

03



## QUALIFICAÇÃO TÉCNICA



AM





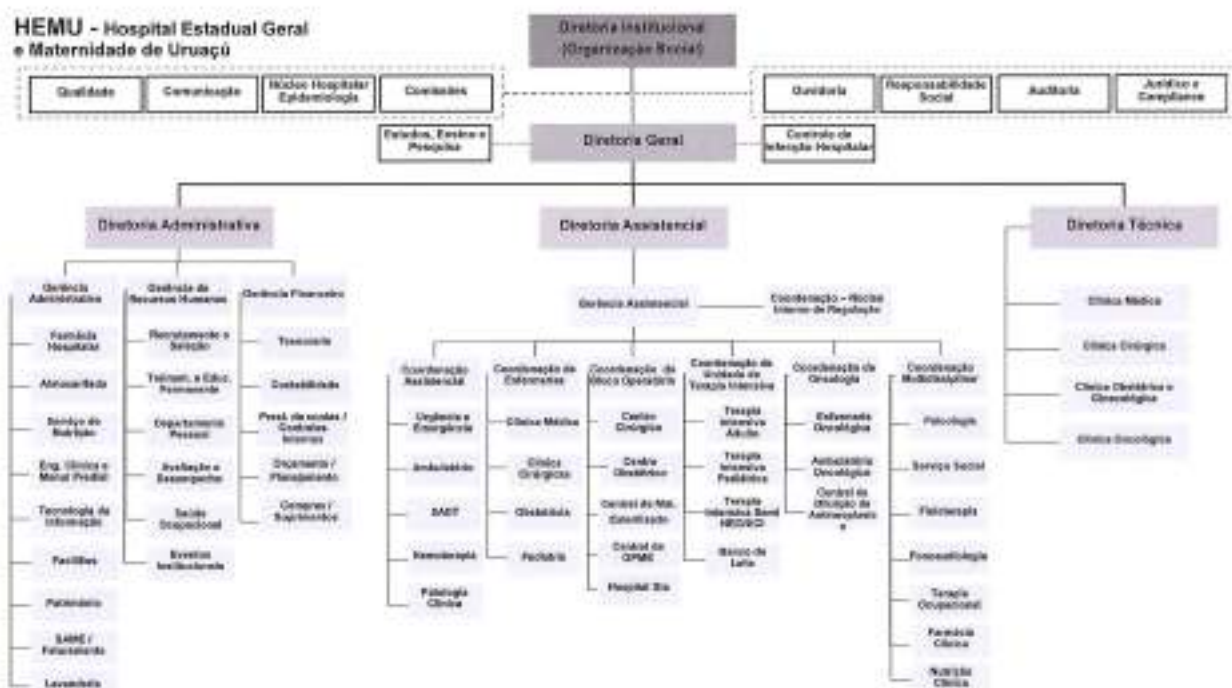
## ITEM 3.1 - EXPERIÊNCIA ANTERIOR DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL OU DE SEUS GESTORES EM GESTÃO DE HOSPITAIS

Os documentos que demonstram a experiência da OS ou de seus gestores em Gestão de Hospitais estão anexos no final desse Plano de Trabalho.

# ITEM 3.2 - ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

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

HEMU - Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu





# DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO:

## INFORMAÇÕES GERAIS

CARGO	DEPARTAMENTO	A QUEM SE REPORTA?	CLASSIF.	CLASSE	CBO
Diretor Geral	Administrativo	Diretoria Executiva	L4	Líder	1312-05

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

## COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

- Legislação trabalhista;
- Normas de segurança no trabalho;
- Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
- Gestão de pessoas e processos;
- Gestão de Custos;
- Ferramentas da Qualidade;
- Pacote Office Avançado.

## COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

## TREINAMENTOS EXIGIDOS

- Integração;
- Protocolos internos;
- NR 32.

## ACESSOS NECESSÁRIOS

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Trello;
- Pasta ítemar.

## ATRIBUIÇÕES

- Executar as deliberações gerais nas unidades hospitalares, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade hospitalar;
- Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades do hospital, a fim de que o mesmo atinja a sua finalidade;
- Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas do hospital, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade;
- Definir as políticas e objetivos específicos de cada área, coordenando a execução dos respectivos planos de ação, facilitando e integrando o trabalho das equipes, visando a otimizar os esforços para a consecução dos objetivos do hospital;
- Identificar oportunidades, avaliar a viabilidade e fazer recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novas atividades, visando a garantir um retorno adequado ao cliente e resguardar a segurança dos ativos do hospital;
- Manter contatos com a direção das empresas clientes para identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos / serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando a manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva do hospital;
- Conduzir os processos de mudanças na cultura da organização, visando conquistar o engajamento de todos os seus integrantes e garantir a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a contínua busca da qualidade e de altos padrões de desempenho individual e coletivo;
- Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para o cliente, o hospital e a comunidade em geral;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.

