico, representando os produtos cuja falta causa um transtorno razoável dentro da organização e Z trata-se do grupo vital, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações da empresa.

Curva 123: esse método leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Dessa forma, o grupo 1 compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra; o grupo 2 abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores e o grupo 3 é formado pelos materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento rápido e pontual.

Curva PQR: classificação de estoque de

acordo com a popularidade de cada um dos itens, onde P é a classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente; Q são produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações; R inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência.

Método PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair): este método atribui o custo da mercadoria vendida ao preço de compra mais antigo em estoque. Sendo assim, o método PEPS prioriza a ordem cronológica de entrada dos produtos privilegiando o uso do lote mais antigo de mercadorias até que as quantidades sejam esgotadas. Em seguida, é utilizado o segundo grupo mais velho e assim por diante. Para usar este tipo de gestão é necessário que as mercadorias do estoque sejam armazenadas de forma seriada.

Custo Médio Ponderado: é uma forma de mensurar o valor do estoque da empresa sem que seja levada em conta uma ordem cronológica de recebimento das mercadorias. Em resumo, sobre o valor dos custos de cada mercadoria é calculada uma média ao somar os diferentes preços de aquisição do produto estocado dividido pela quantidade adquirida. O resultado é o custo médio da mercadoria estocada.

Lead Time: tempo usado para rodar todo o ciclo de produção, desde o pedido do cliente até o recebimento do produto. Na visão do cliente é o tempo desde que ele fez o pedido até o produto chegar em suas mãos. Já na visão da empresa é algo mais detalhado passando em todas as etapas do processo da empresa e quanto cada uma delas demora até que o produto chega nas mãos do cliente. O gestor de suprimentos deve ter ciência do tempo entre solicitação ao fornecedor e efetiva entrega do produto. A metodologia pode ser utilizada também em acordos entre suprimentos e setores assistenciais.

Estoque de Segurança: quantidade mínima de produtos que são mantidos em estoque para impedir que serviços sejam interrompidos por falta de itens de estoque. A ideia é não usar esse estoque e sim usá-lo como uma espécie de seguro para a operação. O cálculo do estoque de segurança se dá por: demanda média diária do produto X tempo de entrega (lead time) em dias.

Giro de Estoque: indicador responsável por demonstrar o desempenho de um estoque. Ele permite saber de forma precisa de quanto em quanto tempo o estoque costuma ser renovado. Cálculo: consumo no período / estoque médio no período.

Fornecedor Crítico: Fornecedor de insumos que impactam diretamente na qualidade da assistência oferecida ao paciente.

Cotação: Comparação de preços entre fornecedores, de um determinado produto ou serviço em um determinado tempo no mercado.

Rastreabilidade: Capacidade de traçar o caminho de um produto desde a disponibilização ao setor até seu uso.

Sistema DataMatrix: Trata-se de código bidimensional, similar ao QR Code, que substitui o código de barras tradicional de identificação de produtos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através

da RDC 157/2017, adotou este sistema para rastreamento de produtos inclusos no Sistema Nacional de Controle de Medicamentos (SNCM), com previsão de implantação no segundo semestre de 2022. A principal vantagem é a grande quantidade de informações que pode ser inserida com um código compacto impresso a laser.

Inventário: Lista de bens e materiais disponíveis em estoque que estão armazenados na empresa ou então armazenados externamente, mas pertencentes à empresa.

NORMAS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAIS

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras ocorre 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 demandas, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com o tipo de aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso continuo, 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. Não se mantem em estoque.

A função compras é um segmento essencial do departamento de materiais ou suprimentos. Sua finalidade é suprir as necessidades de materiais ou serviços, planejá-las quantitativamente e satisfazê-las no momento certo e na quantidade correta. È importante salientar que essa função pode e deve ser exercida por um farmacêutico ou pessoas da área administrativa, gabaritadas para a atividade e com ampla experiência.

O processo de compra é marcado por dois momentos distintos: o tempo de processamento interno e o tempo de processamento externo do pedido.

O tempo de processamento interno do pedido pressupõe a escolha do fornecedor, negociação, a emissão e entrega do pedido ao fornecedor.

O processamento externo do pedido pressupõe a preparação da mercadoria, emissão de notas fiscais e transporte dos materiais até unidade ambulatorial.

Alçada de Aprovação

As aprovações seguem alçadas de acordo o valor:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS	VALOR (R$)*	SOLICITAÇÃO	APROVAÇÃO		
		GERENTE - COORDENADOR DA ÁREA SOLICITANTE	GERENTE ADMINISTRATIVO/ DIRETORIA	GERENTE ADMINISTRATIVO/ DIRETORIA	GERENTE ADMINISTRATIVO/ DIRETORIA
Padronizados	Até R$ 10.000,00	√	√	√	√
	Acima de R$ 10.000,00	√	√	√	√
Não Padronizados	Até R$ 10.000,00	√	√	√	√
	Acima de R$ 10.000,00	√	√	√	√

Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalar

A Comissão de Padronização de Medicamentos é responsável por selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, continuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

A Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares é responsável por avaliar os materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões, segundo critérios de eficácia, eficiência clínica e custo.

Qualificação e Cadastro de Fornecedores

A qualificação de Fornecedores é feita com base em padrões de qualidade, capazes de garantir insumos e serviços de alto padrão. Aplica-se a avaliação em todos os fornecedores de produtos que participam ou desejam participar dos processos de cotação e de compra.

O Cadastro de Fornecedores não assegura a compra efetiva dos produtos, dependendo assim, dos processos de compra e cotação e avaliação/qualificação.

A condição para inclusão no Cadastro de Fornecedores Qualificados é verificar a plena capacidade de fornecimento de produtos.

A Instituição reserva-se no direito de selecionar e classificar livremente seus Fornecedores, dentro de critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo setor de compras e comissão de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalar.

A documentação para cadastro de fornecedores é solicitada pelo setor de qualidade ao setor de compras que solicita ao fornecedor. São necessários os documentos:

Documentos obrigatórios para todos os fornecedores

- Ficha cadastral padrão fornecida pela Instituição;
- Cópia do Cartão CNPJ;
- Contrato social e últimas alterações.

Documentos necessários por ramo de atividade

Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.

Obrigatórios:

- Autorização de Funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis.

Complementares:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação.

Gêneros Alimentícios

Obrigatórios:

- Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal;
- Alvará Sanitário Municipal.

Complementares:

- Autorização SIM - Serviço de Inspeção Municipal, e Certificado de Responsabilidade Técnica;
- Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.

Prestadores de Serviços

Obrigatórios:

- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

Complementares:

- Cópia da Inscrição Estadual;
- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – CND;
- Certificado de Regularidade com FGTS;

- 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.

O setor de compras, preencherá o check list para cadastro de fornecedor (Anexo I), a fim de garantir a entrega e conferência de toda documentação necessária para cadastro.

Não é permitida a negociação com fornecedores antes da apresentação da documentação inicial.

Para todo produto a ser adquirido pela Instituição, exige-se o registro no Ministério da Saúde ou outro órgão governamental de mesma equivalência. Para fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde é necessária cópia do documento de isenção.

RENOVAÇÃO DE LICENÇAS

Os documentos devem estar no prazo de validade e serão gerenciados pelo Setor da Qualidade, podendo ser consultados sempre que necessário. Em caso de validade expirada, o Setor da Qualidade solicitará nova documentação com prazo regularizado.

O responsável pela compra realiza cotação diária e efetiva a compra de acordo com o melhor preço, qualidade e padronização dos produtos a serem adquiridos.

PROCESSO DE COMPRAS

O Setor de Compras realiza as compras de itens de estoque através de uma solicitação realizada pelo responsável pelo reabastecimento ou gestor da área. Para solicitação de compras, deve ser levado em consideração o consumo do item, giro de estoque, análise de curva ABC, curva XYZ, curva 123, curva PQR, lead time, estoque atual e consumo médio. A necessidade de manutenção de estoque de segurança deve também nortear todo o processo de compra, visando a segurança da operação da instituição.

O Departamento de Compras trabalha também com a compra de produtos não estocáveis solicitados diretamente pelo Departamento requisitante. O requisitante utiliza de função no Sistema Operacional denominada "Solicitação de Compra Direta" solicitando os itens por e-mail.

O pedido de compra junto ao Fornecedor pode ser feito via telefone ou e-mail, sendo solicitada a entrega de acordo com a necessidade.

No ato da compra, caso o produto solicitado não esteja disponível, o Fornecedor deverá comunicar o Comprador e este deverá comunicar o setor solicitante, a fim de possibilitar substituição ou nova programação de entrega.

O Departamento de Compras e Suprimentos deverá manter uma comunicação eficaz com todos os outros departamentos do hospital, informando qualquer ocorrência, referente às compras específicas de cada setor, bem como o abastecimento do estoque.

Responsabilidades do fornecedor

É de responsabilidade do Fornecedor:

- Ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e nos prazos de entrega;
- Fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas normas técnicas;
- Responder as cotações dentro do prazo estabelecido;
- Cumprir toda a legislação aplicável ao processo produtivo e de compra e venda;
- Responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos materiais produzidos ou comercializados no seu estabelecimento, inclusive por todo desvio de qualidade, que por ventura não tenha sido identificado no ato do recebimento;
- Avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido.

Responsabilidades do comprador

É de responsabilidade do Comprador:

- Respeitar os horários definidos para atendimento à fornecedores e representantes;
- Oferecer o máximo de transparência no processo de compras;
- Realizar as especificações devidas dos itens a serem comprados;
- Efetuar sempre a melhor compra;
- Não usar o cargo e/ou facilidades para obter favorecimento para si ou para outrem no processo de contratação e gestão de fornecedores;
- Recusar hospitalidade, presentes, brindes ou ofertas que possam influenciar as decisões de negócio.

Emissão de Notas Fiscais

A Nota Fiscal deverá ser emitida em nome da Unidade e deverá conter:

- Endereço, CNPJ e Inscrição Estadual da Instituição;
- Número da Ordem de Compra;
- Descritivo dos produtos (informações de embalagens e quantidades, preços unitários e totais);
- Lote e validade, no caso de Notas Fiscais de medicamentos.
- Prazos de pagamento acordados.

Não serão aceitas Notas Fiscais com data anterior à Ordem de compra. Caso a Nota Fiscal apresente alguma irregularidade, o Departamento de Compras e Suprimentos entrará em contato com o fornecedor para adequação.

NORMAS PARA RECEBIMENTO

Recebimento de Insumos

A entrega deverá ser realizada de acordo com a programação estabelecida entre Setor de Compras e o Fornecedor, respeitando os horários de funcionamento dos locais de recebimento. A entrega dos produtos deve ser efetuada nos seguintes horários:

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
ALMOXARIFADO/CAF	Segunda a Quinta	08:00h às 18:00h
	Sextas feiras	08:00h às 17:00h

Avaliação / Inspeção de Recebimento

Todos os insumos recebidos de Fornecedores serão inspecionados através da aplicação de um Check list de Recebimento de Mercadoria (**Anexo II**), de acordo com o tipo de insumo. Abaixo, relação de alguns itens a ser avaliado no recebimento.

- A entrega foi realizada no prazo estabelecido?;
- A entrega foi realizada em veículo adequado (perfeito estado de conservação, limpos e com a documentação atualizada)?;
- O entregador estava adequadamente trajado?;
- A Nota Fiscal está com os dados corretos (CNPJ, local de entrega e Ordem de Compra)?;
- Os produtos entregues estão de acordo com a Ordem de Compra (suas quantidades, preços e especificações do produto)?;
- Existem inadequações nas embalagens (embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujidade, sem informações técnicas necessárias para utilização do produto, entre outros)?;
- Existe lote e validade dos produtos em acordo com Nota Fiscal e dentro de prazo hábil para consumo?;
- As temperaturas dos produtos termolábeis estão adequadas (Refrigerador: 2° a 8°C/ Câmara Fria: 2° a 8°C/ Congelador: 0° a -20°C/ Freezer: -20° a 0°C/ Temperatura Ambiente: 15° a 30°C)?;
- Existem laudos técnicos (medicamentos quimioterápicos)?;
- Notas fiscais estão em bom estado de conservação? Sem sujidades, rasuras, rasgos?.

O check list deve ser aplicado antes do recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não-conformes, é necessário comunicar ao Setor de Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item.

Qualificação por Recebimento

Após a inspeção de recebimento, será gerada uma pontuação de acordo com os quesitos estipulados por cada área e a relevância

para o bom funcionamento do processo de cada departamento. A cada conformidade recebida no Check List de Recebimento de Mercadorias, é atribuido 01 (um) ponto. Quando um item não for aplicável, este deve ser desconsiderado do total de pontos possíveis.

A pontuação será realizada da seguinte forma:

Nota de Recebimento =	Nº de pontos obtidos				
	Nº de pontos possíveis	X100		LEGENDA	Nº de pontos obtidos: Soma da pontuação adquirida por check-list Nº de pontos possíveis: Pontuação máxima que poderá ser obtida Nº de entregas: Total de entregas realizadas no período
	Nº de Entregas				

Resultado da Qualificação de Fornecedores

QUALIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO (NOTA DE RECEBIMENTO)	TOMADA DE AÇÃO
Ótimo	91% a 100	Incentivo à manutenção das boas práticas
Bom	76% a 90%	Oportunidade de melhoria das ocorrências apontadas
Regular	51% a 75%	Será dado período de adequação de 06 meses para alteração de *status*. Após esse período, se não houver alteração de *status* será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação
Insatisfatório	Até 50%	Será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação.

AVALIAÇÃO / VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

As avaliações / visitas técnicas a fornecedores têm como objetivo garantir a qualidade do produto oferecido e devem ser realizadas por uma equipe técnica especifica para o tipo de produto e fornecedor que se deseja avaliar.

Deverá ser realizado mediante comprovação do cumprimento dos requisitos através de informações, documentos exigidos e observação de práticas junto ao fornecedor.

As visitas técnicas serão realizadas de acordo com a classificação de criticidade, conforme a tabela a seguir:

TIPO	PERIODICIDADE	PROCEDIMENTO
Críticos	Visitas Anuais	Fornecedores de suprimentos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Semicríticos	Visitas a cada 2 anos	Fornecedores de produtos e serviços que impactam indiretamente na assistência, sem prejuízo ao paciente.
Não-críticos	De acordo com gestor da área	Fornecedores de produtos e serviços que não impactam no prognóstico do paciente, podendo ser substituído sem prejuízo para Instituição.

As visitas técnicas serão realizadas por profissionais da equipe técnica de cada área, acompanhados sempre que necessário, de membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Recomenda-se também a participação de um membro do Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT) ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA).

A visita técnica será embasada em check list específico, de acordo com o tipo de fornecimento. Os itens avaliados serão classificados como 'Conforme', 'Não-conforme' ou 'Não aplicável'. A partir do percentual atingido no número de conformidades, os fornecedores são qualificados. Após a avaliação, é necessário enviar para o fornecedor o relatório de avaliação, constando plano de ação para os itens 'não-conforme' para adequação.

RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
Qualificado	mais de 75%	Visitar após 01 ano
Sob avaliação	entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses
Não qualificado	menos de 25%	Bloquear fornecedor Impossibilitada comercialização até agendamento de nova visita

Todas as não conformidades deverão ser tratadas através de plano de ação a ser apresentado a diretoria e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras. O fornecedor deve ser informado o resultado da avaliação e, se necessário, a necessidade de realização de plano de ação, sendo os prazos acordados entre o fornecedor e a instituição.

NORMAS PARA ARMAZENAMENTODOS INSUMOS

O armazenamento de insumos é realizado no almoxarifado. É premissa básica para o armazenamento dos insumos:

- 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 superfícies (solo, teto, parede);

- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pós), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;

- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;

- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;

- 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 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 consequentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

A contagem periódica dos itens é utilizada para realizar os ajustes necessários no estoque físico e virtual ao longo dos meses e minimizar as inconsistências ao longo do ano.

O inventário rotativo deverá ser realizado mensalmente para 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.

Caso haja divergências entre os dados registrados com as informações referentes à contagem física dos materiais, será necessário analisar e definir um plano de ação para reduzir as divergências.

NORMAS PARA DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS

Condições de implementação:

- Estabelecer um registro dos usuários significa saber quem pode solicitar o material, como contatar o usuário, tempo para se efetuar o contato;

- Fazer um cadastro dos itens que podem ser consumidos pelo usuário. Cada usuário, tendo em vista o seu papel na organização, possuirá um elenco de produtos que poderá solicitar. A comissão de normalização (que especificará os produtos) poderá colaborar ou

mesmo definir quem pode pedir o quê. Assim como a normalização, o cadastro deve ser revisto periodicamente e atualizado com inserções e exclusões sempre que necessário;

- Definir as quantidades de cada item a serem concedidas ao usuário, inicialmente de acordo com a previsão. Fazer o monitoramento e as correções, conforme as solicitações;

- A auditoria nas áreas dos usuários, com apoio da direção da organização, deve ser feita periodicamente buscando verificar se está existindo armazenamento e acúmulo de grandes quantidades de materiais nos locais de consumo. Para isso deverá estabelecer um sistema de atendimento às emergências para que o usuário possa confiar no sistema, diminuindo-se com isso a formação de estoques nestas áreas;

- Difundir entre os usuários a prática de utilizar o material e reduzir ao mínimo possível o tempo despendido com as ações relacionadas à administração de estoques periféricos e distribuição de produtos.

- Dispensação de medicamentos da portaria PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998, será realizada através do controle interno de psicotrópicos e receituários de duas vias.

- É Dispensado para o carrinho de emergência, medicamentos e materias de acordo com check-list de cada setor, estabelecidos pela Gerencia de enfermagem , sendo assim é realizado a reposição de acordo com itens que foram adnnistrados e utilizados no paciente.



DESCARTE/DEVOLUÇÃO

A Lei Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, institui a política nacional de resíduos sólido e define a "Logística reversa" como um ins-

trumento de desenvolvimento econômico e social caracterizado por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente adequada.

Assim, o descarte de materiais/insumos médicos é parte integrante dos processos de logística de uma unidade de saúde. É a partir do descarte correto que o serviço de saúde tem a garantia de que o material não utilizado seja este por vencimento ou por perda de efetividade técnica tem seu correto destino final.

A perda por vencimento de prazo de validade deve ser evitada por se tratar de recursos públicos, gerando desperdício. O descarte, por outros motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.

Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas. Desta forma, devem seguir as determinações e orientações das RDC. 306/2004 – ANVISA e RDC 222/2018 – ANVISA, RDCs que regulamentam o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, envolvendo orientações sobre o descarte correto.

Segundo a RDC 222/2018, os medicamentos estão enquadrados no GRUPO B. Toda instituição de saúde deve estabelecer um sistema de gerenciamento de resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do Grupo B da instrução do CONAMA ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências do órgão ambiental competente. Para tanto deve ser consultada a norma da ABNT NBR 12.808/93 que trata dos resíduos de serviços de saúde.

Um sistema de gerenciamento de resíduos deve abordar, no mínimo, os seguintes itens:

1. IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS PRODUZIDOS E SEUS EFEITOS NA SAÚDE E NO AMBIENTE;
2. LEVANTAMENTO SOBRE O SISTEMA E DISPOSIÇÃO FINAL PARA OS RESÍDUOS;
3. ESTABELECIMENTO DE UMA CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS SEGUNDO UMA TIPOLOGIA CLARA, QUE SEJA CONHECIDA POR TODOS;
4. ESTABELECIMENTO DE NORMAS E RESPONSABILIDADES NA GESTÃO E ELIMINAÇÃO DOS RESÍDUOS;
5. ESTUDO DE FORMAS DE REDUÇÃO DOS RESÍDUOS PRODUZIDOS;
6. UTILIZAÇÃO DE FORMA EFETIVA, DOS MEIOS DE TRATAMENTO DISPONÍVEIS.

Todos os itens listados acima, fazem parte do PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, que deverá ser elaborado para a unidade.

MONITORAMENTO

Uma das finalidades da monitorização é manter uma vigilância constante dos processos, com o objetivo de se detectar precocemente os desvios dos padrões da prática esperados, e corrigi-los prontamente, adotando uma postura pedagógica e não punitiva. Elencamos abaixo alguns indicadores para gerenciamento da área de suprimentos:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de acurácia do estoque quantitativa e qualitativa.
  Quantitativo: Quantidade física/ Quantidade contabilizada.
  Qualitativo: Quantidade de produtos sem diferença entre estoque físico e contabilizado/quantidade total de produtos sem diferença entre físico e contabilizado;
- Giro de estoque.

REGISTROS

- Formulário de avaliação de fornecedor;
- Formulário de visita técnica;
- Inventário.



3.4.4 - ANEXO I - NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE - HESLMB

Cartão CNPJ	[ ]	[ ]
Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais); Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.		[ ]
Autorização de Funcionamento emitido pela ANVISA;	[ ]	[ ]
Alvará Sanitário Municipal;	[ ]	[ ]
Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis;	[ ]	[ ]
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação	[ ]	[ ]
Gêneros Alimentícios		[ ]
Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal	[ ]	[ ]
Alvará Sanitário Municipal	[ ]	[ ]
Autorização SIM - Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	[ ]	[ ]
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.	[ ]	[ ]
Prestadores de Serviços		[ ]
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	[ ]	[ ]
Certidão Negativa de Falência e Concordata	[ ]	[ ]
Cópia da Inscrição Estadual	[ ]	[ ]
Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS - CND	[ ]	[ ]
Certificado de Regularidade com FGTS	[ ]	[ ]
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	[ ]	[ ]
[ ] Aprovado para Cadastramento de Fornecedores Data: _____/_____/_____		
Assinatura Responsável do setor de Compras: _____		

IMED

3.4.4 - ANEXO II - NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE – HESLMB

IMED	ANEXO II - CHECK LIST PARA RECEBIMENTO DE MERCADORIAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Orientação: Todos os insumos recebidos de Fornecedores serão inspecionados através da aplicação deste Check List de acordo com o tipo de insumo. O check list deve ser aplicado antes do recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não-conformes, é necessário comunicar ao Setor de Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item.

Item de Avaliação	Conforme	Não se aplica
A entrega foi realizada no prazo estabelecido?	[ ]	[ ]
A entrega foi realizada em veículo adequado (perfeito estado de conservação, limpos e com a documentação atualizada)?	[ ]	[ ]
O entregador estava adequadamente trajado?	[ ]	[ ]
A Nota Fiscal está com os dados corretos (CNPJ, local de entrega e Ordem de Compra)?	[ ]	[ ]
Os produtos entregues estão de acordo com a Ordem de Compra (suas quantidades, preços e especificações do produto)?	[ ]	[ ]
Existem inadequações nas embalagens (embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujidade, sem informações técnicas necessárias para utilização do produto, entre outros)?	[ ]	[ ]
Existe lote e validade dos produtos em acordo com Nota Fiscal e dentro de prazo hábil para consumo?	[ ]	[ ]
As temperaturas dos produtos termolábeis estão adequadas (Refrigerador: 2° a 8°C/ Câmara Fria: 2° a 8°C/ Congelador: 0° a -20°C/ Freezer: -20° a 0°C/ Temperatura Ambiente: 15° a 30°C)?	[ ]	[ ]
Existem laudos técnicos (medicamentos quimioterápicos)?	[ ]	[ ]
Notas fiscais estão em bom estado de conservação? Sem sujidades, rasuras, rasgos?	[ ]	[ ]

Nota de Recebimento =	Nº de pontos obtidos				
	Nº de pontos possíveis	X100		LEGENDA	Nº de pontos obtidos: Soma da pontuação adquirida por check-list Nº de pontos possíveis: Pontuação máxima que poderá ser obtida Nº de entregas: Total de entregas realizados no período
	Nº de Entregas				

QUALIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO (NOTA DE RECEBIMENTO)	TOMADA DE AÇÃO
Ótimo	91% a 100	Incentivo à manutenção das boas práticas
Bom	76% a 90%	Oportunidade de melhoria das ocorrências apontadas
Regular	51% a 75%	Será dado período de adequação de 06 meses para alteração de *status*. Após esse período, se não houver alteração de *status* será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação.
Insatisfatório	Até 50%	Será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação.

Data:
_____/_____/_____

Assinatura Responsável do setor: _____



3.4.4 - ANEXO III - NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE – HESLMB

IMED	**ANEXO III - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES**

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

DADOS GERAIS DO FORNECEDOR	
Fornecedor:	CNPJ:
Periodicidade de Avaliação: [ ] Anual [ ] Semestral	
Pontuação: 0 - não atendeu; 05 - atendeu parcialmente; 10 - atendeu plenamente	

	REQUISITOS	PONTUAÇÃO
QUALIDADE	1. Prêmio de Qualidade: Possiu Certificação de Qualidade?	
	2. Realiza Pesquisa de Satisfação com seus Clientes?	
OPERACIONAL	3. Avaliação Desempenho operacional do Fornecedor: Qualidade, Rapidez, Agilidade em resolver problemas	
	4- Quantidade: Itens constantes na NF é a mesma da ordem de compra?	
	5- Pontualidade e Prazo de Entrega: Prazos de entrega acordados são cumpridos?	
FINANCEIRO	6.Preço: Preço Justo/ Capacidade de Competição frente ao Mercado	
	7-Condições Comerciais: Preços/ Forma de Pagamento/ Frete	
PARCERIA	8. Avaliação Relacionamento Empresa x Fornecedor	
	9- Parceria Financeira do Fornecedor com a Instituição (Flexibilidade em Negociar em tempos difíceis)	
QUALIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	TOTAL	
	PONTUAÇÃO MÁXIMA	90
	TOTAL DE ITENS APLICAVÉIS	9
	PONTUAÇÃO EM %	

RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
[ ] Qualificado	mais de 75%	Visitar após 01 ano, se aplicável.
[ ] Sob avaliação	entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses, se aplicável.
[ ] Não qualificado	menos de 25%	Bloquear fornecedor Impossibilitado comercialização até agendamento de nova visita

Data: _____/_____/_____

Assinatura Responsável pelo serviço: _____

JJ



ITEM 3.4.5- APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES – HESLMB

APRESENTAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTO E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES – HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

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 Nº 8666/93 (Licitações e Contratos).

Dentre os objetivos da padronização estão:

- Racionalizar o uso de medicamentos;

- 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 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. (Anexo I)

Padronização de medicamentos e materiais

Os critérios de seleção de medicamentos e materiais (inicial, inclusão e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados no HESLMB, 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 HESLMB 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". (Anexo II)

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". (Anexo III)

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 DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Pedido 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.

Pedido de substituição

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), conforme item 7, do referido formulário.

As solicitações de substituição deverão seguir critérios de superioridade terapêutica, logísticas e/ou financeiras sobre o itens já padronizado, 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.

Resposta de inclusão e/ou exclusão

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 despadronizações 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 PADRONIZAOS DE USO HOSPITALAR PELA CLASSIFICAÇÃO ANATÔMICA TERAPÊUTICA QUÍMICA (ATC)

Contempla os medicamentos selecionados e padronizados no HESLMB, 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.

ANEXO I

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: ___ / ___ / ____

ANEXO II

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 _____
_____

3.JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO/EXCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO

6. O PRINCÍPIO ATIVO SUGERIDO SUBSTITUI COM VANTAGENS OUTRO MEDICAMENTO PADRONIZADOS

( ) 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 indisponibi-

lidade 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 dom 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 CHESLMBe do Serviço: _____

_____ Data: ___/___/____

10. USO EXCLUSIVO SERVIÇO DE FARMÁCIA OU COMPRAS

Custo mensal: _____

Relacionar medicamentos já padronizados pertencentes a mesma classe terapêutica:

11. PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO:

_____
_____

12. 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 COM

ANEXO III

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 off-label

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 padronização:

( ) 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

ANEXO IV

PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ – HESLMB

A. MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO TRATO ALIMENTAR E METABOLISMO.

Medicamentos para úlcera péptica e doenças de refluxo gastresofágico.

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 6 g, enema em frasco aplicador 130 mL Glicerina 12%, enema em frasco-ampola 500 mL + sonda
Lactulose 667 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
SulfaSSALAzina 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 utlizados 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 + dexpantenol (pantenol) 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
Vitamina B1 (tiamina) 100 mg + B6 (piridoxina) 100 mg + B12 (cianocobalamina) 5000 mcg, solução injetável IM em ampola 2 mL
Vitamina C (ácido ascórbico) 500 mg, comprimido
Vitamina C (ácido ascórbico) 1 g, solução injetável em ampola 5 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 Épsilon 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
Eritropoetina 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 250 mL
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 Sódio0,9%, 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 5%, solução injetável em bolsa 100 mL
Glicose 5%, solução injetável em bolsa 250 mL
Glicose 5%, 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 6%, 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 + Lipideos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 1300 mL
NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipideos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL
NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipideos + Eletrólitos), solução injetável periférico em bolsa com apraximadamente 1300 mL
NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipideos + 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
Sorbitol27 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
Sildenafila 5 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 10 mL

Anti-hipertensivos

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 5 mg, comprimido
Anlodipino 10 mg, comprimido
Diltiazem 60 mg, comprimido
NiFEDipino 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

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 Óxido 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

Antissépticos

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

Medicamentos que atuam no sistema geniturinário e hormônios sexuais

Anti-infeccios e antissépticos ginecológicos

Metronidazol 250 mg, comprimido
Nistatina 25.000 UI/g, creme vaginal em bisnaga 60 g + aplicador

Outros ginecológicos

Cabergolina 0,5 mg, comprimido
Metilergometrina 0,2 mg, solução injetável em ampola 1 mL
Misoprostol (R) 200 mcg, comprimido vaginal
Misoprostol (R) 25 mcg, comprimido vaginal
Ocitocina 5 UI/mL, solução injetável em ampola 1 mL

Hormônios sistêmicos, exceto hormônios sexuais e insulinas

Vasopressina e análogos

DESMopressina 0,1 mg/mL, solução nasal em frasco 2,5 mL
DESMopressina 4 mcg, solução injetável em ampola 1 mL
Terlipressina 1 mg em frasco-ampola
VASopressina 20 UI, solução injetável em ampola 1 mL

Ocitocinas e análogos

Ocitocina 5 UI/mL, solução injetável em ampola 1 mL

Somatostatina e análogos

Octreotida (R) 0,05 mg/mL, solução injetável em ampola 1mL

Hormônios corticosteroides para uso sistêmico

DEXAmetasona 4mg, comprimido
DEXAmetasona 4 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2,5 mL
Hidrocortisona 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
Hidrocortisona 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
Metilprednisolona 125 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
Metilprednisolona 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
PrednisoLONA 3 mg/mL, solução oral em frasco 60 mL
PrediniSONA 5 mg, comprimido
PrediniSONA 20 mg, comprimido

Terapia tireoidiana

LevoTIROXina 25 mcg, comprimido
LevoTIROXina 50 mcg, comprimido
LevoTIROXina 100 mcg, comprimido
Propiltiouracil 100 mg, comprimido

Medicamentos antimicrobianos de uso sistêmico

Glicilciclinas

solúvel injetável em frasco	ampola Tigeciclina (R) 50 mg, pó

Penicilinas com espectro ampliado

Ampicilina 1 g, pó solúvel injetável em frasco	ampola

Penicilinas sensíveis à betalactamase

Benzilpenicilina BENZATINA 1.200.000 UI, pó solúvel injetável em frasco	ampola
Benzilpenicilina G CRISTALINA Potássica 1.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco	ampola
Benzilpenicilina G CRISTALINA Potássica 5.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco	ampola

Penicilinas resistentes à betalactamase

Oxacilina 500 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola

Combinações de penicilinas, incluindo inibidores da betalactamase

Ampicilina 2 g + Sulbactam 1g (R), pó solúvel injetável em frasco-ampola
Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg, comprimido revestido
Amoxicilina 400 mg + Clavulanato de Potássio 57 mg/5 Ml (R), pó suspensão oral, frasco 100 mL
Amoxicilina 1 g + Clavulanato de Potássio 200 mg (R), pó para solução injetável em frasco-ampola
Piperacilina 4 g + Tazobactam 500 mg (R), pó para solução injetável em frasco-ampola

Cefalosporinas de 1º geração

Cefalexina 250 mg/5 mL, suspensão oral em frasco 60 mL
Cefalexina 500 mg, cápsula
CefaLOTina 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola
CeFAZolina 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola

Cefalosporinas de 3º geração

CefTRIAXona (R) 1 g, pó para solução injetável em frasco	ampola

Cefalosporinas de 4º geração

Cefepime (R) 2 g, pó para solução injetável em frasco	ampola

Carbepenêmicos

Ertapenem (R) 1 g, pó para solução injetável em frasco	ampola
Meropenem (R) 1 g, pó para solução injetável em frasco	ampola

Sulfonamidas

Sulfametoxazol 200 mg + Trimetoprima 40 mg/5 mL, suspensão oral em frasco 60 mL
Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg, comprimido
Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg, solução injetável em ampola 5 mL

Macrolídeos

AZITromicina 500 mg, comprimido revestido
AZITromicina 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
AZITromicina 200 mg/5 mL, pó para suspensão oral frasco + diluente
Claritromicina 500 mg, comprimido
Eritromicina 125 mg/5 mL, suspensão oral em frasco 60 mL

Lincosamidas

Clindamicina 300 mg, cápsulas
Clindamicina (R) 600 mg, solução injetável em ampola 4 mL

Outros aminoglicosídeos

Amicacina (R) 100 mg, solução injetável em ampola 2 mL
Amicacina (R) 500 mg, solução injetável em ampola 2 mL
GENTAmicina 10 mg, solução injetável em ampola 1 mL
GENTAmicina 80 mg, solução injetável em ampola 2 mL
Neomicina Sulfato 3,3%, solução oral em frasco 100 mL
Tobramicina (R) 75 mg, solução injetável em ampola 1,5 mL

Fluoroquinolonas

Ciprofloxacina (R) 200 mg, solução injetável em bolsa 100 mL
Ciprofloxacina 500 mg, comprimido
Levofloxacina (R) 250 mg, comprimido revestido
Levofloxacina (R) 500 mg, comprimido revestido
Levofloxacina (R) 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
MOXifloxacina (R) 400 mg, solução injetável em bolsa 250 mL
MOXifloxacina (R) 400 mg, comprimido revestido

Glicopeptídeos

Vancomicina (R) 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Teicoplanina (R) 400 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Polimixinas

Colistimetato de Sódio (R) (Polimixina E) 1.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco	ampola
Polimixina B (R) 500.000 UI, pó solúvel injetável em frasco	ampola

Derivados imidazólicos

Metronidazol 250 mg, comprimido
Metronidazol 500 mg, solução injetável em bolsa 100 mL
Metronidazol 1,5 g, solução injetável em bolsa 300 mL

Lipopeptídeo

DAPTOmicina (R) 500 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola

Oxazolidinonas

Linezolida (R) 600 mg, solução injetável em bolsa 300 mL
Linezolida (R) 600 mg, comprimido revestido

Antimicóticos de uso sistêmico

Anfotericina B (R) 50mg, pó liofilizado em frasco-ampola
Anfotericina B Lipossomal (R) 50mg, lipossomas liofilizados em frasco-ampola
Anidulafungina (R) 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Caspofungina (R) 50 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Caspofungina R 70 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Fluconazol 100 mg, cápsulas
Fluconazol (R) 200 mg, solução injetável em bolsa 100 mL
Micafungina (R) 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Nistatina 100.000 UI/mL, suspensão oral em frasco 50 mL
Voriconazol (R) 200 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Voriconazol (R) 200 mg, comprimido

Antivirais de uso sistêmico

Aciclovir 200 mg, comprimido
Aciclovir (R) 250 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
GANciclovir (R) 250 mg, solução injetável em bolsa 250 mL

Imunoglobulinas humanas

Imunoglobulina Anti	RHO(D) (R) 250 a 300 mcg, solução injetável, frasco	ampola ou seringa preenchida
Imunoglobulina Humana (R) 5 g, pó solúvel injetável EV em frasco	ampola 100 mL	

Agentes antineoplásicos e imunomoduladores

Agentes antineoplásicos alquilantes

Carmustina 100 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola
CicloFOSFAMida 1 g, pó solúvel injetável em frasco	ampola
CicloFOSFAMida 200 mg pó solúvel injetável em frasco	ampola
Dacarbazina 100 mg pó solúvel injetável em frasco-ampola	
Dacarbazina 200 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola	
Dacarbazina 600 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola	
Ifosfamida 1 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola	
Ifosfamida 2 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola	

Antimetabólitos

Azacitidina (R) 100 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola
Cladribina 1 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 8 mL
Citarabina 20 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 5 mL
Citarabina 100 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 10 mL

Fludarabina 50 mg, solução injetável em frasco	ampola
Fluorouracil 50 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 10 mL
Fluorouracil 50 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 20 mL
Fluorouracil 50 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 50 mL
GENCITabina 200 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola
GENCITabina 1 g, pó solúvel injetável em frasco	ampola
MetoTREXATO 25 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 2 mL
MetoTREXATO 100 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 5 mL
Pemetrexede 100 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola
Pemetrexede 100 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola

Alcaloides de plantas e outros produtos naturais

DOCEtaxel 40 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 0,5 mL
DOCEtaxel 40 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 mL
Etoposídeo 20 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL
PACLitaxel 6 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL
PACLitaxel 6 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 16,7mL
VimBLASTina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 1 mL
VimBLASTina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 1 mL
VinORELBina 30 mg, cápsula
VinORELBina 10 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 1 mL
VinORELBina 10 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

Antibióticos citotóxicos e substâncias relacionadas

Bleomicina 15 UI, pó solúvel injetável em frasco	ampola
DACTINomicina 0,5 mg pó solúvel injetável em frasco	ampola
DOXOrrubicina (R) 20 mg, lipossomas peguilada injetável em frasco	ampola
DOXOrrubicina (R) 50 mg solução ou pó solúvel injetável em frasco	ampola
EPIrrubicina 2 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 25 mL

EPIrrubicina 2 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 5 mL
IDArrubicina 10 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola
IDArrubicina 5 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola

Compostos de platina

CARBOplatina 10 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 15 mL
CARBOplatina 10 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 45 mL
CISplatina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL
CISplatina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 50 mL
CISplatina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 100 mL
OXALiplatina 5 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL
OXALiplatina 5 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

Anticorpos monocionais

BEVACizumabe (R) 25 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 4 mL
BEVACizumabe (R) 25 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 16 mL

Outros agentes antineoplásicos

Asparaginase 10.000UI, pó solúvel injetável em frasco	ampola
Irinotecano 20 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 5 mL
MitoMIcina 5 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola
MitoXANtrona 2 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 10 mL
Topotecano 4 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola

Imunoestimulantes

Filgrastim 300 mcg/mL, solução injetável ou seringa 1 mL
Imunoglobulina Humana (R) 5 g, solução injetável EV em frasco-ampola 100 mL

Interferon Alfa 2B 3.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Interferon Alfa 2B 5.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Imunossupressores

AzaTIOprina 50 mg, comprimido
BASILximabe (R) 20 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
CiclosPORINA 25 mg, microemulsão em cápsula gelatinosa mole
CiclosPORINA 50 mg, microemulsão em cápsula gelatinosa mole
CiclosPORINA 100 mg, microemulsão em cápsula gelatinosa mole
Everolimus 0,5 mg, comprimido Everolimus 0,75 mg, comprimido
Everolimus 1 mg, comprimido
Micofenolato Mofetila 500 mg, comprimido revestido
Micofenolato de Sódio 180 mg, comprimido revestido
Micofenolato de Sódio 360 mg, comprimido revestido
Tacrolimus 1 mg, cápsula
Tacrolimus 5 mg, cápsula

Sistema músculo esquelético anti-inflamatórios e antirreumáticos

Ácido Acetilsalicílico 100 mg, comprimido
Ácido Acetilsalicílico 500 mg, comprimido
Cetoprofeno 100 mg, comprimido
Cetoprofeno 100 mg, solução injetável IM em ampola 2 mL
Cetoprofeno 100 mg, pó solúvel injetável EV em frasco-ampola
Diclofenaco de Sódio 75 mg/mL, solução injetável em ampola 3 mL
Ibuprofeno 100 mg/mL, suspensão oral gotas em frasco 20 mL
Indometacina 1 mg/mL, solução oral em frasco 10 mL
Nimesulida 100 mg, comprimido
Parecoxibe 40 mg, pó solúvel injetável EV em frasco-ampola
SulfaSSALAZina 500 mg, comprimido revestido

Relaxantes musculares

Baclofeno 10 mg, comprimido
Cisatracúrio 2 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL
Cisatracúrio 2 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL
Dantroleno 20 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola + diluente
Rocurônio 50 mg, solução injetável em frasco-ampola 5 mL
Suxametônio 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Suxametônio 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Antigotosos

AloPURinol 100 mg, comprimido
AloPURinol 300 mg, comprimido
Colchicina 0,5 mg, comprimido
Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido

Fármacos para o tratamento de enfermidades ósseas

Ácido Zoledrônico 0,8 mg/mL, solução injetável em frasco	ampola 5mL + diluente
Pamidronato Dissódico 90 mg, pó solúvel injetável em frasco	ampola + diluente

Medicamentos que atuam no sistema nervoso

Anestésicos locais

BUpivacaína 0,5% + glicose 8%, solução injetável hiperbárica em ampola 4 mL
BUpivacaína 0,5%, solução injetável isobárica em ampola 4 mL
BUpivacaína 0,5%, solução injetável em frasco-ampola 20 mL
BUpivacaína 0,5% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 mL
BUpivacaína 0,75% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

Lidocaína 5% + glicose 7,5%, solução injetável hiperbárica em ampola 2 mL
Lidocaína 10%, solução aerossol em frasco 50 mL
Lidocaína 2%, gel tópico em bisnaga 30 g
Lidocaína 2% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 mL
Lidocaína 2%, solução injetável em ampola 5 mL
Lidocaína 2%, solução injetável em frasco-ampola 20 mL
Prilocaína 30 mg/mL, solução injetável em carpule 1,8 mL

Anestésicos gerais

ALfentanila (A1) 0,5 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL
Dextrocetamina (C1) 50 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 mL
Dextrocetamina (C1) 50 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL
Droperidol (C1) 2,5 mg/mL solução injetável em ampola 1 mL
Etomidato (C1) 2 mg/mL solução injetável em ampola 10 mL
FentaNILA (A1) 0,05 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL
FentaNILA (A1) 0,05 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL
Propofol (C1) 10 mg/mL, emulsão injetável em ampola 20 mL
Propofol (C1) 10 mg/mL, emulsão injetável em ampola 50 mL
Propofol (C1) 10 mg/mL, emulsão injetável em seringa 50 mL
Propofol (C1) 20 mg/mL, emulsão injetável em seringa 50 mL
RemifentaNILA (A1) 2 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Sevoflurano (C1) 1mg/mL, solução para inalação por vaporização em frasco 250 ml
SUFentanilaA1 50 mcg/mL, solução injetável EV e espinal em ampola 1 mL
SUFentanilaA1 5 mcg/mL, solução injetável espinal em ampola 2 mL

Analgésicos

Codeína (A2) 30 mg + Paracetamol 500 mg, comprimido
DipiRONA 500 mg, comprimido
DipiRONA 500 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL
DipiRONA 500 mg/mL, solução oral em frasco 10 mL

Morfina (A1) 1 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL
Morfina (A1) 0,2 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL
Morfina (A1) 10 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL
Paracetamol 200 mg/mL solução oral em frasco 10 mL
Paracetamol 750 mg, comprimido
Tramadol (A2) 100 mg, cápsula
Tramadol (A2) 50 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

Anticonvulsivantes

Ácido Valpróico (C1) 250 mg/5mL, xarope em frasco 100 mL
Ácido Valpróico (C1) 500 mg, cápsula
Ácido Valpróico (C1) 250 mg, cápsula
CarBAMazepina (C1) 200 mg, comprimido
CarBAMazepina (C1) 20 mg/mL, suspensão oral em frasco 100 mL
Clonazepam (B1) 0,5 mg, comprimido
Clonazepam (B1) 2,5 mg/mL, solução oral em frasco 20 mL
Clonazepam (B1) 2 mg, comprimido
Fenitoína (C1) 50 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL
Fenitoína (C1) 100 mg, comprimido
Fenobarbital (C1) 100 mg/mL, solução injetável IM/EV em ampola 2 mL
Fenobarbital (C1) 40 mg/mL, solução oral em frasco 20 mL
Fenobarbital (C1) 100 mg, comprimido
OXcarbazepina (C1) 300 mg, comprimido

Antiparkinsonianos

Biperideno (C1) 5 mg, solução injetável em ampola 1 mL
Biperideno (C1) 2 mg, comprimido

Antipsicóticos

Carbonato de Lítio (C1) 300 mg, comprimido
ClorproMAZINA (C1) 25 mg, comprimido

AHC

ClorproMAZINA (C1) 100 mg, comprimido
ClorproMAZINA (C1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL
CloZAPina (C1) 25 mg, comprimido
CloZAPina (C1) 100 mg, comprimido
HaloPERidol (C1) 5 mg, comprimido
HaloPERidol (C1) 5 mg/m, solução injetável em ampola 1mL
HaloPERidol Decanoato (C1) 70,5 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL
LevoMEPROmazina (C1) 4%, solução oral em frasco 20 mL
LevoMEPROmazina (C1) 100 mg, comprimido
OLANZapina (C1) 10 mg, comprimido
OLANZapina (C1) 5 mg, comprimido
QUEtiapina (C1) 100 mg, comprimido
Risperidona (C1) 2 mg, comprimido

Ansiolíticos

Clobazam (B1) 10 mg, comprimido
Diazepam (B1) 10 mg, comprimido
Diazepam (B1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL
Lorazepam (B1) 2 mg, comprimido

Hipnóticos e sedativos

Dexmedetomidina 100 mcg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 mL
Fenobarbital (C1) 100 mg/mL, solução injetável IM/EV em ampola 2 mL
Fenobarbital (C1) 40 mg/mL, solução oral em frasco 20 mL
Fenobarbital (C1) 100 mg, comprimido
Midazolam (B1) 2 mg/mL, solução oral em frasco 10 ml
Midazolam (B1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 3 mL
Midazolam (B1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 10 mL
Nitrazepam (B1) 5 mg, comprimido

Antidepressivos

AmiTRIPtilina (C1) 75 mg, comprimido
AmiTRIPtilina (C1) 25 mg, comprimido
ClomiPRAMINA (C1) 25 mg, comprimido
ClomiPRAMINA (C1) 75 mg, comprimido
ESCitalopram (B1) 10 mg, comprimido
FLUoxetina (C1) 20 mg, cápsula
Imipramina (C1) 25 mg, drágea
Mirtazapina (C1) 300 mg, comprimido
Paroxetina (C1) 20 mg, cápsula
Sertralina (C1) 25 mg, comprimido
Sertralina (C1) 50 mg, comprimido

Outros fármacos que atuam sobre o sistema nervoso

Neostigmina 0,5 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL

Medicamentos antiparasitários

Antiprotozoários

Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido
Metronidazol 200 mg/5 mL, suspensão oral em frasco 60 mL
Metronidazol 250 mg, comprimido
Pirimetamina 3 mg/mL, solução oral em frasco 100 mL
Pirimetamina 25 mg, comprimido

Anti-helmínticos

Albendazol 400 mg, comprimido
Albendazol 40 mg/mL, suspensão oral em frasco 10 mL
Ivermectina 6 mg, comprimido

Escabicidas

Monossulfiram 25%, solução tópica em frasco 100 mL

Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas

AmiNOFILina 24 mg/ml, solução injetável em ampola 10 mL
BETAmesona, acetato 3 mg + BETAmetasona, fosfato dissódico 3 mg/mL,
suspensão injetável em ampola 1 mL
Budesonida 0,25 mg, suspensão para nebulização em ampola 2 mL
Budesonida 0,5 mg, suspensão para nebulização em ampola 2 mL
Budesonida 400 mcg + Formoterol 12 mcg (R), cápsula com pó inalatório em frasco 60 cápsulas
Beclometasona 250 mcg/dose, solução para inalação em frasco 200 doses
Fenoterol 5 mg/mL, solução para inalação em frasco 20 mL
IPRAtrópio 0,25 mg/mL, solução para inalação em frasco 20 mL
Salbutamol 100 mcg/dose, solução para inalação em frasco com 200 doses
Salbutamol 0,5 mg, solução injetável em ampola 1 mL
TIOtrópio (R) 2,5 mcg/dose, solução para inalação em frasco com 60 doses

Expectorante mucolítico

Acetilcisteína 200 mg, pó em envelope 5 g
Acetilcisteína 600 mg, pó em envelope 5 g

Anti-histamínicos para uso sistêmico

Dexclorfeniramina 2 mg, comprimido
Dexclorfeniramina 0,4 mg/mL, xarope em frasco 100 mL
Hidroxizina 2 mg/mL, solução oral em frasco 100 mL
Prometazina 25 mg/ml, solução injetável em ampola 2 mL

Outros produtos para o sistema respiratório

Surfactante Pulmonar 80 mg/mL, suspensão estéril em frasco	ampola 1,5 mL
Surfactante Pulmonar 80 mg/mL, suspensão estéril em frasco	ampola 3 mL

Medicamentos que atuam nos órgãos dos sentidos oftalmológicos

Ciprofloxacino 0,3%, solução oftálmica em frasco 5 mL
DEXAmetasona 1 mg + Neomicina 5 mg + Polimixina B 600 UI + Hipromelose 5 mg/mL, solução oftálmica em frasco 5 mL
Proximetacaína 5%, solução oftálmica em frasco 5 mL
Retinol 10.000 UI + Aminoácidos 2,5% + Metionina 0,5% + Cloranfenicol 0,5%, pomada oftálmica em bisnaga 3,5 g
Tobramicina 3 g + DEXAmetasona 1 mg, pomada oftálmica em bisnaga 3,5 g
Tobramicina 0,3%, solução oftálmica em frasco 5 mL
Vitelinato de Prata 10%, solução oftálmica em frasco 5 mL

ANTÍDOTOS

Flumazenil (C1) 0,1 mg/ml, solução injetável em ampola 5mL
Naloxona (C1) 0,4 mg/ml, solução injetável em ampola 1mL
Protamina 10 mg/mL (equivalente a 1000 UI/mL), solução injetável em ampola 5mL
Sugamadex (C1) (R) 100 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 ML

Fármacos para o tratamento da hiperpotassemia e hiperfosfatemia

Poliestirenossulfonato de Cálcio 900 mg/g, pó solúvel em envelope com 30 g

Agentes desintoxicantes para tratamentos antineoplásicos

Folinato de Cálcio 50 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola
Mesna 400 mg, comprimido
Mesna 100 mg/mL, solução injetável em ampola 4 mL

Outros produtos terapêuticos

Ácido Acético 3%, solução tópica em frasco 100 mL
Ácido Acético 5%, solução tópica em frasco 100 mL

Outros agentes diagnósticos

Azul de Metileno 2%, solução injetável em ampola 5 mL
Azul de Metileno 2%, solução tópica em frasco 100 mL
Azul Patente 25 mg/mL, solução injetável em ampola de 2 mL
Bissulfito de Sódio 5%, solução aquosa tópica em frasco 300 mL
Hidróxido de Potássio 10%, solução aquosa em frasco 100 mL
Hidróxido de Sódio 1/9 N (0,1N), solução reagente em frasco 1000 mL
Iodeto de potássio 7,5%, solução indicadora em frasco 30 mL
Iodo 4%, solução indicadora aquosa em frasco 500 mL
Solução de Monsel (sulfato férrico a 20%), solução hemostática em frasco 50mL
Verde Brilhante, pó em pote 25 g

Outros produtos não terapêuticos

Ácido Peracético + Ácido Acético + Peróxido de Hidrogênio, solução desinfetante em bombona 5 Litros
Ácido Peracético + Peróxido de Hidrogênio, solução desinfetante em bombona 5 Litros
Água estéril para lavagem ferimento em frasco 500 mL
Álcool Etílico 70 %, solução para limpeza de superfície em frasco 1000 mL
Cloreto de Sódio 0,9%, solução estéril para lavagem ferimento em frasco 500 mL
Formaldeído 10%, solução aquosa em frasco 1000 mL
Glucoprotamina 12,4% + Cloreto de Benzalcônio 15%, solução aquosa em
bombona 6 litros
Ortoftalaldeído 0,55%, solução aquosa em bombona 3,78 litros
Peróxido de Hidrogênio 10 Volumes, solução aquosa em frasco 1000 mL

Meios de contrastes

Loversol 320 mg iodo/mL, solução injetável em frasco-ampola 100 mL
Loversol 350 mg iodo/mL, solução injetável em seringa 75 mL
Sulfato de Bário 1 mg/mL, suspensão oral em copo 150 mL

ANEXO V

PADRONIZAÇÃO DOS MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES DO HOSPITAL ESTADUAL DE São Luis de Montes Belos DR. CÉSAR SAAD FAYAD – HESLMB.

Abaixador lingua 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
Algodao hidrofilo, em bolas, pacote com 100 gramas - unidade
Almotolia em plástico rigido âmbar. 500 ml bico reto longo - unidade
Almotolia em plástico rigido 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 rápido. Medindo 12cm x 3m - unidade
Atadura tipo gessada rápido. Medindo 15cm x 3m - unidade
Atadura tipo gessada rápido. Medindo 20cm x 3m - unidade
Avental descartável em não tecido - unidade
Bolsa de colostomia adulto peça única drenavel - unidade
Bolsa de colostomia descartável 30mm - unidade
Bolsa de colostomia descartável 50mm - unidade
Bolsa de colostomia infantil peça única drenavel - unidade
Bolsa de colostomia para neonatologia - unidade
Cadarço sarjado achatado branco 12mm x 10m - unidade
Cal sodada em granulos alta capacidade de absorcão de co2 - unidade
Caneta eletrocirúrgica descartável - unidade
Cânula de guedel. Nº 4 - unidade
Cânula de guedel. Nº 5 - unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 00 - unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 01 - unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 02 - unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 03 - unidade

Cânula de traqueostomia metálica. Nº 04 - unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 05 - unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 06 - unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 07 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 2.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 2.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 3.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 3.5 - unidade cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 4.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 4.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 5.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 5.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 6.0 -unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 6.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 7.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 7.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 8.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 8.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 9.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 3.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 3.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 4.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 4.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 5.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 5.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 6.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 6.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 7.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 7.5 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 8.0 - unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 8.5 - unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 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 nº 14 - unidade
Cateter curto periférico nº 16 - unidade
Cateter curto periférico nº 18 - unidade
Cateter curto periférico nº 20 - unidade
Cateter curto periférico nº 22 - unidade
Cateter curto periférico nº 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 nº 4.0 - unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 5.0 - unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 7.0 - unidade
Cateter para oxigênio tipo óculos, adulto - unidade
Cateter para oxigênio tipo óculos, neo natal - unidade
Cateter para punção venosa central, Nº 16 - unidade
Cateter para punção venosa central, Nº 19 - unidade
Cateter para punção venosa central, Nº 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
Clamp umbilical tipo pinça tamanho único - unidade
Colar cervical Philadelphia tamanho g - unidade
Colar cervical Philadelphia tamanho m - unidade
Colar cervical Philadelphia tamanho p - 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 2000ml - 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 nº 04 - unidade
Coletor de urina para uso em incontinência nº 05 - unidade
Coletor de urina para uso em incontinência nº 06 - unidade
Coletor de urina sistema aberto com barbante 2000ml - unidade
Coletor de urina. Sistema aberto frasco de 1200ml - unidade
Coletor de urina. Sistema fechado estéril bolsa de 2000ml - 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 hidrófila 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 10.5cm - 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 fluxo f6 – 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
Dosador oral 3ml com tampa - unidade
Dosador oral 5ml com tampa - unidade
Dreno de kher n° 10 3.5mm - unidade
Dreno de kher n° 12 4.0mm - unidade
Dreno de kher n° 14 4.5mm - unidade
Dreno de kher n° 16 5.5mm - unidade
Dreno de kher n° 18 6.0mm - unidade
Dreno de penrose nº 01 - unidade
Dreno de penrose nº 02 - unidade
Dreno de penrose nº 03 - unidade
Dreno de penrose nº 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 reddot 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 celm - unidade
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 – infaltil - 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
Esparadrapo impermeável 10cm x 4,5m - unidade

Espéculo vaginal descartável estéril, tamanho P – unidade
Espéculo vaginal descartável estéril, tamanho M – 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 virus – unidade
Filtro de ar para incubadora vision 2186 – unidade
Fio cirúrgico algodão branco (fita) diam. O 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 circ 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 circ – unidade
Fio cirúrgico catgut cromado 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 circ – unidade
Fio cirúrgico catgut cromado 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ – 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 circ – unidade
Fio cirúrgico catgut simples 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ – unidade
Fio cirúrgico catgut simples laçado 2/0 comp. 150cm 1/2 circ – unidade
Fio cirúrgico linho 0/0 comp. 75cm agulha 3/8 circ – unidade
Fio cirúrgico linho 2/0 comp. 70cm agulha 3/8 circ – unidade
Fio cirúrgico linho 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 circ – unidade
Fio cirúrgico monosyn incolor 3/0 comp. 70cm agulha 1/2 circ – 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 circ – 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 circ - unidade
Fio cirurgico nylon monofilamentar preto diam. 10/0 comp. 30 c/ ag 3/8 circulo 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 circ 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 circ triang - unidade
Fio cirurgico nylon preto 6/0 comp. 45cm agulha 1/2 circ triang - unidade
Fio cirurgico nylon preto 8/0 comp. 30cm agulha 1/4 circ - unidade
Fio cirurgico polipropileno azul diam. 10/0 comp. 30cm com 2xag reta espátula 16mm - 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 circ - unidade
Fio cirurgico premilene azul 3/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 circ - unidade
Fio cirurgico premilene azul 4/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 circ - unidade
Fio cirurgico premilene azul 5/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 circ - unidade
Fio cirurgico premilene azul 6/0 comp. 75cm 2xag. 3/8 circ - unidade
Fio cirurgico premilene azul 7/0 comp. 60cm 2xag. 3/8 circ - unidade
Fio cirurgico safil quinck incolor 4/0 70cm ag. 1/2 circ - unidade
Fio cirurgico safil violeta 4/0 ag 15mm 1/2 triang 45cm - unidade
Fio cirurgico safil incolor 4/0 45cm ag. 3/8 circ triang - unidade
Fio cirurgico safil incolor 5/0 45cm ag. 3/8 circ. Triang - unidade
Fio cirurgico safil violeta 0 70cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade
Fio cirurgico safil violeta 0/0 90cm ag. 1/2 circ. Cil. - unidade
Fio cirurgico safil violeta 1 90cm ag. 1/2 circ. Cil. - unidade
Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 1/2 circ. Cil. - unidade
Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 1/2 circ. Triang. - unidade
Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 3/8 circ. Triang. - unidade

Fio cirurgico safil violeta 3/0 70cm ag. 1/2 circ. Cil. - unidade
Fio cirurgico safil violeta 5/0 70cm ag. 1/2 circ. Retang. - unidade
Fio cirurgico safil violeta 6/0 45cm ag. 1/4 circ. Esp. - unidade
Fio cirurgico seda preta 0/0 75cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade
Fio cirurgico seda preta 2/0 comp. 70cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade
Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 45cm ag. 1/2 circ. 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 circ. Cil. - unidade
Fio cirurgico seda preta diam. 1/0 comp. 10x75cm sem agulho - unidade
Fio cirurgico seda preta diam. 2/0 comp. 10x75cm sem agulho – 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 circulo espátula 65mm. - unidade
Fio de aço diam. 0, c/ ag. 26mm 1/2 circulo cilindrico - unidade
Fio de aço diam. 2, sem agulha, 3 x 60cm - unidade
Fio de aço diam. 5 ccs (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 nomal) - 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 cateter para nefrostomia em silicone, 5ml 4,0mm, n°12fr - unidade
Kit cesarea com pga - kit
Kit de gastrostomia percutânea 20fr x 3,5cm - unidade
Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 16g - kit
Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 18g - kit
Kit para aspiração sistema fechado nº 14 - unidade
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 11 - caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 15 - caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 20 - caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 22 - caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 23 - caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 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 nº 6.0 - par
Luva cirúrgica estéril nº 6.5 - par
Luva cirúrgica estéril nº 7.0 - par
Luva cirúrgica estéril nº 7.5 - par
Luva cirúrgica estéril nº 8.0 - par
Luva cirúrgica estéril nº 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 plastica 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 especifica para isolamento - unidade
Máscara laríngea nº 3 - unidade
Máscara laríngea nº 4 - unidade
Máscara laríngea nº 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
Pulseira identificação paciente recém nascido na cor branca - unidade
Rompedor de membrana amniótica - unidade.
Saco para óbito tamhanho grande 0.90cm x 2.10m - unidade
Saco para óbito tamhanho médio 0.60cm x 1.50m - unidade
Saco para óbito tamhanho neo 0.30cm x 0.60cm - unidade
Saco para óbito tamhanho pequeno 0.50cm x 1.00m - unidade

Sapatilha descartável pacote c/ 100 und - pct
Scalp nº 19 - unidade
Scalp nº 21 - unidade
Scalp nº 23 - unidade
Scalp nº 25 - unidade
Scalp nº 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 cuff nº 06 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 08 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 10 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 12 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 14 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 16 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 18 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 20 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 22 - unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 24 - unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 16 - unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 18 - unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 20 - unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 22 - unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 24 - unidade

Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 02 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 04 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 06 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 08 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 10 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 12 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 14 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 16 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 18 - unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 20 - unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 04 - unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 06 - unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 07 - unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 08 - unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 10 - unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 12 - unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 14 - unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 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 nº 02 - unidade
Sonda uretral nº 04 - unidade
Sonda uretral nº 06 - unidade
Sonda uretral nº 08 - unidade
Sonda uretral nº 10 - unidade
Sonda uretral nº 12 - unidade
Sonda uretral nº 14 - unidade
Sonda uretral nº 16 - unidade
Sonda uretral nº 20 - unidade

Tala em aluminio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 180mm - unidade
Tala em aluminio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 250mm - unidade
Tala em aluminio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 180mm - unidade
Tala em aluminio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 250mm - unidade
Tala em aluminio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 180mm - unidade
Tala em aluminio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 250mm - unidade
Tala em aluminio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 180mm - unidade
Tala em aluminio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 250mm - unidade
Tampa para recirculação unidade termômetro clinico analogico - unidade
Termômetro clinico digital - unidade
Termometro digital com alarme maxima e minima - 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 nº 204 pacote com 15 metros - pct
Tubo endotraqueal sem cuff nº 2.5 - unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 4.0 - unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 4.5 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 4.0 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 4.5 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 5.0 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 5.5 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 6.0 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 6.5 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7.0 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7.5 - unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 8.0 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 3.0 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 3.5 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 4.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff nº 4.5 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 5.0 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 5.5 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 6.0 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 6.5 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 7.0 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 7.5 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 8.0 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 8.5 - unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 9.0 - unidade
Tubo endotraqueal duplo lúmen (robert shaw), nº 37 - unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 3.0 - unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 3.5 - unidade
Vessel loop - cadarço vascular (1x406mm) envelope com 2 und - unidade



ITEM 3.4.6 - APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL.

Este documento tem por objetivo definir critérios e disciplinar o procedimento de contratações de serviços de terceiros para a prestação dos serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial para o Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos - HESLMB, 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 impessoalidade, da legalidade, da moralidade, da 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 de limpeza, serviço de vigilância, serviços de manutenção geral predial especializada, engenharias, arquitetura, manutenção de máquinas e equipamentos, serviços jurídicos, serviços de assistência médica, serviços de telefonistas, serviços 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 IMED 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: c.1) empresas com até dez empregados – capital mínimo de R$ 10 mil; c.2) empresas com mais de dez e até 20 empregados – capital mínimo de R$ 25 mil; c.3) empresas com mais de 20 e até 50 empregados – capital mínimo de R$ 45 mil; c.4) empresas com mais de 50 e até 100 empregados – capital mínimo de R$ 100 mil; e c.5) empresas com mais de 100 empregados – capital mínimo de R$ 250 mil.

OBRIGAÇÕES DIVERSAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS PELO IMED PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

- Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao IMED para que não haja interrupção dos serviços prestados;
- Cumprir e fazer cumprir pelos seus empregados, o regulamento interno da unidade de saúde, referente às normas de segurança, em especial quanto ao acesso às sua dependências;
- Disponibilizar mão-de-obra previamente treinada para a função;
- Disponibilizar empregados em quantidade necessária a prestação dos serviços e devidamente registrados em carteira de trabalho;
- Disponibilizar mão-de-obra com instrução mínima do Ensino Fundamental capacitada a ler, a escrever e entender instruções escritas;
- Promover periodicamente, às suas expensas, treinamentos gerais e específicos de toda a equipe de trabalho com registro de evidências e apresentação de cronograma anual, necessários a garantir a execução dos trabalhos dentro dos níveis de qualidade desejados;
- Atender de imediato, as solicitações do IMED quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
- Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados;
- Apresentar, periodicamente, os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;
- Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do IMED, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho tais como prevenção de incêndio na unidade de saúde;
- Disponibilizar e cobrar seus empregados, em atendimento a legislação vigente, o uso de equipamentos de proteção individual – EPI's, conforme Portaria MTE n.º 485, de 11 de novembro de 2005 – N32;
- Identificar, acompanhar e orientar adequadamente o empregado em período de experiência;
- Atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;
- Assumir total e exclusiva responsabilidade por qualquer ônus ou encargos relacionados com seus empregados, na prestação do serviço objeto do contrato, sejam

eles decorrentes da legislação trabalhista, social, previdenciária e/ou ambiental, incluídas as indenizações por acidentes, moléstias ou outras de natureza profissional e/ou ocupacional;

- Emitir a fatura/nota fiscal de acordo com o estabelecido em contrato dos serviços prestados.

Serviços de Limpeza Hospitalar

Objeto da prestação dos serviços

Prestação de serviços especializados contínuos de limpeza, conservação, higienização interna e externa, desinfecção de superfícies hospitalares, com a disponibilidade de mão de obra qualificada, equipamentos, acessórios, fornecimento de todos os insumos e materiais necessários para limpeza e desinfecção.

Disponibilização de produtos saneantes hospitalares e domissanitários, sabonetes, papel toalha, lixeiras e contêineres, sacos de lixo, papel higiênico e demais materiais e equipamentos, visando manter condições adequadas de salubridade e higiene em todas as dependências do Hospital.

Critérios para contratação

As atribuições da equipe do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada. Embora as atribuições possam apresentar variações entre os setores, o objetivo alvo deve ser comum, ou seja, a remoção de sujidades de superfícies do ambiente, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. A clareza das atribuições tem papel fundamental para seu cumprimento de todas as tarefas a serem realizadas.

ATRIBUIÇÕES ADMINISTRATIVAS

Quanto à apresentação pessoal

- Apresentar-se com uniforme completo, limpo, passado, sem manchas, portando a identificação do funcionário;
- Utilizar EPI's;
- Manter cabelos penteados e presos;
- Manter unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças;
- Desprover-se de adornos, como pulseiras, anéis, brincos, colares e piercing.

Quanto às normas institucionais

- Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho;
- Comunicar e justificar ausências;
- Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, pacientes, visitantes e outros;
- Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais;

- Falar em tom baixo;
- Respeitar o silêncio exigido em ambientes hospitalares.
- Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social, como, por exemplo, programas de biossegurança, prevenção de incêndio, campanha de vacinação e outros.
- Evitar diálogos desnecessários, sem que seja questionado previamente.

ATRIBUIÇÕES TÉCNICAS PARA SUPERVISORES OU ENCARREGADOS DO SERVIÇO DE LIMPEZA

Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)

- Adquirir EPI com certificação de aprovação, que se refere ao CA. do Ministério do Trabalho e disponibilizá-los em quantidade suficiente para uso e reposição;
- Capacitar ou direcionar a capacitação sobre EPI para um profissional que esteja habilitado para desenvolver treinamentos com abordagens como: tipos, onde e quando utilizar, importância da utilização, técnicas de utilização correta e adequada, riscos da não utilização e outros;
- Supervisionar o uso correto dos EPIs;
- Providenciar e disponibilizar Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e orientar os colaboradores para sua utilização.

Outras atribuições

- Focar suas ações em consonância com a missão, visão, filosofia e objetivos do IMED;
- Participar e acompanhar os processos seletivos da equipe de limpeza e desinfecção de superfícies por meio de estabelecimento de requisitos pertinentes ao cargo, participação em entrevistas e avaliações;
- Planejar, coordenar, implementar e supervisionar as atividades pertinentes ao serviço;
- Dimensionar pessoal, equipamentos, utensílios e materiais de limpeza e desinfecção de superfícies;
- Desenvolver e implementar programas de educação continua sobre processos de limpeza e desinfecção de superfícies e conservação;
- Planejar supervisão continua das atividades de limpeza de forma que os três turnos de trabalho sejam assegurados;
- Realizar avaliações de desempenho dos funcionários sob sua responsabilidade;
- Estabelecer o cronograma de periodicidade e de frequência dos diferentes tipos de limpeza em todos ambientes e superfícies sob responsabilidade da equipe de limpeza e desinfecção;
- Liberar quartos e ou enfermarias, após vistoria.

CUMPRIMENTO DE RESPONSABILIDADES DEFINIDAS

Todo paciente hospitalizado ocupa necessariamente uma unidade que deverá ser limpa diariamente, sendo constituída basicamente por cama, mesas (refeição e ca-

beceira), lâmpada de cabeceira, cesto de lixo, poltrona, suporte de soro e escadinha. Compete ao Serviço de Higiene Hospitalar executar limpeza do teto, pisos, paredes, janelas, vidros e mobiliários.

Além da unidade do paciente, o Serviço de higiene é responsável pela limpeza dos banheiros, posto de enfermagem, corredores, sala de utilidades, áreas específicas, como centro cirúrgico, Unidades de terapia intensiva, necrotério, laboratório, copa, cozinha e todas as demais áreas administrativas/ apoio da instituição, respeitando sempre a peculiaridade de cada área. Para atender a esta premissa o Contratado deverá observar, dentre outras obrigações:

- Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme ABNT NBR ISO 9001, ou substitutivo, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos;
- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, tais como: noções de fundamentos de higiene hospitalar, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros;
- Preparar um Manual Operacional baseado em boas práticas, recomendações dos fabricantes dos produtos utilizados, instruções da vigilância sanitária, instruções da CCIH da unidade de Saúde e obrigações trabalhistas. O Manual Operacional deve ser entregue para aprovação do IMED em momento anterior ao início da prestação dos serviços, contendo obrigatoriamente:
- Rotinas de execução de limpeza nas áreas críticas, semicríticas e não críticas;
- Rotinas de recolhimento de lixo hospitalar;
- Rotinas de manutenção de equipamentos e utensílios utilizados pela equipe;
- Fluxos de materiais e pessoas;
- Quadro de Pessoal;
- Quadro de horário;
- Procedimento visando o aprimoramento de práticas de sustentabilidade na execução do serviço;
- Fichas técnicas dos produtos de limpeza a serem utilizados.
- Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;
- Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos, materiais, inclusive sacos plásticos para acondicionamento de resíduos, recipientes para coleta de perfuro-cortantes, utensílios e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços, com observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;
- Adquirir e distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes, sacos de lixo 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 IMED, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados;

- Fornecer todos os produtos necessários e suficientes para a execução dos serviços;

- Apresentar ao IMED cópia dos Certificados de Registros no Ministério da Saúde emitidos em nome dos fornecedores dos produtos, com validade na data da aquisição e com as características básicas dos produtos aprovados, bem como respectivos laudos de testes de laboratório credenciado para esse fim;

- Apresentar ao IMED, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis



- Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Portaria 15/MS/SNVS de 23/08/88- Fenólicos; quaternários de amônio; compostos orgânicos e inorgânicos liberadores de cloro ativo; iodo e derivados; alcoóis e glicóis; biguanidas;

intercorrências que possam surgir com pacientes, colaboradores ou com terceiros;

- Utilizar somente produtos que possuam registro na ANVISA e somente após a devida aprovação pela CCIH e autorização do gestor

do IMED;

- 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;

- Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de lixo, escadas e outros;

- 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;

- Proceder ao recolhimento e pesagem dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade e demais exigências legais nos termos da Lei Federal 12.305/2010; 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 e legislações vindouras, 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 perfuro-cortantes;

- Proceder ao recolhimento dos resíduos hospitalares, EM TODOS OS AMBIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE, de forma a contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo as normas da ABNT e a legislação vigente;

- Elaborar, em conjunto com o IMED, o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde devendo 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 Federal 12.305/2010; Resolução RDC no 306 de 7/12/2004 e Resolução MMA n 358 de 29/4/2005 e na Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29/6/98.

Serviços de Vigilância

Objeto da prestação dos serviços

Prestação de serviços de vigilância, controle e fiscalização, inclusive através de vigilância eletrônica CFTV e exercer um controle rigoroso dos acessos às áreas internas, proceder à identificação de servidores e usuários viabilizando o ingresso às instalações e de coibir possíveis ações destruidoras ao patrimônio e furtos. Acionar os dispositivos de segurança em casos de incêndio e qualquer fato, ocorrência ou fenômeno que coloque em risco os colaboradores, os serviços, o patrimônio como um todo, dando imediato conhecimento à Administração do IMED.

Definição dos postos

Os serviços de vigilância, controle e fiscalização definidos neste instrumento se caracterizam por estarem configuradas como serviços que somente podem ser desempenhados por profissionais regidos e regulamentados por regulamentação especifica quais sejam Lei Federal nº 7.102, de 20.06.83, alterada pelas Leis Federais nº 8.863, de 28.03.94, 9.017, de 30.03.95, e 11.718, de 20/6/2008 e Medida Provisória nº 2.184, de 24/08/2001, regulamentadas pelo Decreto nº 89.056, de 24.11.83, alterado pelo Decreto nº 1.592, de 10.08.95, bem

como pelas Portarias DG/DPF nº 387/2006 alterada pela Portaria DG/DPF nº 515/2007, DG/DPF nº 358/09, DG/DPF nº 408/09 e DG/DPF nº 781/10. A prestadora de serviços deve ter seu registro na Polícia Federal.

Os postos onde ocorrerão os serviços de vigilância, controle e fiscalização devem incluir os locais de acesso de pacientes, acompanhantes, visitantes em geral, funcionários, fornecedores, prestadores de serviço além de demais locais que permitam a perfeita execução das atividades.

O número de postos, seu horário de funcionamento e o número de pessoas que comporão cada posto deve ser definido pelo IMED, cabendo ao responsável pela execução dos serviços apresentar um plano de trabalho detalhado.

ATRIBUIÇÕES ADMINISTRATIVAS

Quanto à apresentação pessoal

- Apresentar-se com uniforme completo, limpo, passado, sem manchas, portando a identificação do funcionário;
- Utilizar EPI's;
- Manter cabelos penteados e presos;
- Manter unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças;
- Desprover-se de adornos, como pulseiras, anéis, brincos, colares e piercing.

Quanto às normas institucionais

- Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho;
- Comunicar e justificar ausências;
- Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, pacientes, visitantes e outros;
- Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais;
- falar em tom baixo;
- respeitar o silêncio exigido em ambientes hospitalares.
- Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social.
- Evitar diálogos desnecessários, sem que seja questionado previamente.

Orientações Técnicas

Os serviços serão desenvolvidos, nos locais levantados pela proponente e posteriormente aprovados pelo IMED.

Os funcionários lotados nos postos definidos devem:

- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;
- Operar equipamentos de vigilância eletrônica;
- Fiscalizar a entrada e a saída de veículos nas instalações.

identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de funcionários autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;

- Fiscalizar a entrada e a saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios do IMED;
- Controlar a entrada e a saída de veículos, empregados e visitantes, após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semana, na conformidade de que venha a ser estabelecido pelo IMED;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pelo IMED;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao IMED;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;
- Colaborar com as Polícias Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações da unidade facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Executar a ronda programada nos horários previstos;
- Não permitir aglomerações de pessoas junto ao posto;
- Repassar para os vigilantes e porteiros, quando da rendição nos postos de trabalho, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações;
- Não permitir a entrada de menor desacompanhado, sem que antes seja feita sua identificação e posterior estabelecimento de contato junto à pessoa com a qual o menor deseja falar ou visitar, assegurando-se de que a pessoa contatada ou a ser visitada pelo menor assuma a sua responsabilidade enquanto permanecer nas dependências da Unidade de Saúde;
- Permitir aos portadores de deficiências físicas de locomoção que seja concedida preferência de trânsito e acesso aos elevadores, procurando ajudá-los, quando for o caso;
- Conhecer e manter registro da estrutura organizacional do órgão/entidade;
- Não é permitido à retenção de qualquer documento dos visitantes.

Serviços de manutenção predial

Objeto da prestação dos serviços

Prestação de serviços de Manutenção Predial e de equipamentos prediais, visando a obtenção de adequadas condições físicas e estruturais em dependências médico-hospitalares, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, materiais e equipamentos, nos locais determinados.

ATRIBUIÇÕES ADMINISTRATIVAS

Quanto à apresentação pessoal

- Apresentar-se com uniforme completo, limpo, passado, sem manchas, portando a identificação do funcionário;
- Utilizar EPI's;
- Manter cabelos penteados e presos;
- Manter unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças;
- Desprover-se de adornos, como pulseiras, anéis, brincos, colares e piercing.

Quanto às normas institucionais

- Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho;
- Comunicar e justificar ausências;
- Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, pacientes, visitantes e outros;
- Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais:
- falar em tom baixo;
- respeitar o silêncio exigido em ambientes hospitalares.
- Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social;
- Evitar diálogos desnecessários, sem que seja questionado previamente.

Orientações técnicas

Os procedimentos de manutenção predial a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle físicos e estruturais da Unidade de Saúde.

O contratado deverá proporcionar um serviço de manutenção ininterrupto, de tal maneira que as instalações, plantas e equipamentos estejam sempre dentro dos padrões das boas práticas e os requisitos da lei em todos os momentos.

Será responsabilidade do contratado qualquer Não Conformidade de serviço que deixe inoperante ou impeça o uso de uma parte ou toda uma área funcional, desde que não causado por motivo de força maior.

Da mesma forma, será responsabilidade do contratado qualquer Não Conformidade de serviço que afete a operação, mas que não impeça o uso de uma parte ou toda uma área funcional.

E, por último, será responsabilidade do contratado as Não Conformidades de serviço de natureza grave que não cumpram algum aspecto refletido neste documento e que não estejam incluídos nos descritos anteriormente.

Este serviço buscará reduzir o risco de Não Conformidades que venham a ocasionar reparos e trabalhos de manutenção corretiva que possam, ou não, afetar a Unidade de Saúde.

O contratado deverá manter arquivado de forma lógica e atualizada toda a documentação existente referente a: projetos, planos, plantas, instalações, equipamentos, características, garantias etc. de todos os ativos sobre os quais realizar a manutenção.

Deverão existir responsáveis técnicos com registros no CREA ou conselhos equivalentes para os equipamentos de transporte vertical, grupos geradores, subestação de energia, ar-condicionado, instalações elétricas e etc, que deverão emitir RRT's periodicamente referente as atividades desenvolvidas.

Os serviços de Manutenção Predial incluirão os seguintes elementos, mas não se limitará a eles:

Documentações

- Controle de Ordens de Serviços;
- Emissão de RRT ou ART por profissional habilitado com responsabilidade técnica sobre os serviços desenvolvidos;
- Controle de compras de peças, materiais e ferramentas;
- Elaboração de laudos técnicos referentes às manutenções críticas realizadas;
- Planos de Manutenção Predial: Preditiva, Preventiva e Corretiva;
- Planos de Inspeção Visual;
- Planos de Manutenção Preventiva;
- Planos de Manutenção Preditiva;
- Planos de Manutenção Corretiva;
- Planos de Inspeção Elétrica;
- Planos de Inspeção Hidráulica.

Instalações

- Elétricas;
- Hidráulicas;
- Gases;
- Informática;
- Climatização;
- Telefonia;
- TV;
- Som;
- Controle e Segurança - CFTV;
- Sistema de proteção contra incêndio;
- Tapeçaria;
- Marcenaria;
- Serralheria;

Edificação

- Estruturas;
- Alvenarias;
- Lajes e Pisos;
- Tetos e Forros;
- Painéis solares (se houver);
- Fachadas;
- Muros;
- Pavimentação Externa;

- Esquadrias e vidros;
- Telhado;
- Calhas;
- Terraços;
- Coberturas.

O contratado deverá cumprir a programação do Plano de Manutenção Preventiva acordado com o IMED. Todo o material a ser empregado nas manutenções preventivas e corretivas terão que ser fornecidas pelo contratado.

Os equipamentos destinados ao funcionamento das edificações: Grupo Geradores, Subestação, Monta-Carga, Bombas d'agua, Bombas de recalque, Aquecedores de água, Transformadores, Cabines de energia, e demais estão incluidas na manutenção predial, devendo receber peças de reposição e mesmo sendo substituídas quando se fizer necessário, nenhuma peça de reposição poderá ser cobrada do IMED em separado, seus valores deverão estar contemplados no valor global a ser pago mensalmente por este serviço.v



ITEM 3.5 - POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

APRESENTAÇÃO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE HOSPITALAR.

Núcleo de Educação Permanente – NEP

O IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento, compactua com a Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde, que estabelece a educação permanente como parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção será construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definirão somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- Democratização institucional;
- Desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- Desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo em situações de saúde;
- Trabalho em equipes matriciais;
- Melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- Constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecno política e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente. Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a educação permanente como essencial para a qualidade da assistência a saúde. Entende que auxilia no desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços por meio do desempenho do pessoal e todas as ações educacionais implantadas no Hospital.

O IMED reconhece que o conhecimento e a informação representam recursos estratégicos para que a organização possa ser capaz de atender às crescentes demandas originadas pela área da saúde, a velocidade de transmissão das informações e inovações tecnológicas, a recessão econômica. E só existe um modo de uma organização ter acesso a esses recursos estratégicos – por meio das pessoas.

Surge desta forma, a necessidade de estruturar a instituição para tornar-se flexível baseada na responsabilidade de cada um em relação ao todo, a partir de um resgate da visão multidimensional do ser humano e do desenvolvimento de um processo contínuo de aprendizagem organizacional. E nesse momento, em especial, é fundamental que os líderes estejam empenhados em promover essas transformações, que envolvem uma reformulação dos seus próprios modos de pensar e de agir, assim como das pessoas que os cercam.

Metodologia de Aprendizagem - IMED

O conceito de andragogia é de fato o ponto básico para o sucesso nesse contexto, uma vez que orienta sobre como funciona o processo de aprendizagem do público adulto, que nem sempre está totalmente suscetível a receber e reter novos conhecimentos.

Uma vez que o processo educacional é contínuo e inesgotável, poderemos entender que o indivíduo adulto para aprender necessita identificar no aprendizado a ser recebido características distintas, que corrobore com o conhecimento já adquirido, ou numa situação totalmente oposta, que o novo ensinamento desequilibre a opinião já formada sobre determinado assunto, despertando no aprendiz o entendimento de que há novas possibilidades e caminhos a serem utilizados, contribuindo para a aplicação prática e imediata na vida diária.

Elencamos a seguir alguns aspectos que contribuem para o entendimento do processo de educação por parte dos adultos que:

- Identificam o relacionamento existente entre os conhecimentos já adquiridos e os novos aprendizados, a partir de "insights" sobre o assunto.
- Possuem a capacidade de perceber se funcionará na aplicação prática - tipo de conhecimento acumulado, a partir de experiência.
- Possuem baixa tolerância a longos discursos teóricos, havendo a necessidade de experimentar a funcionalidade do conhecimento na prática, para problemas reais.
- Apresentam dificuldade de abdicar dos conhecimentos já adquiridos em detrimento do novo, tendo a necessidade de aproveitar as experiências já adquiridas.
- Apreciam qualquer ensino que agregue valor e transmita novos sentidos, através de sensações de humor, desafios e crescimentos.
- Possuem alto nível de avaliação, julgamento e facilidade de aprendizagem que exigem relatos e comparações de experiências.
- Gostam de aprender, mas não gostam da sensação de serem ensinados.

Dentro do projeto de educação permanente, as metodologias de aprendizagem podem ocorrer das formas mais diversas, desde que adequada à organização, ao tipo de conhecimento ou a habilidade a serem desenvolvidas, e as particularidades das pessoas tanto individuais, como grupos de aprendizagem.

A visão do IMED para a instituição, é fazer do Núcleo de Educação Permanente um direcionador para a gestão do conhecimento em toda a sua amplitude, envolvendo aspectos quantitativos e qualitativos. Criar na instituição um projeto em educação permanente com vista a capacitação da equipe multidisciplinar será atribuir um poder de atuação totalmente lícito, outorgando autonomia para expor e executar ações de desenvolvimento vinculadas à macro estratégia da organização, tomando as lideranças como pilares do processo, trabalhando as

competências organizacionais tanto para os líderes como para o corpo funcional, identificando e retendo talentos.

Promover o aprendizado continuado, investir em tecnologia da educação e disseminar a cultura da organização em toda cadeia de valor constituem-se fatores decisivos para que juntos alcancemos os objetivos de formação necessários para nos tornamos referência em prestação de serviços na área da saúde.

Todas as ações de formação e atualização possuirá foco no desenvolvimento de competências individuais. Sejam técnicas ou comportamentais, que estão diretamente vinculadas às competências organizacionais; terão caráter essencialmente estratégico ao atendimento e gestão da saúde na instituição, sua abrangência englobará o público interno, não havendo necessidade exclusiva de utilização de espaço real, podendo ser virtual, em salas de aulas ou em centros educacionais que terá como premissa principal o aumento do diferencial competitivo da qualidade no atendimento e valorização dos colaboradores.

O conteúdo dos cursos e programas serão múltiplos e diversificados, voltados para gestão e execução dos serviços da saúde. A duração dos cursos será diferenciada, variando de acordo com o aprofundamento e a natureza dos estudos e atuação profissional.

Estrutura Organizacional do NEP



Núcleo de Educação Permanente – NEP está vinculado à área de Recursos Humanos, subordinada à Diretoria Administrativa da instituição

Finalidade

O Núcleo de Educação Permanente - NEP, por meio de um conjunto de práticas educacionais planejadas, tem por finalidade promover, analisar, aprovar e gerenciar todas as ações de treinamento e desenvolvimento do colaborador.

Âmbito de ação

O âmbito de ação do NEP, está alicerçado por 3 (três) programas, integração do colaborador recém admitido, treinamento e reunião científica, conforme demonstra a figura abaixo:



São atribuições do Núcleo de Educação Permanente:

- Coordenar o programa de Integração do colaborador recém admitido.
- Distribuir e controlar o recebimento do Levantamento da Necessidades de Treinamento – LNT.
- Mapear e estabelecer o Programa Anual de Treinamento – PAT.
- Elaborar, divulgar e acompanhar a realização da Programação Mensal de Treinamento – PMT.
- Operacionalizar as Reuniões Científicas.
- Participar da elaboração do plano de ação para melhoria dos resultados de treinamento.
- Fomentar as parcerias e intercâmbios com as demais Instituições, visando o desenvolvimento dos profissionais que integram o quadro funcional do hospital.
- Confeccionar os materiais didáticos a serem usados nos cursos, palestras, formações em geral, para facilitar a compreensão e envolvimento dos participantes.
- Gerenciar a participação dos colaboradores no treinamento.
- Apresentar informações, dados estatísticos e indicadores dos processos de trabalho do Núcleo de Educação Permanente.

Programa de Integração do Colaborador Recém Admitido

O programa de Integração do Colaborador Recém Admitido, é responsável por favore-

cer o acolhimento e a adaptação do profissional à instituição. Isso ocorre por meio da transmissão de informações consideradas prioritárias, referentes aos aspectos técnicos, comportamentais e de funcionamento específico da instituição.

A Integração do colaborador recém admitido é dividido em duas fases. A periodicidade do programa, na primeira fase, é mensal e os temas são ministrados pelos profissionais da própria instituição. Na segunda fase, a integração é no setor de trabalho, com o acompanhamento da liderança imediata do novo colaborador.

FASE 1 - INSTITUCIONAL

Nesta fase são abordados temas que envolvam a Cultura e Estrutura Organizacional, e cujo assuntos são pertinentes a todos os profissionais da instituição. Participam da integração todos os colaboradores contratados no mês, independente da área de atuação.

Os módulos são apresentados por profissionais convidados, que integram o quadro funcional da instituição.

Atualmente a integração do colaborador recém admitido, aborda os seguintes temas:

- Mensagem de Boas Vindas
- Gestão de Pessoas/DP
- CCIH/PGRS
- Qualidade
- SESMT
- Tour pela Unidade



Além da apresentação realizada ao colaborador recém admitido, disponível no Anexo 01 desta proposta técnica, são discutidos e entregue aos profissionais, o Código de Ética e Sustentabilidade, bem como, o Manual – Jeito IMED de atender.

A – CÓDIGO DE ÉTICA E SUSTENTABILIDADE

Durante a integração o colaborador recém admitido, receberá o Código de Ética e Sustentabilidade do IMED. O código tem como objetivo estabelecer e explicitar o que é esperado do comportamento de cada colaborador ou fornecedor, visando reforçar as atitudes de cada indivíduo com base em nossos princípios e valores.

Por meio deste documento, reforçamos nosso compromisso com as atitudes que consideramos corretas na condução de nossas atividades, influenciando positivamente as comunidades com as quais nos relacionamos no cumprimento de nossa tarefa nas áreas abarcadas por nossos projetos.

A adoção de princípios éticos e sustentáveis, por meio da observância de normas transparentes que norteiam as diretrizes contidas no Código, deverão ser observadas por todos os conselheiros, diretores, empregados, cooperados, fornecedores, prestadores de serviços e voluntários que, ao exercerem suas atividades no dia a dia, devem fazê-lo com coerência entre valores e ações, sempre com integridade, verdade, honestidade, diligência, educação, humanismo, respeito e profissionalismo.

Garantiremos que nosso legado seja verdadeiro e perene e que responda às transformações impostas pelo tempo. Juntos seremos protagonistas na realização dos objetivos e somente por meio dos princípios aqui apresentados será possível realizá-lo.

Abordagem do Manual Código de Ética e Sustentabilidade do IMED

O IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – é uma organização social sem fins lucrativos que se destaca na prestação de serviços e benfeitorias destinados à população. Atuamos com excelência no desenvolvimento de projetos que proporcionem bem-estar, saúde, cidadania, educação e dignidade às pessoas.

Nosso trabalho é guiado pela busca de uma sociedade mais justa e harmoniosa, pautado por conceitos como humanização e ética e pelo atendimento sem distinções ou classificações. O Instituto não mede esforços para propiciar melhorias em seu ambiente de trabalho e incrementar performances com o único objetivo de proporcionar serviços de grande qualidade aos que deles necessitam.

Dentre seus quadros, o IMED conta com gestores com competência e experiência administrava em logística de recursos financeiros, controle de resultados, planejamento e organização institucional. Além disso, há pessoas dedicadas à assistência social junto à parcela mais carente da população, o que confere à entidade uma visão sistêmica integrada entre excelência técnica, relacionamento humanizado e responsabilidade social.

O respeito é um dos valores morais que acreditamos ser fundamental para o melhor convívio de uma sociedade, além de ser uma das qualidades mais dignas de uma pessoa. Por isso, o IMED o pratica com afinco.

Somos claros nos processos de comunicação, razão pela qual todas as nossas informações e ideias serão sempre compartilhadas com liberdade. Acreditamos na transparência como meio para uma gestão moderna e eficiente.

Buscamos cotidianamente a valorização do trabalho em equipe e as aptidões individuais. Incentivamos todos a assumirem desafios e tomarem decisões como forma de estimular o desenvolvimento dos colaboradores e o aprendizado organizacional.

Respeitamos o meio ambiente e não mediremos esforços para contribuir, assim, para o desenvolvimento social com o apoio à educação e à cultura. E apenas atuamos com parceiros que possuam o mesmo objetivo, constância de propósitos e visão de futuro.

Principais competências

Compromisso com excelência, gestão de resultados, planejamento e organização, visão sistêmica e relacionamento humanizado.

Missão

Conceber e executar projetos que proporcionem bem-estar, saúde, cidadania e dignidade às pessoas, com atuação de profissionais qualificados, comprometidos com a presteza, humanização e a ética.

Visão

Ser uma instituição de referência em desenvolvimento, atendimento, execução e solução de projetos que gerem benfeitorias à população.

Valores

Profissionalismo, gestão de qualidade, competência técnica, pensamento sistêmico, aprendizado organizacional, constância de propósitos, visão de futuro, respeito às pessoas, transparência e responsabilidade social.

Por que um manual de ética e sustentabilidade?

Convivemos diariamente com a diversidade de público, em sociedades e comunidades com hábitos culturais diferentes e recebemos para o cumprimento de nossas atividades profissionais de formação diversa. Assim, este Código de Ética e Sustentabilidade tem por objetivo informar e formalizar nossas crenças e valores para que estas possam reger a atuação diária no cumprimento de nossa missão.

A quem se destina este Manual.

A todas as pessoas que atuam nos projetos administrados pelo Imed - conselheiros, diretores, empregados, cooperados, fornecedores, prestadores de serviços e voluntários, denominados genericamente de colaboradores.

Papéis e responsabilidades

Por meio da atuação da Comissão Multidis-

ciplinar, formada de acordo com a natureza do projeto do Imed - zelar pelo cumprimento de papéis e responsabilidades aqui apresentados, garantindo: alinhamento das expectativas de nossos *stakeholders* por meio da coparticipação em processos de educação permanente de clientes e colaboradores; qualidade de gestão focada em indicadores, humanização e visão sistêmica para a entrega de valor percebido de todos os que interagem com nossos processos.

Conselheiros

Nossa gestão é regida pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência em busca da prestação de serviços com excelência nas áreas para as quais somos contratados. Devemos garantir transparência e agilidade na geração e fornecimento de informações a todos os *stakeholders* com os quais atuamos, sempre protegendo nossa imagem institucional e as leis que regem nossa atuação.

Governo

Buscamos atender ao Governo e Órgãos Reguladores com excelência e garantir a adoção das melhores práticas identificadas para o setor. Somos parceiros do poder público na implementação de projetos no setor de medicina, saúde e desenvolvimento, educação e na manutenção do crescimento sustentável do Brasil.

Não aprovamos qualquer prática de corrupção na obtenção de vantagens impróprias.

Diretores, empregados e cooperados

Os princípios de atendimento ao cliente baseiam-se no respeito à humanização nos relacionamentos, na qualidade das entregas e valoriza a atuação do outro na construção de processos de aprendizado mútuo que também devem reger a relação entre colaboradores em nossas equipes de trabalho. Respeito, conhecimento técnico, cooperação e humildade devem qualificar nossas atitudes no atingimento de nossas metas e objetivos humanos e estratégicos nas áreas atendidas por nossos projetos.

Esperamos que nossos colaboradores zelem por um ambiente de trabalho digno e saudável por meio da qualidade das relações, sem a presença de assédio de qualquer natureza; respeitem a presença da diversidade de pessoas que compõem nosso quadro; repudiem preconceitos de qualquer natureza entre os integrantes de nossas equipes e que não aceitem práticas ilícitas que beneficiem apenas a uma ou outra parte.

Que respeitem o que for de propriedade do Imed, do cliente aos colegas de trabalho, garantindo o bom uso de recursos e o retorno ao proprietário de qualquer item encontrado nas dependências dos locais de nossa prestação de serviços.

Que no exercício de sua função a façam com objetividade, clareza, respeito, comprometimento, profissionalismo e respeito às normas técnicas nacionais e internacionais.

Que registrem todos os seus atos utilizando os prontuários e documentação técnica adequada de forma clara, objetiva e utilizando informações corretas que apoiem a sustentabilidade da instituição. Da mesma forma que zelem por toda a documentação com a qual tiverem contato durante sua atuação profissional.

Que desenvolvam um olhar crítico, mas protagonista buscando identificar pontos de melhoria, mas também trazendo sugestões alinhadas aos critérios descritos neste Código de Ética e Sustentabilidade.

Que chamem a todos pelo nome, evitando o uso de apelidos, gírias e tratamentos informais, utilizando sempre o devido pronome quando necessário (Sr., Sra., Dr., Dra., entre outros) respeitando assim a individualidade do público e dos colegas de trabalho.

Que adotem os uniformes fornecidos pelo Imed como primordial em sua apresentação do profissional, respeitando os critérios de conservação e bom uso, não utilizando no dia a dia da vida particular, garantindo a manutenção da imagem da instituição. Utilizem maquiagem clara e discreta, acessórios pequenos e alinhados à atuação segura de sua função, cabelos penteados, limpos e presos e crachá em local visível.

Que respeitem as instalações do local de trabalho mantendo a limpeza e a segurança, respeitando a coleta seletiva de lixo, o bom uso de sanitários, cozinhas, refeitórios e locais de uso comum. Respeitando o meio ambiente, evitando desperdício de alimentos e materiais, garantindo o bom uso de equipamentos, recursos e insumos.

Fornecedores e prestadores de serviços

A relação entre colaboradores deve sempre ser norteada pelo respeito e profissionalismo entre as partes. Valorizamos o princípio da negociação justa, desde a seleção até o fechamento de nossos contratos. O foco de nossas contratações dever sempre o de suprir necessidades com fontes externas para que as boas práticas de ambos possam entregar um resultado ainda mais satisfatório e de excelência aos nossos clientes.

Utilizamos de forma imparcial e transparente critérios específicos de seleção, contratação e avaliação, confirmando a idoneidade das empresas, qualidade da prestação de serviços e fornecimento de produtos e o melhor preço, observando sempre os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência. Requeremos o cumprimento da legislação trabalhista, previdenciária e fiscal, além da não utilização de trabalho infantil ou escravo. Valorizamos também as boas práticas ambientais dentro das limitações legais e da garantia da qualidade técnica de nossa atuação.

Clientes

Nosso dever é o de servir, proporcionando excelência nas relações humanas e procedimentos tecnicamente qualificados para que o público atendido se sinta acolhido e seguro em todos os contatos realizados com nossos colaboradores.

Atitudes discriminatórias não são aceitas durante as relações humanas em nossas instalações e a confidencialidade das informações é uma exigência em nossa atuação.

Comunidade

O Imed apoia o crescimento das comunidades com as quais interage e respeita a todos os habitantes que delas fazem parte. Por meio de atuação transparente e respeitosa, dispomos de canais de comunicação para manifestação das partes interessadas. Assim, pretendemos gerar satisfação a partir de nossos projetos e incentivar o desenvolvimento sustentável de cidadãos.

Voluntários

Sempre que, em alguma ação houver a atuação de voluntários, este Código de Ética e Sustentabilidade deve reger sua atuação e o desemprenho de nossas equipes para com os mesmos.

Diversidades étnicas, socioeconômicas, culturais, religiosas e sexuais

É expressamente proibido qualquer tipo de manifestação discriminatória de qualquer natureza (raça, cor, idade, sexo, orientação sexual, religião, pessoa com deficiência física ou intelectual, preceitos étnicos, condição sociocultural, nacionalidade ou estado civil) dirigida a qualquer pessoa, bem como comentários e brincadeiras maldosas e ofensivas. Esta instituição não apoia, em nenhuma circunstância, brincadeiras, piadas ou tratativas de cunho preconceituoso.

Papéis e responsabilidades

Cabe às lideranças a responsabilidade de comunicar a todos envolvidos a existência do Código de Ética e Sustentabilidade e assegurar o cumprimento dos valores e princípios aqui estabelecidos. Em casos de dúvidas dos colaboradores, também é compromisso de cada líder orientá-los para que suas atitudes estejam dentro das diretrizes e preceitos da instituição. Caso ocorra qualquer ato de violação desse documento é de responsabilidade da liderança a comunicação à diretoria e administração.

Cabe a todos os colaboradores conhecer a cultura institucional praticada para que estejam alinhados à visão, missão e valores propostos, podendo assim estabelecer as suas ações com foco sempre no cumprimento de prazos e determinações apresentadas pelos seus líderes. Além disso, também é da responsabilidade de todos zelar pelo patrimônio da instituição para que possamos atender ao público com excelência e sem interrupções na prestação de nossos serviços.

Sustentabilidade social, econômica e ambiental

A gestão transparente de recursos com respeito ao meio ambiente e à responsabilidade social é um dos pontos principais da atuação do Imed. A observância por parte das organizações modernas de que a aplicação destes conceitos em sua filosofia de atuação não é apenas um diferencial, mas o fator determinante para a sobrevivência é o que rege nossos princípios e critérios de escolha ao agirmos.

Os critérios social, econômico e ambiental são os pilares que utilizamos para análise e encaminhamento de ações ao tratarmos da relevância do assunto. Entendemos susten-

tabilidade como a ação de suprir as necessidades presentes sem afetar as gerações futuras, implantando uma visão de longo prazo e visão sistêmica.

Na atuação social, queremos construir um novo modelo que tem como pressuposto o papel da instituição na sociedade e na sua coparticipação na construção dos hábitos sociais que alavanquem a percepção em relação às práticas relacionadas ao desenvolvimento do indivíduo, da família e da comunidade.

No que se refere ao ambiental entendemos que não existe crescimento econômico nacional sem o cuidado ambiental e, por incentivarmos o desenvolvimento nacional, orientamos todos os nossos procedimentos ao respeito ao tema. Devemos atender aos parâmetros legais e ambientais, buscando sempre novas e eficientes tecnologias para satisfazer a nossos stakeholders. Consideramos o direcionamento do processo produtivo para a gestão responsável de recursos a evolução dos processos que geram resultados mais favoráveis para todos. Queremos, por meio de nossa atuação, influenciar o comportamento dos públicos com os quais nos relacionamos, levando estes princípios também para a sociedade.

Os parâmetros econômicos para uma instituição sem fins lucrativos são regidos pelo cumprimento da missão de tal forma que seja percebida pelo resultado entregue a seus stakeholders e a preservação das receitas e ampliação a atuação de forma sustentável.

Desta forma, nossa crença é que com a sustentação dos três pilares mantemos a estratégia empresarial, incentivamos a atuação inovadora, abrimos novas oportunidades e cumprimos nosso papel não só como instituição, mas também como seres humanos em busca de um melhor País para o futuro de nossas gerações.

Confidencialidade

Qualquer informação que não seja relevante ao domínio público deve ser mantida em sigilo entre colaboradores. Como cautela para que não haja conversas de conteúdo sigiloso na frente de qualquer cliente em nossos projetos, e fora dele, são consideradas informações confidenciais:

- Tudo o que se refere ao cliente
- Informações sobre a relação comercial entre fornecedores e prestadores de serviços
- Qualquer informação que esteja alocada em nossa base de dados
- Boa práticas e procedimentos dos projetos divulgados mediante meios formais
- Contratos e documentos que regem a atuação da instituição com seus stakeholders
- Apresentações, materiais de comunicação institucional que pertençam aos projetos do Imed que somente devem ser utilizados mediante orientação pelos profissionais devidamente capacitados
- Pesquisas, planejamento, metodologias, desenvolvimento de produtos e serviços e informações de cunho técnico

- Nenhum profissional sem autorização formal deve acessar as informações de outros profissionais sejam elas por canais de voz, dados ou quaisquer outros

- As marcas do Imed ou dos projetos por ele administrados não devem ser utilizadas sem a devida autorização e/ou para benefício próprio

A quebra da confidencialidade ou uso não autorizado de informações confidenciais não serão tolerados. As declarações à imprensa devem ser feitas apenas com autorização da Diretoria referente ao conteúdo da informação e o indivíduo que será exposto.

Uso apropriado dos bens do Instituto

Os equipamentos e demais bens do instituto devem ser utilizados exclusivamente para o exercício da atividade profissional, sendo vedada sua utilização para qualquer outro fim.

Os colaboradores devem zelar pelos equipamentos e bens que lhes forem confiados para o exercício de sua função. Os mesmos devem informar a respeito de qualquer situação ou incidente que possa resultar em perda, dano, má utilização, roubo ou furto dos equipamentos.

Nas instalações do Imed, ou em qualquer outro local inerente aos seus projetos, não é permitido conduzir negócios ou atividades pessoais.

Nenhum dado ou informação do Imed ou inerente a qualquer de seus projetos deve ser compartilhado via internet ou copiado para qualquer meio físico sem autorização do instituto.

Declarações à imprensa

Toda e qualquer declaração à imprensa será feita apenas e exclusivamente pelo porta-voz expressamente autorizado pela equipe de Assessoria de Comunicação do Imed.

Obtenção ou concessão de vantagem

Aceitar ou dar gratificação ou suborno a usuário ou empresa com os quais o Imed mantém relações de compra, aquisição de bens ou prestação de serviços é conduta proibida.

Nenhum colaborador poderá receber remuneração pecuniária, além daquela prevista ou ajustada para o desempenho de suas atividades frente ao Instituto. Para outros tipos de recompensa, oriunda de qualquer fornecedor de produto ou serviço do Instituto, a regra é que brindes não ultrapassem o valor de 50 reais e outros benefícios só sejam aceitos caso haja relação comprovada com o escopo de trabalho do projeto do Imed, o que será decidido pela Comissão Multidisciplinar da Diretoria.

Conflito de Interesses

Conflito de interesses ocorre quando uma decisão é influenciada pelos interesses de apenas uma das partes envolvidas, prejudicando as demais. Portanto, exercer qualquer tipo de ação para obtenção de vantagens pessoais prejudicando outros é agir tanto antiética (por ser contrário ao que se entende por correto) quanto imoralmente (por se concretizar em prejuízo ao outro). Os conflitos de interesses podem ser identificados sem situações que envolvam aspectos

pessoais, tais como: interesses econômicos, científicos, educacionais, religiosos e sociais. Os conflitos de interesse devem ser evitados ou, na sua impossibilidade, formalmente comunicados ao Imed para providências.

Ouvidoria

A ouvidoria é um canal que permite ao colaborar relatar problemas, fazer perguntas e obter respostas. A opinião do colaborar é fundamental para revisão e correção de procedimentos internos.

Por meio do canal de ouvidoria do Imed, são recebidos denúncias, solicitações, sugestões, reclamações e elogios referentes a todas as demandas relacionadas aos projetos do Instituto.

Para se manifestar, é necessário acessar a área destinada à ouvidoria dentro do site do Imed.

Há duas opções de manifestação:

1. MENSAGEM IDENTIFICADA – NESTE CASO, É POSSÍVEL ACOMPANHAR O ANDAMENTO DA MESMA E CONFERIR A RESPOSTA PELO E-MAIL INFORMADO;

2. MENSAGEM ANÔNIMA.

Gestão do Código de Ética e Sustentabilidade

O conhecimento das políticas e práticas expressas neste Código é de inteira responsabilidade de cada colaborador. A iniciativa de confessar violações será levada em conta no momento de se determinar a ação disciplinar adequada a ser tomada. A omissão de qualquer violação também será considerada como conduta antiética. Em casos de dúvidas sobre qual a conduta esperada do colaborador, o superior deverá fornecer a orientação necessária

A ocorrência de qualquer fato contrário a este e outros documentos utilizados para reger a qualidade dos serviços prestados e da convivência entre stakeholders deverá ser comunicada à liderança imediata e está ao gestor de Recursos Humanos para a devida análise e condução.

Termo de Adesão

Este documento deve ser preenchido por todos os colaboradores do Imed e entregues à área administrativa. Serão arquivados em prontuário de contratação e/ou contratos de prestação de serviços.



Modelo - Termo de Adesão

Eu _____

portador de documento de identidade_____

declaro, para os devidos fins, que recebi o Código de Ética e Sustentabilidade do Imed e estou ciente de sua relevância, conteúdo e aplicação em minhas rotinas de trabalho.

Assim, comprometo-me a seguir estas diretrizes em meu dia a dia de atuação profissional.

Área de atuação

_____

Código de contratação

_____

Data _____/ _____/ _____

_____

Assinatura



B - MANUAL - JEITO IMED DE ATENDER

De acordo com a Politica Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vinculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Assim, humanização nada mais é do que a construção de vínculos que possibilitem a coparticipação dos diversos agentes envolvidos na busca pela excelência e qualidade do processo cooperativo de produção da saúde. Esta condição somente se faz possível no momento em que permitimos e facilitamos o encontro das eficiências técnicas e cientificas com valores éticos, respeito e solidariedade ao ser humano, protagonismo e autonomia das equipes.

Enquanto estrutura norteadora de atitudes para a boa utilização de conhecimentos e habilidades profissionais, a humanização leva ao hospital a possibilidade de, em sua estrutura tecnológica, fisica, administrativa e humana de praticar o respeito à dignidade de cada sujeito, esteja ele em qualquer um dos pontos da cadeia de stakeholders.

Vemos este Manual de Relacionamento e Atendimento do Jeito IMED de Atender como um documento norteador das práticas de trabalho de nossas equipes, mas nosso principal objetivo é colher testemunhos de pacientes e representantes dos diferentes setores com os quais interagimos que reflitam mais do que o reconhecimento da instituição e sua reputação, mas que expressem a abrangência de nossas atividades na Sociedade, se estendendo muito além de nossa estrutura fisica.

Objetivos

Permear e alinhar o processo de relacionamento com *stakeholders*, definindo atividades fim, responsabilidades e atribuições dos profissionais que atuam no IMED em sua prática de relacionamento e atendimento. Orientar e uniformizar condutas, comportamentos e processos, criando uma identidade corporativa que nos diferencie pela qualidade de nossa atuação

A quem se destina

O sucesso do processo de produção da saúde compreende a forma com que os diversos públicos que participam deste processo, denominados *stakeholders*, se relacionam.

Prezamos pela qualidade e humanização do relacionamento, pois não entendemos a saúde sem uma visão do outro norteada por vínculos solidários, atuação protagonista e visão de futuro.

De acordo com a Missão, Visão e Valores que compõem a cultura do IMED, prezamos pela qualidade das práticas de trabalho, qualidade das experiências das equipes que atuam em nossas estruturas de atendimento e temos como foco a busca pela excelência em nossos processos.

Princípios e valores IMED

Através de uma equipe eficiente e motivada, estrutura alinhada aos processos e atendimento humanizado, gerar mais reconhecimento, valorização do diferencial e educação nos locais de atendimento.

PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS: COMPROMISSO COM A EXCELÊNCIA, GESTÃO DE RESULTADOS, PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO, VISÃO SISTÊMICA E RELACIONAMENTO HUMANIZADO.

VALORES: PENSAMENTO SISTÊMICO, APRENDIZADO ORGANIZACIONAL, CULTURA DE INOVAÇÃO, LIDERANÇA, CONSTÂNCIA DE PROPÓSITOS, ORIENTAÇÃO POR PROCESSOS E INFORMAÇÕES, VISÃO DE FUTURO, GERAÇÃO DE VALOR, VALORIZAÇÃO DAS PESSOAS, CONHECIMENTO SOBRE O CLIENTE E O MERCADO, DESENVOLVIMENTO DE PARCERIAS, RESPONSABILIDADE SOCIAL.

MISSÃO: PROPORCIONAR AOS USUÁRIOS UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE POR MEIO DE UMA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO COM ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS, COMPROMETIDOS COM A PRESTEZA, HUMANIZAÇÃO E A ÉTICA.

VISÃO: SER UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO PÚBLICO À SAÚDE, CARACTERIZADA PELA EXCELÊNCIA E DIFERENCIAÇÃO DE SEUS SERVIÇOS E FOCADA NA EFICIÊNCIA DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS.

SERVIÇOS: CORPO CLÍNICO E EQUIPES ESPECIALIZADOS E HUMANIZADOS; FOCO EM TODO O CICLO DE SAÚDE – PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO – FAZENDO ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS POR MEIO DAS SEGUINTES COMISSÕES E NÚCLEOS: NÚCLEO SOCIAL E DE COMUNICAÇÃO; NÚCLEO DE EDUCAÇÃO; NÚCLEO DE INDICADORES E QUALIDADE; COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR; COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA; COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM; COMISSÃO DE ÉTICA MULTIDISCIPLINAR; COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS; COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES; COMISSÃO DE ANÁLISE E PREVENÇÃO DE USUÁRIOS.

A excelência na prática do atendimento humanizado

Quando se acredita que propósitos maiores devam reger uma relação que se quer duradoura, é importante que seja reforçado um contexto de cooperação e coparticipação para que os resultados sejam os melhores que aquele grupo de pessoas, naquele momento de suas vidas, possam fazer acontecer.

Seres humanos são movidos por significados que asseguram compromissos e dão o tom e a energia para o que precisa ser feito. Queremos que no IMED este grupo de significados convirja alcançando a excelência na prática do atendimento humanizado.

Para isso, é importante o respeito a algumas técnicas de atuação que possibilitam a pa-

dronização da forma com que nos relacionamos com nossos stakeholders.

Por acreditarmos na importância do desenvolvimento de uma cultura voltada para a qualidade da informação no serviço de saúde onde identificamos o perfil do inter- locutor, o diferenciamos por meio de seu histórico com nossa instituição, interagimos de acordo com suas expectativas e nosso conhecimento técnico e personalizamos nossa ação de acordo com suas reais necessidades para poder prestar um atendimento de excelência, adotamos o modelo abaixo descrito:

1ª ETAPA: IDENTIFICAR O PERFIL DO INTERLOCUTOR, BUSCANDO CONHECER O MAIOR NÚMERO DE INFORMAÇÕES POSSÍVEIS PARA SER CAPAZ DE RECONHECÊ-LO EM TODOS OS PONTOS DE CONTATO. PARA QUE ESTA ETAPA ACONTEÇA É IMPORTANTE QUE O PROFISSIONAL CONHEÇA TODAS AS INFORMAÇÕES TÉCNICAS NECESSÁRIAS PARA SUA ATUAÇÃO NA SAÚDE. O PROFISSIONAL DEVE ESTAR PREPARADO PARA SE RELACIONAR COM TODOS OS PÚBLICOS ATENDIDOS PELO IMED, DESDE RESPONDER A DÚVIDAS DE UM AUDITOR, PASSANDO PELO ATENDIMENTO RESPEITOSO AOS CLIENTES INTERNOS, ATÉ A REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE QUALIDADE QUE POSSIBILITEM AO PACIENTE TRATAMENTO E ALTA RESPEITANDO SUA INDIVIDUALIDADE E O INVESTIMENTO EM SUA SAÚDE.

2ª ETAPA: DIFERENCIAR O STAKEHOLDER POR MEIO DE SEU HISTÓRICO DE RELACIONAMENTO COM O IMED. ESTAR SEMPRE DISPOSTO A FORNECER AS INFORMAÇÕES PERMITIDAS E SOLICITADAS PELOS CLIENTES INTERNOS, CONTRIBUINDO PARA UMA ATUAÇÃO ÁGIL E EFICIENTE DO GRUPO DE PROFISSIONAIS DO IMED NO DIA A DIA. CONTINUAMENTE SÃO GERADAS INFORMAÇÕES SOBRE PACIENTES E SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE – HISTÓRICOS, SINTOMAS, EXAMES, DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTOS REALIZADOS, ENTRE OUTROS – ACESSAR ESTAS INFORMAÇÕES E UTILIZÁ-LAS IMPLICA DIRETAMENTE NA MELHORIA DO ATENDIMENTO CLÍNICO.

3ª ETAPA: INTERAGIR DE ACORDO COM AS EXPECTATIVAS DO STAKEHOLDER E NOSSO CONHECIMENTO TÉCNICO, PROCURANDO MAIOR EFICIÊNCIA E EFICÁCIA, ESTABELECENDO UM TIPO DE COMUNICAÇÃO ADEQUADA AO PERFIL APRESENTADO.

4ª ETAPA: PERSONALIZAR NOSSA AÇÃO DE ACORDO COM AS REAIS NECESSIDADES APRESENTADAS PERMITINDO QUE O IMED PRESTE UM SERVIÇO DE EXCELÊNCIA A TODOS OS PÚBLICOS COM QUE SE RELACIONA.

A eficácia de nossos ações ao nos relacionarmos com nossos *stakeholders* será maior se todos os profissionais tiverem o foco No cliente para compreender o foco DO cliente. O cliente deve estar no centro de nossas relações, seja ele interno ou externo, paciente ou não. Somente assim, seremos capazes de entender suas necessidades e, muitas vezes, nos anteciparmos a elas em nossa

atuação tão importante no setor da saúde.

Para possibilitar a utilização deste modelo no processo de relacionamento todas as estratégias e ações devem estar apoiadas no tripé: Gestão de *Stakeholders*, Gestão de Pessoas e Gestão do Negócio. Esta estrutura de gestão somente se faz possível por meio dos Programas de Excelência e Práticas de Gestão, Programas de Desenvolvimento e Reforço da Cultura do IMED, Programas de Relacionamento com *Stakeholders* e, principalmente, a qualidade com que operacionalizamos a execução de nossas estratégias.

As práticas de excelência presentes nesta estrutura serão construídas, identificadas e valorizadas por meio do jeito IMED de atender.

Alcançar a saúde integral do ser humano e ser grande depende do nível de cuidado dedicado aos pequenos detalhes. O Jeito IMED de Atender é o caminho pelo qual trafegamos e viabilizamos uma gestão eficiente de pessoas e processos, ações de qualidade segundo as melhores práticas de mercado, humanização no relacionamento com nossos stakeholders e inovação na operacionalização de nossas estratégias.

Com a implantação do Jeito IMED de Atender esperamos que nossos profissionais sejam orientadores para o alcance integral da saúde. Isso somente será possível se incentivarmos e permitirmos que cada stakeholder assuma seu papel neste contexto, apoiando em sua integralidade as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatizando a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Direitos do Paciente dentro do Hospital

Em respeito à Lei nº1286 de 26/10/93- art.8º e nº74 de 04/05/94 estabelecida pelo Ministério da Saúde em que os direitos do paciente dentro do hospital são apresentados, alinhamos nossa prática do dia a dia harmonizando técnicas e as diretrizes abaixo listadas:

1 O PACIENTE TEM DIREITO A ATENDIMENTO HUMANO, ATENCIOSO E RESPEITOSO, POR PARTE DE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. TEM DIREITO A UM LOCAL DIGNO E ADEQUADO PARA SEU ATENDIMENTO.

2 O PACIENTE TEM DIREITO A SER IDENTIFICADO PELO NOME E SOBRENOME. NÃO DEVE SER CHAMADO PELO NOME DA DOENÇA OU DO AGRAVO À SAÚDE, OU AINDA DE FORMA GENÉRICA OU QUAISQUER OUTRAS FORMAS IMPRÓPRIAS, DESRESPEITOSAS OU PRECONCEITUOSAS.

3 O PACIENTE TEM DIREITO A RECEBER DO FUNCIONÁRIO ADEQUADO, PRESENTE NO LOCAL, AUXÍLIO IMEDIATO E OPORTUNO PARA A MELHORIA DE SEU CONFORTO E BEM-ESTAR.

4 O PACIENTE TEM DIREITO A IDENTIFICAR O PROFISSIONAL POR

CRACHÁ PREENCHIDO COM O NOME COMPLETO, FUNÇÃO E CARGO.

5. O PACIENTE TEM DIREITO A CONSULTAS MARCADAS ANTECIPADAMENTE, DE FORMA QUE O TEMPO DE ESPERA NÃO ULTRAPASSE A TRINTA (30) MINUTOS.

6. O PACIENTE TEM DIREITO DE EXIGIR QUE TODO O MATERIAL UTILIZADO SEJA RIGOROSAMENTE ESTERILIZADO, OU DESCARTÁVEL E MANIPULADO SEGUNDO NORMAS DE HIGIENE E PREVENÇÃO.

7. O PACIENTE TEM DIREITO DE RECEBER EXPLICAÇÕES CLARAS SOBRE OS EXAMES QUE ELE SERÁ SUBMETIDO E PARA QUAL FINALIDADE IRÁ SER COLETADO O MATERIAL PARA EXAME DE LABORATÓRIO.

8. O PACIENTE TEM DIREITO A INFORMAÇÕES CLARAS, SIMPLES E COMPREENSIVAS, ADAPTADAS À SUA CONDIÇÃO CULTURAL, SOBRE AS AÇÕES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS, O QUE PODE DECORRER DELAS, A DURAÇÃO DO TRATAMENTO, A LOCALIZAÇÃO DE SUA PATOLOGIA, SE EXISTE NECESSIDADE DE ANESTESIA, QUAL O INSTRUMENTAL A SER UTILIZADO E QUAIS REGIÕES DO CORPO SERÃO AFETADAS PELOS PROCEDIMENTOS.

9. O PACIENTE TEM DIREITO A SER ESCLARECIDO SE O TRATAMENTO OU O DIAGNÓSTICO É EXPERIMENTAL OU FAZ PARTE DE PESQUISA E SE OS BENEFÍCIOS A SEREM OBTIDOS SÃO PROPORCIONAIS AOS RISCOS E SE EXISTE PROBABILIDADE DE ALTERAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE DOR, SOFRIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA SUA PATOLOGIA.

10. O PACIENTE TEM DIREITO DE CONSENTIR OU RECUSAR A SER SUBMETIDO À EXPERIMENTAÇÃO OU PESQUISAS. NO CASO DE IMPOSSIBILIDADE DE EXPRESSAR SUA VONTADE, O CONSENTIMENTO DEVE SER DADO POR ESCRITO POR SEUS FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS.

11. O PACIENTE TEM DIREITO A CONSENTIR OU RECUSAR PROCEDIMENTOS, DIAGNÓSTICOS OU TERAPÊUTICOS A SEREM NELE REALIZADOS. DEVE CONSENTIR DE FORMA LIVRE, VOLUNTÁRIA, ESCLARECIDA COM ADEQUADA INFORMAÇÃO. QUANDO OCORREREM ALTERAÇÕES SIGNIFICANTES NO ESTADO DE SAÚDE INICIAL OU DA CAUSA PELA QUAL O CONSENTIMENTO FOI DADO, ESTE DEVERÁ SER RENOVADO.

12. O PACIENTE TEM DIREITO DE REVOGAR O CONSENTIMENTO ANTERIOR, A QUALQUER INSTANTE, POR DECISÃO LIVRE, CONSCIENTE E ESCLARECIDA, SEM QUE LHE SEJAM IMPUTADAS SANÇÕES MORAIS OU LEGAIS.

IMED

13. O PACIENTE TEM O DIREITO DE TER SEU PRONTUÁRIO MÉDICO ELABORADO DE FORMA LEGÍVEL E DE CONSULTÁ-LO A QUALQUER MOMENTO. ESTE PRONTUÁRIO DEVE CONTER O CONJUNTO DE DOCUMENTOS PADRONIZADOS DO HISTÓRICO DO PACIENTE, PRINCÍPIO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA, RACIOCÍNIO CLÍNICO, EXAMES, CONDUTA TERAPÊUTICA E DEMAIS RELATÓRIOS E ANOTAÇÕES CLÍNICAS.

14. O PACIENTE TEM DIREITO A TER SEU DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO POR ESCRITO, IDENTIFICADO COM O NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E SEU REGISTRO NO RESPECTIVO CONSELHO PROFISSIONAL, DE FORMA CLARA E LEGÍVEL.

15. O PACIENTE TEM DIREITO DE RECEBER MEDICAMENTOS BÁSICOS E TAMBÉM MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS DE ALTO CUSTO, QUE MANTENHAM A VIDA E A SAÚDE.

16. O PACIENTE TEM O DIREITO DE RECEBER OS MEDICAMENTOS ACOMPANHADOS DE BULA IMPRESSA DE FORMA COMPREENSÍVEL E CLARA E COM DATA DE FABRICAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE.

17. O PACIENTE TEM O DIREITO DE RECEBER AS RECEITAS COM O NOME GENÉRICO DO MEDICA- MENTO (LEI DO GENÉRICO) E NÃO EM CÓDIGO, DATILOGRAFADAS OU EM LETRAS DE FORMA, OU COM CALIGRAFIA PERFEITAMENTE LEGÍVEL E COM ASSINATURA E CARIMBO CONTENDO O NÚMERO DO REGISTRO DO RESPECTIVO CONSELHO PROFISSIONAL.

18. O PACIENTE TEM DIREITO DE CONHECER A PROCEDÊNCIA E VERIFICAR ANTES DE RECEBER SANGUE OU HEMODERIVADOS PARA A TRANSFUSÃO, SE O MESMO CONTÉM CARIMBO NAS BOLSAS DE SANGUE ATESTANDO AS SOROLOGIAS EFETUADAS E SUA VALIDADE.

19. O PACIENTE TEM DIREITO, NO CASO DE ESTAR INCONSCIENTE, DE TER ANOTADO EM SEU PRONTUÁRIO, MEDICAÇÃO, SANGUE OU HEMODERIVADOS, COM DADOS SOBRE A ORIGEM, TIPO E PRAZO DE VALIDADE.

20. O PACIENTE TEM DIREITO DE SABER COM SEGURANÇA E ANTECIPADAMENTE, ATRAVÉS DE TESTES OU EXAMES, QUE NÃO É DIABÉTICO, PORTADOR DE ALGUM TIPO DE ANEMIA, OU ALÉRGICO A DETERMINADOS MEDICAMENTOS (ANESTÉSICOS, PENICILINA, SULFAS, SORO ANTITETÂNICO, ETC.) ANTES DE LHE SEREM ADMINISTRADOS.

21. O PACIENTE TEM DIREITO À SUA SEGURANÇA E INTEGRIDADE FÍSICA NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, PÚBLICOS OU PRIVADOS.

22. O PACIENTE TEM DIREITO DE TER ACESSO ÀS CONTAS DETALHADAS REFERENTES ÀS DESPESAS DE SEU TRATAMENTO, EXAMES, MEDICAÇÃO, INTERNAÇÃO E OUTROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

23. O PACIENTE TEM DIREITO DE NÃO SOFRER DISCRIMINAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR SER PORTADOR DE QUALQUER TIPO DE PATOLOGIA, PRINCIPALMENTE NO CASO DE SER PORTADOR DE HIV / AIDS OU DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS.

24. O PACIENTE TEM DIREITO DE SER RESGUARDADO DE SEUS SEGREDOS, ATRAVÉS DA MANUTENÇÃO DO SIGILO PROFISSIONAL, DESDE QUE NÃO ACARRETE RISCOS À TERCEIROS OU À SAÚDE PÚBLICA. OS SEGREDOS DO PACIENTE CORRESPONDEM A TUDO AQUILO QUE, MESMO DESCONHECIDO PELO PRÓPRIO CLIENTE, POSSA O PROFISSIONAL DE SAÚDE TER ACESSO E COMPREENDER ATRAVÉS DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS NO HISTÓRICO DO PACIENTE, EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS.

25. O PACIENTE TEM DIREITO A MANTER SUA PRIVACIDADE PARA SATISFAZER SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS, INCLUSIVE ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E HIGIÊNICA, QUER QUANDO ATENDIDO NO LEITO, OU NO AMBIENTE ONDE ESTÁ INTERNADO OU AGUARDANDO ATENDIMENTO.

26. O PACIENTE TEM DIREITO A ACOMPANHANTE, SE DESEJAR, TANTO NAS CONSULTAS, COMO NAS INTERNAÇÕES. AS VISITAS DE PARENTES E AMIGOS DEVEM SER DISCIPLINADAS EM HORÁRIOS COMPATÍVEIS, DESDE QUE NÃO COMPROMETAM AS ATIVIDADES MÉDICO/SANITÁRIAS. EM CASO DE PARTO, A PARTURIENTE PODERÁ SOLICITAR A PRESENÇA DO PAI.

27. O PACIENTE TEM DIREITO DE EXIGIR QUE A MATERNIDADE, ALÉM DOS PROFISSIONAIS COMUMENTE NECESSÁRIOS, MANTENHA A PRESENÇA DE UM NEONATOLOGISTA, POR OCASIÃO DO PARTO.

28. O PACIENTE TEM DIREITO DE EXIGIR QUE A MATERNIDADE REALIZE O "TESTE DO PEZINHO" PARA DETECTAR A FENILCETONÚRIA NOS RECÉM NASCIDOS.

29. O PACIENTE TEM DIREITO À INDENIZAÇÃO PECUNIÁRIA NO CASO DE QUALQUER COMPLICAÇÃO EM SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE MOTIVADAS POR IMPRUDÊNCIA, NEGLIGÊNCIA OU IMPERÍCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

30. O PACIENTE TEM DIREITO À ASSISTÊNCIA ADEQUADA, MESMO EM PERÍODOS FESTIVOS, FERIADOS OU DURANTE GREVES PROFISSIONAIS.

IMED

31. O PACIENTE TEM DIREITO DE RECEBER OU RECUSAR ASSISTÊNCIA MORAL, PSICOLÓGICA, SOCIAL E RELIGIOSA.

32. O PACIENTE TEM DIREITO A UMA MORTE DIGNA E SERENA, PODENDO OPTAR ELE PRÓPRIO (DESDE QUE LÚCIDO), A FAMÍLIA OU RESPONSÁVEL POR LOCAL OU ACOMPANHAMENTO E AINDA SE QUER OU NÃO O USO DE TRATAMENTOS DOLOROSOS E EXTRAORDINÁRIOS PARA PROLONGAR A VIDA.

33. O PACIENTE TEM DIREITO À DIGNIDADE E RESPEITO, MESMO APÓS A MORTE. OS FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS DEVEM SER AVISADOS IMEDIATAMENTE APÓS O ÓBITO.

34. O PACIENTE TEM O DIREITO DE NÃO TER NENHUM ÓRGÃO RETIRADO DE SEU CORPO SEM SUA PRÉVIA APROVAÇÃO.

35. O PACIENTE TEM DIREITO A ÓRGÃO JURÍDICO DE DIREITO ESPECÍFICO DA SAÚDE, SEM ÔNUS E DE FÁCIL ACESSO.

O padrão de atendimento consultivo como etapas da pratica do atendimento humanizado

Para que se faça valer o modelo descrito nas páginas anteriores de prática do Atendimento Humanizado, adotaremos o padrão de Atendimento Consultivo e suas etapas na interação com nossos *stakeholder* .

O Atendimento Consultivo é um processo de investigação das reais necessidades e expectativas dos clientes internos e externos com o objetivo de entender, valorizar e atender da melhor forma possivel. Neste processo o profissional do IMED funciona como um facilitador do acesso ao serviço de saúde e um mediador de demandas para outros *stakeholders* que não sejam os pacientes atuando como orientadores para o alcance integral da saúde.

Pré-atendimento

A etapa inicial de pré-atendimento está alinhada à identificação do interlocutor pois representa que antes de começar ase relacionar com qualquer *stakeholder* o profissional precisa estar previamente preparado. Os profissionais que atuam nos projetos do IMED devem dominar tecnicamente os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a prática de excelência de sua função. Esta etapa antecede a Abordagem, pois sem estar preparado o profissional da área de saúde não deve se relacionar com os *stakeholders* fornecendo informações e/ou interagindo em diagnósticos. No Manual da Área de Recursos Humanos do IMED apresentamos todas as competências necessárias à prática profissional em nossos projetos.

Para o cumprimento desta etapa é importante que você:

- Conheça as responsabilidades em relação ao exercício de sua função.
- Conheça as regras, padrões, processos e as expectativas

da instituição que impactam nos atendimentos feitos profissionalmente por você e sua área.

- Dedique-se, estude, aprenda e conheça.

Abordagem

A abordagem está presente em todos os momentos de relacionamento. É nesta etapa que iniciamos a construção de uma relação de confiança com o *stakeholder*. Nos apresentamos, valorizamos e ouvimos com atenção a apresentação do interlocutor.

Para o cumprimento desta etapa é importante que você:

- Recepcione o outro com cordialidade e gentileza.
- Fale olhando para a pessoa e chame-o pelo nome. Trate-o pelo nome também no decorrer do atendimento e ao se despedir.
- Atenção: não é necessário repetir o nome do cliente a todo momento, estabeleça um diálogo agradável.
- Ofereça respeito e atenção sempre. Se o paciente, por exemplo, estiver acompanhado garanta que o acompanhante esteja acomodado.
- Lembre-se sempre de confirmar os dados necessários e essenciais para o atendimento.

Sondagem

Após ouvir a apresentação do interlocutor, é nosso momento de fazer perguntas para a construção de um diagnóstico assertivo e eficiente. Nesta etapa, entendemos o que o stakeholder fala, mas, principalmente, como ele se sente, identificando desejos e necessidades expressos e não expressos verbalmente por meio dos procedimentos padrão do hospital e da qualidade técnica de nossas equipes.

Para que se tenha uma sondagem de qualidade é preciso que se utilizem perguntas assertivas nos modos "Perguntas abertas" quando o profissional do IMED sente a necessidade de estimular o outro a falar livremente. Este formato permite que se conheça o tipo de *stakeholder* que está atendendo, seus sentimentos e necessidades e "Perguntas fechadas" quando o profissional do IMED foca as respostas do *stakeholder* em dados específicos os quais ele precisa saber para garantir a qualidade do seu diagnóstico e que se garanta a escuta ativa quando se presta total atenção ao que está sendo exposto pelo *stakeholder*, sem o desvio com meios tecnológicos ou físicos, confirmando sempre o entendimento em relação ao exposto. Nunca faça perguntas repetitivas sem justificar o motivo, pois pode parecer falta de atenção e ampliar a ansiedade do outro, gerando desconforto para ambas as partes.

Para o cumprimento desta etapa é importante que você:

- Dê atenção às informações passadas e procure entender qual a

necessidade apresentada.

- Não acredite que todos os stakeholders são iguais, entenda e valorize cada atendimento como sendo único.
- Evite interromper o outro enquanto estiver falando.
- Não faça perguntas repetitivas, isso é sinal de que não prestou atenção enquanto se falava pela primeira vez.
- Ouça com atenção e demonstre disposição e interesse.
- Empenhe-se sempre em obter e conhecer todas as informações necessárias.
- Em caso de dúvidas, confirme com seu superior sobre como proceder.
- Obtenha todas as informações relevantes para o atendimento de excelência.
- Verifique e certifique-se de que compreendeu corretamente.

Argumentação

O sucesso da etapa de argumentação vai depender muito da atenção dedicada ao *stakeholder* no momento da sondagem. O colaborador precisa argumentar de forma segura, sentindo-se confiante perante as informações ou orientações que estão sendo passadas. Este é o momento de apresentar a forma de atuação do hospital, a Classificação de Risco e as etapas que o paciente irá passar até a finalização do seu processo.

Quando não se consegue estabelecer uma relação de confiança e assertividade o paciente e outros *stakeholders* poderão sentir-se inseguros, expressar desconfiança em suas atitudes e/ou discurso e a imagem do IMED poderá ser prejudicada.

Este é o momento em que o *stakeholder* apresenta suas objeções e o profissional esclarece e se posiciona segundo as normas, missão, visão e valores do Ministério da Saúde e do IMED. É importante que o profissional se prepare adequadamente para fornecer argumentos tangíveis e racionais, de forma clara e em linguagem inteligível ao outro, que apoie o entendimento do *stakeholder* do que está sendo apresentado.

Para o cumprimento desta etapa é importante que você:

- Expresse- se de forma clara, objetiva e apresente todas as informações necessárias. Certifique- se que o paciente ou outros stakeholders tenham compreendido o que foi dito.
- Aja de forma assertiva. Tenha um tom de voz amistoso, porém firme e seguro. Fale pausadamente e com naturalidade para que se possa assimilar as informações.
- Preste atenção na correta pronúncia das palavras e ao vocabulário utilizado.
- Caso tenha que se ausentar do ponto de atendimento, informe ao paciente o motivo da ausência e, em média, quanto tempo levará para retornar. Se perceber que pode levar mais tempo do que o informado, volte e informe ao paciente.

Fechamento

O fechamento encerra o ciclo de resolutividade em uma solicitação de atendimento. É possível apenas quando as etapas anteriores foram realizadas com excelência. Para que se tenha sucesso neste momento é importante que o profissional seja simpático e se coloque à disposição para futuros atendimentos de forma acolhedora, ajudando a reforçar o elo com a comunidade do entorno e a imagem do IMED e da Secretaria da Saúde.

Para o cumprimento desta etapa é importante que você:

- Sempre informe os prazos aproximados para a execução dos procedimentos
- Não prometa o que você não pode cumprir ou o que não depende de você
- Oriente o paciente de forma respeitosa, cordial e simpática sobre seus direitos e deveres.
- Certifique-se que ele compreendeu tudo o que foi dito e que você passou todas as informações necessárias.
- Ao encerrar o atendimento, coloque-se sempre à disposição e despeça-se com gentileza.

Pós Atendimento

Conhecer as necessidades complementares e atendê-las ao ser solicitado faz parte da execução de um atendimento de qualidade com excelência. Cumprir com o que foi prometido e atender aos prazos estabelecidos para as demandas também garante a manutenção da imagem da instituição, além de compor um ambiente de trabalho prazeroso e motivador.

No pós atendimento, identificar a necessidade e o perfil do *stakeholder* é imprescindível para que juízos de valores ou estereótipos não interfiram no diagnóstico e no cumprimento das ações planejadas.

Para o cumprimento desta etapa é importante que você:

- Garanta que todas as demandas foram resolvidas e registradas corretamente nos sistemas de atendimento.
- Dê o retorno, caso isso tenho sido combinado.

É a partir deste formato de atuação, alinhado ao domínio da informação, respeito, cordialidade e simpatia e compromisso que a técnica do Atendimento Consultivo apoia a prática do Atendimento Humanizado.

Atendimento à pessoa com deficiência.

Ao ajudar à Pessoa com Deficiência nas áreas internas do hospital garanta o respeito, a valorização do outro e o interesse. Antes de tentar ajudar pergunte "O(a) Sr. (a) precisa de ajuda?"; "Como posso ajudar?" e siga as orientações da própria pessoa ao apoiar a locomoção e/ou identificação de caminhos e informações. Além disso, siga as seguintes instruções:

Pessoa com deficiência física: não toque ou movimente as pessoas sem permissão; se for um usuário de cadeira de rodas garanta que está acomodado em sua frente enquanto se comunicam; caso seja necessário conduzi-lo opte pelo caminho com menos obstáculos; se houverem rampas avise, veja como prefere descer e, na dúvida, desça-o de costas; jamais deixe a pessoa esperando sem posicioná-la de onde está e quanto tempo levará até que mude de local ou que esteja liberada.

Pessoa com deficiência auditiva: posicione-se em frente à pessoa e pergunte como ele prefere ser atendida; se não falar libras e houver alguém que fale, busque ajuda; não coloque as mãos na boca enquanto fala, deixe a visão do seu rosto e suas expressões livres; se a pessoa estiver acompanhada olhe para ela e seu acompanhante enquanto se comunica; não grite ou fale mais alto que o habitual; se não tiver alternativas, escreva.

Pessoa com deficiência intelectual: não subestime a inteligência das pessoas, apenas fale de forma mais simples e certifique-se de que ela entendeu; tenha paciência e dê instruções passo a passo.

Pessoa com deficiência visual: se ela precisar de ajuda para se locomover coloque sua mão sobre seu ombro, vá na frente e informe sobre todos os tipos de obstáculos ao longo do caminho; ofereça-se para ler caso ela precise de ajuda para identificar alguma informação importante; no caso de documentos legais, sempre peça que uma pessoa da família faça a leitura e intermediação; descreva todas as suas atitudes para que a pessoa não imagine que está sozinha ou que não está recebendo a atenção adequada.

Atendimento a Idosos: tenha paciência ao explicar os procedimentos de atendimento; caso perceba que ele tem dificuldade com ferramentas de tecnologia, locomoção, leitura ou entendimento, ofereça ajuda; seja gentil.

Apresentação e Imagem Pessoal

Os principais fatores que influenciam a formação de uma imagem profissional positiva são a visão; o tom de voz; a adequação das palavras utilizadas e a linguagem corporal, conheça em detalhes cada um deles:

A visão

Esta característica diz respeito à forma com que sua imagem apoia a fixação da sua competência profissional. O ideal é que sua imagem corresponda às expectativas do interlocutor dentro dos seus conceitos de apresentação pessoal adequados ao contexto. Dentro de um hospital presa-se pela construção da confiança, percepção de limpeza e reforço da competência técnica. Um profissional deve sempre optar por peças de vestuário que não constituam um elemento de distração e não interfiram na comunicação com os interlocutores. Abaixo listamos algumas dicas:

- Sapatos sempre limpos e bem cuidados.
- Jalecos sempre limpos e bem cuidados.

- No caso de homens, barba feita e cabelos curtos, limpos e penteados.
- Unhas cortadas e sempre bem apresentadas.
- Utilização de crachá de identificação em todas as áreas do hospital.
- Acessórios discretos e que estejam de acordo com o ambiente de trabalho.
- Após fumar fazer a higiene pessoal para voltar ao posto de trabalho.
- Não comer ou mascar chicletes ao atender.
- No caso de mulheres, cabelos penteados e, de preferência presos com acessório discreto.
- No caso de mulheres utilizar maquiagem leve e discreta.

O tom de voz e a adequação das palavras utilizadas

No que diz respeito ao tom de voz, deve-se sempre utilizar um tom e velocidade da fala igual à do interlocutor, garantindo a necessária sintonia para o entendimento das informações passadas por ambas as partes. As palavras utilizadas devem ser adequadas, o que significa principalmente a atenção no uso de palavras condizentes e pertinentes ao momento, sem erros de pronúncia, vícios de linguagem, gírias, expressões que denotem intimidade, frases em tom de piada, ou mesmo citar um volume enorme de informações para a qual o momento não é o adequado.

A linguagem corporal

A boa comunicação não é feita apenas de forma verbal, ela também inclui aspectos da linguagem corporal que representa os gestos e atitudes que temos perante as situações pelas quais passamos no dia a dia. Justamente pela importância de transmitir confiança é preciso observar com atenção se o corpo contradiz as palavras.

Conheça alguns exemplos:

- Manter sempre uma expressão acolhedora e sorrir ao abordar o outro. Uma expressão fechada pode assustar a crianças e adultos e dar a eles uma sensação desagradável de que o atendimento parece ser um incômodo.
- Em pé procure sempre manter a postura alinhada, sem apoiar o peso apenas sobre uma das pernas, pode parecer desinteresse. Evita também mexer muito pernas e mãos, pois pode demonstrar insegurança e/ou impaciência.
- Olhe sempre nos outros da outra pessoa ao comunicar-se com ela.
- Mantenha postura respeitosa condizente com sua atuação profissional.
- Nunca desvie o foco de sua atenção para algo que não seja profissional e não faça comentários a respeito do outro, sua face demonstra o que está pensando e falando dependendo do assunto e pode ser ofensivo e desagradável.

Não faz parte do perfil de atendimento e relacionamento do IMED

- Agredir, perder a calma ou maltratar ao outro.
- Não dar a devida importância às solicitações realizadas, sem ao menos tentar entende-las, lembre-se de que nosso tema de atuação é a saúde.
- Disseminar informações negativas sobre pacientes e outros stakeholders e/ou sobre a instituição ou os mantenedores de nossas estruturas de atendimento.
- Resolver assuntos particulares no expediente profissional
- Desrespeitar a outros colaboradores fazendo piadas, comentários maldosos e/ou preconceituosos.
- Deixar o paciente e outros stakeholders esperando sem uma informação, explicação ou retorno.
- Prometer algo que não tem a certeza de que será cumprido.
- Realizar as atividades profissionais sob efeito de álcool e/ou drogas.
- Ingerir alimentos, mascar chicletes, utilizar-se de aparelho celular ou fumar durante a atividade profissional.
- Transferir a responsabilidade da resolução de problemas ou culpar ao outro por algo que deve ser feito em parceria e combinado com antecedência.
- Negar atendimento e/ou atenção a pacientes e outros stakeholders.

Regras de Ouro

As Regras de Ouro do IMED são um conjunto de comportamentos a serem aplicados diariamente em todas as interações e que apoiam a construção, reforço e consolidação de nossa imagem em busca do atendimento de excelência a nossos *stakeholders*:

- Não realize qualquer atividade sem que esteja devidamente treinado, habilitado, qualificado, capacitado e autorizado.
- Preze pela humanização por meio de respeito e cordialidade ao paciente e outros stakeholders.
- Utilize linguagem sempre esclarecedora ao se comunicar.
- Respeite a confidencialidade das informações do seu local de trabalho.
- Mantenha a disciplina com horários.
- Não ingerir alimentos, mascar chicletes, fumar ou utilizar aparelho celular durante o atendimento ao paciente e em situações de trabalho.

FASE 2 – SETORIAL

Após concluir a Fase 1 – Institucional, onde o recém contratado recebeu informações macro da instituição, o profissional do NEP, irá encaminhá-lo à sua liderança imediata.

A segunda fase do programa de integração do colaborador recém admitido, transcorre no local de trabalho para qual o profissional foi contratado. Possui ênfase na interação do novo colaborador com o setor, equipe e processos de trabalho.

Nesta etapa, o profissional por meio de um roteiro, seguirá uma trilha de atividades vinculadas às atribuições do cargo. O formulário Roteiro de Integração Setorial do Colaborador, é divido entre atividades e encontros presenciais que o profissional deverá realizar, possui campos específicos para data, tutor que acompanhou a execução e assinatura do colaborador conforme modelo abaixo:



Formulário – Roteiro de Integração Setorial do Colaborador

Roteiro de Integração Setorial do Colaborador

Nome do Profissional:

Setor: Centro Cirúrgico

Cargo: Técnico de Enfermagem

Início: ___/___/___

Término:____/_____/_____

Nº	Atividades	Data	Tutor	Assinatura do Colaborador
01	Apresentação da equipe de trabalho			
02	Apresentação do setor			
03	Orientação sobre preenchimento dos formulários			
04	Orientação sobre prescrição médica, enfermeiro e outros profissionais			
05	Registros de Enfermagem			
06	Fluxo de óbito e amputação			
07	Protocolo de identificação segura			
08	Prontuário do paciente			
09	Coleta e encaminhamento de exames sangue e cultura			
10	Carro de Emergência			
11	Isolamento			
12	Escala de Atividades			
13	Protocolo LPP			
14	Manual de Hemoterapia			
15	SAEP / Cirurgia Segura			
16	Punção venosa			
17	Soroterapia			
18	Sinais Vitais			
19	Admissão do paciente – Centro Cirúrgico			
20	Admissão do paciente – RA			
21	Aspiração de vias aéreas conforme prescrito.			
22	Glicemia Capilar			
23	Transporte Interno/Externo			
24	Inaloterapia			
25	Traqueomia			
26	Passagem de plantão			
27	Protocolo - Prevenção de queda			
28	Sistema informatizado			
29	Livro de intercorrências			
30	Rol de Valores			
31	Anátomo Patológico			
32	Eletrocardiograma			
33	Manuseio do bisturi elétrico			
34	Degermação da pele/sítio cirúrgico			

35	Montagem e desmontagem da sala cirúrgica			
36	Paramentação cirúrgica			
37	Posicionamento cirúrgico			
38	Realização da troca da cal sodada do carro de anestesia			
39	Auxiliar o anestesiologista na indução/reversão do procedimento anestésico			
40	Protocolo de Segurança – Cirurgia Segura			
41	OPME- Fluxo de recebimento e registros			
42	Livro de registro de cirurgias			
43	Check list diário de sala cirúrgica			
44	Fluxo de solicitação de materiais para CME / Conferência do Arsenal do setor			
45	Aquecimento de Soro			
46	Teste e Verificação dos Equipamentos			
47	Limpeza terminal e concorrente			
48	Monitoramento de Temperatura Ambiental			
49	Fluxo de retirada de material da Farmácia Satélite			

Encontro Presencial

Nº	Atividades	Data	Tutor	Assinatura do Colaborador
01	SCIH/NHE			
02	Comissão de Ética de Enfermagem			
03	Comissão de Curativos			
04	Comissão da SAE			

Observação:	
Assinatura/Carimbo – Liderança:	**Data:**

Existe um campo denominado encontros presenciais, destinado às visitas das comissões existentes na instituição, que possuam relação direta com o cargo.

O roteiro fica em local preestabelecido pela liderança, e de conhecimento do colaborador. Ao realizar uma atividade do roteiro, o colaborador deverá registrar a data e assinar no documento, validando a realização da atividade. Vale ressaltar que a execução do procedimento deve seguir o método estabelecido pela instituição, por meio dos Protocolos e Procedimento Operacional Padrão – POP.

A segunda fase de integração, possui duração de 45 (quarenta e cinco) dias e tem o acompanhamento da liderança e/ou profissional designado para o acompanhamento do colaborador recém admitido.

Concluída esta etapa, a liderança utiliza o campo observação para realizar suas considerações, e encaminha o roteiro ao NEP. Vale ressaltar, que este documento é parâmetro para a Avaliação de Desempenho, no período de experiência do colaborador recém admitido.

Programa de Treinamento

Consiste em um programa de atividades pré-elaboradas em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente e Lideranças. A programação tem por objetivo aprofundar, atualizar e ampliar os conhecimentos dos colaboradores mantendo-os informados das inovações científicas e mudanças nos processos organizacionais.

Como enfatizado anteriormente, no âmbito das Instituições de Saúde o ensino de adultos requer uma atenção especial, é imprescindível a utilização das premissas da andragogia - ciência que estuda a educação para adultos, com a finalidade de buscar uma aprendizagem efetiva, para o desenvolvimento de habilidades e conhecimento.

A metodologia de ensino para a linha andragogia baseia-se nos seguintes fundamentos:

- Necessidade de saber: adultos apresentam resistência a aprender algo que não tenha aplicação prática. Por isso, na Andragogia, eles sabem qual a necessidade e o benefício do que irão aprender e em que irão aplicar.
- Autoconceito do aprendiz: Por serem independentes em relação a outras faixas etárias mais jovens, adultos são tratados no ensino andragógico como indivíduos com autonomia e capazes de fazer suas próprias escolhas.
- Experiências: As experiências anteriores dos alunos são de grande importância e são levadas em consideração para uso no aprendizado.
- Prontidão para aprender: Conhecimento voltado para ajudar a explorar novos horizontes e enfrentar desafios no dia-a-dia. Mais uma vez, aplicação na prática.
- Orientação para aprendizagem: Ensino direcionado para uma aprendizagem orientada para resultados.
- Motivação e aprendizagem: Aprendizagem que é motivada por fatores internos maiores que os externos. A motivação é maior quando sabem que o ensino trará qualidade de vida, crescimento profissional, entre outros.

O treinamento é uma estratégia fundamental e tem muitas vantagens para o ambiente corporativo e para o profissional, tais como:

- Estimula a motivação ao colaborador;
- Garante mais produtividade;
- Permite que o profissional contribua com a evolução da instituição;

- Diminui faltas, horas extras e rotatividade de colaboradores;
- Viabiliza aos profissionais que trabalhem sem supervisão constante;
- Otimiza o tempo e os esforços dos colaboradores;
- Minimiza os acidentes de trabalho;
- Aumenta as chances de promoção dos profissionais;
- Gera vantagem competitiva à instituição e aos colaboradores.



O IMED, possui estabelecido como diretriz a utilização do MÉTODO ATIVO, quando o desenvolvimento do treinamento implica em maior participação do profissional, com ação física ou mental, visando realizar a autêntica aprendizagem. No cotidiano, são desenvolvidos dois tipos de treinamento:

Treinamento Técnico

O treinamento técnico é voltado as competências técnicas ligadas a sua atividade e cargo, com base nos fluxos, métodos e procedimentos técnicos, para que as atividades sejam realizadas com qualidade e eficiência.

Treinamento Comportamental

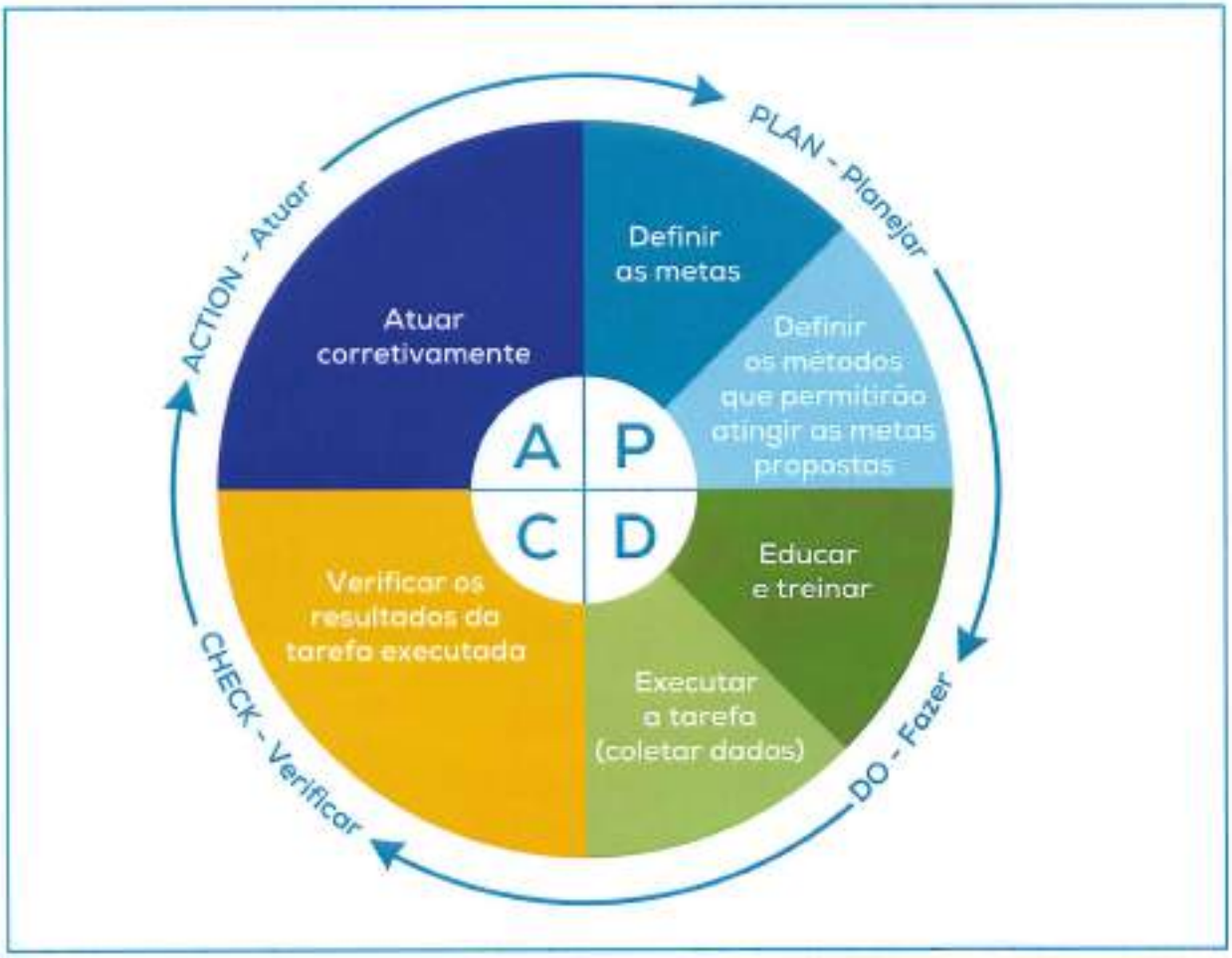
O treinamento comportamental é o processo de aperfeiçoar as atitudes e habilidades comportamentais dos colaboradores, ali-

nhando à cultura organizacional da instituição. Geralmente o foco dos treinamentos comportamentais são experiências, sentimentos, motivação pessoal, dentre outros.

PDCA - FERRAMENTA DE APOIO UTILIZADA NO PLANEJAMENTO,

EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO

O PDCA foi criado pelo estatístico americano Deming e consiste em um ciclo de quatro etapas Plan (Planejar), Do (Fazer), Check (Verificar) e Action (Atuar).



No âmbito corporativo, o ciclo PDCA é utilizado para solucionar problemas. O método é usado para avaliar se os seus esforços estão realmente trazendo o resultado esperado. E, se não for o caso, corrigir o que for necessário.

Nossas lideranças são capacitadas e estimuladas a utilizarem esta ferramenta da qualidade em todos as fases do treinamento.

Conforme as ações vão sendo realizadas, são coletados dados sobre o resultado que elas trouxeram e verificados se esses resultados são inferior ou não ao que estávamos esperando.

Vale lembrar que essa sequência é cíclica. Ou seja, quando algo não trouxe o resultado esperado, os ajustes feitos na última etapa (Atuar) são novamente submetidos ao início do ciclo: planejar, fazer e verificar.

Ao atingir o resultado desejado, basta padronizar o processo para garantir que as boas práticas sejam mantidas.

Facilitadores

O IMED preconiza que os facilitadores dos treinamentos, sejam os seus profissionais. Sempre que possível, utiliza-se da prática de formação de multiplicadores, por acreditarmos que esta pratica estimula os profissionais a compartilharem com os colegas o conhecimento promovendo o engajamento e valorização profissional.

Os treinamentos são realizados no horário de trabalho do profissional, respeitando a legislação pertinente.

De acordo com a especificidade do tema poderão ser contratados profissionais externos, desde que por meio do Chamamento Público. O Anexo 2, apresenta o padrão estabelecido para elaboração da Solicitação da proposta. O RFP – *Request for Proposalm* 045/2021 é referente a contratação de serviços de elaboração do Programa de Capacitação das Lideranças e Equipes, desenvolvimento dos talentos mapeados na organização e controle do equilíbrio emocional dos profissionais que estão na linha de frente no enfrentamento da Covid-19, para uma Unidade Hospitalar administrada pelo IMED.

Etapas do Programa de Treinamento

No IMED adotamos cinco etapas para operacionalizar o programa de treinamento dos nossos colaboradores



A - LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO - LNT

O levantamento é fundamental para o planejamento e eficácia do treinamento, pois identifica falhas, lacunas e oportunidades de melhoria continua, atendendo as expectativas da instituição e do colaborador.

Anualmente o NEP, encaminha às Lideranças, um formulário denominado Levantamento das Necessidades de Treinamento - LNT.

O documento foi formulado com base na proposta da ferramenta da qualidade 5w2h, cuja metodologia utiliza 5 (cinco) perguntas: O que?, Quem?, Quando? Onde?, Por que?, Como? e Quanto Custa?.

Formulário - Levantamento das Necessidades de Treinamento

IMED

LNT Levantamento das Necessidades de Treinamento

Setor:	Liderança::	Data:
O que?	[Especificar o tema do treinamento]	
Quem?	[Público Alvo]	
Quando?	[Data e/ou Periodicidade]	
Onde?	[Local]	
Por que?	[Objetivo pelo qual será desenvolvido o treinamento]	
Como?	[Método, dinâmica e recursos didáticos]	
Quanto Custa?	[Custo do treinamento, caso exista]	
Facilitador indicado:	Estimativa de participantes:	Carga Horária:

Assinatura/Carimbo

Vale ressaltar, que as lideranças recebem um treinamento especifico para o adequado preenchimento do LNT. O levantamento possui como base para o seu preenchimento, as seguintes demandas organizacionais e individuais:

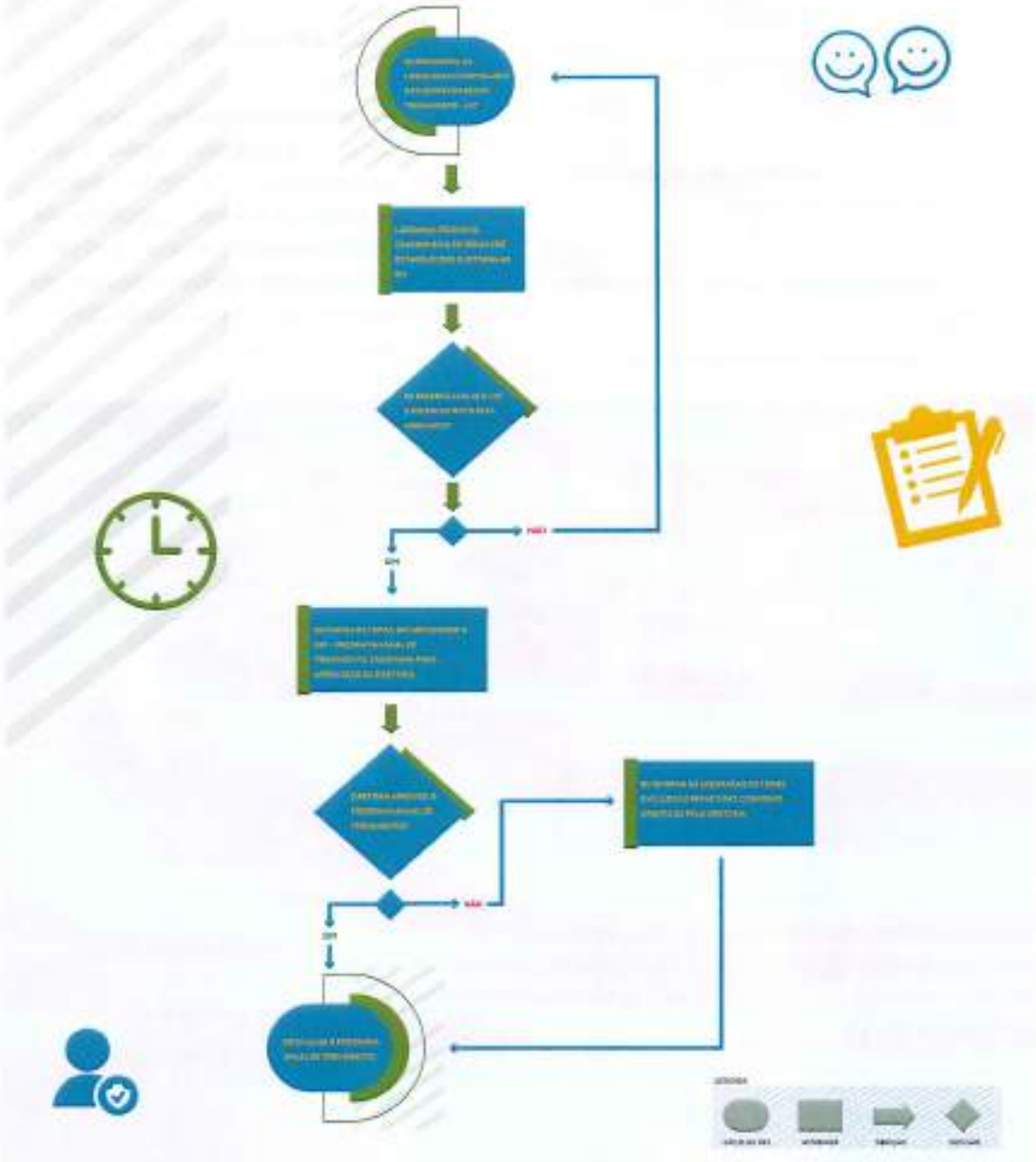
- Planejamento Estratégico;
- Relatórios de análise critica de performance;
- Resultado da avaliação de desempenho;
- Treinamentos obrigatórios conforme legislação pertinente;
- Alteração de processos de trabalho;
- Questionário de avaliação dos serviços prestados;
- Aumento do número de acidentes de trabalho;
- Entrevista de desligamento;
- Avaliação de reação preenchida pelo colaborador após cada treinamento;
- Retorno da participação de congressos e visita técnicas;
- Novos serviços ou produtos;
- Evidência de trabalho ineficiente, como quebra de equipamento, atraso em relação ao cronograma, perda de material, número acentuado de problemas disciplinares, alto indice de ausências, rotatividade elevada e resultado da pesquisa de clima organizacional.



O Levantamento das Necessidades de Treinamento – LNT, segue o seguinte fluxo:

IMED
INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
CUIDANDO COM RESPEITO

Fluxograma - Levantamento das Necessidades de Treinamento - LNT



B - PROGRAMA ANUAL DE TREINAMENTO - PAT

Após receber o levantamento das necessidades de treinamento dos setores, o profissional do NEP realiza o mapeamento e preenche o formulário Programa Anual de Treinamento - PAT, que será validado pela Direção Administrativa da instituição.

No programa é estabelecido o tema, carga horária, público alvo, periodicidade, facilitador e caso se aplique, o custo do treinamento.

Formulário - Programa Anual de Treinamento - PAT

IMED | CUIDANDO COM RESPEITO

PAT Programa Anual de Treinamento | 2021

Tema	Carga Horária	Público Alvo	Periodicidade	Facilitador	Custo

Segue abaixo alguns temas que foram estabelecidos para o PAT – 2021, das unidades administradas pelo IMED. Os temas foram sugeridos pelas lideranças, por meio do Levantamento das Necessidades de Treinamento – LNT.

ÁREA MÉDICA

CURSO: ATENDIMENTO HUMANIZADO

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: ÉTICA E CIDADANIA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisiote-

IMED

rapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: NEGOCIAÇÃO ASSERTIVA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTICIAS

Público Alvo: Médicos, psicólogos, enfermeiros e profissionais da equipe multiprofissional.

CURSO: SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Público Alvo: Profissionais de saúde

ÁREAS DE ENFERMAGEM

CURSO: ATENDIMENTO HUMANIZADO

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: ÉTICA E CIDADANIA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: NEGOCIAÇÃO ASSERTIVA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTICIAS

Público Alvo: Médicos, psicólogos, enfermeiros e profissionais da equipe multiprofissional.

CURSO: ACESSOS VASCULARES

Público Alvo: Enfermeiros e técnicos de enfermagem

PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR

CURSO: ATENDIMENTO HUMANIZADO

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: ÉTICA E CIDADANIA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde

CURSO: NEGOCIAÇÃO ASSERTIVA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

PROFISSIONAIS DA ÁREA TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO

CURSO: ATENDIMENTO HUMANIZADO

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: ÉTICA E CIDADANIA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: NEGOCIAÇÃO ASSERTIVA

Público Alvo: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: BRINQUEDOTECA HOSPITALAR: BENEFÍCIO EMOCIONAL PARA O PACIENTE PEDIÁTRICO

Público Alvo: Profissionais de Psicologia Hospitalar e Psicopedagogia.

PROFISSIONAIS MULT/ TRANSDISCIPLINAR

CURSO: ATENDIMENTO HUMANIZADO

Público Alvo Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS

Público Alvo Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: ÉTICA E CIDADANIA

Público Alvo Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Público Alvo Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: NEGOCIAÇÃO ASSERTIVA

Público Alvo Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

CURSO: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTICIAS

Público Alvo: Médicos, psicólogos, enfermeiros e profissionais da equipe multiprofissional.

CURSO: BRINQUEDOTECA HOSPITALAR: BENEFÍCIO EMOCIONAL PARA O PACIENTE PEDIÁTRICO

Público Alvo: Profissionais de Psicologia Hospitalar e Psicopedagogia.

C - PROGRAMAÇÃO MENSAL DE TREINAMENTO – PMT

PMT **Programação Mensal de Treinamento**

Mês: Ano:

IMED INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO | CUIDANDO COM RESPEITO

Data	Horário	Tema	Público Alvo	Local	Facilitador

Após aprovação do Plano Anual de Treinamento pela Direção Administrativa, o NEP irá desmembrar as atividades conforme cronograma validado com as lideranças. Mensalmente, encaminhará aos setores o formulário Programação Mensal de Treinamento - PMT, que contém: data, horário, tema, público alvo, local e facilitador.

Formulário - Programação Mensal de Treinamento - PMT

PMT Programação Mensal de Treinamento

Mês: Ano:

IMED INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO — CUIDANDO COM RESPEITO

Data	Horário	Tema	Público Alvo	Local	Facilitador

Cabe a liderança do setor a divulgação da programação encaminhada, definição do participante e posterior liberação. A recomendação é que a Programação Mensal de Treinamento, esteja em local de fácil acesso para visualização da equipe, preferencialmente fixada no mural do setor.



Mesmo possuindo uma Programação Anual de Treinamento, novas atividades podem ser incorporadas ao longo do ano, de acordo com a necessidade institucional. Neste caso, por meio de comunicação interna, a liderança deverá encaminhar o LNT para o Núcleo de Educação Permanente.

D – EXECUÇÃO DO TREINAMENTO

Para execução do treinamento o facilitador responsável pela atividade, deve preencher e encaminhar ao NEP, o formulário Plano de Treinamento

No Plano de Treinamento, é estabelecido o objetivo, carga horária, local, público alvo, tópicos do conteúdo que será abordado, recursos audiovisuais, dentre outras informações relevantes ao processo ensino aprendizagem. Uma cópia da apresentação e o material disponibilizado aos colaboradores, deve ser anexo ao plano.

O NEP possui diretrizes específicas para orientação dos facilitadores, quanto a elaboração do Plano de Treinamento com base nos conceitos didáticos e princípios da aprendizagem de adultos:

- Precisam de um motivo para aprender algo;
- São práticos e dão valor à relevância;
- Necessitam de exemplos concretos para aplicação;
- Aprendem a partir da experiência, e trazem consigo conhecimentos que precisam ser levados em consideração;
- São orientados por metas, precisam estar envolvidos no processo de aprendizagem, assumindo responsabilidades.



Formulário – Plano de Treinamento

Plano de Treinamento

Tema:		Previsto PTA: ○ Sim ○ Não	N°/NEP:
Facilitador:	Público Alvo:	Carga Horária:	
Local: ○ Sala de Treinamento ○ In loccco		Material para reprodução:: ○ Sim ○ Não N° Cópias:	
Objetivo Geral:		Objetivos Específicos:	
Conteúdo Programático:			
Recursos Áudiovisuais:		Investimento:	
Validação:		Referências Bibliográficas:	
Carimbo/Assinatura - Facilitador:	Data:	Carimbo/Assinatura - NEP	Data:

Com base no Plano de Treinamento, o NEP irá providenciar o material necessário para operacionalização da atividade, bem como, as ações a serem tomadas e ou verificadas, antes, durante e após a sua realização.

Para garantir a organização adequada e o sucesso do treinamento, criamos um formulário Check List - Treinamento, conforme modelo abaixo.

O profissional do Núcleo de Educação Permanente, deve seguir rigorosamente a checagem do check list para execução do treinamento.

Formulário - Check List - Treinamento

Check List - Treinamento

Tema:	Data:	Horário:

Pré Execução:

- ◯ Conferir limpeza da sala de treinamento e banheiros
- ◯ Elaborar Lista de Presenças
- ◯ Imprimir Avaliação de Reação e material quando necessário
- ◯ Providenciar e testar os recursos audiovisuais (data show, som e vídeo)
- ◯ Conferir limpeza da sala de treinamento e banheiros
- ◯ Checar folhas do flipchart e testar canetas
- ◯ Dispor cadeiras em forma de ferradura
- ◯ Colocar música ambiente
- ◯ Providenciar água e copos para o bebedouro
- ◯ Testar luminosidade
- ◯ Ligar o ar condicionado com 01 hora de antecedência
- ◯ Disponibilizar na mesa do facilitador - ponteira laser

Execução:

- ◯ Recepcionar falicitador e colaboradores
- ◯ Apresentar o falicitador
- ◯ Entregar o material quando necessário
- ◯ Orientar e checar assinatura na lista de presença
- ◯ Entregar e recolher a avaliação de reação

Pós Execução:

- ◯ Desligar recursos áuidio visuais, ara condicionado e luzes
- ◯ Solicitar limpeza do local
- ◯ Providenciar a confecção dos certificados
- ◯ Realizar tabulação da avaliação de reação
- ◯ Registrar informações no controle estatístico

Realizado por (carimbo/assinatura):

E – AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO

Realizado o treinamento torna-se muito importante saber se ele trouxe ou não bons resultados, bem como, quais os pontos que podem ser potencializados. No IMED esta fase é realizada em dois momentos, na avaliação de

reação realizada pelo colaborador e na validação do treinamento feita pela liderança.

Avaliação de Reação

A avaliação de reação é realizada pelo colaborador, após a execução do treinamento. O objetivo é identificar a visão dos profissionais em relação à atividade, ou seja, sua percepção sobre a experiência de aprendizagem, seu conteúdo e como ele foi transmitido, sua aplicabilidade na prática profissional, dentre outras questões.

Após o treinamento, o Núcleo de Educação Permanente, irá tabular os formulários de Avaliação de Reação, cujos resultados servirão de base para melhorias contínuas e irão alimentar o indicador percentual de satisfação do colaborador com os treinamentos realizados.

Como citado anteriormente, é neste momento que utilizamos a terceira etapa do ciclo do PDCA - a checagem. Diante dos resultados apresentados, podemos intervir e promover a melhoria do treinamento, afinal o que desejamos é o maior engajamento possível do colaborador.

Formulário – Avaliação de reação

IMED

Avaliação de Reação

Nome (Opcional):		Setor:
Facilitador:	Tema::	Data:
Sua nota para o treinamento (01 - 10)		Sua nota para o facilitador (01 - 10)

Coloque um "x" na alternativa escolhida:

O conteúdo do treinamento foi:

( ) Acima da Expectativa ( ) Dentro da Expectativa ( ) Abaixo da Expectativa

Os recursos didáticos favoreceram o seu aprendizado ?

( ) Sim ( ) Em parte ( ) Não

As condições do local estavam adequadas? ( ) Sim ( ) Não	Justifique:

Suas sugestões para novos treinamentos:

IMED

Validação do Treinamento

Sempre que possível, o treinamento deve ser validado quanto a sua eficácia. O método de como será realizada a validação, deve constar no Plano de Treinamento.

Caso os resultados não atinjam os objetivos desejados, uma plano de ação será desenvolvido em busca da resolução do problema. A liderança deverá utilizar o formulário Validação do Treinamento, padronização pelo NEP.

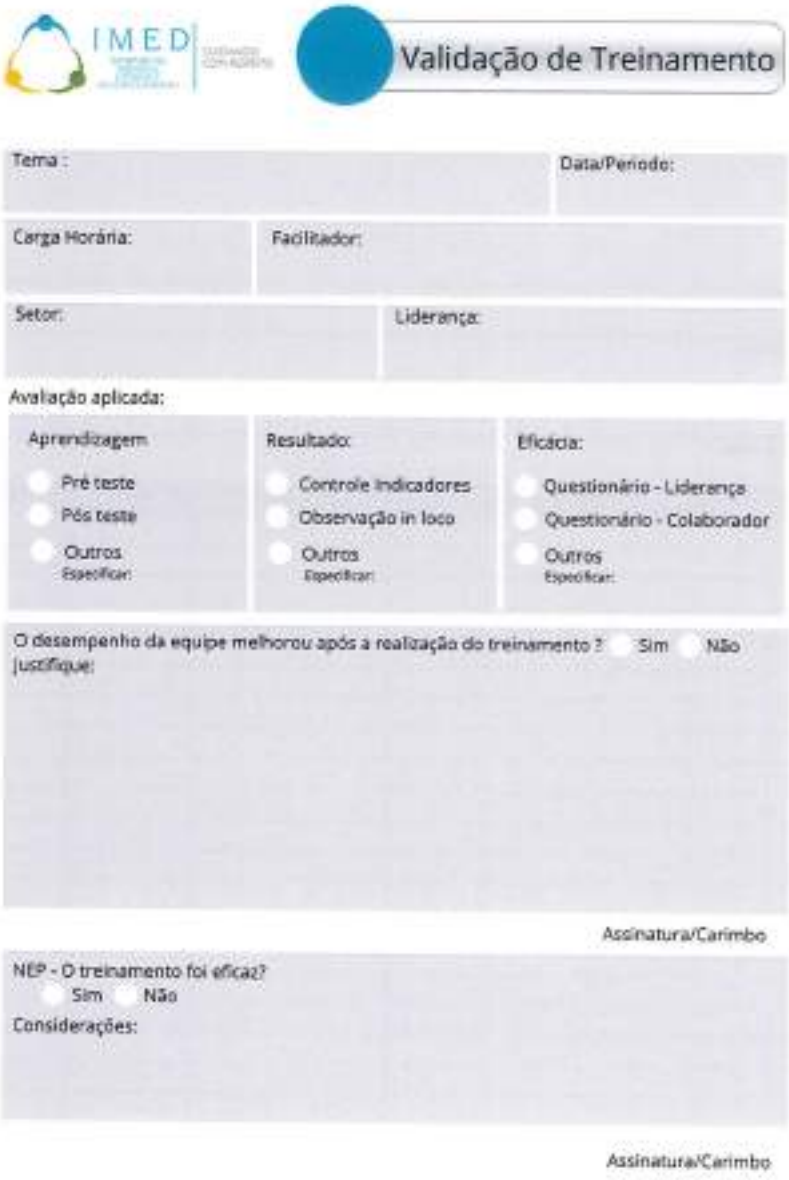
No formulário, a liderança deve apontar qual a avaliação foi aplicada: aprendizagem (pré teste ou pós teste),resultado (controle dos indicadores ou observação in loco) e eficácia (questionário para a liderança ou questionário para o colaborador). Em todas as alternativas haverá um campo, em que a Liderança poderá especificar outro tipo de avaliação.

Na sequência, com base nos resultados da avaliação a Liderança irá responder ao questionamento - O desempenho da equipe melhorou após a realização do treinamento? Independente da resposta, positiva ou negativa, o profissional deve justificar as melhorias e problemas identificados no âmbito organizacional (eficácia dos processos, imagem, relacionamento), atividades (produtividade, qualidade, redução de custos, diminuição de manutenção corretiva de equipamento) e pessoas (redução rotatividade, redução de absenteísmos, mudança de atividade, interação de equipe, redução de índice de acidente).

Os critérios e o prazo determinado para validação do treinamento (imediato, 30, 60 e 90 dias) devem ser estabelecidos no Plano de Treinamento.



Formulário – Validação de Treinamento



IMED

Validação de Treinamento

Tema :

Data/Período:

Carga Horária:

Facilitador:

Setor:

Liderança:

Avaliação aplicada:

Aprendizagem
- Pré teste
- Pós teste
- Outros
  Especificar:

Resultado:
- Controle Indicadores
- Observação in loco
- Outros
  Especificar:

Eficácia:
- Questionário - Liderança
- Questionário - Colaborador
- Outros
  Especificar:

O desempenho da equipe melhorou após a realização do treinamento ? Sim Não
Justifique:

Assinatura/Carimbo

NEP - O treinamento foi eficaz?
Sim Não
Considerações:

Assinatura/Carimbo

Lista de Presença

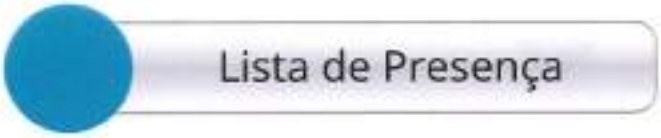
Preconizamos que no início do treinamento, o colaborador realize o registro e assinatura de sua presença ao treinamento, no formulário Lista de Presença.

A Lista de Presença é um documento de suma importância, requerido pelas normas de gestão da qualidade, para comprovação legal da realização do treinamento, e nos apoia na alimentação do indicador hora/homem de treinamento.

O Núcleo de Educação Permanente, irá manter o arquivo das Listas de Presenças dos treinamentos realizados, pelo prazo de 05 (cinco) anos, ficando à disposição do Fiscal de Trabalho e entidades representativas da categoria profissional, conforme determina legislação pertinente.

IMED

Formulário – Lista de Presença



Atividade:				
Facilitador:				
Data:	**Horário/Início:**		**C. Horária:**	
Público Alvo:		**Local:**		
Nº	**Nome**	**Assinatura**	**Setor**	**Cargo**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Observações:				

Total de Participantes: _____ **Assinatura do Facilitador:** _____

Certificado

Ao final do treinamento, é emitido o Certificado de participação, para que o colaborador possa comprovar sua qualificação profissional.

Formulário - Certificado



IMED

CERTIFICADO

Certificamos que _____ [nome do participante] _____ participou

_____ [tipo e nome da atividade] _____ no período de

_____ [data/período] _____ carga horária: _____ [tempo da atividade] _____

[Cidade/Estado] _____ [Dia] de _____ [Mês] de _____ [Ano]

_____

[carimbo/assinatura do Núcleo de Educação Permanente]

Participação em Atividades Externas

O setor de saúde está em constante processo de crescimento e inovação tecnológica, que tendem a beneficiar todos os elos da cadeia. As instituições de saúde, ensino e entidades de classe, na buscam de acompanharem esse movimento de renovação, propiciam aos profissionais eventos de cunho científico nos mais diversos formatos.

O IMED compreende que os eventos externos, contribuem de maneira significativa e complementam a formação dos profissionais, por meio da aquisição de compartilhamento de experiências, informações e tendências. Favorecem o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades necessários ao desempenho das atividades do profissional com eficiência, eficácia e efetividade e consequente melhoria dos processos de trabalho da instituição.

IMED



Entende-se por atividades externas todo evento técnico, científico ou cultural promovido por entidades externas ao ambiente da instituição no qual o colaborador atua, inclui-se neste contexto as Visitas Técnicas em outros serviços de saúde.

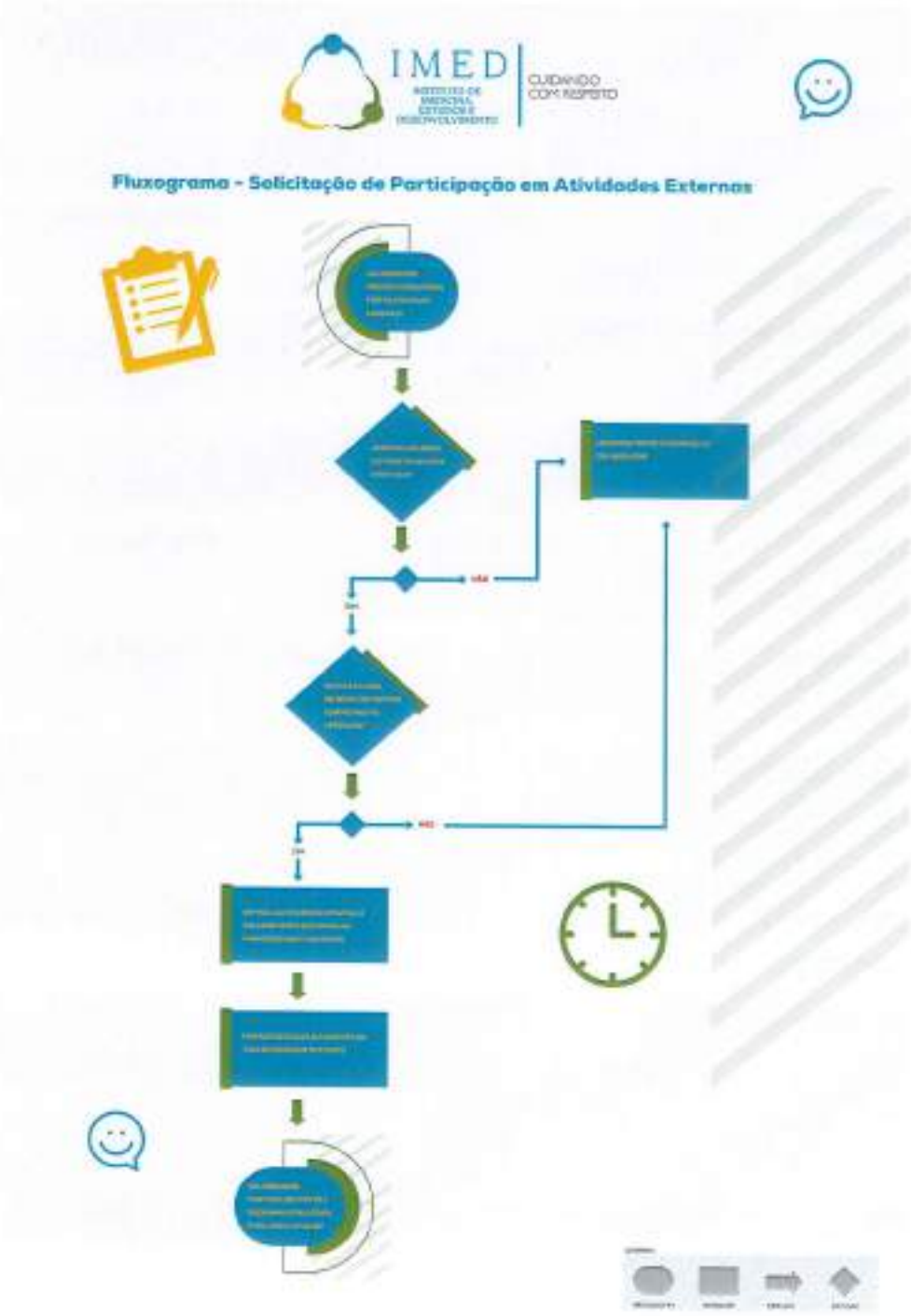
A liberação do colaborador para participação em atividades externas é orientada por critérios básicos como: pertinência da temática do evento com a área de atuação e o plano anual de treinamento. A concessão para participação do colaborador em atividades externas, possui as seguintes etapas:

- A participação em atividades externas é realizada por meio do formulário Solicitação de Concessão para Atividades Externas, aprovada pela Diretoria da área e validada pela Diretoria Administrativa.
- A solicitação de concessão para atividade externa deve ser encaminhada ao Setor de Recursos Humanos até o dia 20 de cada mês.
- A inscrição do colaborador é realizada pelo NEP, portanto, é imprescindível que o folder da atividade externa seja anexado à solicitação, para obtenção dos dados precisos à realização da inscrição.
- De posse da solicitação para concessão de atividade externa, o NEP deve contatar a empresa para promover a inscrição do colaborador. Neste momento realiza a negociação quanto ao comprovante de inscrição (nota fiscal) e forma de pagamento.
- Caso a nota fiscal não seja entregue no ato da inscrição, o colaborador deve retirá-la no dia do evento. A NF deve ser entregue no NEP, no primeiro dia após o término da atividade.
- O NEP encaminha ao Setor Financeiro, por meio de comunicação interna as informações para o pagamento e informa ao colaborador solicitante.
- Caso seja necessário traslado, hospedagem e gastos com refeições, as reservas e despesas devem ser realizadas pelo colaborador que terá o valor ressarcido pelo Setor Financeiro mediante a entrega dos comprovantes.
- Ao retornar da atividade externa, o colaborador deve entregar o relatório de atividade externa e quando houver, cópia do material ao Núcleo de Educação permanente.
- O colaborador se compromete a repassar o novo conhecimento adquirido com aos colegas de equipe, sempre que solicitado e estabelecido na programação mensal de atividades internas.
- Finalizando o processo, o NEP irá registrar em planilha específica, as seguintes informações:
- Carga horaria hora/homem treinamento
- Valor do investimento | Atividades Externas

- A Solicitação de Concessão para Atividades Externas e o relatório, devem ser arquivados no prontuário do colaborador.

- Em relação à Visita Técnica, o contato deve ser realizado diretamente pelo o colaborador ou Liderança. Sendo de responsabilidade do segundo, o envio de Comunicação Interna ao Núcleo de Educação Permanente, informando local, período e finalidade. Caso seja necessário traslado, hospedagem e gastos com refeições, as reservas e despesas devem ser realizadas pelo colaborador que terá o valor ressarcido pelo Setor Financeiro mediante a entrega dos comprovantes.

-



Formulário de Solicitação de Concessão para Atividades Externas



Nome:			
Cargo:	Setor:	Horário:	
Liderança:		Data Admissão:	
Instituição Promotora do Evento:		Local:	
Nome do Evento:			
Data:	Valor do Evento:	Carga Horária:	
Hospedagem:	Traslado:	Ajuda de Custos:	Valor Total:
Observações:			

Assinaturas:

Colaborador:	Liderança:	Diretor Área:	Diretor Adm:	NEP:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:

Programa de Treinamento - Área Médica

Conforme abordagem anterior, a área da saúde passa por transformações constantes, os avanços cientificos e tecnológicos surgem com uma velocidade exponencial e, por isso, muitas vezes, é difícil serem acompanhadas pelo profissional médico que possui um ritmo incessante de trabalho.

Diversos estudos publicados nos últimos anos, indicam que os médicos que participam de atividades formais de desenvolvimento profissional, têm maior probabilidade de prestar melhores cuidados.

Portanto, estabelecer um programa de aperfeiçoamento para o profissional médico, é uma estratégia fundamental para a busca de um atendimento eficaz, otimização dos processos, retenção do profissional e sustentabilidade financeira da instituição.

Nesse contexto, e pela especificidade de atuação desta categoria, o IMED, enfatiza o aperfeiçoamento por meio de uma plataforma virtual de aprendizagem, dinâmica e customizada, cujos conteúdos são desenvolvidos por convidados externos e especialistas nas diversas áreas médicas da instituição.

Ao ingressar no corpo clínico o médico recebe uma senha de acesso, que permitirá o seu acesso à plataforma e benefícios oferecidos.

Na plataforma online, de acordo com a necessidade da instituição e do médico, poderão ser disponibilizados conteúdos já desenvolvidos por outras entidades de classe como a Associação Médica Intensiva Brasileira (AMIB), Sociedade Brasileira de Anestesiologistas (SBA), dentre outras.

Um parceiro que poderá ser importante para consolidação do programa de aperfeiçoamento é o PROADI-SUS, um programa inovador lançado em 2008, pelo Ministério da Saúde, pelo qual instituições hospitalares, sem fins lucrativos (Oswaldo Cruz, Albert Einstein, Beneficência Portuguesa, Hospital do Coração, Moinhos de Vento e Sirio Libanês), desenvolvem projetos utilizando as suas competências para qualificar e desenvolver o SUS em todo o Brasil.

Na área de capacitação de recursos humanos, os hospitais criaram projetos para qualificar a mão de obra do SUS em todo o Brasil em competências consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, são desenvolvidos cursos à distância e presenciais em atenção básica, atenção especializada, urgência e emergências, agravos urgentes como epidemias, atenção farmacêutica, gestão, entre outros temas. Tais cursos não são apenas de qualificação, sendo muitos também de formação.

Conforme divulgado no endereço eletrônico do PROADI, os projetos são executados dentro de triênios específicos. Até 2019, cerca de 550 projetos foram desenvolvidos, e muito outros continuam em desenvolvimento.

Os temas são definidos pelo diretor da área médica. O desenvolvimento do conteúdo, objetivos, metodologia são estabelecidos pelo facilitador convidado com o apoio do parceiro contratado para manutenção da plataforma.

Podem ser desenvolvidos simulação de casos clínicos de doenças predominantes na instituição. Além de temas com foco nos aspectos clínicos, serão incorporados temas como: Visão estratégica, negociação, liderança e autoliderança, equipes de alta performance, análise crítica e resolução de problemas, tomada de decisão, inteligência emocional, comunicação assertiva, dentre outros.

Para as atividades virtuais, disponibilizamos um computador com internet banda larga, devidamente equipado, em local propício ao desenvolvimento da aprendizagem.

O ambiente virtual de aprendizagem tem como base as seguintes salas:

TELECONFERÊNCIA – PERMITEM QUE O PROFISSIONAL MÉDICO TENHA UM CONTATO MAIS PRÓXIMO DO FACILITADOR, PERMITINDO A DISCUSSÃO DO ASSUNTO ENTRE OS PARTICIPANTES.

CURSOS – VÍDEOS GRAVADOS COM OU SEM TUTORIA. NESTA MODALIDADE, A FERRAMENTA PERMITIRÁ A ADOÇÃO DE TESTES DE CONHECIMENTO E MATERIAL APOSTILADO.

RODA DE CONVERSAR – SALA DESTINADA AOS MÉDICOS QUE INTEGRAM O CORPO CLÍNICO DAS UNIDADES ADMINISTRADAS PELO IMED.

TUTORIAIS – A PLATAFORMA IRÁ DISPONIBILIZAR TUTORIAIS COM INFORMAÇÕES ÚTEIS COMO ABORDAGEM AOS PACIENTES E FAMILIARES, TÉCNICAS DE TRATAMENTO, SEGURANÇA DO PACIENTE, PESQUISA CLÍNICA, DENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS QUE POSSAM AGREGAR VALOR AO COTIDIANO DO MÉDICO.

PESQUISA – SERÃO DISPONIBILIZADAS PESQUISAS CIENTÍFICAS, NAS MAIS DIVERSAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Será agregado à ferramenta, o onboarding específico para o médico recém admitido, como forma de promover a integração organizacional, a fim de apresentar, alinhar e capacitar os novos profissionais à cultura organizacional da instituição.

Além da plataforma, podem ocorrer aulas presenciais, conforme programação, elaborada pela direção médica da instituição, com base nas solicitações realizadas pelos profissionais que integram o Corpo Clínico.

As aulas são gravadas e disponibilizadas na plataforma online, para que os médicos que não puderam comparecer, possam acessar no momento mais adequado.

Será utilizada a metodologia expositiva e dialogada, cujos conteúdos selecionados serão apresentados, utilizando-se de técnicas de ensino-aprendizagem, a fim de estimular o pensamento crítico-reflexivo sobre as ações, que cada participante desenvolve no seu cotidiano.

Os facilitadores serão os profissionais médicos que integram o corpo clínico da instituição ou convidados externos, neste segundo grupo incluem-se médicos que atuam em outras unidades administradas pelo IMED.

Pretende-se criar um ciclo de aprendizado, por meio de uma rede colaborativa entre os membros do corpo clínico de outras unidades, oportunizando a troca de experiências, favorecendo as melhores tomadas de decisões sobre tratamentos, contribuindo com os desfechos clínicos de pacientes e resultados nos processos hospitalares.

Os certificados de conclusão serão emitidos pelo Departamento de Ensino e Pesquisa da instituição de saúde.

Incentivando o benchmarking



As visitas técnicas são consideradas atividades de cunho educativo, desenvolvido em ambiente externo à instituição, visitando ampliar conhecimentos e melhores práticas relacionados a área de atuação do profissional médico.

O NEP atuará como facilitador, criando uma ponte entre o profissional médico solicitante e a instituição que será visitada. O proponente da Visita Técnica deverá preencher o formulário Solicitação de Visita Técnica, o qual deverá ser inicialmente submetido à apreciação do diretor médico.

Diante da solicitação, o diretor médico avaliará o mérito da atividade e decidirá sobre sua viabilidade e aplicabilidade, de acordo com os critérios estabelecidos pela instituição. Sendo deferido, diante da disponibilidade de recursos, poderá ser liberada uma verba financeira para apoio no traslado, hospedagem e alimentação.

Após a realização da Visita Técnica, o profissional deverá realizar o repasse aos demais médicos do Corpo Clínico, seja por meio da aula presencial ou um tutorial no ambiente virtual.

Programa Reuniões Científicas

A reunião científica é utilizada como estratégia para conciliar teoria e prática. Teoria significa o tratamento o conceitual de um assunto, em geral por meio da apresentação de seus princípios e técnicas. Prática significa o tratamento empírico ou pragmático de um assunto, em geral por meio de exemplos

O IMED incorporou o Programa Reunião Científica no escopo do Núcleo de Educação Permanente, pois acredita que este método apresenta uma alternativa atraente de oportunidade de aprendizagem por meio das discussões de casos clínicos, viabilizando inclusive, a padronização do plano tera-



ou da aplicação dos princípios e técnicas à solução dos problemas.

pêutico multidisciplinar nas mais diversas especialidades da área da saúde.

Integram a reunião científica, membros da Equipe Multidisciplinar da Instituição: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico, assistente social, psicólogo, biomédico e odontólogo.

Entende-se por Equipe Multidisciplinar a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais quere conhecem 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

A Reunião Científica possui os seguintes objetivos:



Um caso clínico é uma descrição de uma situação que exige análise ou decisão, é apresentado na forma de um relato, apresenta as seguintes características:

- Descreve uma situação real que faça parte do cotidiano do profissional na sua respectiva área de atuação.
- O caso é discutido à luz da evidência científica
- Mostra a aplicação prática de conceitos e técnicas, estabelecendo vínculos entre a teoria e realidade de recursos da instituição.

Desenvolve habilidade interpessoais.

O Plano Terapêutico Multidisciplinar integra e direciona a assistência ao paciente, por meio do levantamento dos problemas ativos ou riscos durante o período de internação, a definição de meta ou resultado esperado para o respectivo problema ativo e a avaliação do resultado atingido.

A definição dos temas, bem como, dos profissionais escolhidos de acordo com a sua especialidade é de reponsabilidade dos diretores das áreas médica e assistencial, que utilizam como parâmetro, o perfil epidemiológico da instituição, e identificam as patologias de maior relevância de atendimento.

A metodologia pressupõe encontros quinzenais, com duração de no máximo três horas, presenciais ou por meio de web conferência. Com agenda prévia enviada por meio eletrônico.

Para o Estudo de Caso os profissionais são orientados a utilizarem o roteiro proposto por Galdeano, Rossi e Zago em seu artigo – Roteiro Instrucional para Elaboração de um Estudo Clínico (Rev.Latino-am Enfermagem 2003).

Questões norteadoras

Como o próprio nome diz, as questões norteadoras irão nortear o estudo de caso. Em geral, usamos as seguintes questões: quê? quem? como? porquê? e qual? Exemplificando:

- Quem é a pessoa envolvida no caso ou qual é o lugar que está sendo estudado?;
- O que aconteceu? ou qual é o problema?;
- como aconteceu? é importante seguir uma ordem cronológica;
- Por que aconteceu?;
- quais as alternativas para solucionar ou amenizar os problemas identificados?;
- Que soluções ou alternativas estão sendo propostas?

É importante que, ao final do estudo de caso, todas essas questões sejam esclarecidas.

Identificação

Essa fase é muito importante para o desenvolvimento do estudo de caso, consiste na fase de coleta de informações, que deve ser realizada, utilizando-se várias fontes de informação (entrevista, observação, exame fi-

sico, prontuário do paciente, familiares, etc)

O objetivo é investigar, com profundidade, a pessoa ou local em estudo.

Nessa etapa, é importante que se construa um instrumento de coleta de dados, para servir de guia de orientação para o profissional, permitindo o direcionamento e o registro das observações realizadas e assegurando que não sejam omitidos dados considerados essenciais para investigar e explorar o que se deseja. A estrutura do instrumento de coleta deve retratar o referencial teórico adotado, a dinâmica do serviço, o padrão de organização da assistência e a especificidade da clientela assistida.

A decisão sobre desenvolver um estudo de caso normalmente ocorre mediante a observação de um problema que merece um estudo mais aprofundado ou necessita dele, podendo ser, por exemplo, o padrão respiratório ineficaz em pacientes cardíacos, ou ainda, integridade da pele prejudicada em pacientes acamados. No nosso exemplo, o padrão respiratório ineficaz ou a integridade da pele prejudicada seria nosso "foco de atenção". No entanto, ao desenvolver o estudo de caso, não podemos restringir a investigação ao foco de atenção, já que procuramos entender não somente o que aconteceu ou qual o problema, mas também como, por que e qual a sua relação com as outras alterações identificadas. Ressaltamos que o paciente deve ser avaliado de maneira integral e individualizada, considerando seus aspectos biopsicossociais.

Resumo dos problemas ou alterações identificados

Essa fase consiste em analisar e categorizar os dados para o levantamento de problemas. Corresponde ao momento em que os dados são agrupados para caracterizar e definir determinado problema.

No relatório, deve constar um resumo das alterações identificadas nos diversos sistemas (respiratório, cardiovascular, etc.) ou necessidades básicas(oxigenação, circulação, ter-



morregulação, etc.),dependendo do referencial teórico adotado.

Para exemplificar, apresentamos, a seguir, um modelo de categorização dos problemas para enfermagem, considerando o exemplo, dados de um paciente que será submetido a uma revascularização do miocárdio, utilizando-se, como referencial teórico, o modelo conceitual de Wanda Horta, que se baseia na teoria das necessidades básicas:

A NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO – DISPNEIA, ORTOPNÉIA, DISPNEIA PAROXÍSTICA NOTURNA E MURMÚRIOS VESICULARES DIMINUÍDOS EM ÁPICE PULMONAR ESQUERDO;

B NECESSIDADE DE CIRCULAÇÃO – PACIENTE COM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E HIPERTENSÃO SERÁ SUBMETIDO A UMA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, AO EXAME PA=200X100MMHG E PULSO APICAL ARRÍTMICO, APRESENTA EDEMA (+++/4+) MALEOLAR BILATERAL E TRAJETOS VARICOSOS BILATERAIS EM MEMBROS INFERIORES;

C NECESSIDADE DE INTEGRIDADE FÍSICA – PACIENTE REFERE NÃO SEGUIR AS ORIENTAÇÕES MÉDICAS E NÃO FAZER USO DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS. REFERE SER TABAGISTA HÁ 30 ANOS (MÉDIA DE DOIS MAÇOS POR DIA);

D NECESSIDADE DE SEGURANÇA – PACIENTE REFERE ESTAR EXTREMAMENTE ANSIOSO EM RELAÇÃO À CIRURGIA E TER MUITO MEDO DE MORRER.

Fundamentação teórica

Nesse momento, é fundamental o aprofundamento da fisiopatologia, procurando buscar informações que justifiquem as alterações ou problemas identificados. Dessa forma, procuramos, embasados na literatura, responder como? e por quê? à presente situação.

Baseando-se nos dados apresentados no exemplo anterior, podemos observar que o paciente apresenta, entre outros problemas: dispneia, ortopnéia e dispneia paroxística noturna. Logo, esta fase consiste em identificar como? e por quê? essas alterações estão presentes e qual a relação com o diagnóstico do paciente.

Desse modo, cada alteração encontrada deve ser fundamentada na literatura.

Apresentamos, a seguir, um exemplo da fase de fundamentação teórica, considerando os problemas discutidos acima – dispneia /ortopnéia /dispneia paroxística noturna e doença arterial coronariana.

"A dispneia de origem cardiovascular é resultante da insuficiência cardíaca, uma vez que reflete a incapacidade do coração em produzir um débito cardíaco suficiente para satisfazer às necessidades teciduais de oxigênio". "A ortopnéia e a dispneia paroxística noturna também são manifestações da insuficiência cardíaca, e ocorrem em pacientes com edema periférico cujo líquido intersticial é reabsorvido para a circulação central, quando o paciente se encontra em decúbito dorsal, le-

vando-o a uma sensação de falta de ar"

Alternativas ou propostas

A quinta etapa corresponde em buscar na literatura as estratégias ou alternativas existentes para a resolução dos problemas identificados.

É importante entender e descrever essas alternativas de forma a identificar a melhor proposta para o problema identificado e ajudar na tomada de decisões.

Ações implementadas ou recomendas

Essa etapa consiste em descrever a alternativa escolhida para reverter ou amenizar os problemas identificados, justificando o porquê da escolha.

Caso a alternativa ou proposta escolhida seja colocada em prática é importante acompanhar a evolução, registrando as mudanças.

Discussão

Corresponde apresentação e discussão do estudo de caso com outros profissionais. Essa etapa tem por objetivo envolver os profissionais no caso estudado, incentivar um processo de pensamento e julgamento, levantando discussões que irão determinar outras propostas e troca de experiências, resultando em um processo de decisão e avaliação.

Registro das Reuniões Científicas

O registro deve ser realizado no formulário Ata de Reunião, para que quando necessário, possa ser realizado o resgate histórico dos assuntos debatidos e decisões deliberadas. A ata é um documento legal e promove o incentivo para que os assuntos acordados pela equipe sejam colocados em prática.

A redação da ata, será de responsabilidade do profissional do Núcleo de Educação Permanente ou por profissional por ele designado.

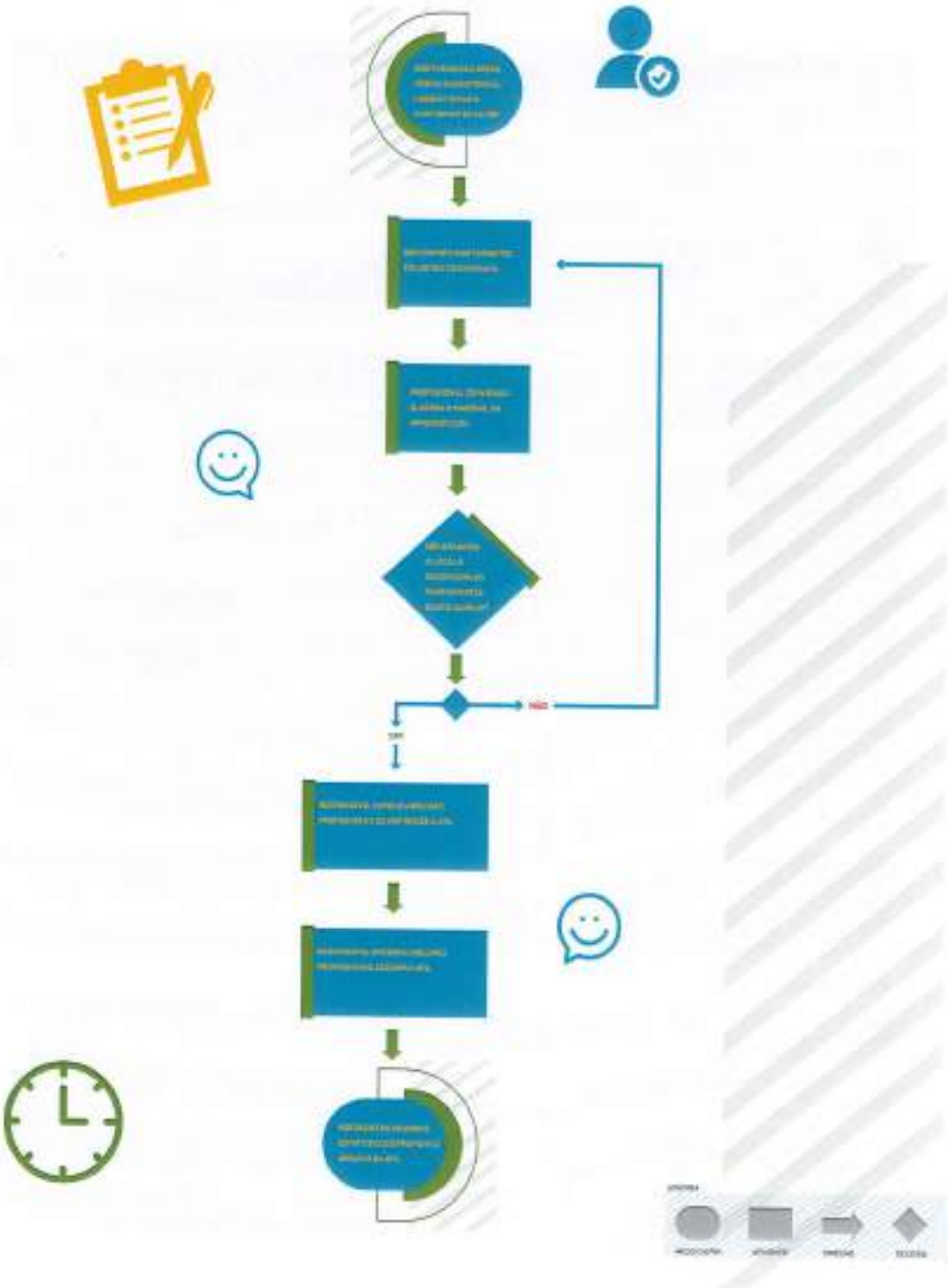
Após a sua elaboração, a ata deve ser assinada por todos os profissionais que participaram da reunião. O NEP utilizará o documento para contabilizar as horas de treinamento e em seguida irá promover o arquivo da ata em local apropriado.



Formulário - Ata de Reunião

IMED
INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
CUIDANDO COM RESPEITO

Fluxograma - Realização de Reuniões Científicas



Formulário - Ata de Reunião

IMED

Ata de Reunião

Área/Setor/Comissão :		Responsável:	
Data:	Local:	Hora:	Ata Nº:
Pauta:			
Participantes/Setor:		Ausentes:	
Desenvolvimento:			
Pendências:		Próxima reunião: Data/Horário	

Participante:	Assinatura:

Programa de Aperfeiçoamento para Médicos

A área da saúde passa por transformações constantes, os avanços científicos e tecnológicos surgem com uma velocidade exponencial e, por isso, muitas vezes, é difícil serem acompanhadas pelo profissional médico que possui um ritmo incessante de trabalho.

Diversos estudos publicados nos últimos anos, indicam que os médicos que participam de atividades formais de desenvolvimento profissional, têm maior probabilidade de prestar melhores cuidados.

Portanto, estabelecer um programa de aperfeiçoamento para o profissional médico, é uma estratégia fundamental para a busca de um atendimento eficaz, otimização dos processos, retenção do profissional e sustentabilidade financeira da instituição.

Nesse contexto, o programa de aperfeiçoamento para médicos (PAP – Médicos), desenvolvido pelo IMED, tem como finalidade, colaborar com a formação continua dos profissionais, que integram corpo clínico.

O objetivo do programa é contribuir com o aperfeiçoamento dos profissionais médicos, estabelecendo uma cultura de mudança e aprimoramento da prática profissional.

O PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO

Médico, proposto pelo IMED, utilizará o método da problematização com a análise do diagnóstico situacional. O programa se caracteriza por uma estrutura híbrida por meio de aulas presenciais, visitas técnicas, participação em congressos e atividades virtuais.

IMED
INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
CUIDANDO COM RESPEITO

Programa de Aperfeiçoamento - Médico

- Aulas presenciais
- Visitas Técnicas
- Participação em Congressos
- Atividades virtuais



IMED

Aulas Presenciais

Será estabelecida uma programação mensal, elaborada pela direção médica da instituição, com base nas solicitações realizadas pelos profissionais que integram o corpo clínico.

Os treinamentos serão gravados e disponibilizados na plataforma online, para que os médicos que não puderam comparecer, possam acessar no momento mais adequado.

Será utilizada a metodologia expositiva e dialogada, cujos conteúdos selecionados serão apresentados, utilizando-se de técnicas de ensino-aprendizagem, a fim de estimular o pensamento crítico-reflexivo sobre as ações, que cada participante desenvolve no seu cotidiano.

Os facilitadores serão os profissionais médicos que integram o corpo clínico da instituição ou convidados externos, neste segundo grupo incluem-se médicos que atuam em outras unidades administradas pelo IMED.

Pretende-se criar um ciclo de aprendizado, por meio de uma rede colaborativa entre os membros do corpo clínico de outras unidades, oportunizando a troca de experiências, favorecendo as melhores tomadas de decisões sobre tratamentos, contribuindo com os desfechos clínicos de pacientes e resultados nos processos hospitalares.



Os certificados de conclusão serão emitidos pelo Departamento de Ensino e Pesquisa da instituição de saúde.

Visitas Técnicas

São consideradas visitas técnicas as atividades de cunho educativo, desenvolvido em ambiente externo à instituição, visitando ampliar conhecimentos relacionados a área de atuação do profissional médico.

O Departamento de Ensino e Pesquisa atuará como facilitador, criando uma ponte



entre o profissional médico solicitante e a instituição que será visitada. O proponente da Visita Técnica deverá preencher o formulário Solicitação de Visita Técnica, o qual deverá ser inicialmente submetido à apreciação do diretor médico.

Diante da solicitação, o diretor médico avaliará o mérito da atividade e decidirá sobre sua viabilidade e aplicabilidade, de acordo com os critérios estabelecidos pela instituição. Sendo deferido, diante da disponibilidade de recursos, poderá ser liberada uma verba financeira para apoio no traslado, hospedagem e alimentação.

Após a realização da Visita Técnica, o profissional deverá realizar o repasse aos demais médicos do Corpo Clínico, seja por meio da aula presencial ou um tutorial no ambiente virtual.

Participação em Congressos

A participação dos profissionais em congressos, seminários, fóruns, dentre outros, é fundamental para a integração, favorece o *networking*, criando conexões positivas ao seu desenvolvimento.

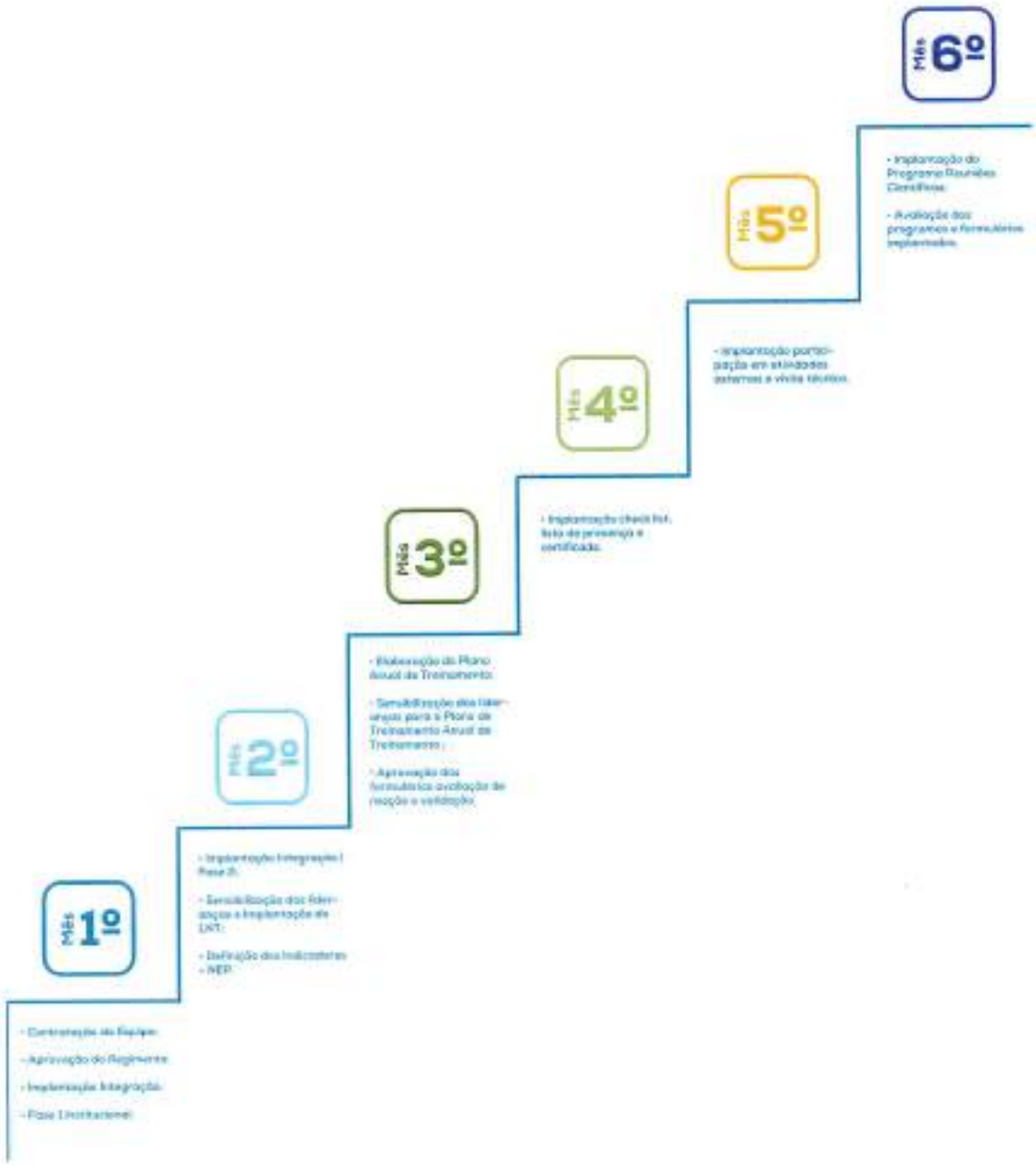
O profissional médico deve encaminhar ao Departamento de Ensino e Pesquisa, a solicitação informando os dados do evento e anexar a programação. O diretor médico irá realizar a análise, deferindo ou indeferindo a solicitação.

O Departamento de Ensino e Pesquisa, sempre que possível, irá apoiar o profissional no que se refere à subvenção para participação no evento, seja por recursos próprios da instituição ou apoio de empresas parceiras.

Será de responsabilidade do Departamento de Ensino e Pesquisa a manutenção de um banco de dados de eventos externos e a divulgação dos eventos para os membros do corpo clínico da instituição.

Cronograma de Implantação do Núcleo de Educação Permanente - NEP

Nossa proposta é que o Núcleo de Educação Continuada – NEP, seja implantado no prazo de 6 (seis) meses, à partir da data de início da Gestão, conforme descrito na ilustração abaixo:



ITEM 3.5.1 - APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

O processo de desenvolvimento humano do IMED, parte do pressuposto do cuidado e a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais em ação na rede de serviços. Para o IMED, o desenvolvimento é a realização no encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações.Propomos portanto, que os processos de desenvolvimento humano dos profissionais lotados no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, tomem como referência as necessidades das pessoas lotadas no hospital, da gestão setorial e do controle social e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação.

As demandas para o desenvolvimento não se limitarão somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que serão identificadas as necessidades de qualificação e desenvolvimento, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde serão parte para propor o desenvolvimento humano são feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- Democratização institucional;
- Desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- Desenvolvimento de capacidades de enfrentamento criativo em situações de saúde;
- Trabalho em equipes matriciais;
- Melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- Constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar o desenvolvimento humano e a gestão do trabalho em saúde não são no IMED consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações Intra e Inter institucionalmente. Portanto, o desenvolvimento ocorre no âmbito da formação comportamental e técnica, de graduação, pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social do setor.

O desenvolvimento humano no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, será feita por meio das instâncias de articulação interinstitucional e engrenagens para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:

- Espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os protagonistas das ações e serviços do SUS e instituições formadoras;
- Lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento humano, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do

PESSOAS



controle social no Sistema Único de Saúde.

Os Polos funcionarão como dispositivos para promover mudanças, tanto nas práticas comportamentais quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva.

Dentre outros, são autores e protagonistas dessas instâncias de articulação do Desenvolvimento humano em Saúde:

- Gestores;
- Universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
- Escolas de Saúde Pública;
- Centros Formadores;
- Núcleos de Saúde Coletiva;
- Escolas Técnicas;
- Hospitais de ensino;
- Estudantes da área de saúde;
- Colaboradores;
- Movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Os Polos vão trabalhar com a perspectiva de construir nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar, se relacionar e executar a formação profissional e o desenvolvimento humano das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros Inter setoriais.

A esses Polos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que conferem à integralidade da atenção à saúde (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento, cuidado com todos que atuarão no hospital, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde envolverá:

- Conceito ampliado de saúde;
- Compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- Conhecimento sobre a realidade;
- Trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- Ação intersetorial;
- Auxílio, amparo e apoio;
- Conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase, malária e atualmente a COVID-19).

Para alcançar a atenção integral do desenvolvimento humano, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento no modelo de gestão do IMED, porque propicia a construção de relações continuas com os Stakeholder. Em todas as suas modalidades de operação, buscaremos a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

No IMED, o conjunto de ações para o desenvolvimento humano, funcionam como uma cadeia do cuidado progressivos, onde se considera a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento e conseguiremos alcançar tais propósitos no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, através das seguintes iniciativas:

Programa de Desenvolvimento de Líderes

Desenvolvimento, capacitação continua e customizada para todos que atuam nas lideranças de pessoas e processos:

Fortalecimento dos pontos fortes e desenvolvimento dos que precisam de melhoria é muito importante para o sucesso do plano estratégico da organização. Os líderes são direcionadores do capital humano, são eles que disseminam os valores, a visão, missão, as regras, os comportamentos esperados, bem como as metas e objetivos de curto, médio e longo prazo. Por isso, quan-





Programa de Talentos

Programa Talent Pool do IMED, uma poderosa ferramenta de gestão que proporciona uma visão completa da capacidade humana dentro da organização. A ação tem como objetivo identificar, desenvolver e valorizar as lideranças para que elas possam crescer profissionalmente e, consequentemente, contribuir com a performance dos hospitais geridos pelo Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED.



Programa de Talentos | Banco Imed, IMED



Desenvolvimento de Líderes | Banco Imed, IMED

Programa de Desenvolvimento de Equipes

Treinamento, desenvolvimento, capacitação contínua e direcionada para todos que atuam nos canais de relacionamento interno e externo.

Crescimento pessoal e desenvolvimento são uma das grandes razões para os colaboradores se sentirem motivados com seus trabalhos, pois todos os profissionais anseiam evoluir.

Ter uma equipe bem preparada contribui diretamente para o aumento da satisfação ao oferecer e ser reconhecido por prestar um atendimento personalizado e de qualidade para os clientes.

Feedback constantes

Uma das maneiras de proporcionar desenvolvimento aos colaboradores é a prática do feedback contínuo. As pessoas precisam saber como estão em suas carreiras e se o desempenho está satisfatório, quanto mais feedback for dado às equipes, haverá uma chance maior dos colaboradores passarem a agir de acordo com que a organização precisa.

Tão importante quanto dar feedback é ouvir o que seus colaboradores pensam e com frequência. Apenas o fato de que você está disposto a ouvi-los já demonstra um grande respeito.

Incentivo ao autodesenvolvimento

Incentivaremos os colaboradores do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, através dos nossos canais internos a buscarem o desenvolvimento pessoal, com o objetivo de alcançar vantagens para o indivíduo e organização.

Auxiliaremos as equipes na busca de cursos gratuitos e custearmos alguns deles, estendemos convites de palestras, simpósio e eles escolherão os temas que trará valor agregado para o desenvolvimento de suas carreiras no HESLMB.



"Elogie em público e corrija em particular. Um sábio orienta sem ofender, e ensina sem humilhar."

Mario Sergio Cortella

Respeito

Faremos do elogio uma ação constante para que ele não ocorra somente no processo de feedback formal, compartilharemos conhecimento e atuaremos como uma líder educador.

Encararemos o erro como processo de aprendizado e não permitimos a exposição de qualquer colaborador, seja qual for o cargo, a qualquer tipo correção desrespeitosa, seja sozinho ou diante dos demais colegas.

Reconhecimento

Ao ser reconhecido pelo trabalho executado e pelos resultados obtidos, estimularemos a proatividade e motivação.

Identificaremos com a criação de um comitê, atitudes que fazem a diferença no atendimento interno, externo, negociação ou na entrega de um trabalho estratégico para que a organização o torne "pública" a todas as equipes o feito e resultado.

Ações de responsabilidade sociais

As ações sociais estimulam o trabalho em equipe, fortalece laços de amizade e auxilia instituições de caridade que precisam de ajuda. Auxiliar o próximo tornou-se sinônimo de desenvolvimento, pois esse tipo de iniciativa valoriza os colaboradores, otimiza o desempenho das equipes e a aumenta a visibilidade da organização.

Realizaremos campanhas em datas comemorativas, envolveremos todos os colaboradores do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, em eventos onde a participação dos profissionais da saúde seja importante.


HELINFORMA

DIA DE GRATIDÃO E GENTILEZA

Mural da Gratidão

Hospital Regional de Luziânia


HELINFORMA

GRATIDÃO POR TUDO, HEMYLLINI

Hospital Regional de Luziânia





Assistência Social Interna

Cuidar de quem cuida das pessoas é uma importante ferramenta de auxilio a autopreservação dos nossos colaboradores e fortalecimento da cultura organizacional.

Selecionaremos um profissional para assessorar os gestores na identificação de situações sociais e emocionais de riscos, e implantaremos a Escuta Terapeuta para os colaboradores do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, que em parceria com o RH praticarão o atendimento humanizado também para as equipes que atuarão no HESLMB.

Oficina de ideias

Os colaboradores são fontes de informações, ideias e sugestões, que podem mudar o rumo da organização, aumentar a produtividade

e correção de problemas, mas ele ainda é muito pouco utilizado para esse fim. Criaremos um canal onde todos poderão contribuir com sugestões, reconheceremos e divulgaremos as iniciativas, inovadoras e inclusivas, que trarão melhorias para a organização.

Intercâmbio de áreas

Teremos um programa de rodízio que possibilitarão ao colaborador conhecer as práticas e dificuldades de outras áreas. Essa troca momentânea de atividades terá o objetivo de proporcionar ao outro a vivência dos desafios que cada setor possui.

A prática do rodízio possibilitará aos colaboradores a empatia por outras áreas e de conhecer não só as tarefas de outro setor, mas também viabilizará o fortalecimento do vínculo com os profissionais que ali atuam e compartilhará informações e conhecimentos.

Qualidade de Vida

Viabilizaremos através de parcerias internas, com o auxílio dos médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, iniciativas e suporte aos colaboradores por meio de ações que o conscientizam, sobre a importância de cuidar da saúde.

Reunião de Resultado

A cada trimestre realizaremos uma reunião com todos que atuam no hospital, com objetivo de expor os pontos fortes e de melhoria. Todas as diretorias participam, e na impossibilidade, os líderes organizarão um rodízio e viabilizarão que os colaboradores participem ao menos de um evento durante o ano.

Todos que atuam nos hospitais são capazes de compreender as metas estipuladas, onde contribuem para alcançá-las e como manter os índices de excelência.





Intercâmbio de Áreas | Banco de Img. IMED



Prêmio iniciativas inovadoras e inclusivas | IMED



Qualidade de Vida | Banco de Img. IMED





Celebraremos!

As confraternizações têm um impacto muito positivo sobre o rendimento dos colaboradores. A celebração tem a tendência de unir colegas e estimular a comunicação entre as pessoas, sendo uma maneira eficiente de promover a integração entre os colaboradores, diretores e gerentes das empresas.

Pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações

"O Clima Organizacional é determinado pelos estilos de liderança e administração, bem como pela estrutura organizacional, contribuindo para moldar o comportamento dos indivíduos para afiliação, poder ou realização na organização".

David Clarence McClelland

As pessoas são o ativo mais importante no IMED e o desempenho de cada um deles no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, será resultado de sua competência, assim como da motivação que possui para realizar o trabalho.

Toda instituição deve criar, manter e desenvolver um contingente de recursos humanos com habilidade e motivação para realização de seus objetivos.

Acreditamos que o clima organizacional é uma atmosfera do ambiente de trabalho que se refere a uma complexa rede de expectativas e percepções individuais e de grupo, permeada por referências estratégicas, organizacionais e por componentes estruturais do contexto do trabalho, que orienta e determina o comportamento de seus integrantes, criando um ambiente com características próprias.

Administrar o clima no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, será também é uma ação estratégica fundamental, pois é através dele que mediremos a motivação dos colaboradores, o senso de pertencimento, diminuição de conflitos, dentre outros.

Para constatar se nossas ações que beneficiam e favorecem o bem-estar do colaborador em nossa instituição atingem sua finalidade, é importante mapear o clima organizacional.

Partindo das premissas acima, o IMED por meio do Setor de Recursos Humanos, possui um programa anual de pesquisa do clima organizacional.

O Programa tem por objetivo identificar o clima organizacional, verificando os indices de satisfação, insatisfação dos colaboradores e lideranças num determinado momento, visando a oportunidade de realizar melhorias contínuas no ambiente de trabalho e nos resultados da organização.

Por meio da pesquisa de clima organizacional definiremos o uso das informações para:

- Apurar os pontos fortes do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos e criar ações especificas para sua valorização e melhoria, tirando proveito de seus efeitos;
- Identificar os pontos criticos, produzindo resultados orientados às reais necessidades dos colaboradores;
- Fazer os colaboradores refletirem sobre suas realidades – seu desenvolvimento profissional e pessoal;
- Avaliar e reorientar as lideranças em torno dos mesmos objetivos.
- Mapear o clima classificando os participantes por cargo e área de atuação, analisando o grau de satisfação e insatisfação obtido nos itens a seguir:

1. REMUNERAÇÃO
2. CONDIÇÕES DE TRABALHO – FATORES AMBIENTAIS
3. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL
4. COMUNICAÇÃO
5. CONHECIMENTO DA CULTURA ORGANIZACIONAL E DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO
6. LIDERANÇA
7. TRABALHO EM EQUIPE
8. FATORES MOTIVACIONAIS

A metodologia que será utilizada neste programa será a avaliação quantitativa, efetuada na forma de questionário dividido em 10 grupos com 107 itens.

A tabulação será pergunta por pergunta, demonstrada em cada variável pesquisada, classificada conforme o grau de satisfação e insatisfação e apresentada em relatório próprio.

Os resultados são apresentados a diretoria em forma de relatório, por meio de quadros comparativos e gráficos.

Cada colaborador será convidado a participar da pesquisa por sua liderança que entregará o questionário após a campanha interna de divulgação com total sigilo e anonimato.

A periodicidade da pesquisa será anual ou quando se fizer necessário.

O prazo estimado para a compilação será de 60 dias corridos, a partir da data de entrega dos questionários.

A pesquisa ainda permitirá identificar o que pensam e sentem nossos colaboradores em relação as diferentes variáveis que afetam o clima. Com a implantação do respectivo programa mostramos aos colaboradores do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos a preocupação do IMED em ouvi-los e, a partir dai, propomos ações de melhoria nos indices considerados insatisfatórios, gerando um ambiente de trabalho favorável ao bom desempenho da instituição.

Ressaltamos que um clima organizacional bem trabalhado proporcionará aos colaboradores do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos os seguintes benefícios:

- Retenção de talentos;
- Diminuição do índice de doenças psicossomáticas;
- Treinamentos sintonizados com os objetivos da empresa, gerando resultados;
- Alta produtividade;
- Melhoria na Comunicação Interna;
- Aumento do comprometimento dos colaboradores com a empresa (sentem-se responsáveis por ela) (coautores);
- Credibilidade;
- Integração – União;
- Diminui os "achismos";
- Evidencia aspectos da "área cega" das percepções organizacionais.

Cronograma para realização de pesquisa de clima

Aprovação do instrumento para pesquisa							
Diagramação e encaminhamento para gráfica							
Reprodução gráfica							
Campanha de conscientização							
Entrega dos questionários, distribuição e início da pesquisa							
Fim da Pesquisa							
Tabulação e Confecção dos gráficos							
Apresentação dos resultados							

Indicadores

Os indicadores definidos para este programa serão:

- Nº de colaboradores que aderiram ao projeto
- Percentual de satisfação dos colaboradores

Plano de ação

O plano de ação advindo do resultado da pesquisa será escalonado, de acordo com a prioridade estabelecida pela diretoria, com medidas de curto, médio e longo prazo.

As medidas sugeridas pela diretoria e Gerência de Recursos Humanos irão gerar ações de melhorias explicitadas por meio da ferramenta 5W2H.

Comunicação e resultado

Será elaborado um relatório geral da pesquisa para a diretoria que, após análise, norteará o setor de Recursos Humanos quanto à divulgação dos resultados totais.

Definido isto, serão utilizados os meios adequados de comunicação da instituição para divulgar a pesquisa.

Se identificado algum ponto crítico, de imediato apresentaremos as ações corretivas sobre o que foi detectado na pesquisa e posteriormente apresentaremos um plano de ação completo.

Esta visa estreitar os laços de credibilidade ao IMED, favorecendo a adesão dos colaboradores em pesquisas futuras.

Modelo do questionário de pesquisa:

IMED	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXXX Data: XXXXXXXX Revisão: XX Páginas: XX

Pesquisa de Clima Organizacional

Prezado colaborador,

Ninguém melhor que você para nos ajudar a identificar como está nosso ambiente de trabalho.

Por isto, o convidamos a responder as questões abaixo relacionadas.

Trata-se de um questionário sigiloso, onde você não precisa identificar-se.

O importante é que, ao responder cada questão, você retrate sua realidade; não pense no que seria a resposta ideal, pois não existe resposta certa ou errada, o que existe é a sua realidade. Após o preenchimento deposite na urna, localizada na entrada de colaboradores.

Obrigado por colaborar conosco!
Diretoria de Recursos Humanos

IMED	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXXX Data: XXXXXXXX Revisão: XX Páginas: XX

Coloque um "x" na alternativa desejada

Perfil dos Colaboradores

Cargo

( ) Liderança ( ) Demais cargos

Área

( ) Administrativa ( ) Assistencial ( ) Comercial ( ) Apoio ( ) Médica

Tempo de hospital

( )Até 1 ano ( )De 1 a 3 anos ( )De 4 a 7 anos ( )De 8 a 11 anos ( )Mais de 12 anos

Sexo

( ) Masculino ( ) Feminino

Período de trabalho

( ) Diurno ( ) Noturno

IMED	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXXX Data: XXXXXXX Revisão: XX Páginas: XX

Escolaridade

( ) 1º Grau Incompleto
( ) 1º Grau Completo
( ) 2º Grau Incompleto
( ) 2º Grau Completo
( ) Superior Incompleto
( ) Superior Completo
( ) Especialização
( ) Mestrado
( ) Doutorado

Faixa Etária

( ) Até 20 anos ( ) De 21 a 30 anos ( ) De 31 a 40 anos
( ) De 41 a 50 anos ( ) De 51 a 60 anos ( ) mais de 61 anos

1. Remuneração

1. Você acredita que, em geral, os salários pagos pelo IMED são:

( ) Superiores ao mercado ( ) Iguais ao mercado ( ) Inferiores ao mercado ( ) Não se

IMED	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXXX Data: XXXXXXXX Revisão: XX Páginas: XX

2. Condições de trabalho – Fatores ambientais

2.1. Como está sua satisfação com o local do refeitório?

( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Não utilizo

2.2. Como está sua satisfação com a refeição oferecida no refeitório?

( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Não utilizo

2.3. Como está a sua satisfação com o lanche oferecido?

( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Não utilizo

2.4. Como você classifica as instalações do vestiário?

( ) Adequadas ( ) Inadequadas

IMED	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXX Data: XXXXXXX Revisão: XX Páginas: XX

3. Desenvolvimento Profissional

3.1. O IMED lhe dá condições para continuar aprendendo?

( ) Sim, ótimas condições ( ) Poucas condições ( ) Nenhuma condição

3.2. No seu entendimento, a qualidade de treinamento oferecido é:

( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória

3.3. Seu líder apóia a sua participação em programas de treinamento?

( ) Sim, integralmente ( ) Às vezes, apóia ( ) Não tenho apoio

3.4. Você vê possibilidade de promoção no IMED:

( ) Sim ( ) Não

3.5. Na sua opinião as promoções de cargo no IMED possuem regras e critérios justos e de conhecimento de todos?

( ) Sim, são justos e claros ( ) Nem sempre são justos e claros
( ) Em alguns casos isolados são injustos e obscuros ( ) São injustos e obscuros

4. Comunicação

4.1. Coloque um "X" conforme você avalia a comunicação:

Veículos	Não conheço	Bom	Ruim	Quando você utiliza		
				Sempre	às vezes	nunca
Card						
Mural do Setor						
Grupos						

5. Conhecimento da Cultura Organizacional e desenvolvimento do trabalho

5.1. Na sua opinião o seu trabalho contribui para a satisfação do cliente externo?

( )Sim, diretamente ( )Sim, indiretamente ( )Em alguns momentos ( )Não interfere em nada

5.2. Você conhece a cultura organizacional do IMED (Missão, Visão, Valores)?

( ) Sim e sei onde encontrar as informações ( ) Não conheço claramente
( ) Desconheço totalmente

5.3. Você conhece os programas de responsabilidade social do IMED?

( ) Sim ( ) Não conheço claramente ( ) Desconheço totalmente

5.4. Quando há alterações em seu processo de trabalho, você é informado?

( ) Sim ( ) Às vezes ( ) Não

5.5. Você conhece os procedimentos administrativos e técnicos necessários para desenvolvimento de suas atividades profissionais?

( ) Sim e sei onde encontrar as informações ( ) Não conheço claramente
( ) Desconheço totalmente

6. Liderança

6.11 Assinale um "X" na nota que você atribui ao seu líder imediato:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

6.12. Assinale um "X" na nota que você dá para sua diretoria de área.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

ITEM 3.5.2 - PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS DE SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR PRODUÇÃO.

O IMED através de sua politica de gestão de pessoas busca contemplar os aspectos relacionados à produção de saúde por meio do estabelecimento de politicas e normas que orientem o relacionamento humanizado sem perder o foco nos resultados.

A determinação da força de trabalho necessária para o cumprimento do "propósito" do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, será definida, respeitando as caracteristicas próprias da unidade, visando o pleno atendimento de sua vocação.

As atividades pertinentes à gestão de pessoas, adotarão a conceituação que melhor se adeque ao perfil do hospital, e serão realizadas de forma abrangente e corporativa, com a implementação de diversas frentes de trabalho.

A politica de gestão de pessoas toma evidência com a aplicação de instrumentos que lhe deem tangibilidade. Desta forma, as iniciativas adotadas deverão responder aos aspectos legais, ao padrão de qualidade adotado pelo IMED, a busca pelo relacionamento equitativo com a força de trabalho e as particularidades do HESLMB.

NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL

Objetivo da Norma

Estabelecer diretrizes e critérios que viabilizem os processos de recrutamento, seleção, contratação e desligamento, visando atrair talentos internos e externos com capacidade para agregar valor ao Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos.

PROCEDIMENTO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

MOTIVO DA SELEÇÃO:

- Substituição de colaborador: desligamento, remanejamento, promoção, afastamento (superior a 30 dias), licença maternidade, falecimento e aposentadoria.
- Aumento de quadro de pessoal (contrato de prazo indeterminado ou determinado): face às alterações do volume ou complexidade do trabalho ou para trabalhos excepcionais decorrentes de necessidades adversas.

ABERTURA E ANÁLISE DA VAGA:

Para qualquer caso, a abertura de vagas ocorrerá após o preenchimento e aprovação do formulário de Requisição/Movimentação de Pessoal.

APROVAÇÃO: SUBSTITUIÇÕES DEVERÃO SER APROVADAS PELA DIRETORIA DA UNIDADE. JÁ OS AUMENTOS DE QUADRO DEVERÃO SER APROVADOS PELA DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS.

Para o preenchimento da Requisição de Pessoal, o Gestor solicitante deverá se atentar para existência do cargo em questão, caso se trate de novo cargo, deverá ser requisitada, de antemão, a criação da descrição de cargo, só após, poderá ser feita a Requisição de Pessoal.

ATENÇÃO: TODA REQUISIÇÃO EM ABERTO TERÁ VALIDADE MÁXIMA DE 60 DIAS, CASO HAJA DIFICULDADE DEVIDO À ESPECIFICIDADE DO PERFIL, O RH E O GESTOR REQUISITANTE REAVALIARÃO O PERFIL.

PROCESSO SELETIVO:

- O Instituto valoriza o ser humano e suas diversidades, por isso trata todos os candidatos com dignidade e respeito. O processo seletivo seguirá as etapas abaixo, podendo ser alterado conforme decisão da área de RH, sempre garantindo a qualidade e eficácia do resultado.
- A responsabilidade de aprovação do candidato no processo seletivo

deve ser compartilhada entre o solicitante e a área de RH, baseando-se no perfil da vaga e resultado da avaliação do candidato. Caso haja um candidato contraindicado pelo RH e o Gestor queira contratá-lo, deverá aprovar junto à Diretoria da Unidade.

ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO:

As etapas do processo seletivo serão as seguintes, considerando o perfil de complexidade de cada vaga:

- Captação de candidatos e triagem por meio de análise curricular (etapa obrigatória e eliminatória);
- Avaliação/Prova Teórica (etapa classificatória e eliminatória);
- Avaliação/Prova Prática (quando for possível, etapa classificatória e eliminatória);
- Dinâmica de Grupo (etapa opcional e eliminatória);

A VISA ANALISAR O COMPORTAMENTO EM GRUPO DO CANDIDATO, REALIZADA PELA PROFISSIONAL DE RH COM A PARTICIPAÇÃO DO GESTOR REQUISITANTE.

- Entrevista Individual (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo de todas as funções)
- Realizado pela Analista de R&S responsável pela área, podendo ter a participação do Gestor requisitante.
- Entrevista Técnica (etapa obrigatória e eliminatória);

A REALIZADA PELO GESTOR REQUISITANTE, PODENDO TER PARTICIPAÇÃO DO ANALISTA DE RH.

- Avaliação Psicológica, etapa obrigatória para médicos, serviço de enfermagem, fisioterapia, farmácia e eliminatória no processo seletivo de todas as funções: Analisar o perfil psicológico do candidato.
- Para cada função há uma bateria de testes específica de acordo como as competências desejáveis para o exercício da função. Esta etapa é realizada pelo profissional de Psicologia. Após a aplicação da bateria de testes, é elaborado o Parecer Psicológico do candidato, que aborda as seguintes características: síntese da entrevista, dados coletados a partir da avaliação psicológica e o parecer final do RH.
- Exames Admissionais (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo);

A CABE AO RH O ENCAMINHAMENTO DO CANDIDATO PARA OS EXAMES ADMISSIONAIS. REALIZADO CONFORME PCMSO. EM NENHUMA HIPÓTESE, SERÁ ADMITIDO UM NOVO COLABORADOR COM PENDÊNCIA DE EXAMES.

- Entrega de Documentação (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo).

A CABE AO RH A ENTREGA DA LISTA DE DOCUMENTAÇÃO, COM DETERMINAÇÃO DE PRAZO PARA A ENTREGA PELO CANDIDATO. EM NENHUMA HIPÓTESE, SERÁ ADMITIDO UM NOVO COLABORADOR COM PENDÊNCIA DE DOCUMENTOS.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO INTERNO:

- Tem como objetivo valorizar os colaboradores do Instituto, oferecendo oportunidade de desenvolvimento de carreira;
- O recrutamento interno deverá ser uma das modalidades, e não a regra, para o preenchimento de vagas conforme sua especificidade, urgência e necessidade;
- A divulgação deverá ser realizada através de e-mail corporativo, murais da unidade, jornais institucionais e demais meios de comunicação existentes;
- O colaborador deverá procurar o RH para inscrição mediante preenchimento do formulário de Seleção Interna, que deverá ser aprovado pelo Gestor Imediato.
- Após a inscrição, os candidatos internos são submetidos as etapas do processo seletivo, conforme descrito no item anterior;
- Condições/requisitos para participação do processo seletivo interno:

A O COLABORADOR DEVE TER VÍNCULO CLT COM O INSTITUTO (CONTRATO DE PRAZO INDETERMINADO);

B TER PREFERENCIALMENTE, NO MÍNIMO UM ANO NA FUNÇÃO ATUAL;

C NÃO TER PARTICIPADO DE PROCESSO SELETIVO INTERNO PARA VAGAS NA MESMA FUNÇÃO EM UM PRAZO INFERIOR A SEIS MESES;

D ESTAR EM DIA COM OS EXAMES PERIÓDICOS E TER BAIXO ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO;

E NÃO TER RECEBIDO PENALIZAÇÃO DISCIPLINAR (ADVERTÊNCIAS OU SUSPENSÕES) NOS ÚLTIMOS 2 ANOS;

F SER APROVADO NOS EXAMES MÉDICOS PARA A MUDANÇA DE FUNÇÃO, CASO NECESSÁRIO;

G O COLABORADOR APROVADO EM SELEÇÃO INTERNA DEVERÁ SER LIBERADO PARA A NOVA ÁREA DENTRO DO PRAZO DE 30 DIAS, INDEPENDENTE DE JÁ TER SIDO SUBSTITUÍDO;

H O COLABORADOR AO SER PROMOVIDO PARA A NOVA FUNÇÃO NÃO PODERÁ MAIS RETORNAR À FUNÇÃO ANTERIOR;

- Havendo candidato aprovado:

A A ÁREA SOLICITANTE, DEVERÁ PREENCHER O FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO/MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL, A FIM QUE SEJA FEITA A PROGRAMAÇÃO DA MUDANÇA DE FUNÇÃO E SETOR;

B A ÁREA DESCOBERTA, DEVERÁ PREENCHER O FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO/MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL, PARA A ABERTURA DE VAGA DE SUBSTITUIÇÃO;

- O RH procederá com a divulgação do resultado da seleção interna, seguindo prazo e meios divulgados no edital.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO EXTERNO:

- Tem como objetivo contratar profissionais que possam agregar valor ao Instituto;
- Processo efetuado através de seleção pública mediante ampla divulgação das vagas;
- O comunicado do recrutamento dar-se-á por meio de publicação de Edital, com o prazo de início e término do período de inscrições, contendo o "cargo" com indicação do site do IMED para consulta do edital com as informações adicionais acerca da vaga;
- O site do IMED informará obrigatoriamente o cargo, o número de vagas, a carga horária, salário, benefícios, perfil básico exigido para o cargo ou função, etapas do processo, o endereço e prazo para o cadastro dos currículos.
- Outros meios de comunicação, poderão ser utilizados sempre que a administração julgar conveniente;
- Nos processos seletivos ofertados pelo IMED fica vedado (a):

A A CONTRATAÇÃO DE CÔNJUGE, COMPANHEIRO OU PARENTE, CONSANGUÍNEO OU AFIM, EM LINHA RETA OU COLATERAL, DE 1º (PRIMEIRO) GRAU, DO GOVERNADOR, VICE-GOVERNADOR, DE SECRETÁRIOS DE ESTADO, DE PRESIDENTES DE AUTARQUIAS, FUNDAÇÕES E EMPRESAS ESTATAIS, DE SENADORES E DE DEPUTADOS FEDERAIS E ESTADUAIS, CONSELHEIROS DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO E DOS MUNICÍPIOS, BEM COMO DE DIRETORES, ESTATUTÁRIOS OU NÃO, DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA QUAISQUER SERVIÇOS RELATIVOS AO CONTRATO DE GESTÃO;

B A CONTRATAÇÃO DE CANDIDATOS EM FUNÇÕES NAS QUAIS POSSA HAVER ALGUM COLABORADOR COM GRAU DE

PARENTESCO E ISSO GERE RELAÇÃO DE REPORTE IMEDIATO OU CONFLITO DE INTERESSES;

C. O ESTABELECIMENTO DE AVENÇA COM PESSOAS JURÍDICAS OU INSTITUIÇÕES DAS QUAIS FAÇAM PARTE OS SEUS DIRIGENTES OU ASSOCIADOS.

- Parágrafo 1º - O disposto no inciso I deste artigo não se aplica quando o interessado houver se submetido a prévio processo seletivo que observe as regras deste regulamento.

- Candidatos indicados pelo Gestor requisitante, ou por outros colaboradores, participarão do processo seletivo de acordo com os procedimentos estabelecidos nesta norma e concorrerão em igualdade com todos os demais participantes.

- Após o recrutamento, os candidatos externos são submetidos as etapas do processo seletivo, conforme descrito acima.

- Deverão ser encaminhados para cada vaga, três candidatos para entrevista técnica com o Gestor requisitante. No caso de vaga com maior complexidade decorrente de escassez no mercado ou conhecimento técnico muito específico, será encaminhado o número de candidatos possível.

- O processo seletivo deverá ter prazo médio de 21 dias corridos para finalização do processo seletivo, não considerando as etapas que precedem a admissão: exames médicos e entrega de documentos.

- Os cargos estratégicos de Coordenação, Gerência e Diretoria não estão considerados nesse critério, pois podem exigir tempo superior, dependendo da complexidade e exigências.

- A participação de ex-colaborador é permitida no processo seletivo externo desde que sejam respeitados os seguintes critérios:

A. HISTÓRICO PROFISSIONAL POSITIVO, NÃO DEVENDO TER FALTAS DISCIPLINARES OU ALTO ABSENTEÍSMO;

B. TER SIDO DESLIGADO OU PEDIDO DESLIGAMENTO DO INSTITUTO A MAIS DE SEIS MESES, DESDE QUE NÃO TENHA SIDO POR JUSTA CAUSA OU POR RESCISÃO INDIRETA;

C. AS EXIGÊNCIAS PREVISTAS NO PROCESSO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO NÃO SE APLICAM AOS CARGOS DE GESTÃO (CONSIDERADOS DE CONFIANÇA), SENDO ESSES: COORDENAÇÃO, GERÊNCIA E DIRETORIA.

DO PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO

FORMAS DE CONTRATAÇÃO:

As formas possíveis de contratação de colaboradores no Instituto serão as seguintes:

- CLT contrato de prazo indeterminado – Lei Nº 5.452/1943;
- CLT contrato de prazo determinado: Lei Nº 229/1967 – em caso de acréscimo extraordinário de trabalho ou substituição de colaboradores afastados por auxílio doença, após o décimo quinto dia de afastamento e com previsão de afastamento superior a 30 dias no mínimo, auxílio maternidade ou acidente do trabalho;
- Jovens Aprendizes (CLT) – Lei Nº 10.097/2000;
- Estagiários – Lei Nº 11.788/2008.

CONTRATAÇÃO DE JOVEM APRENDIZ:

I.Tem por objetivo ofertar para o jovem a oportunidade de ingresso no mercado de trabalho, desenvolvimento pessoal e profissional, além de atender as determinações legais.

II.Para a participação no processo seletivo é pré-requisito ter entre 18 a 22 anos.

III.A contratação deste possui duração de no máximo dois anos, conforme previsto na legislação.

IV.Os jovens aprendizes serão assistidos pelo RH e pela Instituição formadora, sendo que essa desenvolverá um programa específico de capacitação ao longo do período de permanência deles no Instituto, visando um melhor rendimento interno.

CONTRATAÇÃO DE ESTAGIÁRIO:

I. Tem por objetivo capacitar estudantes de cursos de graduação, expandindo o conhecimento teórico-prático e desenvolvendo competências comportamentais para atender as demandas futuras do Instituto.

II. A contratação de estagiários possui duração de no máximo dois anos e será efetuada de acordo com a Lei Nº 11.788/2008.

III. O curso deve estar em consonância com as atividades que o estagiário irá desenvolver visando o seu desenvolvimento e estímulo ao aprendizado.

IV. Os estagiários serão assistidos pelo RH, área que desenvolverá um programa específico de capacitação ao longo do período de permanência, visando potencializar o rendimento interno.

CONTRATAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD):

I.Tem por objetivo promover a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, atendendo assim as determinações legais referentes a inclusão.

II.É de responsabilidade do setor de Medicina Ocupacional proceder as avaliações visando o enquadramento do candidato a condição de PCD, bem como de correlacionar a função e o posto de trabalho com as suas condições.

III.Qualquer vaga poderá ser preenchida por PCD, desde que atendidos os requisitos mínimos do cargo.

IV.A substituição de PCD deverá ocorrer preferencialmente por outro PCD.

RESPONSABILIDADES DA ÁREA SOLICITANTE:

- Dimensionar o impacto financeiro da contratação e verificar a existência de recursos orçamentários, junto ao RH;
- Emitir o formulário de Requisição/ Movimentação de Pessoal, em via única, especificando o perfil e a justificativa da vaga solicitada, aprovado formalmente pelo Diretor da unidade. Para aumento de quadro, caberá à Diretoria de RH ou cargo equivalente a aprovação da vaga;
- Receber os candidatos encaminhados pela área de RH para realização de entrevista técnica;
- Registrar em formulário especifico as considerações sobre os candidatos, indicando quais o (s) aprovado (s) e reprovado (s) em um prazo máximo de 48h, a fim de viabilizar o encerramento do processo;
- Providenciar o mobiliário, os equipamentos necessários, bem como liberação de acessos a e-mail e demais sistemas, a fim de que o candidato aprovado possa exercer devidamente suas funções.

CONVOCAÇÃO DE CANDIDATO PARA ADMISSÃO E FECHAMENTO DA VAGA

- É de responsabilidade exclusiva do RH comunicar ao candidato sobre sua continuidade no processo, encaminhá-lo para a realização de exames admissionais, disponibilizar a este a lista de documentação necessária, receber o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, conferir e arquivar toda essa documentação e proceder os registros no sistema.
- Qualquer comunicação aos candidatos relacionada ao processo admissional deve ser realizada apenas após a conclusão de todas as etapas do processo seletivo e exclusivamente pela área de R&S.

PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO:

- O procedimento de contratação deverá respeitar a legislação vigente à época da admissão do colaborador.
- As admissões somente poderão ocorrer após o candidato ser aprovado no processo de seleção e no exame médico admissional.
- Os candidatos aprovados nos processos seletivos receberão a relação de documentos que deverão entregar para que a contratação seja efetivada. Após a entrega de toda a documentação obrigatória à contratação, a Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) deverá ser assinada e devolvida, em um prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.
- A data de admissão deverá preferencialmente ocorrer às segundas ou terças-feiras e até o dia 25 (vinte e cinco) de cada

mês, cabendo exceções para casos específicos.

- Em caso de movimentação interna do colaborador, a área de Recursos Humanos deverá realizar a mudança do cargo e ajustes de remuneração na CTPS do colaborador, sendo aplicável tal mudança sempre no dia 1 (um) do mês posterior a aprovação.

DO PROCEDIMENTO DE INTEGRAÇÃO E CONTROLE DE EXPERIÊNCIA

INTEGRAÇÃO DO NOVO COLABORADOR

- Após a entrega da documentação, o RH irá agendar a data de início do candidato, sendo que o primeiro dia de trabalho será destinado para a integração, que inclui: a) apresentação institucional, b) normas e regulamentos internos, c) políticas de segurança do trabalho e qualidade, d) protocolos internos e boas práticas, e) visita pela unidade e f) apresentação para a área.

- As áreas poderão solicitar integrações específicas para seus novos colaboradores, principalmente de cunho técnico.

- O RH oficializará a contratação e o início das atividades profissionais dos novos colaboradores enviado um comunicado formal ao setor e as áreas envolvidas na integração.

- Para os cargos estratégicos, coordenação, gerência e diretoria haverá condução desse profissional pelo RH até a chefia da área. Para os demais níveis, a apresentação do novo colaborador na área e áreas de relacionamento direto será de responsabilidade do Gestor imediato.

PERÍODO DE EXPERIÊNCIA

- O contrato de experiência é uma modalidade do contrato por prazo determinado, cuja finalidade é a de verificar se o novo colaborador demonstra aptidão para exercer a função para a qual foi contratado e adaptação às condições e ao ambiente de trabalho.

- A avaliação do colaborador no período de experiência deverá ser vista pelo Gestor como a conclusão do processo seletivo e assim deverá ser concedida importância destacada a esse processo.

- Conforme determina o artigo 445, parágrafo único da CLT, o contrato de experiência não poderá exceder 90 dias. O artigo 451 da CLT determina que o contrato de experiência só poderá sofrer uma única prorrogação, sob pena de ser considerado contrato por prazo indeterminado.

- O Instituto adota o contrato de 45 dias, prorrogáveis por mais 45 dias. Completado cada período, deve ser realizada pelo Gestor Imediato a Avaliação do Período de Experiência.

- O RH deverá realizar o

acompanhamento dos prazos e disponibilizar o Formulário de Avaliação do Periodo de Experiência para o Gestor responsável pela avaliação.

- A entrega da avaliação para o setor de Administração de Pessoal deve respeitar o prazo estipulado no formulário, a fim de evitar impactos financeiros.

- Sendo satisfatória a avaliação aos 90 dias, o colaborador será efetivado no Instituto. Caso contrário, será realizado o seu desligamento.

DO PROCEDIMENTO E DIRETRIZES PARA DESLIGAMENTO

PROCEDIMENTO DE DESLIGAMENTO:

O procedimento de desligamento de colaboradores será pautado nas diretrizes a seguir delineadas, as quais deverão ser seguidas pela área de Recursos Humanos e demais áreas envolvidas:

FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I

FLUXO DE DESLIGAMENTO - TABELA I			
Atividades	Descrições das Atividades	Áres envolvidas	Responsabilidades
1	Preencher o formulário de Solicitação de Desligamento que deverá ser aprovado pela diretoria local e encaminhado para a diretoria de RH ou cargo equivalente.	Gerência Requisitante e Diretoria de RH	Gestor
2	Avaliar os motivos do desligamento.	Gerência Requisitante e Diretoria de RH	Diretoria de RH
3*	Verificar se há estabilidade/ penalidade para desligamento por iniciativa da empresa. Em caso de pedido de demissão, o colaborador elabora a carta abrindo mão de estabilidades existentes, e em casos de dispensa sem justa causa o colaborador é indenizado.	RH, SESMT e Juridico	RH
4*	Comunicar à gerência requisitante a existência de estabilidade ou impossibilidade de desligamento, se aplicável.	Gerência Requisitante , RH e Juridico	RH

FLUXO DE DESLIGAMENTO - TABELA I			
5	O RH deve definir e informar a gerência solicitante a data do desligamento.	RH e Gerência Solicitante	RH
6	Solicitar a devolução dos bens de uso através de formulário específico.	Gerência Solicitante	Gestor
7	Solicitar a devolução do Crachá e enviar comunicado as áreas para ciência e cancelamento de acessos aos sistemas (e-mail, Trello, etc.) e à unidade.	Gerência Solicitante, RH e Segurança	Gestor e RH
8	Consultar valores a serem descontados na rescisão do colaborador.	Contabilidade e RH	Contabilidade e RH
9	Gerar GRRF e enviar para pagamento. Emitir recibo para pagamento da rescisão do colaborador.	Contabilidade e Financeiro	Contabilidade e Financeiro
10	Agendar e formalizar homologação na própria empresa, para assinatura dos termos e demais guias da rescisão de contrato. Toda documentação referente ao processo de desligamento do colaborador deverá ser arquivada no prontuário individual de cada colaborador.	RH	RH

Dispensa sem justa causa por contrato de prazo indeterminado: Gerência Requisitante comunica o RH Local e recebe documento para colher assinatura do colaborador para o aviso prévio, em duas vias, conforme Carta de Dispensa – Encaminha a primeira via para o colaborador e remete a segunda via para o RH, que por sua vez encaminhará para contabilidade. Caso o colaborador não queira assinar, solicita a 2 (duas) testemunhas que assinem o documento.

Dispensa sem justa causa por contrato de prazo determinado: Gerência Requisitante comunica o RH Local e recebe documento para colher assinatura do colaborador, em duas vias, conforme Carta de Dispensa – Encaminha a primeira via para o colaborador e remete a segunda via para a contabilidade.

Demissão motivada pelo colaborador (Pedido de Demissão): Gerência Requisitante solicita ao colaborador a formalização de próprio punho e assinada, remete ao RH local que, por

sua vez, encaminhará a contabilidade.

Dispensa por justa causa: Diretoria de RH consulta o jurídico para assegurar que o motivo da demissão é ensejador de justa causa, bem como se os documentos existentes que a amparam obedecem à legislação em eventual demanda jurídica contra a empresa. O Gestor comunica ao colaborador por escrito em 2 (duas) vias, colhe a assinatura do mesmo e de 2 (duas) testemunhas e envia uma via ao RH Local, que se encarregará de enviar toda a documentação ao jurídico.

Desligamento por morte: O RH local recebe a informação, envia a cópia da certidão de óbito para a contabilidade e rescinde o respectivo contrato de trabalho, agendando dia e horário com o dependente direto do (a) ex-colaborador (a) para homologação na própria empresa.

Nota: Não havendo definição quanto ao beneficiário legal para efeito de recebimento das verbas rescisórias do (a) colaborador (a) falecido (a), aguarda-se o recebimento de alvará judicial ou documento equivalente para se efetuar o depósito do valor em juízo.

* Procedimentos específicos para as atividades 3 e 4 descritas na tabela 1: O pagamento de multa no momento da rescisão ou a não autorização do desligamento dar-se-á nos seguintes casos:

A. ESTABILIDADE ADQUIRIDA ATRAVÉS DE CIPA OU DILIGÊNCIA SINDICAL;

B. ESTABILIDADE ADQUIRIDA POR LICENÇA MATERNIDADE - DESDE A CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ ATÉ 5 (CINCO) OU 7 (SETE) MESES APÓS O PARTO -, DEPENDENDO DA OPÇÃO DO PERÍODO DE LICENÇA MATERNIDADE;

C. EM GOZO DE FÉRIAS;

D. AUXÍLIO-DOENÇA OU ACIDENTE DE TRABALHO;

E. RETORNO DE AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES; E

F. PERÍODO QUE ANTECEDE EM 30 (TRINTA) DIAS O ACORDO COLETIVO NA PROJEÇÃO DO AVISO PRÉVIO.

A gerência solicitante deve verificar a necessidade, ou não, do cumprimento do Aviso Prévio nas condições de dispensa sem justa causa. Essa informação deve constar na carta de desligamento. O RH Local deve verificar o histórico do colaborador a ser desligado, informando por correio eletrônico ao Gerente Requisitante, confirmando ou não, a permissão de desligamento e a data limite na qual o colaborador poderá ser desligado, segundo calendário de fechamento da folha de pagamento.

Se houver algum impeditivo ao desligamento do colaborador, a gerência solicitante é informada e o desligamento deverá ser reavaliado até que o impedimento não exista mais.

** Procedimentos Específicos para a Atividade 5 descrita na tabela 1 - O RH Local deverá definir a data de demissão, a partir da qual se iniciará a contagem do prazo de 10 (dez) dias corridos para pagamento das verbas rescisórias e homologação.

Exceção para a dispensa com término de contrato.

*** Procedimentos Específicos para as Atividades 8, 9 e 10 descritas na tabela I – O pagamento das verbas rescisórias deverá ser feito no prazo de 10 (dias) corridos, a partir da data de desligamento do (a) colaborador (a), exceto para os casos de término de contrato de trabalho, que será no dia seguinte ao desligamento. O agendamento para homologação também ocorrerá dentro do prazo de 10 (dez) dias e caso o (a) ex-colaborador (a) não compareça na data marcada para a homologação, deverá ser feita anotação no verso do Termo de Rescisão: "O colaborador não compareceu e/ ou negou-se a assinar os documentos rescisórios", preferencialmente a anotação deve contar com a assinatura de 2 (duas) testemunhas; também poderá ser solicitada ao Sindicato, uma carta de não comparecimento do (a) ex-colaborador (a).

O RH Local deverá, na data da homologação de rescisão contratual ter os documentos assinados, conforme lista abaixo:

A. TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO EM 5 (CINCO) VIAS, SENDO AS 3 (TRÊS) VIAS PARA O COLABORADOR, 1 (UMA) PARA O RH LOCAL QUE ARQUIVA NO PRONTUÁRIO DO COLABORADOR DESLIGADO E 1 (UMA) PARA O SINDICATO DA CLASSE;

B. GRRF EM 2 (DUAS) VIAS, SENDO 1 (UMA) PARA O COLABORADOR, 1 (UMA) PARA O RH LOCAL QUE ARQUIVA NO PRONTUÁRIO DO COLABORADOR DESLIGADO;

C. CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL – CTPS ATUALIZADA, NÃO SENDO PERMITIDO MENCIONAR O MOTIVO DO DESLIGAMENTO DO COLABORADOR PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE; E

D. SEGURO-DESEMPREGO, PARA DESLIGAMENTO SEM JUSTA CAUSA E TÉRMINO DE CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO, EXCETO MENOR APRENDIZ.

Das Definições Gerais

Bens de Uso: Crachás, equipamentos, EPI's, uniformes, celular, notebook, veículo etc., utilizados pelo colaborador em suas atribuições do dia-a-dia.

Dispensa por Justa Causa: Dispensa de colaborador nas hipóteses previstas no art. 482 da CLT. A dispensa por justa poderá ainda ocorrer por culpa recíproca, e também por culpa exclusiva do empregador nas hipóteses previstas no art. 483 da CLT.

Dispensa sem Justa Causa: Ocorre quando o empregador dispensa o colaborador, sem justo motivo.

Pedido de Demissão: Ocorre quando o próprio colaborador deseja rescindir o contrato sem justo motivo.

Gerência Requisitante: Diretoria ou Gerência.

GRRF: Guia de Recolhimento Rescisório FGTS e Contribuição Social

Recrutamento: Toda atividade desenvolvida com o intuito de atrair candidatos interessados ao preenchimento de cargo, a partir de uma vaga com perfil e necessidade previamente definidos.

Triagem: Análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no currículo cadastrado e os requisitos publica-

dos da vaga.

Seleção: Toda atividade desenvolvida para a escolha, dentre os candidatos triados, do profissional que melhor atende aos requisitos da vaga de trabalho oferecida.

Pessoal: Todos os profissionais que desempenham atividade vinculada aos objetivos da Instituição, com vinculo empregatício direto, não terceirizado.

Cargo: Composição de todas as atividades desempenhadas pelo profissional empregado que podem ser englobadas em um todo unificado e que figura em certa posição formal do organograma do IMED.

Função: Conjunto de tarefas ou de atribuições, sistemáticas e reiteradas.

Remanejamento: Movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, no mesmo cargo.

Promoção: Alteração de cargo ou função, em linha ascendente, de profissional já empregado da Instituição.

Recrutamento externo: Conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos externos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

Recrutamento interno: Conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

Recrutamento misto: Conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos e externos, potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

O IMED demonstra em suas Politicas Institucionais "DIRETRIZES GERAIS DOS PROCEDIMENTOS DE RECRUTAMENTO, SELEÇÃO, CONTRATAÇÃO E DESLIGAMENTO DE PESSOAL", o solicitado neste tópico. A seguir, documentos que servirão como base e norte para a gestão do hospital, caso necessário serão criados novos documentos em adequação a especificidade da unidade do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.



Contrato de Trabalho

CONTRATO DE TRABALHO

Entre **IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o número 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, conj. nº 35, Bairro Bela Vista, São Paulo/SP, doravante designada simplesmente **EMPREGADORA** e Sr(a). FULANO, Inscrito no CPF/MF, sob número XXX.XXX.XXX-XX, portador da CTPS n/série: XXXXXX/XXXXX-GO, domiciliado à Rua Principal, nº 100, apto. 25, Bairro Jardim Novo, na cidade de XXX/GO, a seguir chamado apenas de **EMPREGADO**, é celebrado o presente **CONTRATO DE EXPERIÊNCIA**, de acordo com a legislação em vigor e demais condições a seguir especificadas:

1. Fica o **EMPREGADO** admitido no quadro de colaboradores da **EMPREGADORA** para exercer as funções de XXXXX, bem como demais funções que vierem a ser objeto de ordens verbais ou escritas, segundo as necessidades da **EMPERGADORA**, desde que compatíveis com a condição pessoal do **EMPREGADO**, nos termos do art. 456, Parágrafo Único da CLT.

2. O **EMPREGADO** receberá a remuneração de R$ 0,00, por mês.

3. 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 lhe for determinado, observando o limite legal.

4. Obriga-se também 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 a ocorrência de compensação, com consequente redução da jornada de trabalho em outro dia.

5. 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, quando a remuneração.

6. Fica ajustado nos termos do que dispõe o Paragrafo. 1º. do artigo 469, da Consolidação das Leis do trabalho, que o **EMPREGADO** acatará ordem emanada da **EMPREGADORA** para prestação de serviços tanto na localidade de Contrato de Trabalho, como em qualquer outra Cidade, Capital ou Vila do Território Nacional, que essa transferência seja transitória, quer seja definitiva.

7. 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.

8. Em caso de dano causado pelo **EMPREGADO**, fica a **EMPREGADORA**, autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo, o qual fará, com fundamento do

Parágrafo 1º do Artigo 462 da Consolidação das Leis do Trabalho, já que essa possibilidade fica expressamente prevista em Contrato.

9. O presente Contrato vigorará durante 45 dias, com início em 12/34/5678 e término 12/34/5678, devendo as partes verificarem reciprocamente, a conveniência ou não de vincularem entre si e em caráter definitivo, um Contrato de trabalho, podendo o presente Contrato de Experiência ser prorrogado, respeitando-se o prazo máximo de 90 dias e mediante assinatura do Termo de Prorrogação. A **EMPREGADORA** passando a conhecer as aptidões do **EMPREGADO** e suas qualificações pessoais e morais; o **EMPREGADO** verificando-se o ambiente e os métodos de trabalho atendem a sua conveniência.

10. Opera-se a rescisão do presente Contrato pelo decurso do prazo supra ou por vontade de uma das partes; rescindindo-se por vontade do **EMPREGADO** ou pela **EMPREGADORA** com justa causa, nenhuma indenização é devida; rescindindo-se, antes do prazo sem justa causa, fica a parte que der causa a rescisão obrigada a pagar 50% dos salários devidos até o final do período de experiência, nos termos dos artigos 479 e 480 da CLT, sem prejuízo do disposto no Regime do F.G.T.S. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

11. Na hipótese deste ajuste transformar-se em Contrato de Prazo Indeterminado, pelo decurso do tempo, continuarão em plena vigência das cláusulas de 1 (um) a 8 (oito), enquanto durarem as relações de **EMPREGADO** com a **EMPREGADORA**.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam o presente Contrato de Experiência em duas vias, ficando a primeira em poder da **EMPREGADORA**, e a segunda com o **EMPREGADO**, que dela dará o competente recibo.

XXX, 01 de Julho de 2021.

_____

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

_____

EMPREGADO

TESTEMUNHA
RG.:

TESTEMUNHA
RG.:

TERMO DE PRORROGAÇÃO

Por mútuo acordo entre as partes, fica o presente Contrato de Experiência, que deveria vencer nesta data 12/34/5678 prorrogado até 45 dias.

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

EMPREGADO

TESTEMUNHA

RG.:

TESTEMUNHA

RG.:

MODELOS DE FORMULÁRIOS:

Requisição/Movimentação de Pessoal

IMED	FORMULÁRIO	Código: FM.HUTRIN.GEP.004
		Data: 05/05/2021
	REQUISIÇÃO/MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL	Revisão: 00
		Página: 1 de 1

ORIENTAÇÕES
1. Neste documento os campos de REQUISIÇÃO DE PESSOAL e MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL devem ser preenchidos eletronicamente ou escrito em programa compatível.
2. O documento deve ser impresso e para sua devida validação deve ser assinado no campo AUTORIZAÇÃO. Só após deverá ser encaminhado à área de RH.
3. As movimentações de pessoal devem ser programadas com antecedência. Toda movimentação ocorrerá inevitavelmente no dia 1 (um) do mês posterior a sua comunicação.

REQUISIÇÃO DE PESSOAL					
Unidade:		Data da Solicitação:	26/10/2021	Área Solicitante:	
Solicitante:			Cargo do Solicitante:		
INFORMAÇÕES SOBRE A VAGA					
Modelo de Contratação:			Motivo:		
Vaga Solicitada:			Turno:		
Vaga Sigilosa?		Colaborador Substituído:			
Existe Descrição de Cargo?	Não	Status:	Antes de seguir, procurar o RH para realizar a descrição do cargo		
USO EXCLUSIVO DO RH					
Início da Vaga:	26/10/2021	Prazo de Fechamento:	16/11/2021	Previsão de Admissão:	26/11/2021

MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL					
Motivo:		Data de Solicitação:		Data de Movimentação:	
Colaborador:				Alteração de Salário:	
Área atual:			Nova área:		
Cargo atual:			Novo cargo:		

OBSERVAÇÕES

AUTORIZAÇÃO		
Gerência Solicitante	Diretoria Local	Diretoria de Recursos Humanos
Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não
Data: ___/___/_____	Data: ___/___/_____	Data: ___/___/_____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

Seleção Interna

IMED	**FORMULÁRIO**	**Código:** FM.HUTRN.GEP.003
		Data: 12/04/2021
	SELEÇÃO INTERNA	**Revisão:** 00
		Página: 1 de 1

INFORMAÇÕES DA VAGA	
CARGO PRETENDIDO:	**ÁREA PRETENDIDA:**
DATA DA DIVULGAÇÃO: ___/___/_____.	**DATA DA INSCRIÇÃO:** ___/___/_____.

DADOS DO COLABORADOR	
NOME:	
CARGO ATUAL:	**ÁREA ATUAL:**
DATA DE ADMISSÃO: ___/___/_____.	**TEMPO NA FUNÇÃO:** _____ – ***(Mínimo 01 ano)***
REMUNERAÇÃO ATUAL: R$	**HORÁRIO DE TRABALHO:**

1. Você tem disponibilidade para mudança de turno?

( ) Sim

( ) Não

2. Considerando questões como faltas, atestados e pontualidade que nota você dá a si mesmo (a)?

Marque X

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Descreva os motivos pelos quais você se interessou na vaga que deseja concorrer:

_____

_____

_____

_____

4. Você atende os requisitos da vaga desejada? Justifique.

_____

_____

_____

Autorização do Gestor Atual: ( ) Sim ou Não ( ). Em caso negativo, justifique:

_____

_____

_____

Assinatura / Carimbo do Gestor Atual

IMED

Avaliação de Experiência

IMED	FORMULÁRIO	Código: PM.HUTRIN.GEP.006 Data: 12/04/2021
	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO - EXPERIÊNCIA	Revisão: 00 Página: 1 de 1

COLABORADOR: _____ ADMISSÃO: 1/7/2020

FUNÇÃO: _____ SETOR: _____

PERÍODO: 30 Dias

INSTRUÇÕES GERAIS

1. Esta é avaliação do período de experiência, que deve ser aplicada antes do colaborador completar 30/45 ou 60/90 dias
2. É importante que você procure ser objetivo e imparcial, avaliando as competências com base nas descrições e escala abaixo
3. Escolha apenas uma opção para cada competência, marcando a pontuação que julgue mais adequada
4. Só deverá ser efetivado(a) o(a) colaborador(a) que alcançar nota igual ou superior a 70, cabendo ao gestor justificar exceções
5. Esta avaliação deverá ser realizada e devolvida ao setor de RH até o dia 24/7/2020

	COMPETÊNCIAS	DESEMPENHO			
		DISTANTE DO PADRÃO 0 a 3	NECESSITA DE MELHORIAS 4 a 6	ATENDE O PADRÃO 7 a 8	EXCELENTE 9 a 10
1	GESTÃO DO TEMPO: Gerencia o tempo e administra as prioridades no dia a dia para a produção de melhores resultados profissionais e pessoais.				10
2	ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE: Comparece constante e pontualmente ao trabalho.				10
3	COMPROMETIMENTO: Cumpre os prazos, datas e horários estabelecidos. Pode-se contar com sua participação em situações adversas, fora dos datas e horários planejados.				10
4	COMUNICAÇÃO: Comunica-se de maneira assertiva, sendo claro e objetivo. Fornece informações relevantes no momento correto e de forma transparente, estabelecendo uma relação de abertura e confiança.				10
5	INICIATIVA: Demonstra entusiasmo e determinação na execução de suas atividades.				10
6	ÉTICA E HONESTIDADE: Age de maneira transparente e respeitosa, estabelecendo relação de respeito e confiança. É comprometido com normas e regras, sendo exemplo para seus pares.				10
7	FOCO NO CLIENTE INTERNO E EXTERNO: Compromete-se com a satisfação do clientes. Respeita, ouve e conhece as necessidades dos clientes e propõe soluções de acordo com suas necessidades.				10
8	PROATIVIDADE: Demonstra capacidade de reinventar e encontrar diversas maneiras para resolver um problema ou encontrar uma ação, antecipar as situações, aprender em qualquer condição.				10
9	RELACIONAMENTO HUMANIZADO: Compreende as necessidades considerando os diferentes perfis e exigências dos pacientes e colegas, oferece suporte e soluções apropriadas. Sabe ouvir, considera as percepções dos pacientes, utilizando-as para aprimorar o relacionamento com eles. Atua com humanização nos atendimentos que realiza.				10
10	TRABALHO EM EQUIPE: Sabe interagir com os demais membros da equipe e lidar com posições contrárias. Busca alternativas e contribui para a situação positiva dos demais. Está sempre pronto a cooperar.				10

NOTA: 100

RESULTADO: Com base no resultado apresentado o colaborador está APROVADO no período de experiência.

OBSERVAÇÕES: _____

AVALIADOR

_____

Assinatura/carimbo

DATA: ___/___/_____.

COLABORADOR

_____

Assinatura

DATA: ___/___/_____.

Solicitação de Desligamento

	FORMULÁRIO	Código: FM.HUTRIN.GEP.005
		Data: 05/05/2021
	SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO	Revisão: 00
		Página: 1 de 1

INFORMAÇÕES GERAIS				
Preenchimento obrigatório pelo solicitante				
Unidade:	Hospital de Urgências de Trindade		**Área Solicitante:**	
Solicitante:			**Cargo do Solicitante:**	
Colaborador Desligado:			**Cargo do Colaborador**	
Haverá Substituição?	Sim	**Status:**	Você deve preencher o formulário de Requisição de Pessoal	
Motivo do Desligamento:			**Aviso Prévio:**	
Data da Solicitação:			**Data do Desligamento:**	

AVALIAÇÃO GERAL			
Preenchimento pelo RH. Não preencher em caso de pedido de demissão.			
Possui estabilidade?	( ) Sim ou ( ) Não	**Tipo de Estabilidade:**	( ) CIPA ( ) Membro de Sindicato ( ) Período Gestacional ( ) Acidente de Trabalho ( ) Pré-aposentado ( ) *Outros
Data Base:	( ) Sim ou ( ) Não		
É PCD?	( ) Sim ou ( ) Não	**Tipo de Deficiência:**	

ORIENTAÇÕES
1. Neste documento o campo de INFORMAÇÕES GERAIS deve ser preenchido eletronicamente no excel ou programa compatível.
2. O documento deve ser impresso e para sua devida validação deve ser assinado no campo AUTORIZAÇÃO. Só após, deverá ser encaminhado a área de RH.
3. Os desligamentos por iniciativa da empresa devem ser programados preferencialmente com 1 (um) dia de antecedência.

OBSERVAÇÕES

AUTORIZAÇÃO		
Gerência Solicitante	Diretoria Local	Diretoria de Recursos Humanos
Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não
Data: ___/___/_____	Data: ___/___/_____	Data: ___/___/_____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Utilizaremos no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, a avaliação de desempenho como ferramenta de gestão de pessoas que analisará o desempenho individual e do grupo de colaboradores. Apreciamos de forma sistemática cada profissional em função das atividades que desempenham, das metas e resultados e/ou do comportamento durante um certo intervalo de tempo e do potencial de desenvolvimento.

Através deste processo, os lideres analisam o comportamento de seus colaboradores, para identificar pontos fortes e pontos a desenvolver, sendo possivel, traçar planos de desenvolvimento focados nos **gaps identificados e não adotamos apenas um modelo, utilizamos além da avaliação 360 graus, 180 graus, avaliação de equipe, avaliação de competências e sondagem local.**

As descrições a seguir, do processo da Avaliação de Desempenho tem o objetivo de explicitar qual será a prática adotada pelo IMED nos processos do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, visando garantir que os processos ocorram na prática, conforme desenhados. Por meio destes documentos, as dúvidas referentes ao papel de RH serão esclarecidas, bem como os modelos de formulários, e-mails e pautas de reuniões que serão utilizados em cada processo.

GESTÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E FEEDBACK

O processo tem por objetivo estabelecer as regras para avaliação de desempenho dos colaboradores.

O detalhamento do processo encontra-se nos documentos citados abaixo, bem como em seus fluxos e anexos:

- Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback;
- Normativo de Avaliação de Desempenho e Feedback.

Responsabilidades do RH:

- Orientar todos os profissionais a respeito do processo, apresentando os formulários, as etapas, e fazendo a relação com os valores do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos;
- Participar do processo de definição e/ou revisão do planejamento estratégico do hospital, onde serão definidos os macro objetivos;
- Relembrar os diretores na época da definição das metas, para que sejam cascateadas a todos os colaboradores do hospital;
- Acompanhar o processo de contratação das metas junto aos

colaboradores, para garantir que o prazo final e o processo sejam cumpridos. Utilizar uma tabela como a abaixo, para o controle de entrega dos documentos deste processo, marcando "Sim" ou "Não" para cada gestor, de todos os níveis hierárquicos (alterar os nomes dos gestores conforme a necessidade):

Documentos recebidos dos gestores			
Gestores	Metas Contratadas	Avaliação Anual	Acompanhamento Anual
	Prazo 28/Fev	Prazo 31/Dez	Prazo 31/Dez
Gestor A			
Gestor B			



AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

- Arquivar os documentos com as metas definidas, recebidos dos gestores, na pasta de cada colaborador;
- Colocar-se à disposição dos gestores e colaboradores para o esclarecimento de dúvidas em relação ao feedback semestral, acompanhamento semestral, preenchimento da autoavaliação e da avaliação anual;
- Arquivar os documentos com as avaliações preenchidas e assinadas, recebidos dos gestores, na pasta de cada profissional;
- Reforçar com cada gestor que não entregar os documentos da sua equipe na data combinada, a necessidade de fazê-lo, para que o processo seja cumprido e os valores do hospital sejam respeitados.

Cronograma

A tabela abaixo aplica-se a todos os níveis hierárquicos, sendo cada gestor responsável pela documentação da sua equipe direta.

Janeiro e Fevereiro	Cascateamento de Metas
	Contratação de Metas
Julho	Feedback Semestral
	Acompanhamento Semestral
Dezembro	Autoavaliação
	Avaliação Anual
	Acompanhamento Anual

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E FEEDBACK

Contratação das Metas

Objetivo

Garantir que toda a equipe do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos esteja alinhada com os objetivos da instituição.



Utilização

Com base no planejamento estratégico, em geral definido e/ou revisado no mês de outubro, para aplicação no ano seguinte, o Diretor Geral deverá definirá os principais macro-objetivos do ano seguinte.

Após essa definição, esses macro-objetivos serão convertidos em ações tangíveis para serem cascateados aos seus diretos.

No início do ano, os demais Diretores definirão suas próprias metas e cascateá-las aos seus diretos, e assim sucessivamente.

Cada nível hierárquico deverá ter uma meta vinculada à do seu líder, além de definir metas próprias baseadas na forma que poderá atuar para alcançar os objetivos do hospital.

Toda a equipe do hospital deverá ter suas metas definidas até o final do mês de fevereiro.

Tabela de Competências

Objetivo

Ter todas as informações para a Avaliação de Desempenho Anual e para o processo de Reconhecimento de Desempenho dos colaboradores diretos

Utilização

Este formulário deverá ser utilizado como uma referência das atitudes esperadas de todos os colaboradores.

Tabela

Compromisso com a Excelência

Trabalha de forma comprometida e engajada, agindo com conduta ética e exemplar, contribuindo com o fortalecimento da imagem do hospital.

Comportamentos de Referência

- Adota comportamentos coerentes com os valores do hospital e influencia outras pessoas a praticá-los em seu dia a dia no trabalho;
- Utiliza e otimiza os recursos do hospital de forma adequada e responsável;
- Ter visão ampla da situação e atua com empenho e agilidade para resolvê-la, mesmo quando fora do seu escopo de atuação;
- Enfrenta as situações, assume a responsabilidade e toma decisões, ainda que pareçam difíceis e impopulares.

Relacionamento Humanizado

Compreende as necessidades considerando os diferentes perfis e exigências dos pacientes e colegas, e oferece respostas e soluções

apropriadas. Sabe ouvir, considera as percepções dos pacientes, utilizando-as para aprimorar o relacionamento com eles. Atua com humanização nos atendimentos que realiza.

Comportamentos de Referência

- Consciente do impacto de sua atuação no relacionamento com os pacientes, prioriza as ações e/ou soluções de maior relevância;
- Mobiliza e influencia os colegas de trabalho na realização e entrega dos serviços, de acordo com a necessidade de cada paciente;
- Possui agilidade para implantar as ações e soluções necessárias para atender os pacientes, superando suas expectativas;
- É referência no atendimento humanizado;
- Antecipa soluções e busca o entendimento da real necessidade do paciente para propor alterativas adequadas, estabelecendo uma relação de confiança.

Visão Sistêmica

Demonstra interesse e habilidade para trabalhar em parceria com pessoas, dentro e fora da área de atuação, contribuindo e buscando sinergia entre os processos de trabalho para o alcance de resultados.

Comportamentos de Referência

- Trabalha de forma integrada e participativa com outras pessoas, de sua equipe ou de outras equipes;
- Identifica oportunidades de sinergia entre processos / áreas e estabelece links para o alcance dos resultados;
- Lida com os conflitos, buscando construir acordos viáveis à consecução dos objetivos;
- Compartilha as informações e conhecimentos sobre métodos, processos e recursos para o benefício de todo;
- Estimula o aprendizado coletivo e incentiva atitudes de mútua cooperação;
- É cooperativo. É solícito. Ajuda e apoia os colegas de trabalho, dentro e fora da área de atuação. Tem visão sistêmica sobre suas atribuições e envolve as áreas para que os objetivos comuns sejam alcançados.

Planejamento e Resultados

Ter foco, energia e capacidade de entrega, respeitando prazos, custos e qualidade, melhorando continuamente os processos, sem perder de vista a sustentabilidade do negócio.

Comportamentos de Referência

- Identifica com agilidade os problemas atuais e futuros e propõe alternativas adequadas;
- Justifica e fundamenta as propostas e soluções com profundidade técnica e processual, com foco na melhoria contínua e no

melhor aproveitamento de recursos;

- Avalia os impactos ao planejar e viabilizar implantação de inovações e/ou melhorias;
- Busca superar indicadores de qualidade e desempenho;
- Tem senso de urgência e capacidade de entrega, mobilizando também outras pessoas, por sua disposição e energia em fazer;
- Define de maneira clara os objetivos e indicadores, monitorando o processo e os resultados;
- Busca a simplicidade nos processos, entregando melhores resultados;
- Elabora orçamento e administra-o de forma efetiva, identificando oportunidades para a redução de custos.

Pauta do Feedback Semestral

Objetivo

Conversar com o colaborador, para trocar as percepções a respeito do trabalho no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos. Neste feedback, será importante tratar dos seguintes temas:

- Percepção do colaborador a respeito das suas atividades no hospital – ouvir sobre realizações, expectativas, sugestões de melhorias, reforços positivos, apoio necessário etc. Sempre baseada em exemplos;
- Percepção do Gestor a respeito das atividades realizadas pelo colaborador – ouvir sobre realizações percebidas, alinhamento de expectativas, possibilidades de desenvolvimento. Sempre baseada em exemplos.

Utilização

Este feedback deverá ser realizado com todos os colaboradores, minimamente à cada semestre. A duração de cada feedback deverá ser entre 30 (trinta) e 60 (sessenta) minutos, de acordo com a necessidade e disponibilidade de realização.

Observação: É importante que este momento de fato ocorra semestralmente, para que a cultura de humanização seja valorizada em todas as atividades do hospital.

Pauta proposta do feedback

- Verifique com o colaborador como ele se viu durante todo o semestre, quais exemplos de ações positivas realizadas e ações que poderiam ser melhor conduzidas;
- Informe como você (Gestor) o percebeu, também com base em exemplos;
- Acordem sobre ações de desenvolvimento que possam ser realizadas pelo colaborador;
- Ouça sugestões para melhoria dos processos do hospital, caso o colaborador as tenha;
- Esclareça as dúvidas que o colaborador possa ter;
- Coloque-se à disposição para o que ele necessitar.

Pauta do Acompanhamento Semestral

Objetivo

Conversar com os colaboradores, para trocar as percepções a respeito do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos. Neste momento será importante tratar dos seguintes temas:

- Percepção dos colaboradores a respeito das suas atividades no hospital – ouvir sobre realizações, expectativas, sugestões de melhorias, reforços positivos, apoio necessário etc... Sempre baseada em exemplos;
- Percepção do Gestor da Área a respeito das atividades realizadas pelos colaboradores, ouvir sobre realizações percebidas, alinhamento de expectativas, possibilidades de desenvolvimento. Sempre baseada em exemplos.

Utilização

Esta conversa deverá ser realizada com todos os colaboradores, minimamente à cada semestre. A duração de cada uma deverá ser entre 30 (trinta) e 60 (sessenta) minutos, de acordo com a necessidade e disponibilidade de realização.

Pauta proposta da conversa

- Verifique com os colaboradores como eles se virão durante todo o semestre, quais exemplos de ações positivas realizadas e ações que poderiam ser melhor conduzidas;
- Informe como você (Gestor da Área) o percebeu, também com base em exemplos;
- Acordem sobre ações que poderá focar, para desenvolver suas atividades da melhor forma possível;
- Ouça sugestões para melhoria dos processos do hospital, caso as tenha;
- Esclareça as dúvidas que o possa ter;
- Coloque-se à disposição para o que ele necessitar.

Avaliação de Indicadores

Objetivo

Definir a nota de avaliação de cada colaborador.

Utilização

Esta avaliação deverá ser realizada anualmente.

Processo de Definição das Notas

As notas deverão ser divididas em:

- Competências: para sua definição, utilizar a Tabela de Competências como guia;
- Metas: para sua definição, utilizar as metas acordadas com cada Colaborador.

Avaliação das Metas

As notas deverão ser de 1 (um) à 5 (cinco), sendo:

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

Avaliação das Competências

As notas deverão ser de 1 (um) à 5 (cinco), sendo:

1 – NÃO ATENDEU AS COMPETÊNCIAS

2 – ATENDEU PARCIALMENTE AS COMPETÊNCIAS

3 – ATENDEU TODAS AS COMPETÊNCIAS

4 – SUPEROU AS EXPECTATIVAS NAS COMPETÊNCIAS

5 – EXCEDEU AS EXPECTATIVAS NAS COMPETÊNCIAS

Cada colaborador receberá duas notas, sendo uma para metas e outra para competências.

Formulário de Avaliação Anual

Objetivo

Concentrar em um único local todas as informações sobre as metas contratadas, seus resultados; as competências e seus exemplos.

Utilização

Este formulário é aplicável apenas aos colaboradores, em todos os níveis hierárquicos, e deverá ser preenchido em dois momentos:

- No início do ano, com a descrição de cada meta contratada e aprovada;
- No final do ano, com a inclusão dos resultados das metas e dos exemplos de cada competência.

Referente às metas, é importante que elas sejam:

- Específicas;
- Mensuráveis;
- Atingíveis;
- Relevantes;
- Tempo (prazo definido).

Observação: Todas as informações entre parênteses deverão ser alteradas conforme a necessidade, bem como os campos em branco deverão ser preenchidos.

Modelo de Avaliação Anual

	FORMULÁRIO	Código: FM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	AVALIAÇÃO ANUAL	Revisão: 00
		Página: 2 de 3

Competências

COMPROMISSO COM A EXCELÊNCIA
Autoavaliação
Nota: (Colaborador preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações onde esta competência foi demonstrada)
Avaliação do Gestor
Nota: (Gestor preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações onde esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

RELACIONAMENTO HUMANIZADO
Autoavaliação
Nota: (Colaborador preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Avaliação do Gestor
Nota: (Gestor preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações onde esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

VISÃO SISTÊMICA
Autoavaliação
Nota: (Colaborador preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Avaliação do Gestor
Nota: (Gestor preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

PLANEJAMENTO E RESULTADOS
Autoavaliação
Nota: (Colaborador preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Avaliação do Gestor
Nota: (Gestor preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

	FORMULÁRIO	Código: FM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	AVALIAÇÃO ANUAL	Revisão: 00
		Página: 1 de 3

Nome:_____
Cargo:_____
Diretoria:_____
Área:_____
Gestor Imediato:_____
Ano:_____

Metas

Meta 1: (Nome da Meta 1)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 2: (Nome da Meta 2)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 3: (Nome da Meta 3)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 4: (Nome da Meta 4)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 5: (Nome da Meta 5)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

IMED	**FORMULÁRIO**	**Código:** FM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	AVALIAÇÃO ANUAL	**Revisão:** 00
		Páginas: 3 *de* 3

AVALIAÇÃO FINAL

Metas:
Competências:

Colaborador	*Gestor*	*Gestor de RH*

Formulário de Acompanhamento Anual

Objetivo

Concentrar em um único local todas as informações sobre as metas contratadas, seus resultados; as competências e seus exemplos.

Utilização

Este formulário é aplicável aos colaboradores e deverá ser preenchido em dois momentos:

- No início do ano, com a descrição de cada meta contratada e acordada;
- No final do ano, com a inclusão dos resultados das metas e dos exemplos de cada competência.

Referente às metas, é importante que elas sejam:

- Específicas;
- Mensuráveis;
- Atingíveis;
- Relevantes;
- Tempo (prazo definido).

Observação: Todas as informações entre parênteses deverão ser alteradas conforme a necessidade, bem como os campos em branco deverão ser preenchidos.



Modelo de Acompanhamento Anual

IMED	**FORMULÁRIO**	**Código:** FM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	ACOMPANHAMENTO ANUAL	**Revisão:** 00
		Páginas: 1 de 2

Nome:_____
Cargo:_____
Diretoria:_____
Área:_____
Gestor Imediato:_____
Ano:_____

Metas

Meta 1: (Nome da Meta 1)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 2: (Nome da Meta 2)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 3: (Nome da Meta 3)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 4: (Nome da Meta 4)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 5: (Nome da Meta 5)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL XXX, ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

	FORMULÁRIO	Código: FM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	ACOMPANHAMENTO ANUAL	Revisão: 00
		Páginas: 2 de 2

Competências

COMPROMISSO COM A EXCELÊNCIA
Nota: (Gestor da Área preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

RELACIONAMENTO HUMANIZADO
Nota: (Gestor da Área preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

VISÃO SISTÊMICA
Nota: (Gestor da Área preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

PLANEJAMENTO E RESULTADOS
Nota: (Gestor da Área preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

AVALIAÇÃO FINAL

Metas:
Competências:

Colaborador	*Gestor*	*Gestor de RH*

Painel de Resultados

Objetivo

Inserir as avaliações de todos os colaboradores em um único local, para obter uma visão geral dos resultados de cada colaborador, contratado e es públicos, em um determinado do ano.

Utilização

Este material será utilizado para verificar como estão classificados os profissionais da equipe Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos.

ANEXOS DO PROCESSO DE PLANO DE CARREIRA

Modelo da Matriz

Matriz da Gestão de Talentos

Objetivo

Visualizar todos os colaboradores do HOSPITAL DE ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS, distribuídos de acordo com os resultados entregues no ano anterior.

Utilização

Esta matriz será utilizada como base para a tomada de decisão a respeito do desenvolvimento de carreira dos seus colaboradores, colaboradores e es públicos bem como para retenção de talentos.



Definições dos Quadrantes

Performance

É o exercício e atuar, desempenhar algo.

PERFORMANCE COM GAP: QUANDO O DESEMPENHO ESTÁ ABAIXO DO ESPERADO PARA A FUNÇÃO, OU SEJA, OS RESULTADOS QUE O COLABORADOR ESTÁ ENTREGANDO ESTÃO SENSIVELMENTE INFERIORES AOS PADRÕES DO CARGO QUE OCUPA.

PERFORMANCE ESPERADA: OS RESULTADOS CONQUISTADOS PELO COLABORADOR OU ENQUADRAM-SE NOS PADRÕES DO CARGO QUE OCUPA. ATENDE A EXPECTATIVA NOS TRABALHOS QUE EFETUA.

PERFORMANCE DIFERENCIADA: SÃO BONS RESULTADOS QUE COSTUMAM ESTAR ACIMA DOS PADRÕES DO CARGO QUE OCUPA. SUPERA-SE A EXPECTATIVA QUANTO AOS RESULTADOS ENTREGUES.

PERFORMANCE EXCEPCIONAL: DESTACA-SE DE FORMA ESPECIAL POR CONSEGUIR EXCELENTES RESULTADOS, GERALMENTE, MUITO SUPERIORES AOS PADRÕES HABITUAIS DA FUNÇÃO QUE OCUPA.

Comportamento

É o movimento ou a reação em relação ao ambiente ou a determinada situação. Como se realizam as atividades, desafios e gestão.

COMPORTAMENTO COM GAP: SÃO AÇÕES E/OU ATITUDES QUE ESTÃO ABAIXO DO ESPERADO PARA FUNÇÃO. NA MAIORIA DAS VEZES, PRECISAM SER DESENVOLVIDAS.

COMPORTAMENTO ESPERADO: SÃO ATITUDES QUE ESTÃO NA MATURIDADE ADEQUADA E QUE ATENDEM AOS REQUISITOS ESSENCIAIS. AINDA ASSIM, PODE HAVER PONTOS QUE NECESSITAM DE DESENVOLVIMENTO.

COMPORTAMENTO DIFERENCIADO: SÃO COMPORTAMENTOS QUE ESTÃO EM MATURIDADE PLENA. QUANDO O COLABORADOR OU É VISTO COMO UM EXEMPLO DE ATITUDE PELOS PARES, GESTORES E SUBORDINADOS.

MODELO DE CARREIRA

Objetivo

Criar possibilidade de desenvolvimento de carreira em "Y", reconhecendo e valorizando conhecimentos especificos.

Utilização

Este modelo deverá balizar todo o conceito de desenvolvimento de carreira, meritocracia e gestão de talentos para os colaboradores.

Modelo de Carreira

		CARREIRA DE GESTÃO	CARREIRA TÉCNICA
ESTRATÉGICO	GESTÃO	DIRETOR	ESPECIALISTA
		GERENTE	
TÁTICO	LIDERANÇA	SUPERVISOR	
		ANALISTA	LÍDER
	TÉCNICO	TÉCNICO	
OPERACIONAL	OPERACIONAL	ASSISTENTE	OPERADOR
		AUXILIAR	AUXILIAR
		ADMINISTRAÇÃO	EXECUÇÃO



Distribuição das Carreiras

CARGO ATUAL	POSSIBILIDADE DE CRESCIMENTO	OBSERVAÇÃO
Diretor administrativo	Diretor Geral	O Crescimento só será possível se o candidato preencher todos os requisitos da vaga e for aprovado no Processo de Recrutamento Interno.
Diretor Assistencial		
Diretor Técnico		
Gerência de recursos Humanos	Diretor Administrativo	
Gerência financeira		
Gerência Assistencial		
Coordenações de recursos humanos	Gerência administrativa; gerência de RH; Gerência finaceira; Gerência Assistencial; Gestor de qualidade	
Coordenações financeiras		
Coordenações Assistenciais		
Analistas	Especialistas ou Coordenações	
Assistentes ou técnicos	Analistas ou especialistas	
Auxiliares	Assistentes	

Carreira de Gestão

Formação profissional voltada para tornar-se um líder de equipe. Aplica-se aos seguintes cargos, do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos:

*Para que ocorra o crescimento profissional, os colaboradores que exercem cargos de auxiliares, assistentes e técnicos, devem concluir o ensino superior.

Fórum de Talentos

Objetivo

Definir os colaboradores que foram destaques ao longo de todo ano. Deste fórum sairão os nomes de todos que serão contemplados, limitado à 5% do quadro total de pessoal do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Utilização

Este processo deverá ser realizado anualmente, após a Avaliação Anual dos colaboradores.

Observação:



- Os 5p.p. (cinco pontos percentuais) de profissionais reconhecidos, baseia-se na Curva de Distribuição Normal, conforme imagem abaixo:

Em caso de empate, os critérios de desempate serão os seguintes, respeitando a ordem:

- ✓ Nota de Avaliação do item "Relacionamento Humanizado"
- ✓ Nota de Avaliação do item "Compromisso com a Excelência"

Participantes

Para a realização do fórum, é fundamental o preparo dos Diretores, no sentido de realmente conhecerem suas equipes, para defenderem os seus Colaboradores.

O Gestor do RH terá um papel neutro neste fórum, atuando como um mediador. Ele apresentará o Painel de Resultados (item do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback). Serão checados as posturas e os comportamentos dos melhores colaboradores (5%).

Além dos resultados dos trabalhos realizados pelos, será considerado aqui como ele é visto perante os pares, colegas, outros líderes e pacientes. Para esta avaliação, considerar como base a Tabela de Competências (item do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback).

Pauta do Retorno do Fórum de Talentos

Objetivo

Dar uma clara visão ao colaborador sobre:

- Como ele ficou posicionado na matriz de talentos;
- As percepções do colegiado (Diretores e RH);

- Itens importantes para serem trabalhados no plano de desenvolvimento.

Utilização

Este retorno deverá ser dado a todos os colaboradores, tão logo seja concluído o fórum de talentos.

Os Diretores conversarão com os seus diretos, informando a posição dele e de todos os demais integrantes da equipe. Estes conversarão com os seus diretos, e assim sucessivamente.

Pauta proposta do feedback

- Verifique com o colaborador como ele se vê em relação aos demais;
- Informe como o colegiado o percebeu. Se possível, utilize exemplos para esclarecer as percepções;
- Acordem sobre ações de desenvolvimento que possam ser realizadas pelo Colaborador;
- Esclareça as dúvidas que os colaboradores possam ter;
- Coloque-se à disposição para o que ele necessitar.

FORMULÁRIO DE PLANO DE DESENVOLVIMENTO

Objetivo

Identificar e definir os comportamentos, habilidades e atitudes que receberão atenção especial do colaborador durante o próximo período de avaliações; bem como o que ele irá fazer para aprimorar esses itens.

Utilização

Este formulário é aplicável aos colaboradores, em todos os níveis hierárquicos, e deverá ser preenchido após a realização da Avaliação Anual, da definição de metas e do Fórum de Talentos.

Este formulário servirá como apoio para que o colaborador permaneça focado no desenvolvimento da sua carreira, dando passos estrategicamente pensados e não se deixando levar por escolhas aleatórias que podem conduzi-lo a qualquer lugar.

Para cada item a ser trabalhado, o colaborador irá definir a forma de atuação dele, que poderá ser:

Ações Formais:

- Participação em treinamentos, cursos e palestras;
- Processo de *coaching*, quando receberá atenção individualizada, com técnicas para aprimorar suas habilidades e atitudes;

- Processo de tutoria, onde um profissional experiente servirá como referência ao colaborador, apoiando-o.

Ações Informais

- Vídeos, *podcast* e livros que abordem claramente os temas desejados;
- Conversas com outro colaborador que seja referência no ponto a ser desenvolvido;
- Ações estruturadas que apoiem a mudança de atitudes e o incremento de novos comportamentos.

O Gestor deverá estar ciente de todas as ações que o colaborador propôs em seu Plano de Desenvolvimento, para que possa garantir o alinhamento com as metas e expectativas do hospital, bem como apoiá-lo nas execuções.

Aspectos Importantes

- Aprendizado de um adulto se dá continuamente, quer ele esteja ciente do processo ou não;
- Um Plano de Desenvolvimento elaborado de forma criteriosa, leva às mudanças duradouras e efetivas no comportamento da pessoa;
- Foque em poucas ações, pois elas exigirão extrema atenção do Colaborador em sua rotina diária.

Observação: Todas as informações entre parênteses deverão ser alteradas conforme a necessidade, bem como os campos em branco deverão ser preenchidos.



Modelo de Plano de Desenvolvimento

IMED	**FORMULÁRIO**	**Código:** FM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	PLANO DE DESENVOLVIMENTO	**Revisão:** 00
		Páginas: 1 de 1

Nome:_____
Cargo:_____
Diretoria:_____
Área:_____
Gestor Imediato:_____
Ano:_____

Oportunidade de desenvolvimento / fortalecimento

Ação 1: (Nome da Ação 1)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências - item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback)

Ação 2: (Nome da Ação 2)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências – item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback)

Ação 3: (Nome da Ação 3)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências - item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback)

Ação 4: (Nome da Ação 4)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências – item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback)

Ação 5: (Nome da Ação 5)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências – item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback).

_____ _____
Colaborador *Gestor*

Cargos por Carreira

Objetivo

Criar possibilidade de desenvolvimento de carreira em "Y", reconhecendo e valorizando conhecimentos específicos.

Utilização

Este modelo deverá balizar todo o conceito de desenvolvimento de carreira, meritocracia e gestão de talentos, para os colaboradores.

Modelo de Carreira



Distribuição das Carreiras

Carreira de Gestão

Formação profissional voltada para tornar-se um líder de equipe. Aplica-se aos seguintes cargos, do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos:

- Diretor Administrativo;
- Diretor Assistencial;
- Diretor Técnico;
- Gerência Administrativa;
- Gerência de Recursos Humanos ;
- Gerência Financeira;

- Gerência Assistencial;
- Coordenações Administrativas;
- Coordenações de Recursos Humanos;
- Coordenações Financeiras;
- Coordenações Assistenciais.

Carreira Técnica

Formação do profissional é focada em tornar-se um especialista na sua atividade. Aplica-se aos seguintes cargos, do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos:

- Especialistas;
- Enfermeiros;
- Nutricionistas;
- Fisioterapeutas;
- Assistente Social;
- Farmacêuticos;
- Técnicos;
- Analistas;
- Assistentes;
- Auxiliares

PROCESSO DE RECONHECIMENTO POR RESULTADOS

Modelo de Carta de Reconhecimento

Objetivo

Reconhecer os profissionais que tiveram uma atuação diferenciada no primeiro semestre no ano, contribuindo para garantir a qualidade dos serviços do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Utilização

Semestralmente, durante a realização do Processo de Avaliação de Desempenho e F edback, após os itens:

- Feedback Semestral - Colaborador.

Observações: os campos entre parênteses deverão ser alterados de acordo com cada situação.



Modelo da Carta de Reconhecimento

(Nome do Colaborador),

Agradecemos a atuação diferenciada que você teve na (descrever a situação que levou ao reconhecimento), durante o primeiro semestre deste ano. Você demonstrou compreensão dos valores do hospital, e contribuiu com este exemplo de como vivenciá-los.

Continue realizando seu trabalho com esse nível de qualidade, isso só tem a contribuir com o desenvolvimento da sua carreira.

Equipe de RH,

Hospital xxx

Pauta da Reunião Estratégica

Objetivo

Manter no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, uma equipe de profissionais diferenciada, com Compromisso com a Excelência, e que busca, constantemente, se reciclar e crescer.

Utilização

Essa reunião será realizada anualmente, após a finalização do item Matriz da Gestão de Talentos, do Processo de Plano de Cargos e Carreira.

O RH conversará com os Diretores, discutindo os principais quadrantes da matriz.

Pauta proposta da reunião

Avaliar os colaboradores que estão nos quadrantes de GAP, que são:

PERFORMANCE COM GAP / COMPORTAMENTO DESTACADO: FORTE ACOMPANHAMENTO JUNTO AOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO NESTE QUADRANTE, PARA QUE MELHOREM SUA PRODUTIVIDADE. PENSAR NA POSSIBILIDADE DE UMA MOVIMENTAÇÃO, SUGERINDO AO PROFISSIONAL QUE EXERÇA OUTRA ATIVIDADE, MAIS CONDIZENTE COM O SEU MODO DE ATUAÇÃO. PARA TANTO:

-
  - Verificar o que o profissional quer / espera de sua carreira;
  - Esclarecer como ele a está conduzindo;
  - Caso se interesse por uma alteração de cargo, sugerir que ele se candidate no próximo processo de recrutamento interno que for aberto para a vaga de interesse;
  - Até que a vaga seja aberta, reforçar que ele deverá se dedicar para ter uma melhor performance.

PERFORMANCE COM GAP / COMPORTAMENTO ESPERADO: FORTE ACOMPANHAMENTO JUNTO AOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO NESTE QUADRANTE, PARA QUE MELHOREM SUA PRODUTIVIDADE. PENSAR NA POSSIBILIDADE DE UM PROCESSO DE *COACHING* OU *MENTORING*, DEPENDENDO DO NÍVEL ESTRATÉGICO DO PROFISSIONAL.

- Nível estratégico – ponderar o cargo que o profissional ocupa em relação ao retorno que ele traz.

PERFORMANCE COM GAP / COMPORTAMENTO COM GAP: AVALIAR O DESLIGAMENTO DOS PROFISSIONAIS NESTE QUADRANTE;

PERFORMANCE ESPERADA / COMPORTAMENTO COM GAP: ACOMPANHAMENTO JUNTO AOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO NESTE QUADRANTE, PARA QUE MELHOREM SEU COMPORTAMENTO.

- Performance diferenciada / Comportamento com gap: forte acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que melhorem seu comportamento. Pensar na possibilidade de um processo de coaching ou mentoring, dependendo

do nível estratégico do profissional.

- Nível estratégico – ponderar o cargo que o profissional ocupa em relação ao retorno que ele traz.

PERFORMANCE EXCEPCIONAL / COMPORTAMENTO COM GAP: FORTE ACOMPANHAMENTO JUNTO AOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO NESTE QUADRANTE, PARA QUE MELHOREM SEU COMPORTAMENTO. PENSAR NA POSSIBILIDADE DE UM PROCESSO DE *COACHING* OU *MENTORING*, DEPENDENDO DO NÍVEL ESTRATÉGICO DO PROFISSIONAL.

- Nível estratégico – ponderar o cargo que o profissional ocupa em relação ao retorno que ele traz.
- Avaliar os colaboradores que estão nos quadrantes esperados, que são:
- Performance esperada / Comportamento destacado: acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que, no próximo ano, migrem para os quadrantes diferenciados ou destaque. Pensar na possibilidade de propor participação em treinamentos para estes profissionais.
- Performance esperada / Comportamento esperado: acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que, no próximo ano, migrem para os quadrantes diferenciados ou destaque. Pensar na possibilidade de propor uma escala de trabalho diferenciada.
- Avaliar os colaboradores que estão nos quadrantes diferenciados, que são:

PERFORMANCE DIFERENCIADA / COMPORTAMENTO DESTACADO: RECONHECER ESTE PROFISSIONAL COM AÇÕES QUE SEJAM DE SEU INTERESSE, COMO PARTICIPAÇÕES EM TREINAMENTOS E/OU EM CONGRESSOS DA ÁREA.

PERFORMANCE DIFERENCIADA / COMPORTAMENTO ESPERADO: ACOMPANHAMENTO JUNTO AOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO NESTE QUADRANTE, PARA QUE APRIMOREM SEU COMPORTAMENTO. PENSAR NA POSSIBILIDADE DE PARTICIPAÇÃO EM TREINAMENTOS;

PERFORMANCE EXCEPCIONAL / COMPORTAMENTO ESPERADO: ACOMPANHAMENTO JUNTO AOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO NESTE QUADRANTE, PARA QUE APRIMOREM SEU COMPORTAMENTO. PENSAR NA POSSIBILIDADE DE UM PROCESSO DE *COACHING* OU *MENTORING*, DEPENDENDO DO NÍVEL ESTRATÉGICO DO PROFISSIONAL.

- Nível estratégico – ponderar o cargo que o profissional ocupa em relação ao retorno que ele traz.
- Os profissionais do quadrante de destaque, receberão outras formas de reconhecimento.

Painel de Reconhecimentos

Objetivo

Visualizar em um painel todas as formas de reconhecimento praticadas pelo Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Utilização

Este material deverá ser utilizado como fonte de consulta sempre que necessário.

Painel de Reconhecimentos

Reconhecimento	Fonte	Público	Periodicidade	Processos relacionados
Promoção	Processo Seletivo	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores	Conforme disponibilidade de vagas	1. Processo de Recrutamento e Seleção
Carta de Reconhecimento	Feedback Semestral e Acompanhamento Semestral	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores.	Semestral	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.
Apresentação de trabalho na Secretaria de Saúde	Matriz de Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.
Publicação de artigo	Matriz de Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.
Palestras para estudantes	Matriz de Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.
Benchmarking em outro hospital de referência	Matriz de Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.
Mérito	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.

Movimentação	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.
Participações em Treinamentos	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.
Participações em Congressos	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.
Esquema diferenciado de Escala e Plantões	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos que trabalham em regime de escala e/ou plantões.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback. 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira. 4. Processo de Reconhecimento por Resultados.

Indicadores de Reconhecimento

Objetivo

Visualizar em um painel os principais indicadores de reconhecimento utilizados como fonte para o reconhecimento dos colaboradores do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Utilização

Este material deverá ser utilizado como fonte de consulta sempre que necessário. Para compreender como avaliar cada um desses indicadores, consultar o item de Indicadores de Resultados do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback.

Indicadores de Reconhecimento

Indicadores	Fonte	Processos relacionados
Elogio formal dos pacientes e/ ou acompanhantes	Relacionamento Humanizado	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
Competência Compromisso com a Excelência	Avaliação Anual e Acompanhamento Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
Competência Relacionamento Humanizado	Avaliação Anual e Acompanhamento Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
Competência Visão Sistêmica	Avaliação Anual e Acompanhamento Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
Competência Planejamento e Resultados	Avaliação Anual e Acompanhamento Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback

Gestão do Processo de Plano de Carreira

Este processo tem por objetivo estabelecer as diretrizes de como funciona o plano de carreira dos colaboradores.

O detalhamento do processo encontra-se nos documentos citados abaixo, bem como em seus fluxos e anexos:

3. PROCESSO DE PLANO DE CARREIRA:

3.1 NORMATIVO DO PROCESSO DE PLANO DE CARREIRA.

Responsabilidades do RH:

- Orientar todos os gestores a respeito do processo, apresentando os formulários, as etapas, e fazendo a relação com os valores do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos;
- Explicar os conceitos de carreira de gestão e carreira técnica;
- Conduzir o fórum de talentos;
- Apoiar os gestores em caso de dúvidas referente ao feedback após o fórum de talentos;
- Apoiar os colaboradores no preenchimento dos seus planos de desenvolvimento;
- Acompanhar a etapa do plano de desenvolvimento junto aos gestores, para garantir que o prazo final e o processo sejam cumpridos. Utilizar uma tabela como a abaixo, para o controle de entrega dos documentos deste processo, marcando "Sim" ou "Não" para cada gestor, de todos os níveis hierárquicos (alterar os nomes dos gestores conforme a necessidade):

Documentos recebidos dos gestores			
Gestores	Plano de desenvolvimento		
	Prazo: XX		
Gestor A			
Gestor B			

Cronograma

A tabela abaixo aplica-se a todos os níveis hierárquicos, sendo cada gestor responsável pela documentação da sua equipe direta.

Abril	Fórum de Talentos
	Matriz do Gestão de Talentos
Maio	Plano de Desenvolvimento

Gestão do Processo de Reconhecimento por Resultado

Este processo tem por objetivo estabelecer as regras para o reconhecimento de todos os colaboradores.

O detalhamento do processo encontra-se nos documentos citados abaixo, bem como em seus fluxos e anexos:

4 PROCESSO DE RECONHECIMENTO POR RESULTADOS.

4 1. NORMATIVO DO PROCESSO DE RECONHECIMENTO POR RESULTADOS.

Responsabilidades do RH:

- Orientar todos os profissionais a respeito do processo, apresentando os formulários, as etapas, e fazendo a relação com os valores do Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos;
- Lembrar os gestores de realizarem a etapa de reconhecimento semestral das suas equipes;
- Dar suporte aos gestores durante o processo de reconhecimento semestral;
- Providenciar uma carta de reconhecimento de todos os colaboradores de destaque, de acordo com a matriz de gestão de talentos;
- Garantir a organização da reunião de entrega das cartas de reconhecimento, de acordo com as possibilidades;
- Negociar os reconhecimentos adicionais, descritos no item do normativo deste processo, com os destaques e com parceiros externos;
- Preparar a matéria de divulgação dos reconhecimentos e divulgá-la, interna e externamente;
- Decidir, em conjunto com os diretores, como atuar em relação à distribuição de cada colaborador e es Público na matriz de gestão de talentos.

Cronograma

A tabela abaixo aplica-se a todos os níveis hierárquicos.

Maio	Reconhecimento Anual
	Definições Estratégicas de Gestão de Pessoas
Junho	Definições Estratégicas de Gestão de Pessoas
Agosto	Reconhecimento Semestral

Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

O absenteísmo em síntese, é o número de faltas ou atrasos dos colaboradores, que pode se tornar um grande problema para o Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, gravidez de risco, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, acompanhamento médico, luto ou por motivos de ordem legal).

O IMED incentivará a presença e desestimulará as ausências ao trabalho através de práticas gerenciais e culturais que privilegiam o engajamento, ao mesmo tempo em que buscam combater atitudes e comportamentos nocivos ao HESLMB.

Como primeiro passo para combater o absenteísmo no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, nos esforçaremos em compreender suas causas e motivação, tendo em vista que quando o colaborador se ausenta de forma imprevista, há um impacto financeiro tanto pelas horas não trabalhadas, quanto pelas horas extras geradas. Além disso, a falta do colaborador pode gerar atrasos nos prazos e acúmulo de atividades aos colegas.

O absenteísmo pode ser aumentado por diversos fatores, como falta de estímulo, falta de reconhecimento, ausência de desafios, sobrecarga de atividades, falha na comunicação interna ou mesmo pela falta de liderança capacitada.

No IMED procuramos ter um olhar atento para as rotinas de trabalho procurando enxergar o que pode gerar maior envolvimento e satisfação do colaborador para com suas atividades. Procuramos medir por meio de um modelo de gestão humanizado e baseado na escuta ativa; quais as demandas, queixas e sugestões do colaborador, a fim de gerar ações que agreguem valor.

A fim de buscar um ambiente de parceria e fortalecer o vínculo com a força de trabalho, os gestores do HESLMB, serão orientados a realizar reuniões periódicas com a equipe. Ademais, a área de gestão de pessoas promoverá diversos fóruns e reuniões para ouvir líderes e colaboradores, com o intuito de engajar todos nos desafios enfrentados, bom como nas soluções necessárias a Instituição.

O IMED tem uma compreensão clara do impacto que o absenteísmo pode causar no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos. Assim, propomos o combate a esse tema tão desafiador através de alguns direcionado-

res:

1. MEDIÇÃO:

O absenteísmo será medido através de indicadores adequados. Planilhas de controle e gráficos ajudarão na análise das causas e motivações, facilitando assim a definição de ações efetivas de combate.

A correção será feita por meio de um plano de ação com objetivos claros e estratégias que ajudarão a diminuir o índice. As soluções apresentadas na sequência resolvem os problemas mais comuns.

Um exemplo de cálculo de indicador de absenteísmo:



Para o cálculo do absenteísmo considera-se todas as ausências até 15 dias: faltas injustificadas, atrasos, licença paternidade, licença de óbito, doação de sangue e atestados.

Não é considerado para o cálculo: licença maternidade, licença saúde superior a 15 dias, férias, estágios e compensação de horas.

Alguns tipos de absenteísmo:

- Absenteísmo voluntário: é a ausência do trabalhador por razões particulares, não justificadas por doença, em amparo legal;
- Absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico e odontológico;
- Absenteísmo por patologia profissional: compreende as ausências por acidente de trabalho ou doença profissional;
- Absenteísmo legal: as faltas ao serviço são amparadas na lei;
- Absenteísmo compulsório: definido como impedimento ao trabalho, ainda que o trabalhador não o deseje, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não lhe permita chegar ao local de trabalho.

2. ESTÍMULOS AO COLABORADOR:

Lançaremos mão de diversas ferramentas que estimularão o colaborador a não se ausentar ao trabalho ou chegar atrasado, seja as já previstas em lei como por exemplo o pagamento de assiduidade para o colaborador que não falta, e as que são propostas por política interna como o day off no dia do aniversário.

Incluiremos como pré-requisito para participar do processo de seleção interna, o histórico de faltas e atrasos como critério de classificação e desempate. Tais ações, contribuirão para a conscientização e comprometimento dos profissionais que buscam ascensão na carreira.

3. VALORIZAÇÃO DO COLABORADOR:

O IMED se importa com as pessoas e incentiva a busca pelo crescimento pessoal e profissional, por meio do investimento em treinamentos e priorização do público interno em seleções ou processos que possam gerar promoção ou ascensão na carreira.

4. COMUNICAÇÃO EFETIVA:

Investimos em canais de comunicação, pois entendemos que assim os ruídos diminuem e há uma aproximação natural dos colaboradores a estratégia da empresa. Com possibilidade de serem ouvidos e estarem bem informados, as chances do trabalho ser bem executado são maiores, possibilitando mais segurança para o Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Neste sentido, o IMED aposta em ações (comitês, grupos de discussão, redes sociais, newsletters...) que envolvam os colaboradores e os incentive a atuar como porta-vozes das notícias, eventos e ações, acelerando o fluxo de repasse das informações.

5. AMBIENTE DE TRABALHO:

Proporcionaremos um clima de trabalho saudável, pois sabemos que ele é primordial para manter a produtividade, reter talentos e diminuir o absenteísmo. Funcionários que não se sentem bem onde trabalham e que têm dificuldades de relacionamento por causa de uma má gestão de pessoas não conseguem se doar como deveriam, e acabam faltando com frequência para evitar os conflitos.

Logo, para oferecer um ambiente favorável ao crescimento e que motive a equipe a alcançar bons resultados, praticaremos a realização regular de pesquisas de clima organizacional. Assim, poderemos identificar quais pontos fortes e oportunidades de melhoria da Instituição na visão dos colaboradores, dessa forma poderemos dar visibilidade a tudo que traz satisfação e elaborar ações para combater ou solucionar os problemas e dificuldades apresentadas no Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO: EQUIPE NECESSÁRIA, SISTEMÁTICA DE TRABALHO, HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.

Para o IMED, a qualidade do atendimento, acolhimento e a humanização, está além do direito de cidadania garantido em Lei, é uma forte estratégia para percepção de cuidado que produz resultados significativos como complemento no alcance da cura do paciente. O acolhimento é fundamental para o alcance da saúde, todos os colaboradores no

Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, exercerão esse papel e as equipes estarão dedicadas no período integral, sete dias da semana para cumprir as seguintes ações:

PROCESSO DE ATENÇÃO: DEDICAREMOS BOA PARTE DOS NOSSOS ESFORÇOS NA RECEPÇÃO PARA QUE O AMBIENTE FÍSICO CONDUZA À VISÃO POSITIVA DO ACOLHIMENTO PARA QUE A PRIMEIRA PERCEPÇÃO NÃO SEJA AMEDRONTADORA E FRIA. TRANSFORMAREMOS A RECEPÇÃO EM UM AMBIENTE ACOLHEDOR DISPONIBILIZANDO PROFISSIONAIS 24 HORAS, DE SEGUNDA A DOMINGO COM HABILIDADES E ATITUDES PARA LIDAR COM AS FRAGILIDADES FÍSICAS E EMOCIONAIS, ALÉM DE CONHECIMENTOS PARA PRESTAR TODA A INFORMAÇÃO NECESSÁRIA DOS SERVIÇOS QUE SERÃO PRESTADOS NO HOSPITAL.

CUIDADO COM A EQUIPE TÉCNICA ASSISTENCIAL: OFERECEREMOS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO PARA AS EQUIPES QUE SERÃO DEPOIS DISSEMINADAS AOS PACIENTES. IMPLANTAREMOS A ÁRVORE DA VIDA, E INCLUIREMOS OS NOMES DE TODOS OS PACIENTES QUE TERÃO ALTA COM OBJETIVO DE FORTALECER E VALORIZAR AINDA MAIS O TRABALHO DESENVOLVIDO PELOS PROFISSIONAIS DO HOPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS, QUE SE REVEZARÃO 24 HORAS, TODOS OS DIAS DA SEMANA PARA ATENDER NOSSAS PESSOAS E MULTIPLICAR AS PRÁTICAS E ATITUDES DE ACOLHIMENTO.

AUTONOMIA AO PACIENTE E FAMILIAR ATRAVÉS DA INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO: REDUZIR A ANSIEDADE E PROMOVER A SAÚDE POR MEIO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO FAZ PARTE DAS ESTRATÉGIAS DO IMED. O FAMILIAR E O PACIENTE BEM INFORMADOS SOBRE SEU QUADRO CLÍNICO PODEM TORNAR-SE PARTICIPANTES ATIVOS DOS CUIDADOS. NOSSA PROPOSTA É INCENTIVAR O FAMILIAR A LER OS PRONTUÁRIOS, EXPLICAR E SENTA-SE COM ELES PARA COMPREENDER EM CONJUNTO, INCENTIVAR UMA ÁREA DE REGISTROS DO FAMILIAR. ISSO TUDO TAMBÉM PARA ENVOLVER A FAMÍLIA PARA A CONTINUIDADE CORRETA DO TRATAMENTO EM CASA: NA ALTA O FAMILIAR RECEBERÁ TODAS AS ORIENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO IMED A FIM DE GARANTIR A QUALIDADE DA RECUPERAÇÃO NA RESIDÊNCIA.

PESQUISA DE OPINIÃO: ALÉM DE IMPLANTARMOS UMA OUVIDORIA EM HORÁRIO COMERCIAL E CAIXAS COM TRANCAS DISPOSTAS EM TODOS OS AMBIENTES PARA COLHER A OPINIÃO DO PACIENTE, CRIAREMOS UM GRUPO FOCAL EM TODAS AS ÁREAS DE RELACIONAMENTO 24 HORAS, SETE DIAS DA SEMANA, LIDERADO POR UM PROFISSIONAL DEDICADO NO TRATAMENTO DE MEDIDAS CORRETIVAS QUE IMPACTEM NA SATISFAÇÃO E APOIO NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS.

FAMÍLIA, AMIGOS E O APOIO SOCIAL: SABEMOS QUE A FAMÍLIA É O MELHOR REMÉDIO E O APOIO SOCIAL VITAL PARA A SAÚDE. O IMED VALORIZA

A PERMISSÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS COM O PACIENTE E CRIARÁ GRUPOS DE APOIO ÀS FAMÍLIAS LIDERADOS POR ASSISTENTES SOCIAIS E PSICÓLOGOS A FIM DE ACOMPANHAREM O FAMILIAR EM CADA ETAPA DO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DO PACIENTE, COM SEGURANÇA E CONFORTO A AMBAS AS PARTES DO PROCESSO.

ASPECTOS NUTRICIONAIS E ALIMENTARES: AUXILIAR NA PRÁTICA NUTRICIONAL DOS PACIENTES, TANTO NA QUALIDADE DOS ALIMENTOS, QUANTO NO SEU ACESSO E FORMA DE ENTREGA. PROPORCIONAREMOS QUE UM FAMILIAR ALIMENTE QUANDO DESEJAR O PACIENTE, QUE O ACOMPANHE NAS REFEIÇÕES, DISPONIBILIZAREMOS JANTARES E ALMOÇOS ESPECIAIS EM SITUAÇÕES DE COMEMORAÇÃO. CONSTRUIREMOS UMA ALIMENTAÇÃO AUTÊNTICA QUE FAÇA COM QUE O PACIENTE SE SINTA FAMILIARIZADO, ALINHADO À CULTURA E QUE TRAGA O AMOR DE CASA PARA OS ALIMENTOS.

O TOQUE HUMANIZADO: ALÉM DO ATENDIMENTO DE FORMA GENTIL E HUMANA DE INTERAGIR COM O PACIENTE E FAMILIAR, DISPONIBILIZAREMOS ACOLHIMENTO MUSICAL UM RECURSO INOVADOR QUE POSSIBILITA DISTRAÇÃO E LEVEZA PARA OS NOSSOS PACIENTES. O PROJETO AMOR CANTANDO, ACONTECE SIMULTANEAMENTE AS QUARTAS-FEIRAS EM TODOS OS HOSPITAIS GERIDOS PELO IMED E IMPLANTAREMOS NO HOPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS.

JEITO IMED DE ATENDER

NOSSO JEITO IMED DE ATENDER

Assim, disseminaremos no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos a humanização como a construção de vinculos que possibilitem a coparticipação dos diversos agentes envolvidos na busca pela excelência e qualidade do processo cooperativo de produção da saúde. Esta condição somente se faz possível no momento em que permitimos e facilitamos o encontro das eficiências técnicas e científicas com valores éticos, respeito e so-





lidariedade ao ser humano, protagonismo e autonomia das equipes.

Jeito IMED de Atender, culturalmente parte do DNA da instituição e disseminado entre todos os colaboradores. De acordo com a Politica Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vinculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Enquanto estrutura norteadora de atitudes para a boa utilização de conhecimentos e habilidades profissionais, a humanização leva ao hospital a possibilidade de, em sua estrutura tecnológica, fisica, administrativa e humana de praticar o respeito à dignidade de cada sujeito, esteja ele em qualquer um dos pontos da cadeia de stakeholders.

Quando se acredita que propósitos maiores devam reger uma relação que se quer duradoura, é importante que seja reforçado um contexto de cooperação e coparticipação para que os resultados sejam os melhores que aquele grupo de pessoas, naquele momento de suas vidas, possam fazer acontecer.

Seres humanos são movidos por significados que asseguram compromissos e dão o tom e a energia para o que precisa ser feito. Queremos que no IMED este grupo de significados convirja alcançando a excelência na prática do atendimento humanizado.

Para isso, é importante o respeito a algumas técnicas de atuação que possibilitam a padronização da forma com que nos relacionamos com nossos stakeholders.

Por acreditarmos na importância do desenvolvimento de uma cultura voltada para a qualidade da informação no serviço de saúde onde identificamos o perfil do interlocutor, o diferenciamos por meio de seu histórico com nossa instituição, interagimos de acordo com suas expectativas e nosso conhecimento técnico e personalizamos nossa ação de acordo com suas reais necessidades para poder prestar um atendimento de excelência, adotamos o modelo abaixo descrito:



1ª ETAPA: IDENTIFICAR O PERFIL DO INTERLOCUTOR, BUSCANDO CONHECER O MAIOR NÚMERO DE INFORMAÇÕES POSSÍVEIS PARA SER CAPAZ DE RECONHECÊ-LO EM TODOS OS PONTOS DE CONTATO. PARA QUE ESTA ETAPA ACONTEÇA É IMPORTANTE QUE O PROFISSIONAL CONHEÇA TODAS AS INFORMAÇÕES TÉCNICAS NECESSÁRIAS PARA SUA ATUAÇÃO NA SAÚDE. O PROFISSIONAL DEVE ESTAR PREPARADO PARA SE RELACIONAR COM TODOS OS PÚBLICOS ATENDIDOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS.

2ª ETAPA: DIFERENCIAR O STAKEHOLDER POR MEIO DE SEU HISTÓRICO DE RELACIONAMENTO COM O HOPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS. ESTAR SEMPRE DISPOSTO A FORNECER AS INFORMAÇÕES PERMITIDAS E SOLICITADAS PELOS CLIENTES INTERNOS E EXTERNOS, CONTRIBUINDO PARA UMA ATUAÇÃO ÁGIL E EFICIENTE DO GRUPO DE PROFISSIONAIS NO DIA A DIA. CONTINUAMENTE SÃO GERADAS INFORMAÇÕES SOBRE PACIENTES E SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE – HISTÓRICOS, SINTOMAS, EXAMES, DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTOS REALIZADOS, ENTRE OUTROS – ACESSAR ESTAS INFORMAÇÕES E UTILIZÁ-LAS IMPLICA DIRETAMENTE NA MELHORIA DO ATENDIMENTO CLÍNICO.

3ª ETAPA: INTERAGIR DE ACORDO COM AS EXPECTATIVAS DO STAKEHOLDER E NOSSO CONHECIMENTO TÉCNICO, PROCURANDO MAIOR EFICIÊNCIA

E EFICÁCIA, ESTABELECENDO UMA COMUNICAÇÃO ADEQUADA AO PERFIL APRESENTADO.

4ª ETAPA: PERSONALIZAR NOSSA AÇÃO DE ACORDO COM AS REAIS NECESSIDADES APRESENTADAS PERMITINDO QUE O HESLMB PRESTE UM SERVIÇO DE EXCELÊNCIA A TODOS OS PÚBLICOS COM QUE SE RELACIONA.

se todos os profissionais tiverem o foco NO cliente para compreender o foco DO cliente. O cliente deve estar no centro de nossas relações, seja ele interno ou externo, paciente ou não. Somente assim, seremos capazes de entender suas necessidades e, muitas vezes, nos anteciparmos a elas em nossa atuação tão importante no setor da saúde.



A eficácia de nossas ações ao nos relacionarmos com nossos stakeholders será maior

Para o IMED, a qualidade do atendimento e a humanização, está além do direito de cidadania garantido em Lei, é uma forte estratégia para percepção de cuidado que produz

resultados significativos como complemento no alcance da cura do paciente. O apoio social é fundamental para o alcance da saúde e, por reconhecermos esta afirmação, propomos algumas premissas:

Para possibilitar a utilização deste modelo no processo de relacionamento todas as estratégias e ações serão apoiadas no tripé: Gestão de Stakeholders, Gestão de Pessoas e Gestão do Negócio. Esta estrutura de gestão somente se faz possível por meio dos Programas de Excelência e Práticas de Gestão, Programas de Desenvolvimento e Reforço da Cultura do IMED, Programas de Relacionamento com Stakeholders e, principalmente, a qualidade com que operacionalizamos a execução de nossas estratégias.

Alcançar a saúde integral do ser humano e ser grande depende do nível de cuidado dedicado aos pequenos detalhes. O Jeito IMED de Atender é o caminho pelo qual trafegamos e viabilizamos uma gestão eficiente de pessoas e processos, ações de qualidade e acolhimento, seguindo as melhores.



ITEM 3.5.3 - REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO

O cumprimento da atividade referente aos processos de contratação, registro, folha de pagamentos, férias e desligamentos, assim como as demais formalidades legais para manutenção do vinculo empregatício do colaborador, serão conduzidas dentro de princípios legais e respeitados o espírito legítimo do direito, expresso na CLT - Consolidação das Leis do Trabalho - e nas convenções coletivas das diferentes categorias profissionais. As relações trabalhistas e o estabelecimento de acordo firmado com trabalhadores e sindicatos terão como objetivo a redução dos riscos de reclamação e de eventual passivo trabalhista. A austeridade no controle e apontamento, bem como no cumprimento dos prazos legais de pagamentos de verbas e recolhimentos de encargos, serão determinantes no processo da conduta departamental.



Ponto Eletrônico

O Hopital Estadual de São Luis de Montes Belos, utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basi-

camente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado pelo mesmo. Caberá ao colaborador registrar rigorosamente os seus horários - entrada, intervalos/intrajornada, saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal.

A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários, qualquer situação anômala deverá ser justificada em formulário próprio para tratamento do ponto. O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização prévia do responsável pelo setor/área mediante justificativa.



Escala de Trabalho

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). Elas serão entregues ao setor de RH com até 15 dias de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador esta-

rá ciente, conhecendo os seus horários e folgas com pelo menos 10 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1 o e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, o qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificado e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área e pela diretoria responsável, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH. Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

Modelo para escala de trabalho

Modelo de Escala - Geral

SETOR: GERÊNCIA: XXX MÊS: ANO:

Diurno A	Cores	Cargo	Horário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Fulano		Enf.	7:00 às 19:00		P		P			P		P			P		P	P		P		P			P		P			P		P	
Beltrano		Tec Enf	7:00 às 19:00		P		P			P		P			P		P	P		P		P			P		P			P		P	
Ciclano		Tec Enf	7:00 às 19:00		P		P			P		P			P		P	P		P		P			P		P			P		P	
Fulano		Tec Enf	7:00 às 19:00		P		P			P		P			P		P	P		P		P			P		P			P		P	
Beltrano		Tec Enf	7:00 às 19:00																			P				P						P	

Diurno B	Cores	Cargo	Horário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Fulano		Enf.	7:00 às 19:00	P		P		P		P		P		P		P		P	P		P		P		P		P		P		P		P	
Beltrano		Tec Enf	7:00 às 19:00	P		P		P		P		P		P		P		P	P		P		P		P		P		P		P		P	
Ciclano		Tec Enf	7:00 às 19:00	P		P		P		P		P		P		P		P	P		P		P		P		P		P		P		P	
Fulano		Tec Enf	7:00 às 19:00			P						P						P					P												
Beltrano		Tec Enf	7:00 às 19:00	P		P				P		P		P		P		P			P		P		P		P			P		P		P
Fulano		Tec Enf	7:00 às 19:00	Férias																														P

Noturno A	Cores	Cargo	Horário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Fulano		Enf.	19:00 às 7:00		N		N			N		N			N		N	N		N		N			N		N			N		N	
Beltrano		Tec Enf	19:00 às 7:00		N		N			N		N			N		N	N		N		N			N		N			N		N	
Ciclano		Tec Enf	19:00 às 7:00		N		N			N		N			N		N	N		N		N			N		N			N		N	
Fulano		Tec Enf	19:00 às 7:00		N		N			N		N			N		N	N		N		N			N		N			N		N	
Beltrano		Tec Enf	19:00 às 7:00		N		N			N		N			N		N	N		N		N			N		N			N		N	

Noturno B	Cores	Cargo	Horário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Fulano			19:00 às 7:00	N		N		N		N		N		N		N		N	N		N		N		N		N		N		N		N	
Beltrano			19:00 às 7:00	N		N		N		N		N		N		N		N	N		N		N		N		N		N		N		N	
Ciclano			19:00 às 7:00	N		N		N		N		N		N		N		N	N		N		N		N		N		N		N		N	
Fulano			19:00 às 7:00	N		N		N		N		N		N		N		N	N		N		N		N		N		N		N		N	
Beltrano			19:00 às 7:00	Férias																														N

LEGENDA
A = Atestado Médico
P= Plantão Diurno
N = Plantão Noturno
LM = Licença Médica
D = Diarista

Assinatura do Responsável
Data: ___/___/_____

Assinatura do RH
Data: ___/___/_____

Formulário de Tratamento do Ponto

IMED	FORMULÁRIO	Código: FM.HUTRIN.GEP.001
		Data: 05/05/2021
	TRATAMENTO DE PONTO	Revisão: 00
		Página: 1 de 1

DADOS DO COLABORADOR					
Colaborador:		Cargo do Colaborador:			
Horário de Plantão:	( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Diarista		Data da Justificativa:		

JUSTIFICATIVA
Qualquer uma das situações abaixo deve ser validado pela gestão imediata
( ) Esquecimento ( ) Ponto com Defeito ( ) Erro na Biometria ( ) Saída Antecipada ( ) Atraso ( ) Outros
As situações abaixo devem ser validadas pela gestão imediata e diretoria local
( ) Horas Extras ( ) Compensação de Horas ( ) Pagamento de Horas
Horário da Justificativa:
Início: _____h_____min Fim: _____h_____min Total: _____h_____min
Justificativa:

AUTORIZAÇÃO		VALIDAÇÃO
Gerência Solicitante	Diretoria Local	Recursos Humanos
Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não
Data: ___/___/_____	Data: ___/___/_____	Data: ___/___/_____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____



Formulário Troca de Plantão

IMED	FORMULÁRIO	Código: PM.HUTRIN.GEP.002
		Data: 12/04/2021
	TROCA DE PLANTÃO	Revisão: 00
		Página: 1 de 1

Eu, _____, na função _____ CPF: _____, comunico que o plantão do dia __/__/_____, no horário das _____ às _____ horas, estará sob a responsabilidade do(a) profissional: _____, ocupante da mesma função, CPF: _____, integrante do corpo clínico desta unidade, que me substituirá, com autorização prévia da Direção da Unidade.

Informo ainda que ficarei responsável pelo plantão do dia__/__/_____, no horário das _____ às _____ horas ou em data posterior a ser definida.

Cidade _____, _____, __/__/_____

_____
Assinatura e carimbo do plantonista substituído

_____
Assinatura e carimbo do plantonista substituto

_____
Assinatura e carimbo da direção

(1ª via: RH; 2ª via: plantonista substituído; 3ª via: plantonista substituto)

Quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais.

Neste tópico, solicita-se um quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital (estejam ou não atualmente contratados) e com a expressão da carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o enunciado do horário de trabalho.

ITEM 3.6. – METODOLOGIA DE PROJETO

ITEM 3.6.1. - PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS.

PROJETO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. **CNES: 2382474. Endereço: R. Araguaia, 49 - St. Trevo, São Luis de Montes Belos - GO, 76100-000.**

Tipo de Unidade: Hospital geral de esfera pública que presta atendimento de alta e média complexidade, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada (aberta), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI).

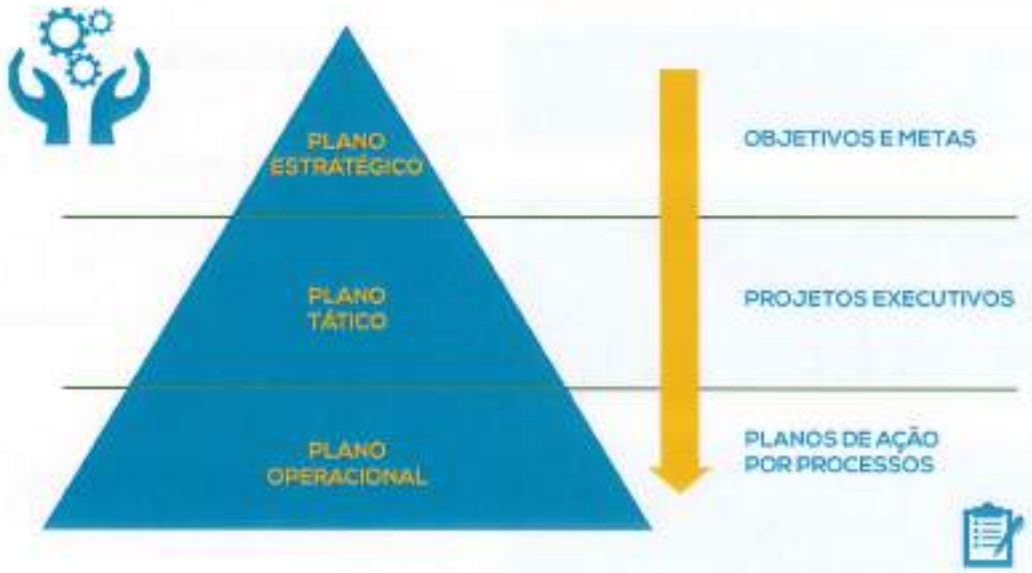
Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas por dia, todos os dias do ano.

INTRODUÇÃO

Alinhado ao modelo de gestão proposto pelo IMED, apresentamos abaixo o modelo para o planejamento e execução de projeto, cujo objeto é o "gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde" no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

Esta metodologia é baseada em três grandes etapas: Planejamento do Projeto (Plano estratégico); Desdobramento do Planejamento do Projeto em nível Tático - diversos projetos executivos, por área de eficácia (Plano Tático); Desdobramento em planos de ação por processos, áreas ou setores (Plano Operacional).



A integração desses elementos permite que os trabalhos dentro de um projeto sejam ordenados em fases e, em cada uma delas, sejam marcados por entregas específicas suportadas por padrões de documentação e formulários. A metodologia pressupõe a definição de objetivos e metas para o projeto, organização pela qual será possível demonstrar todo o planejamento da condução do projeto e o que minimamente deve constar.

ESCOPO DO PROJETO

O objetivo principal do projeto segue a "Missão" do IMED, sendo proporcionar o bem-estar, saúde, cidadania e dignidade às pessoas, com atuação de profissionais qualificados, comprometidos com a boa prestação de serviços, humanização e a ética.

As premissas básicas utilizadas para o desenvolvimento do projeto, baseada nas premissas do Edital, são:

A) OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS, SEMPRE EM OBSERVAÇÃO À LEI FEDERAL N 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, PAUTANDO-SE PELA PRESERVAÇÃO DA MISSÃO DA SES/GO, TAMBÉM EM OBSERVÂNCIA À LEGISLAÇÃO AMBIENTAL E AS NORMAS SANITÁRIAS, E UTILIZANDO COMO PARÂMETRO, METAS DE PRODUÇÃO COM QUALIDADE E EFICIÊNCIA PARA ASSISTIR DE FORMA ABRANGENTE OS USUÁRIOS;

B) RESOLUBILIDADE E A QUALIDADE DO SERVIÇO OFERTADO AOS USUÁRIOS DO SUS;

C) GESTÃO HOSPITALAR BASEADA EM INDICADORES DE DESEMPENHO E SISTEMA DE METAS;

D) GARANTIA DE REQUISITOS E A BUSCA DAS HABILITAÇÕES POSSÍVEIS AO PERFIL DA UNIDADE NO

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS):

E) BUSCA DE CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE;

F) A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO SUS, CONTEMPLANDO O ACOLHIMENTO AO USUÁRIO;

G) A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO SUS, CONTEMPLANDO SUAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES QUANTO AO ENSINO, ESTÁGIOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO DO ENSINO PROFISSIONALIZANTE E TECNOLÓGICO; DA GRADUAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR, ESTÁGIOS E INTERNATO MÉDICO; PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU, ESPECIALIZAÇÃO E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, E EM ÁREAS ESPECIALIZADAS EM CONFORMIDADE COM AS LEGISLAÇÕES VIGENTES.

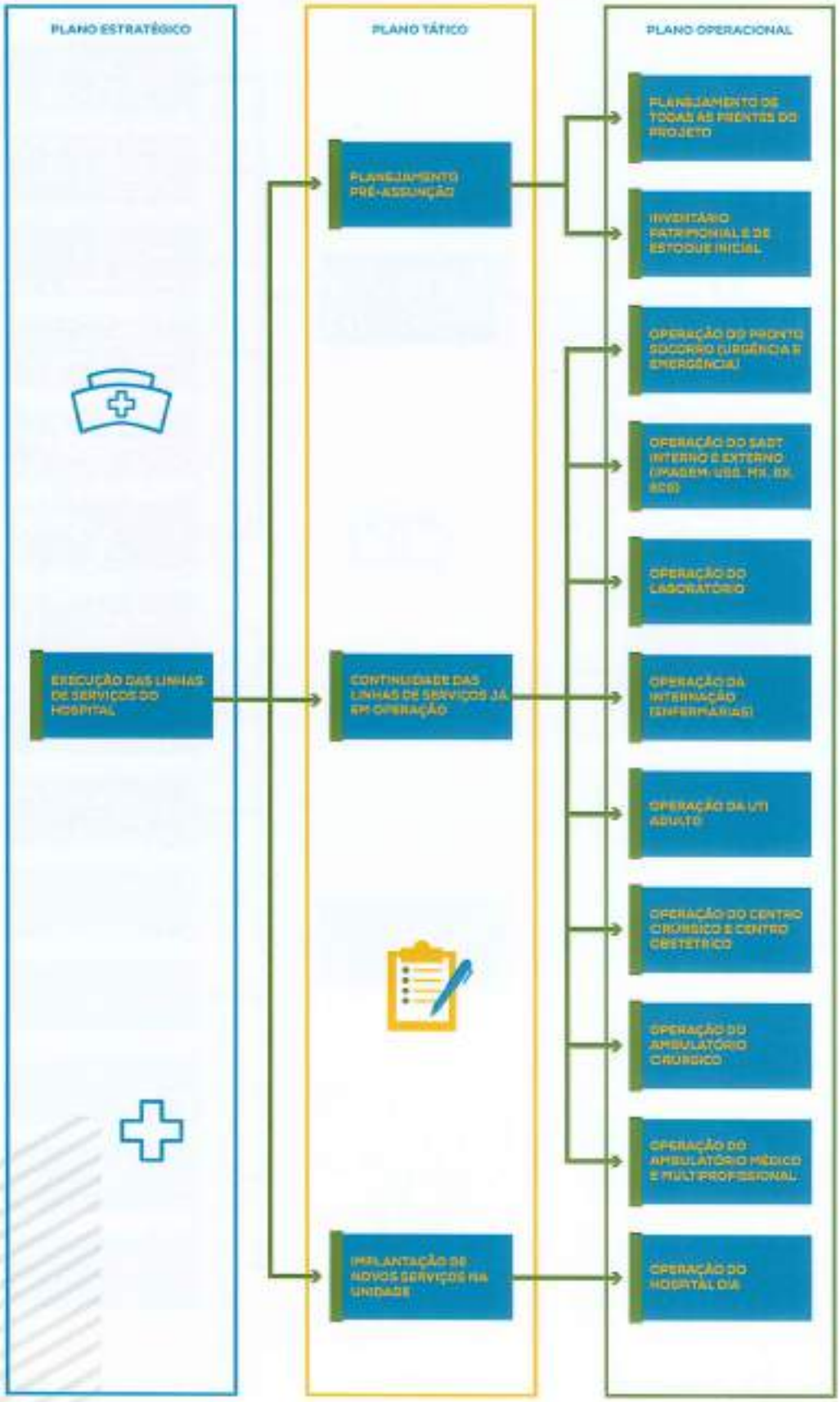
Para alcançar nosso objetivo na gestão do HESLMB, com base nas premissas do Edital, desmembraremos nossa Proposta de Trabalho em 8 objetivos estratégicos:

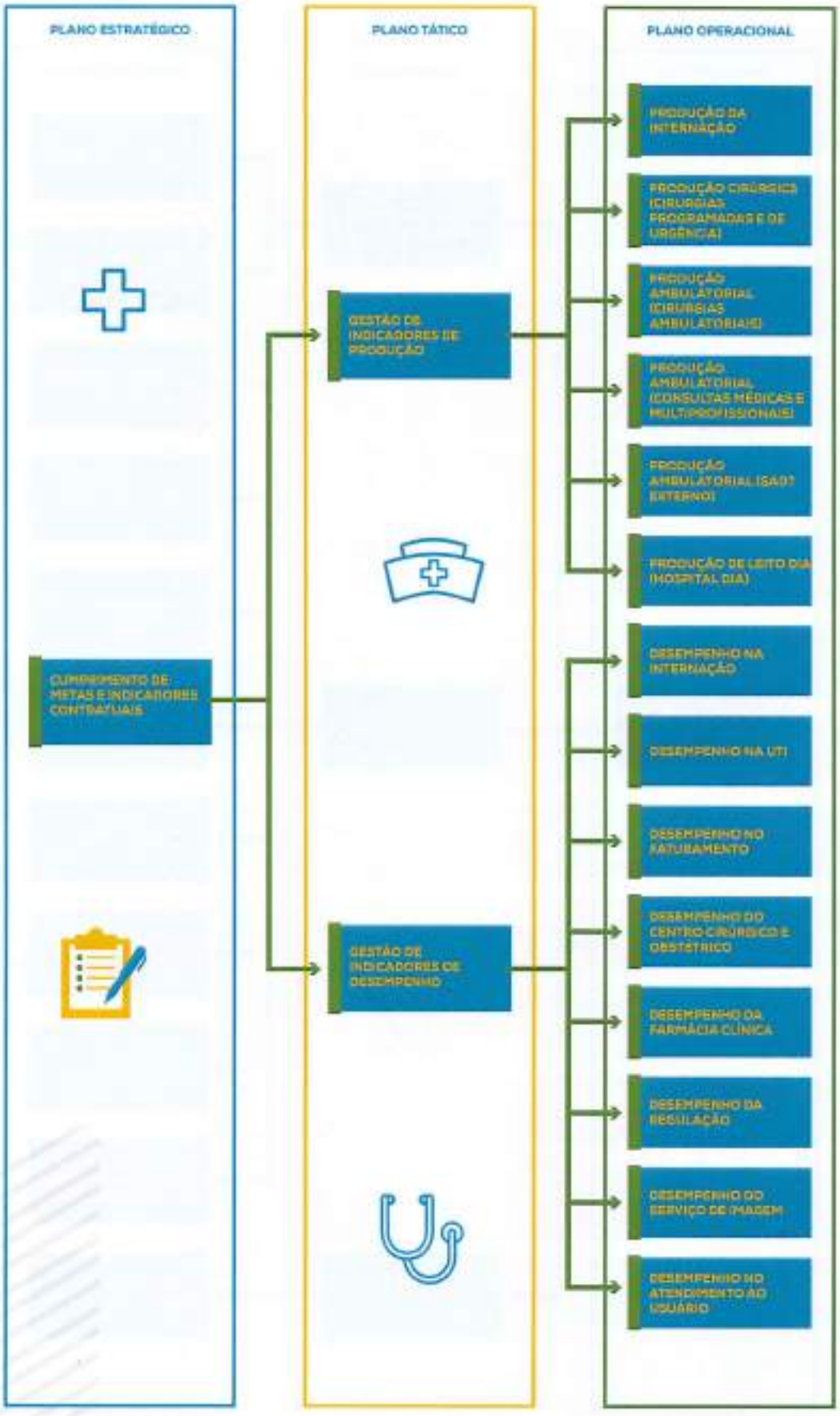
- Execução das linhas de serviços do Hospital
- Cumprimento de metas e indicadores de desempenho
- Certificação de Qualidade em Saúde
- Assistência Humanizada
- Gestão eficiente e transparente
- Gestão e desenvolvimento de Pessoas
- Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
- Incremento de atividades e projetos no Hospital

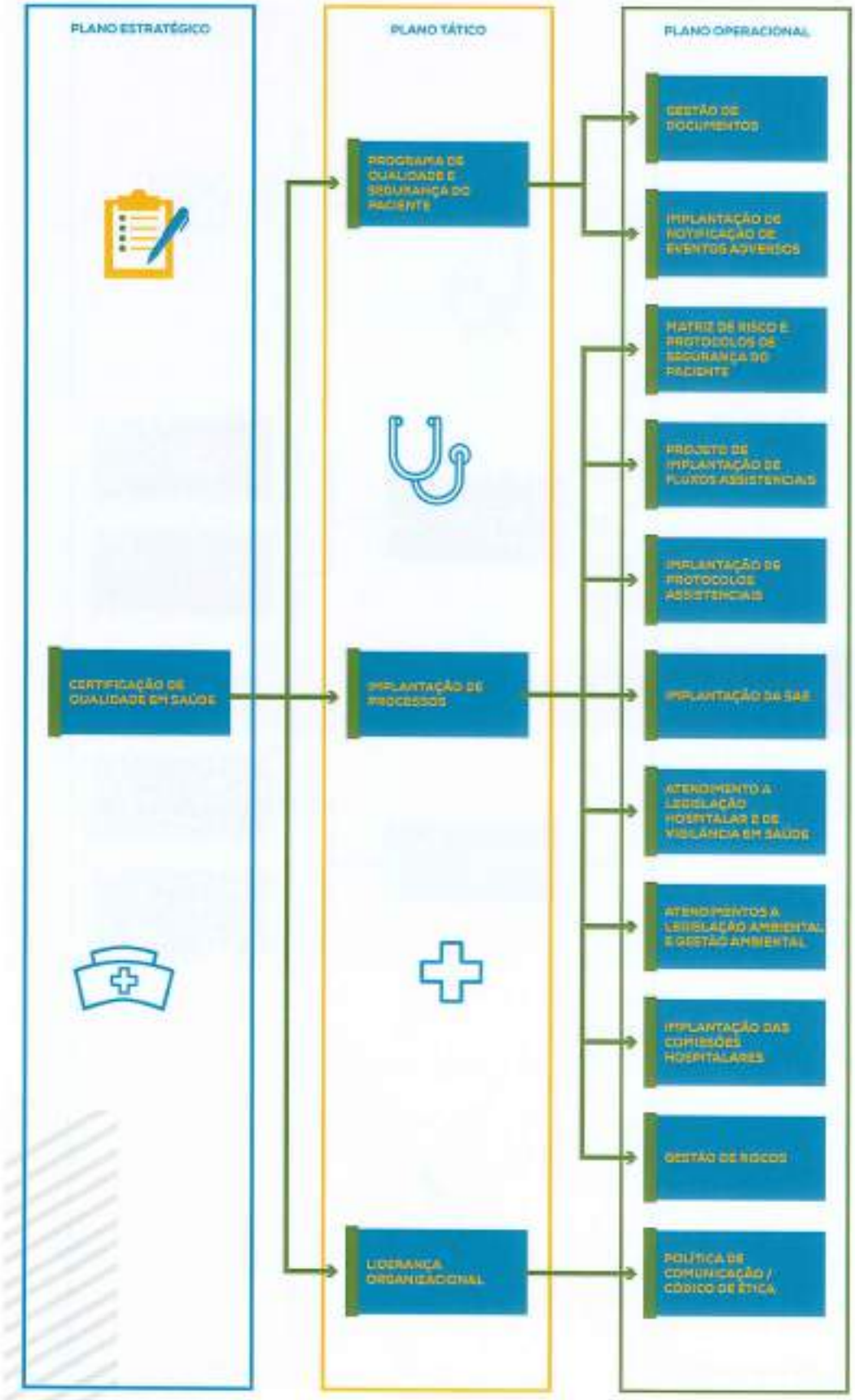
Após devido definição dos objetivos estratégicos por meio de planejamento realizado com clara visão de futuro para o Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, na Proposta de Trabalho a ser apresentada serão elaborados programas e projetos nos Planos Tático e Operacional a fim de alcançarmos tais objetivos.

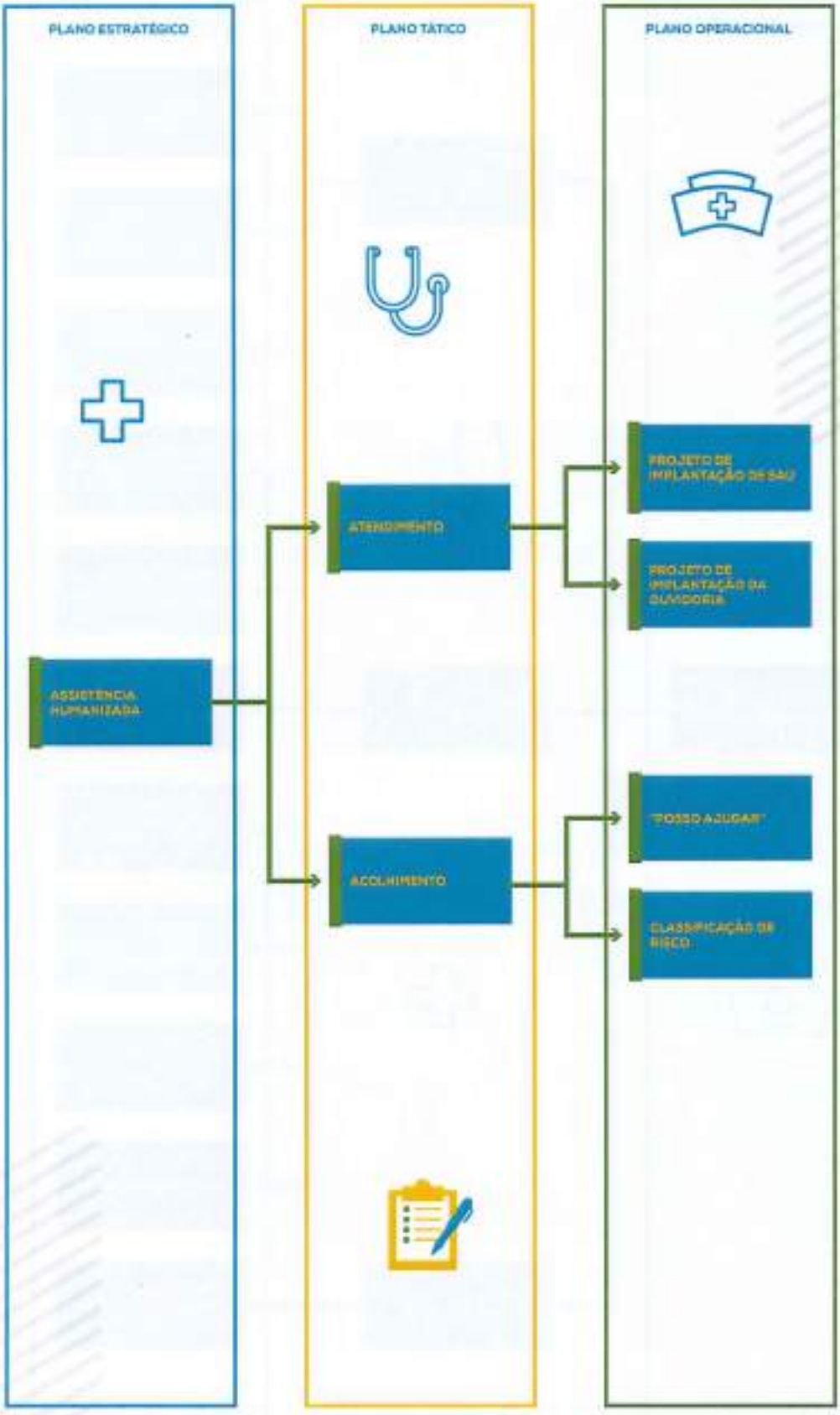
Os objetivos, então, serão transcritos em forma de Metas, para que possam ser mensuráveis, e serão elaborados indicadores que irão avaliar e acompanhar o funcionamento de cada programa/projeto. O Monitoramento com indicadores de desempenho será feito para entender se estamos nos aproximando de nossas metas e, consequentemente, caminhando em direção aos nossos objetivos.

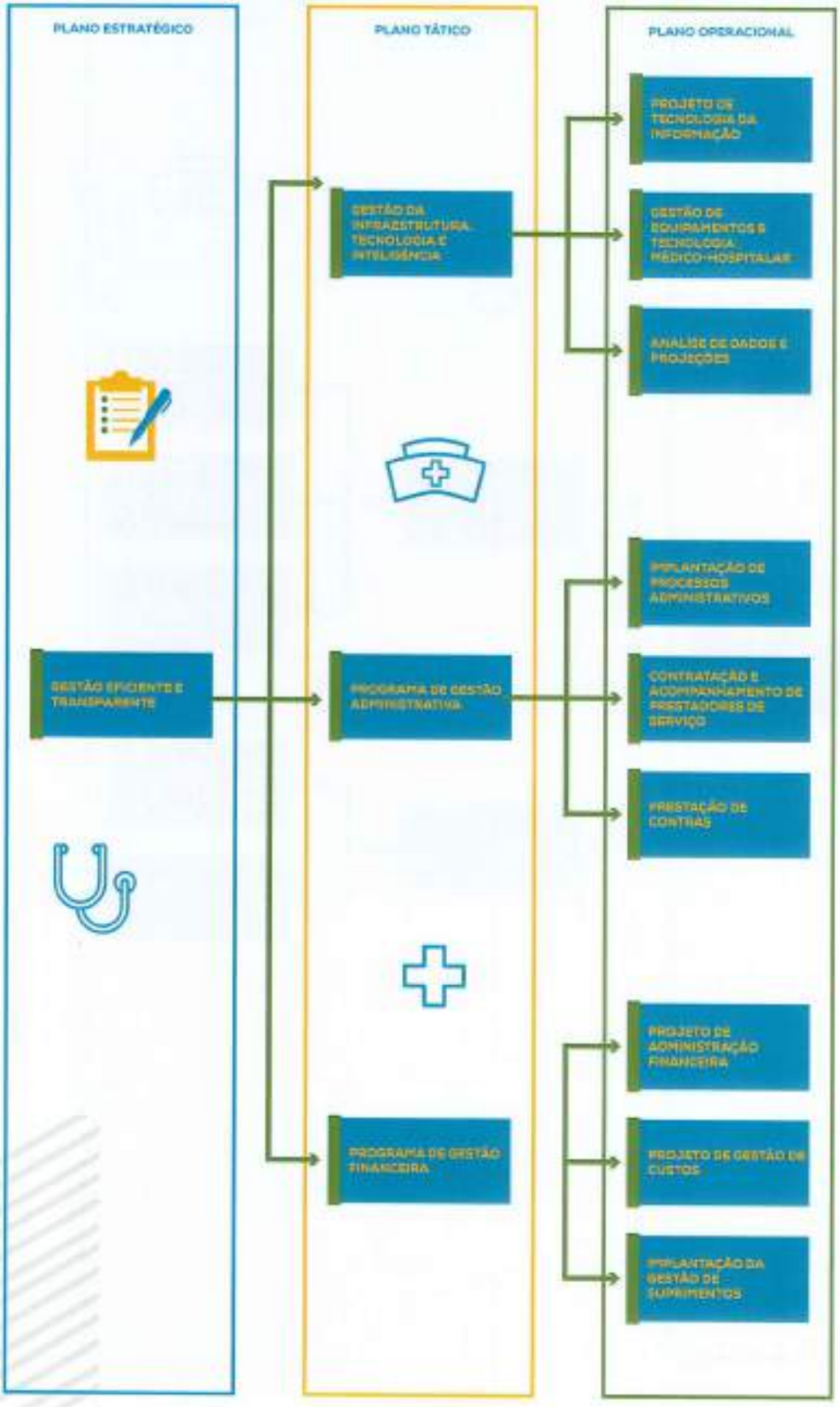
Abaixo, apresentaremos, em diagramas, nossos objetivos estratégicos, bem como os programa e projetos elaborados nos Planos Tático e Operacional para realização e alcance desses objetivos.

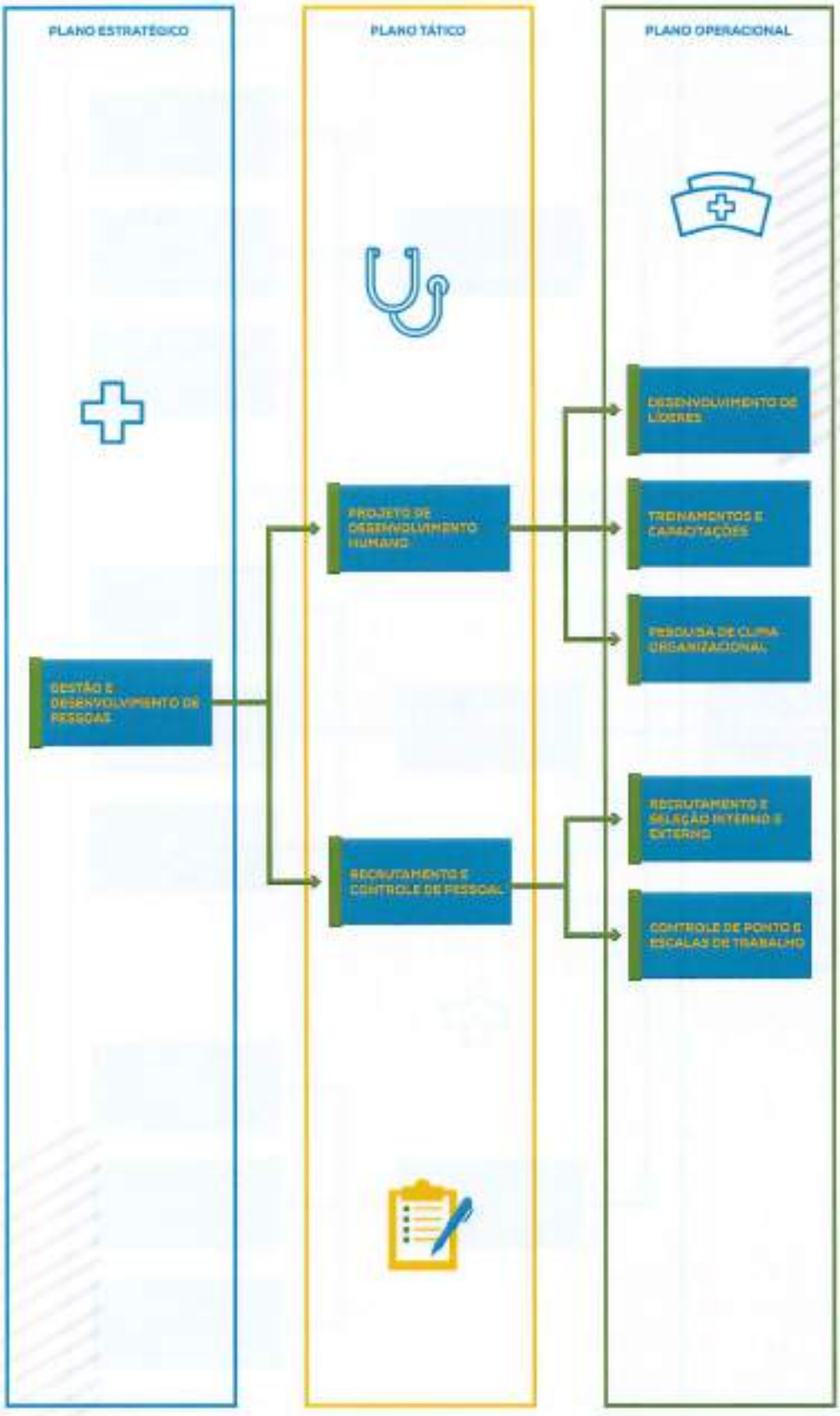

PLANO ESTRATÉGICO
PLANO TÁTICO
PLANO OPERACIONAL
EXECUÇÃO DAS LINHAS DE SERVIÇOS DO HOSPITAL
PLANEJAMENTO PRÉ-ASSUNÇÃO
CONTINUIDADE DAS LINHAS DE SERVIÇOS JÁ EM OPERAÇÃO
IMPLANTAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS NA UNIDADE
PLANEJAMENTO DE TODAS AS FRENTES DO PROJETO
INVENTÁRIO PATRIMONIAL E DE ESTOQUE INICIAL
OPERAÇÃO DO PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)
OPERAÇÃO DO SADT INTERNO E EXTERNO (PADRÃO, USG, RX, EX. ECG)
OPERAÇÃO DO LABORATÓRIO
OPERAÇÃO DA INTERNAÇÃO (ENFERMARIAS)
OPERAÇÃO DA UTI ADULTO
OPERAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO OBSTÉTRICO
OPERAÇÃO DO AMBULATÓRIO CIRÚRGICO
OPERAÇÃO DO AMBULATÓRIO MÉDICO E MULTIPROFISSIONAL
OPERAÇÃO DO HOSPITAL DIA

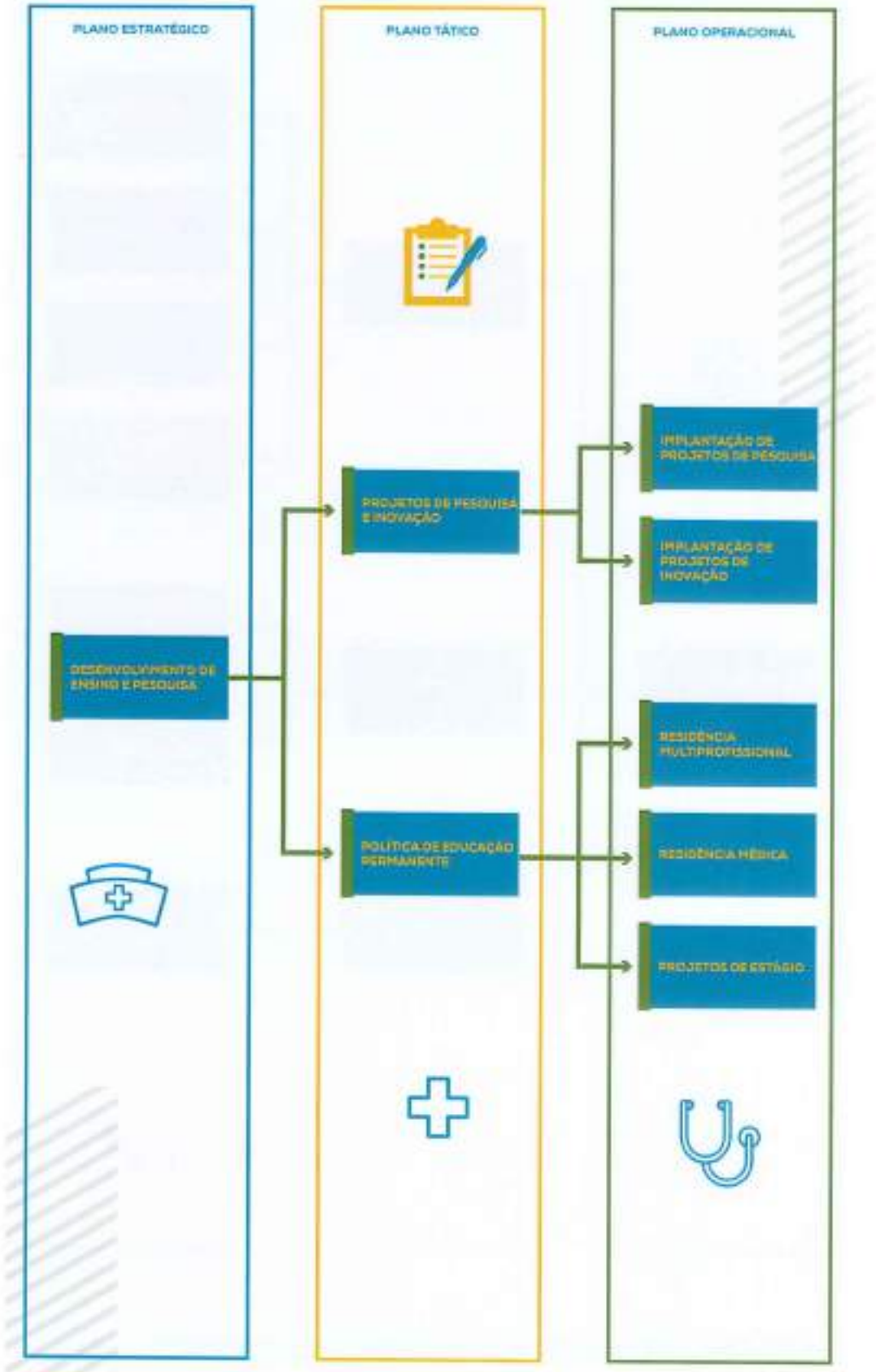

PLANO ESTRATÉGICO
PLANO TÁTICO
PLANO OPERACIONAL
CUMPRIMENTO DE METAS E INDICADORES CONTRATUAIS
GESTÃO DE INDICADORES DE PRODUÇÃO
GESTÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO
PRODUÇÃO DA INTERNAÇÃO
PRODUÇÃO CIRÚRGICA (CIRURGIAS PROGRAMADAS E DE URGÊNCIA)
PRODUÇÃO AMBULATORIAL (CIRURGIAS AMBULATORIAIS)
PRODUÇÃO AMBULATORIAL (CONSULTAS MÉDICAS E MULTIPROFISSIONAIS)
PRODUÇÃO AMBULATORIAL (SADT EXTERNO)
PRODUÇÃO DE LEITO DIA (HOSPITAL DIA)
DESEMPENHO NA INTERNAÇÃO
DESEMPENHO NA UTI
DESEMPENHO NO FATURAMENTO
DESEMPENHO DO CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO
DESEMPENHO DA FARMÁCIA CLÍNICA
DESEMPENHO DA REGULAÇÃO
DESEMPENHO DO SERVIÇO DE IMAGEM
DESEMPENHO NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

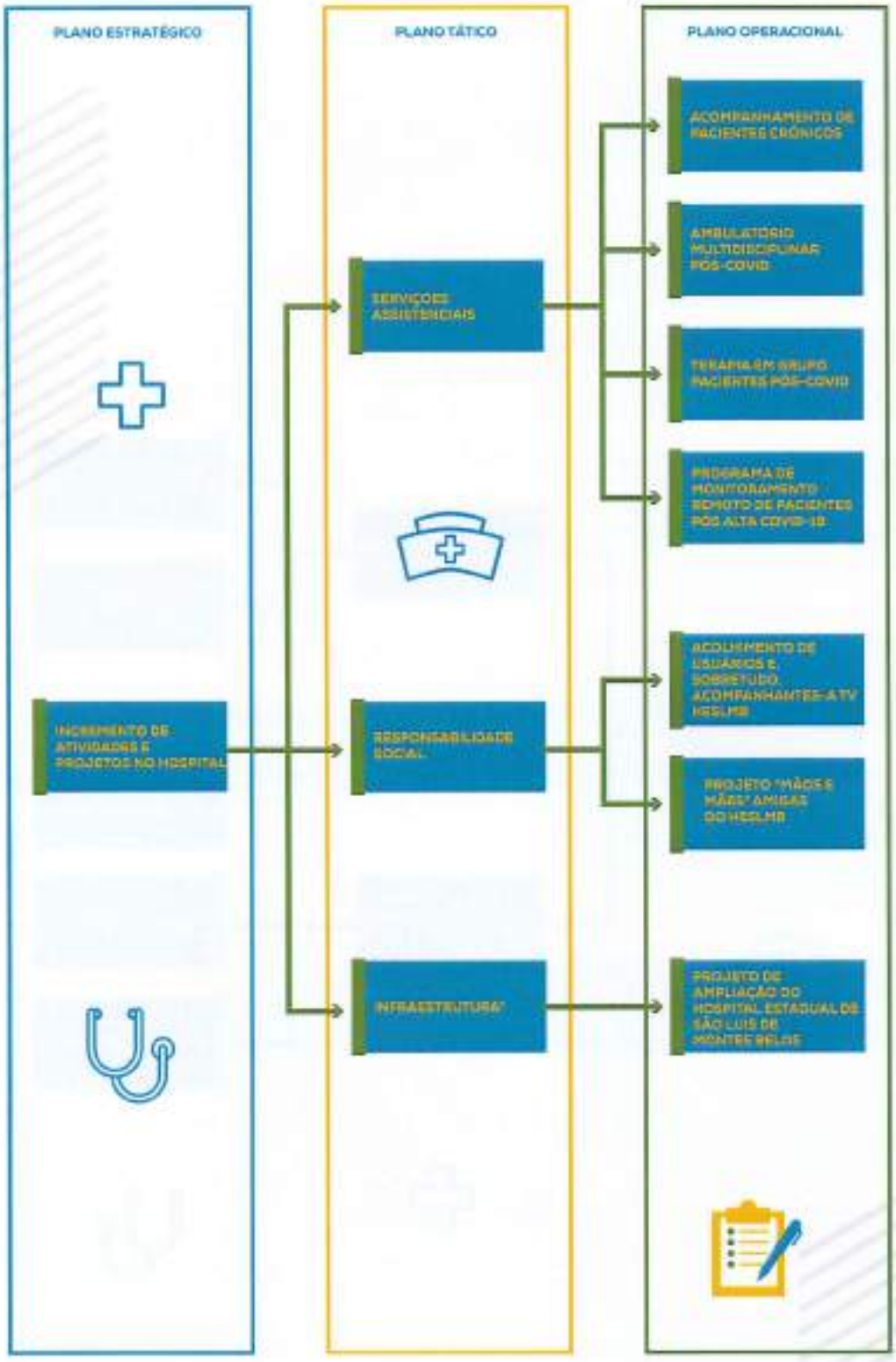

PLANO ESTRATÉGICO
PLANO TÁTICO
PLANO OPERACIONAL
CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE
PROGRAMA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS
LIDERANÇA ORGANIZACIONAL
GESTÃO DE DOCUMENTOS
IMPLANTAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS
MATRIZ DE RISCO E PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE
PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS
IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS
IMPLANTAÇÃO DA SAE
ATENDIMENTO À LEGISLAÇÃO HOSPITALAR E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ATENDIMENTOS À LEGISLAÇÃO AMBIENTAL E GESTÃO AMBIENTAL
IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES HOSPITALARES
GESTÃO DE RISCOS
POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO / CÓDIGO DE ÉTICA


PLANO ESTRATÉGICO
PLANO TÁTICO
PLANO OPERACIONAL
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA
ATENDIMENTO
ACOLHIMENTO
PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE SAU
PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA OUVIDORIA
"POSSO AJUDAR"
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO


PLANO ESTRATÉGICO
PLANO TÁTICO
PLANO OPERACIONAL
GESTÃO EFICIENTE E TRANSPARENTE
GESTÃO DA INFRAESTRUTURA, TECNOLOGIA E INTELIGÊNCIA
PROGRAMA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA
PROGRAMA DE GESTÃO FINANCEIRA
PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E TECNOLOGIA MÉDICO-HOSPITALAR
ANÁLISE DE DADOS E PROJEÇÕES
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS
CONTRATAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇO
PRESTAÇÃO DE CONTAS
PROJETO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
PROJETO DE GESTÃO DE CUSTOS
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE SUPRIMENTOS


PLANO ESTRATÉGICO
PLANO TÁTICO
PLANO OPERACIONAL
GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
RECRUTAMENTO E CONTROLE DE PESSOAL
DESENVOLVIMENTO DE LÍDERES
TREINAMENTOS E CAPACITAÇÕES
PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL
RECRUTAMENTO E SELEÇÃO INTERNO E EXTERNO
CONTROLE DE PONTO E ESCALAS DE TRABALHO


PLANO ESTRATÉGICO
PLANO TÁTICO
PLANO OPERACIONAL
DESENVOLVIMENTO DE ENSINO E PESQUISA
PROJETOS DE PESQUISA E INOVAÇÃO
POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
IMPLANTAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA
IMPLANTAÇÃO DE PROJETOS DE INOVAÇÃO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
RESIDÊNCIA MÉDICA
PROJETOS DE ESTÁGIO



*AS PROPOSTAS DE INFRAESTRUTURA DEVERÃO DISPOR DE VERBA ESPECÍFICA DE INVESTIMENTO POR PARTE DA SES, BEM COMO DE PROCESSOS QUE DEPENDEM DA SES.

PARTES INTERESSADAS

Dentro da proposta de trabalho, identificamos as principais partes interessadas que atuarão no projeto, suas participações dentro do projeto, influência, impactos e estratégias para melhor funcionamento do projeto.

Parte Interessada	Interesse, Participação[1] (ou função)	Influência[2]	Como vai impactar o projeto[3]	Estratégia para ganhar suporte ou reduzir obstáculos
Secretaria Estadual de Saude	Contratante	Alta	Define política pública de saúde, estratégia de regionalização, monitora e fiscaliza a execução do contrato, define repasse a título de fomento e investimento, define perfil da unidade hospitalar e carteira de serviços além de regular a demanda	Manter diálogo aberto e transparente com os diversos interlocutores da SES. Gerar dados fidedignos de produção e qualidade. Entregar os relatórios de prestação de contas de maneiras tempestiva e completa. Observar os regulamentos de prestação de contas e aplicação de recursos públicos. Sugerir projetos de melhorias e expansão dos serviços.
População	Usuários dos serviços	Alta	Expressando sua impressão sobre o serviço prestado	Aprimoramento dos serviços prestados e disponibilização de instrumentos adequados de avaliação e tratamento das demandas, aplicando a gestão participativa.
Prestadores de serviços e fornecedores	Prestar serviços e oferecer materiais, médicos e insumos	Média	Fornecendo serviços e recursos humanos especializados, bem como os insumos e equipamentos necessários que impactam direta e indiretamente na operação da unidade.	Construir um relacionamento transparente com as empresas, executando pagamento regulares e fiscalizando a qualidade dos serviços e produtos ofertados
Colaboradores	Desempenhar as atividades relativas à sua função e cargo definidos pela Instituição	Alta	Representando a unidade em suas ações e atitudes junto aos pacientes e demais usuários	Construindo um Política de Recursos Humanos adequada e transparente. Priorizando cursos de capacitação e educação continuada. Observando o Plano de Cargos e Salários. Implantação de Plano de Carreira e Desenvolvimento Pessoal. Humanização no relacionamento interpessoal.
Mídia / Imprensa	Relatar e opinar sobre as atividades do hospital	Média	Divulgação de informações, corretas ou não, a respeito da unidade.	Fortificar o relacionamento com os órgãos de imprensa e mídia, mantendo um canal aberto de diálogo e transparência

- **Participação**[1] – Necessidades do projeto em relação à parte interessada
- **Influência**[2] – Durante o projeto - Alta, Média, Baixa (ou descrever)
- **Como vai impactar o projeto**[3] – ou expectativas do "ator" em relação ao projeto

RISCOS

A Gestão de Riscos do Projeto se reportará ao Jurídico e ao Compliance Institucional, e terá como objetivo identificar, avaliar e gerir os riscos inerentes às atividades do IMED, por meio do mapeamento e avaliação de riscos, identificação de oportunidades de melhoria, além de apoiar o Instituto para fins de atingimento de seus objetivos.

Para a Proposta de Trabalho apresentada para o Projeto de Gestão do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos foram elencados e analisados os principais riscos para o projeto, bem como estipulados seus devidos métodos de gerenciamento de riscos, com procedimentos de controle, ações preventivas e planos de contingência.

Gravidade	Probabilidade	Nivel de Detecção
baixa = 1	baixa = 1	Sempre detecta = 1
média = 2	média = 2	Algumas vezes detecta = 2
alta = 3	alta = 3	Não detecta = 3

Descrição do Risco	Análise do Risco			Gerenciamento do Risco		
	Gravidade da Ocorrência[1]	Probabilidade de Ocorrência[2]	Nivel de Detecção[3]	Procedimentos / Controles Específicos (monitoramento)[1]	Plano de Ação (Preventivo) - Mitigação[2]	Plano de Contingência[3]
Baixa/alta demanda de pacientes	3	3	1	Acompanhamento diário pelo Coordenação do NIR	Disponibilização da agenda com antecedência à SES, bem como a busca ativa e confirmação com os pacientes agendados	Comunicação à SES a respeito do evento
Atraso ou ausência de pagamento	3	1	1	Acompanhamento do fluxo de caixa pelo Departamento Financeiro	Condicionar contratualmente o pagamento das empresas prestadoras de serviço ao efetivo recebimento da verba	Negociação com fornecedores e credores
Judicialização do resultado do chamamento público	2	1	1	Acompanhamento de eventuais processos pelo Departamento Jurídico	Levantamento de toda documentação pertinente ao chamamento	Imediato ingresso no processo judicial

Descrição do Risco	Análise do Risco			Gerenciamento do Risco		
Alteração do escopo contratado	1	1	1	Acompanhamento do perfil epidemiológico em conjunto com a SES	Elaboração de plano de setorização modular da unidade e diálogo colaborativo junto à SES	Execução do plano de setorização modular
Novas endemias e pandemias (diferentes do Covid-19)	3	1	1	Monitoramento dos informações da SES/GO, Ministério da Saúde e OMS	Elaboração de plano de setorização modular da unidade e diálogo colaborativo junto à SES	Execução do plano de setorização modular
Prejuízo causado pelos subcontratados	2	1	2	Fiscalização dos serviços prestados pela Gerência Administrativa e Gerência de Facilities	Inserção indicadores de qualidade de serviço junto aos contratos (SLA)	Imediata substituição do contratado, sem prejuízo da glosa e ressarcimento respectivos
Déficit de especialistas na região	2	2	1	Monitoramento constante de profissionais em outras regiões pela equipe de RH	Manutenção de cadastro de reserva atualizado	Remanejamento temporário de equipes
Obtenção de licenças e alvarás	2	2	1	Acompanhamento proativo junto aos respectivos licenciadores	Providenciar as exigências referentes aos respectivos processos anteriormente a qualquer notificação	Requerimento imediato de concessão de licença provisória
Ausência de peças e equipamentos adequados para manutenção e reposição	2	1	1	Acompanhamento pela Gerência de Facilities junto aos respectivos fornecedores	Manutenção de um cadastro atualizado de fornecedores substitutos	Imediata substituição do contratado, sem prejuízo da glosa e ressarcimento respectivos
Furto/ Roubo de equipamentos, materiais ou demais bens da unidade	1	2	3	Reuniões mensais entre a Gerência de Facilities e o Núcleo de Segurança e Vigilância da unidade	Implantação de ações e palestras com o objetivo de multiplicar as questões de segurança da unidade entre os colaboradores	Imediata substituição dos envolvidos no evento
Desconto por não atingimento de metas	3	1	1	Acompanhamento dos indicadores e metas contratuais	Treinamentos das equipes, redução da rotatividade dos funcionários e overbooking das agendas ambulatoriais e cirúrgicas	Criação de rotinas específicas para ampliar a produção ou melhorar a qualidade da assistência

Descrição do Risco	Análise do Risco			Gerenciamento do Risco		
Revogação / rescisão do contrato por ato imputável à SES/GO	3	1	1	Monitoramento da execução do contrato pelo Departamento Jurídico	Garantir o cumprimento integral do contrato	Garantir a assistência dos pacientes até a assunção da nova gestão
Reclamação trabalhista / acidente de trabalho / greves	1	1	1	Implantação de pesquisa de clima organizacional	Política de RH adequadas às leis e normativas e SESMT presente e atuante	Manter cadastro reserva de RH e provisões para reclamações trabalhistas e acidentes de trabalho
Alterações no arcabouço legislativo ou regulatório do setor que venham a impactar diretamente o contrato.	2	1	1	Acompanhamento e normativa regulatória e legislativa aplicada ao contrato	Avaliação dos instrumentos jurídicos passíveis de viabilizar a adaptação do contrato à nova realidade	Adequação do novo contrato com menor impacto possível à prestação do serviço

RESULTADOS ESPERADOS

Cada objetivo estratégico possui seu resultado e prazo estipulado, conforme apresentado a seguir:

Execução das linhas de serviços do Hospital: continuidade dos serviços do hospital e implantação de novos serviços assistenciais em até 1 mês.

Cumprimento de metas e indicadores contratuais: Cumprimento de, no mínimo 90% da produção de metas contratuais, de acordo com o cronograma de implantação dos serviços na unidade, e 100% dos indicadores de desempenho, também de acordo com o cronograma de implantação dos serviços.

Certificação de Qualidade em Saúde: Implantação completa de todos os projetos e certificação ONA 1 em até 18 meses de gestão

Assistência Humanizada: Implantação completa de todos os projetos e índice de satisfação do usuário acima de 95% desde o início da gestão.

Gestão eficiente e transparente: Implantação completa de todos os projetos em até 90 dias de gestão.

Gestão e desenvolvimento de Pessoas: Implantação completa de todos os projetos em até 180 dias de gestão.

Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa: Implantação completa de todos os projetos em até 1 ano de gestão.

Incremento de atividades e projetos no Hospital: nossa meta é realizar a implantação de todos as propostas e projetos de incremento que não necessitam de investimento em até 10 meses de gestão. A proposta de Infraestrutura necessita de verba específica para investimento a ser disponibilizada pela SES, bem com de processos públicos específicos e, por isso, a princípio, não temos como estipular um prazo ou meta bem determinado.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS NA UNIDADE

Plano Estratégico	Plano Tático	Plano Operacional	Fase pré-assunção	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18
Execução das linhas de serviços do Hospital	Planejamento pré-assunção	Planejamento de todas as frentes do projeto																			
		Inventário patrimonial e de estoque inicial																			
	Continuidade das linhas de serviço já em operação	Operação do Pronto Socorro (Urgência e Emergência)																			
		Operação do SADT Interno e Externo (Imagem: USG, MX, RX e ECG)																			
		Operação do Laboratório																			
		Operação da Internação (Enfermarias)																			
		Operação da UTI Adulto																			
		Operação do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico																			
		Operação do Ambulatório Cirúrgico																			
		Operação do Ambulatório Médico e Multiprofissional																			
	Implantação de novos serviços na unidade	Operação do Hospital Dia																			

Cumprimento de metas e indicadores de desempenho	Gestão de Indicadores de Produção	Produção da Internação																		
		Produção Cirúrgica (Cirurgias programadas e de urgência)																		
		Produção Ambulatorial (Cirurgias ambulatoriais)																		
		Produção Ambulatorial (Consultas médicas e multiprofissionais)																		
		Produção Ambulatorial (SADT Externo)																		
		Produção de Leito Dia (Hospital Dia)																		
	Gestão de indicadores de Desempenho	Desempenho na Internação																		
		Desempenho na UTI																		
		Desempenho no Faturamento																		
		Desempenho do Centro Cirúrgico e Obstétrico																		
		Desempenho da Farmácia Clínica																		
		Desempenho da Regulação																		
		Desempenho do Serviço de Imagem																		
		Desempenho no atendimento ao usuário																		

Certificação de Qualidade em Saúde	Qualidade e Segurança do Paciente	Gestão de documentos																					
		Implantação de notificação de eventos adversos																					
		Matriz de risco e protocolos de segurança do paciente																					
	Implantação de Processos	Projeto de Implantação de fluxos assistenciais																					
		Implantação de Protocolos Assistenciais																					
		Implantação da SAE																					
	Liderança Organizacional	Atendimento a legislação hospitalar e de vigilância em saúde																					
		Atendimentos a legislação ambiental e gestão ambiental																					
		Implantação das Comissões Hospitalares																					
		Gestão de Riscos																					
		Política de Comunicação / Código de Ética																					

Assistência Humanizada	Atendimento	Projeto de implantação do SAU																					
		Projeto de Implantação da Ouvidoria																					
	Acolhimento	"Posso Ajudar"																					
		Classificação de Risco																					

Gestão eficiente e transparente	Gestão da Infraestrutura, Tecnologia e Inteligência	Projeto de tecnologia da informação
		Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar
		Análise de dados e projeções
	Programa de Gestão Administrativa	Implantação de processos administrativos
		Contratação e acompanhamento de prestadores de serviço
		Prestação de Contas
	Programa de Gestão Financeira	Implantação da administração financeira
		Projeto de gestão de custos
		Implantação da gestão de suprimentos

Gestão e desenvolvimento de Pessoas	Projeto de Desenvolvimento Humano	Desenvolvimento de líderes
		Treinamentos e Capacitações
		Pesquisa de clima organizacional
	Recrutamento e Controle de Pessoal	Recrutamento e seleção interno e externo
		Controle de ponto e escalas de trabalho

Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa	Projetos de Pesquisa e Inovação	Implantação de projetos de pesquisa																				
		Implantação de projetos de inovação																				
	Política de Educação Permanente	Residência Multiprofissional																				
		Residência Médica																				
		Projetos de Estágio																				

Incremento de atividades e projetos no Hospital	Serviços assistenciais	Acompanhamento de pacientes crônicos																				
		Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid																				
		Terapia em grupo pacientes Pós-Covid																				
	Responsabilidade Social	Programa de Monitoramento Remoto de Pacientes Pós Alta Covid-19 Acolhimento de usuários e, sobretudo, acompanhantes: a TV São Luís de Montes Belos Projeto "Mãos & Mães Amigas de São Luís de Montes Belos																				
	Infraestrutura	Projeto de Ampliação do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos																				

Plano Estratégico	Plano Tático	Plano Operacional	Fase pré-assunção	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18
Execução das linhas de serviços do Hospital	Planejamento pré-assunção	Planejamento de todas as frentes do projeto																			
		Inventário patrimonial e de estoque inicial																			
	Continuidade das linhas de serviço já em operação	Operação do Pronto Socorro (Urgência e Emergência)																			
		Operação do SADT Interno e Externo (Imagem: USG, MX, RX e ECG)																			
		Operação do Laboratório																			
		Operação da Internação (Enfermarias)																			
		Operação da UTI Adulto																			
		Operação do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico																			
		Operação do Ambulatório Cirúrgico																			
		Operação do Ambulatório Médico e Multiprofissional																			
	Implantação de novas serviços na unidade	Operação do Hospital Dia																			

Cumprimento de metas e indicadores de desempenho	Gestão de Indicadores de Produção	Produção da Internação																				
		Produção Cirúrgica (Cirurgias programadas e de urgência)																				
		Produção Ambulatorial (Cirurgias ambulatoriais)																				
		Produção Ambulatorial (Consultas médicas e multiprofissionais)																				
		Produção Ambulatorial (SADT Externo)																				
		Produção de Leito Dia (Hospital Dia)																				
	Gestão de Indicadores de Desempenho	Desempenho na Internação																				
		Desempenho na UTI																				
		Desempenho no Faturamento																				
		Desempenho do Centro Cirúrgico e Obstétrico																				
		Desempenho da Farmácia Clínica																				
		Desempenho da Regulação																				
		Desempenho do Serviço de Imagem																				
		Desempenho no atendimento ao usuário																				

Certificação de Qualidade em Saúde	Qualidade e Segurança do Paciente	Gestão de documentos																				
		Implantação de notificação de eventos adversos																				
		Matriz de risco e protocolos de segurança do paciente																				
	Implantação de Processos	Projeto de Implantação de fluxos assistenciais																				
		Implantação de Protocolos Assistenciais																				
		Implantação do SAE																				
	Liderança Organizacional	Atendimento a legislação hospitalar e de vigilância em saúde																				
		Atendimentos a legislação ambiental e gestão ambiental																				
		Implantação das Comissões Hospitalares																				
		Gestão de Riscos																				
		Política de Comunicação / Código de Ética																				
Assistência Humanizada	Atendimento	Projeto de Implantação do SAU																				
		Projeto de Implantação da Ouvidoria																				
	Acolhimento	"Posso Ajudar"																				
		Classificação de Risco																				

Gestão eficiente e transparente	Gestão da Infraestrutura, Tecnologia e Inteligência	Projeto de tecnologia da informação																							
		Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar																							
		Análise de dados e projeções																							
	Programa de Gestão Administrativa	Implantação de processos administrativos																							
		Contratação e acompanhamento de prestadores de serviço																							
		Prestação de Contas																							
	Programa de Gestão Financeira	Implantação da administração financeira																							
		Projeto de gestão de custos																							
		Implantação da gestão de suprimentos																							
Gestão e desenvolvimento de Pessoas	Projeto de Desenvolvimento Humano	Desenvolvimento de líderes																							
		Treinamentos e Capacitações																							
		Pesquisa de clima organizacional																							
	Recrutamento e Controle de Pessoal	Recrutamento e seleção interno e externo																							
		Controle de ponto e escalas de trabalho																							

Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa	Projetos de Pesquisa e Inovação	Implantação de projetos de pesquisa																				
		Implantação de projetos de inovação																				
	Política de Educação Permanente	Residência Multiprofissional																				
		Residência Médica																				
		Projetos de Estágio																				
Incremento de atividades e projetos no Hospital	Serviços assistenciais	Acompanhamento de pacientes crônicos																				
		Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid																				
		Terapia em grupo pacientes Pós-Covid																				
	Responsabilidade Social	Programa de Monitoramento Remoto de Pacientes Pós Alta Covid-19																				
		Acolhimento de usuários e, sobretudo, acompanhantes: a TV São Luis de Montes Belos																				
		Projeto "Mãos & Mães Amigas de São Luis de Montes Belos																				
	Infraestrutura	Projeto de Ampliação do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos																				

ITEM 3.6.2 - PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

Afim de alcançar os objetivos estratégicos, serão implantados programas dentro do Plano Tático. Esses programas contarão com um coordenador que dará suporte aos projetos a serem implantados dentro do Plano Operacional, bem como fará o acompanhamento dos projetos por meio de indicadores e reuniões de planejamento mensais. Dentro do Plano Operacional, cada projeto ou ação contará com um Plano de Ação que apresentaremos resumidamente aqui.

1. OBJETIVO ESTRATÉGICO: EXECUÇÃO DAS LINHAS DE SERVIÇOS DO HOSPITAL

1.1. Plano Tático: Planejamento pré-assunção

Responsável: Diretoria do IMED

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Planejamento de todas as frentes do projeto	Serão convocados os líderes de todos os setores para uma reunião inicial do projeto. Após isso, os líderes de cada setor desenvolverão o planejamento da sua área e deverá apresentar ao Diretor Geral da unidade para validação.	2 dias após publicação do resultado do Chamamento	Todos os líderes
Inventário patrimonial e de estoque inicial	Será realizado o inventário patrimonial e do estoque com que a unidade será entregue para o IMED a fim de formalizar os bens cedidos, bem como planejar as compras para início da operação	2 dias após publicação do resultado do Chamamento	Diretoria Financeira

1.2. Plano Tático: Continuidade das linhas de serviço já em operação

Responsável: Diretoria Geral

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Operação do Pronto Socorro (Urgência e Emergência)	A continuidade dos serviços é essencial e será realizada com excelência para que não afete a população local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Pronto Socorro
Operação do SADT Interno e Externo (Imagem: USG, MX, RX e ECG)	A continuidade dos serviços é essencial e será realizada com excelência para que não afete a população local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Pronto Socorro
Operação do Laboratório	A continuidade dos serviços é essencial e será realizada com excelência para que não afete a população local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Pronto Socorro
Operação da Internação (Enfermarias)	A continuidade dos serviços é essencial e será realizada com excelência para que não afete a população local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Pronto Socorro
Operação da UTI Adulto	A continuidade dos serviços é essencial e será realizada com excelência para que não afete a população local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação de Terapia Intensiva
Operação do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico	A continuidade dos serviços é essencial e será realizada com excelência para que não afete a população local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Bloco Operatório
Operação do Ambulatório Cirúrgico	A continuidade dos serviços é essencial e será realizada com excelência para que não afete a população local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação de Ambulatório
Operação do Ambulatório Médico e Multiprofissional	A continuidade dos serviços é essencial e será realizada com excelência para que não afete a população local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação de Ambulatório

1.3. Plano Tático: Implantação de novos serviços na unidade

Responsável: Diretoria Geral

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Operação do Hospital Dia	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Inicio em até 30 dias após a assunção do hospital	Coordenação do Ambulatório

2. OBJETIVO ESTRATÉGICO: CUMPRIMENTO DE METAS E INDICADORES CONTRATUAIS

2.1. Plano Tático: Gestão de Indicadores de Produção

Responsável: Gerência de Enfermagem

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Produção da Internação	A produção do hospital será controlada pelo Núcleo Interno de Regulação através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Inicio no primeiro dia de gestão	Coordenação do NIR
Produção Cirúrgica (Cirurgias programadas e de urgência)	A produção do hospital será controlada pelo Núcleo Interno de Regulação através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Inicio no primeiro dia de gestão	Coordenação do NIR
Produção Ambulatorial (Cirurgias ambulatoriais)	A produção do hospital será controlada pelo Núcleo Interno de Regulação através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Inicio no primeiro dia de gestão	Coordenação do NIR

Produção Ambulatorial (Consultas médicas e multiprofissionais)	A produção do hospital será controlada pelo Núcleo Interno de Regulação através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Inicio no primeiro dia de gestão	Coordenação do NIR
Produção Ambulatorial (SADT Externo)	A produção do hospital será controlada pelo Núcleo Interno de Regulação através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Inicio no primeiro dia de gestão	Coordenação do NIR
Produção de Leito Dia (Hospital Dia)	A produção do hospital será controlada pelo Núcleo Interno de Regulação através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Inicio em até 30 dias após a assunção do hospital	Coordenação do NIR

2.2. Plano Tático: Gestão de indicadores de Desempenho

Responsável: Gerência Assistencial

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Desempenho na Internação	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Pronto Socorro
Desempenho na UTI	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva
Desempenho no Faturamento	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Supervisão do Faturamento
Desempenho do Centro Cirúrgico e Obstétrico	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Bloco Operatório

Desempenho da Farmácia Clínica	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Supervisor de Farmácia
Desempenho da Regulação	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do NIR
Desempenho do Serviço de Imagem	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Pronto Socorro
Desempenho no atendimento ao usuário	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Ouvidoria

3. OBJETIVO ESTRATÉGICO: CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE

3.1. Plano Tático: Qualidade e Segurança do Paciente

Responsável: Diretoria Técnica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Gestão de documentos	Será implantado um sistema de gestão de documentos para devida busca pela acreditação hospitalar	Início em até 90 dias após a assunção do hospital	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Implantação de notificação de eventos adversos	Será implantado um sistema de notificações de eventos adversos para devida busca pela acreditação hospitalar	Início em até 90 dias após a assunção do hospital	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Matriz de risco e protocolos de segurança do paciente	Serão implantadas metodologias de matriz de risco e protocolos de segurança do paciente para devida busca pela acreditação hospitalar	Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

3.2. Plano Tático: Implantação de Processos

Responsável: Gerência de Enfermagem

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsavel
Projeto de Implantação de fluxos assistenciais	Os fluxos assistenciais serão implantados de acordo com as boas práticas e estudos apresentados nessa proposta	Implantação total em até 5 meses após a assunção do hospital	Coordenações dos setores assistenciais
Implantação de Protocolos Assistenciais	Serão implantados os devidos protocolos apresentados nessa proposta através de capacitações e acompanhamento das coordenações dos setores	Implantação total em até 6 meses após a assunção do hospital	Coordenações dos setores assistenciais
Implantação da SAE	Será implantada a sistematização da assistência de enfermagem através do sistema de gestão a ser implantado na unidade	Implantação total em até 6 meses após a assunção do hospital	Coordenações dos setores assistenciais

3.3. Plano Tático: Liderança Organizacional

Responsável: Diretoria Geral

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Atendimento a legislação hospitalar e de vigilância em saúde	Será implantada e respeitada toda documentação legal existente. Por ser um programa que abrange diversos setores, será coordenada diretamente pela Diretoria Geral.	Implantação total em até 3 meses após a assunção do hospital	Diretoria Geral
Atendimentos a legislação ambiental e gestão ambiental	Será implantada e respeitada toda documentação legal existente. Por ser um programa que abrange diversos setores, será coordenada diretamente pela Diretoria Geral.	Implantação total em até 3 meses após a assunção do hospital	Diretoria Geral
Implantação das Comissões Hospitalares	Serão implantadas todas as comissões hospitalares obrigatórias, bem como outras apresentadas nesse Plano de Trabalho.	Implantação total em até 6 meses após a assunção do hospital	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Gestão de Riscos	A Gestão de Riscos do Projeto é fundamental para que se possa medir e minimizar os riscos e impactos que possam ser gerados, principalmente, sobre os usuários.	Início no primeiro dia de gestão	Gerência Administrativa
Política de Comunicação / Código de Ética	A Política de Comunicação e o Código de Ética da instituição serão os guias de conduta dos colaboradores e prestadores de serviço, que representam a instituição e o Hospital.	Implantação total em até 3 meses após a assunção do hospital	Comunicação

4. OBJETIVO ESTRATÉGICO: ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

4.1. Plano Tático: Atendimento

Responsável: Gerência Administrativa

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Projeto de implantação do SAU	O Serviço de Satisfação do Usuário deverá ser implantado e monitorado mensalmente pelos indicadores de desempenho definidos.	Início no primeiro dia de gestão	Ouvidoria
Projeto de Implantação da Ouvidoria	O Serviço de Satisfação do Usuário deverá ser implantado e monitorado mensalmente pelos indicadores de desempenho definidos.	Início no primeiro dia de gestão	Ouvidoria

4.2. Plano Tático: Acolhimento

Responsável: Gerência Assistencial

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
"Posso Ajudar"	O serviço de "Posso Ajudar" será implantado juntamente com o SAU e terá como principal objetivo auxiliar com informações, dicas e outras ações.	Início no primeiro dia de gestão	Ouvidoria
Classificação de Risco	A Classificação de Risco dos pacientes atendidos será implantada com o objetivo de priorizar o atendimento de acordo com o grau de gravidade.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do Pronto Socorro

5. OBJETIVO ESTRATÉGICO: GESTÃO EFICIENTE E TRANSPARENTE

5.1. Plano Tático: Gestão da Infraestrutura, Tecnologia e Inteligência

Responsável: Gerência de Facilities

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Projeto de tecnologia da informação	O projeto de tecnologia da informação será constante por se tratar de um ambiente em constante mudança	Inicio no primeiro dia de gestão	TI
Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar	A Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar é de grande importância quando se trata de um hospital de alta complexidade e que possuirá equipamentos de alto valor.	Inicio no primeiro dia de gestão	Engenharia Clínica
Analise de dados e projeções	O programa de análises de dados e projeções possui uma caracteristica de alto impacto da toma de decisão estratégica do projeto, dessa forma, será coordenado pela Diretoria Administrativa e terá seu inicio com 3 meses para que se tenha um breve histórico de dados na unidade.	Inicio em até 3 meses após a assunção do hospital	Gerência Administrativa

5.2. Plano Tático: Programa de Gestão Administrativa

Responsável: Gerência Administrativa

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Implantação de processos administrativos	Serão implantados todos os processos administrados apresentado nesse Plano de Trabalho, bem como outros que venham a ser importantes na administração da unidade.	Inicio no primeiro dia de gestão	Gerência Administrativa
Contratação e acompanhamento de prestadores de serviço	Serão realizados processos de contratação com avaliações técnicas e financeiras, por meio de critérios bem definidos. Após a contratação, os prestadores de serviço serão devidamente fiscalizados conforme norma já estabelecidas nos editais de contratação e formalizadas nos contratos de prestação de serviços.	Inicio desde a pré-assunção	Analista de Compras e Contratações
Prestação de Contas	A prestação de contas será realizada conforme estabelecido no Contrato de Gestão e, por possuir alto impacto, será coordenada diretamente pela Gerência Administrativa.	Inicio no primeiro dia de gestão	Gerência Administrativa

5.3. Plano Tático: Programa de Gestão Financeira

Responsável: Gerência Administrativa

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Implantação da administração financeira	Serão implantados todos os processos de administração financeira apresentados nesse Plano de Trabalho, bem como outros que venham a ser importantes na administração da unidade.	Início no primeiro dia de gestão	Analista Financeiro Sr

Projeto de gestão de custos	Será implantado um Projeto de Gestão de Custos com a fim de buscar maior economicidade e transparência na gestão da unidade.	Inicio em até 1 mês após a assunção do hospital	Analista Financeiro Sr
Implantação da gestão de suprimentos	A implantação da gestão de suprimentos se dará desde o primeiro dia de gestão, tendo uma fase antecessora com as compras de emergência que terão que ser realizadas para início da operação. A gestão de suprimentos virá então justamente para reduzir essas compras emergenciais e será feita com o suporte do sistema de gestão a ser implantado.	Inicio no primeiro dia de gestão	Analista Financeiro Sr

6. OBJETIVO ESTRATÉGICO: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

6.1. Plano Tático: Projeto de Desenvolvimento Humano

Responsável: Diretoria Geral

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Desenvolvimento de líderes	Será implantado conforme projetos apresentados no Plano de Trabalho e já desenvolvidos em outras unidades pelo IMED.	Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Coordenação de RH
Treinamentos e Capacitações	Será implantado conforme projetos apresentados no Plano de Trabalho e já desenvolvidos em outras unidades pelo IMED.	Inicio no primeiro dia de gestão	Coordenação de RH
Pesquisa de clima organizacional	Será implantado conforme apresentado no Plano de Trabalho buscando conhecer os colaboradores e implantar a Cultura IMED dentro da unidade.	Inicio em até 6 meses após a assunção do hospital	Coordenação de RH

6.2. Plano Tático: Recrutamento e Controle de Pessoal

Responsável: Diretoria Geral

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Recrutamento e seleção interno e externo	O processo de recrutamento e seleção interno e externo é de extrema importância para que se mantenha uma equipe de colaboradores 100% comprometidos com o projeto e, por isso, é feita desde antes da assunção e continuamente durante todo o projeto.	Início desde o pré-assunção	Coordenação de RH

Controle de ponto e escalas de trabalho	O controle de pontos e escalas de trabalho será implantando desde o início do projeto a fim de reduzir riscos trabalhistas, financeiros e operacionais.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenadores /Supervisores dos setores

7. OBJETIVO ESTRATÉGICO: DESENVOLVIMENTO DE ENSINO E PESQUISA

7.1. Plano Tático: Projetos de Pesquisa e Inovação

Responsável: Diretoria Técnica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Implantação de projetos de pesquisa	Os projetos de pesquisa serão implantados com base nas áreas específicas e interesses de pesquisa de cada responsável.	Início em até 12 meses após a assunção do hospital	Coordenações Médicas
Implantação de projetos de inovação	Os projetos de inovação deverão atingir todas as áreas do Hospital e são fundamentais no estímulo aos colaboradores.	Início em até 7 meses após a assunção do hospital	Coordenação de RH

7.2. Plano Tático: Política de Educação Permanente

Responsável: Diretoria Geral

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Residência Multiprofissional	As Residências Multiprofissionais serão implantadas de acordo com as diretrizes definidas pelo MEC.	Início em até 12 meses após a assunção do hospital	Gerência Assistencial
Residência Médica	As Residências Médicas serão implantadas de acordo com as diretrizes definidas pelo MEC.	Início em até 12 meses após a assunção do hospital	Diretoria Técnica
Projetos de Estágio	Os Programas de Estágio serão realizados principalmente com o objetivo de desenvolver futuros profissionais para a unidade e fortalecer o mercado de Saúde local.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação de RH

8. OBJETIVO ESTRATÉGICO: INCREMENTO DE ATIVIDADES E PROJETOS NO HOSPITAL

8.1. Plano Tático: Serviços assistenciais

Responsável: Gerência de Enfermagem

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Acompanhamento de pacientes crônicos	O projeto será implantado com vistas a realizar o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas	Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Coordenação de Ambulatório
Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid	Como forma de mostrar nosso olhar no futuro, implantaremos o ambulatório multidisciplinar pós-covid buscando trazer o devido acompanhamento dos pacientes que passaram pela doença, bem como conhecer os efeitos que a infecção pode trazer às pessoas.	Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Coordenação de Ambulatório
Terapia em grupo pacientes pós-Covid	Projeto voltado ao apoio psicológico de pacientes e acompanhantes a fim dar força e sabedoria na convivência com as sequelas da doença.	Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Gerência Assistencial
Programa de Monitoramento Remoto de Pacientes Pós Alta Covid-19	O objetivo do projeto é acompanhar as sequelas físicas e psicossociais dos pacientes que passaram pela doença realizando uma busca ativa e acompanhamento deles.	Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Gerência Assistencial

8.2. Plano Tático: Responsabilidade Social

Responsável: Gerência Assistencial

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Acolhimento de usuários e, sobretudo, acompanhantes: a TV HESLMB	Canal disponível junto às mídias sociais que terá uma programação com foco para pacientes e, sobretudo, acompanhantes – sempre com a finalidade de levar informações e entretenimento de forma lúdica e adequada.	Início em até 10 meses após a assunção do hospital	Comunicação
Projeto "Mãos & Mães Amigas do HESLMB	Um dos principais objetivos desse projeto é valorizar as ações voltadas para a humanização da assistência ao pré-Natal, parto e nascimento, com devido acolhimento às gestantes e bebês.	Início em até 3 meses após a assunção do hospital	Assistente Social

8.3. Plano Tático: Infraestrutura

Responsável: Diretoria Geral

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Projeto de Ampliação do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos	Esse projeto buscará apresentar à SES os benefícios e viabilidade da ampliação do HESLMB, a fim de trazer maior resolutividade e integralidade na atenção à população de São Luis de Montes Belos e região	Início a partir do 1º mês de gestão	Diretoria Geral





4 - RECURSOS FINANCEIROS

ITEM 4

ITENS DE DESPESAS	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	TOTAL
1. Pessoal	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	1,985,758.99	23,829,107.92
1.1. Salários	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	584,275.71	7,011,308.56
1.2. Outras formas de contratação (PJ Médicos)	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	990,750.00	11,889,000.00
1.3. Encargos e Benefícios de 1.1. e 1.2	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	410,733.28	4,928,799.37
2. Medicamentos	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	176,837.20	2,122,046.40
3. Materiais	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	380,957.80	4,571,493.60
3.1. Materiais hospitalares	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	265,255.80	3,183,069.60
3.2. Gases Medicinais	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	96,502.00	1,158,024.00
3.3. Outros (materiais de RX, MX e outros)	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	19,200.00	230,400.00
4. Materiais Diversos	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	29,638.15	355,657.80
4.1. Material de Higienização *	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4.2. Gêneros Alimentícios *	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4.3. Material de expediente	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	10,598.15	127,177.80

4.4. Combustível	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	108.000,00
4.5. GLP	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	24.000,00
4.6. Outros materiais diversos	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	8.040,00	96.480,00
* os materiais de higienização e gêneros alimentícios estão inclusos na prestação de serviços por terceiros													
5. Serviços de Apoio	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	97.353,75	1.168.245,00
5.1. Laboratório	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	82.853,75	994.245,00
5.2. Locações de equipamentos e automóveis	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	174.000,00
6. Manutenção	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	948.000,00
6.1. Material / Serviços	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	948.000,00
7. Seguros / Impostos / Taxas	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	31.925,66	383.107,93
7.1. Seguros	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	4.166,67	50.000,00
7.2. Impostos e Taxas	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	27.758,99	333.107,93
8. Telefonia	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
9. Água	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	180.000,00
10. Energia Elétrica	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	480.000,00
11. Prestação de Serviços Terceiros	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	806.752,86	9.681.034,32
12. Informático (Infra e softwares)	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	38.500,00	462.000,00
13. TOTAL	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	3.686.724,41	44.240.692,97



ITEM 5 - DECLARAÇÕES

LIVRO DE ANEXO

2362