*AM*



## INFORMAÇÕES GERAIS

CARGO	DEPARTAMENTO	A QUEM SE REPORTA?	CLASSIF.	CLASSE	CBO
Diretor Administrativo	Administrativo	Diretoria Executiva	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

- Legislação trabalhista;
- Normas de segurança no trabalho;
- Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
- Gestão de pessoas e processos;
- Gestão de Custos;
- Ferramentas da Qualidade;
- Pacote Office Avançado.

### COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

### TREINAMENTOS EXIGIDOS

- Integração;
- Protocolos Internos;
- NR 32.

### ACESSOS NECESSÁRIOS

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Trello;
- 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 administrativas do hospital e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo 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 administrativas, 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-as, qualificando-as e distribuindo-as, conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- Manter sistemas de avaliação contínua, através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes a administração ou a ela relacionados;
- Manter bom relacionamento com os demais serviços hospitalares;
- Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias;
- Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
- Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe administrativa;
- Substituir o diretor operacional em seus impedimentos dentro dos limites de delegação fixados;
- Realizar as atividades que o diretor operacional lhe confiar;
- Participar com o diretor operacional das reuniões com os gerentes e coordenadores das unidades;
- Preparar expediente, relativo às áreas sob sua coordenação, as informações diárias e/ou mensais e coligir os dados que o diretor operacional necessite para a tomada de decisões;
- Manter o Regimento dos Serviços administrativos atualizados;
- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.



## INFORMAÇÕES GERAIS

CARGO	DEPARTAMENTO	A QUEM SE REPORTA?	CLASSIF.	CLASSE	CBO
Diretor Assistencial	Assistência	Diretor Geral	L4	Líder	1231-05

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

### COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

- Legislação trabalhista;
- Normas de segurança no trabalho;
- Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
- Gestão de pessoas e processos;
- Gestão de Custos;
- Ferramentas da Qualidade;
- Pacote Office Avançado.

### COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

### TREINAMENTOS EXIGIDOS

- Integração;
- Protocolos internos;
- NR 32.

### ACESSOS NECESSÁRIOS

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Trello.

## ATRIBUIÇÕES

- Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento do serviço de assistência;
- Cumprir e executar a política de gestão hospitalar definida pelo 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, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Administrar as atividades assistenciais, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores sob sua responsabilidade;
- Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem a melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- Auxiliar na execução do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem em segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigem 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 contínua 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 a assistência;
- Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- Definir e fazer gestões para a obtenção de recursos humanos necessários ao atendimento assistencial nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- Manter, de cada profissional da assistência, prontuário completo onde conste ao menos: cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades aos conselhos regionais de classe;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes assistenciais, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades dos membros da assistência;
- Estabelecer sistemas de supervisão assistencial, associando-os aos processos de controle e educação;
- Avaliar as atividades dos profissionais da assistência quanto aos preenchimentos das AIH's, prontuários e demais documentos relacionados ao atendimento dos pacientes;

- Executar atividades de cunho assistencial e nelas buscar ampliar conhecimentos sobre 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;
- Validar manuais, protocolos assistenciais e instruções de trabalho para nortear e subsidiar os serviços assistenciais;
- Validar e fazer cumprir os protocolos de segurança do paciente;
- Verificar e validar protocolos assistenciais e instrução de trabalho elaboradas pelos membros da equipe multiprofissional;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem segura para a sociedade e profissionais de enfermagem;
- Gerenciar indicadores assistenciais de processo e resultados, utilizando o ciclo PDCA para processo de melhoria contínua;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

## INFORMAÇÕES GERAIS

CARGO	DEPARTAMENTO	A QUEM SE REPORTA?	CLASSIF.	CLASSE	CBO
Diretor Técnico	Diretoria	Diretor Geral	L4	Líder	1231-05
IDADE	ESCOLARIDADE	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA		
N/A	Superior em Medicina	Pós-Graduação	Mínimo de 5 anos		

## COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

- Legislação trabalhista;
- Normas de segurança no trabalho;
- Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
- Gestão de pessoas e processos;
- Gestão de Custos;
- Ferramentas da Qualidade;
- Pacote Office Avançado.

## COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Diferenciador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

## TREINAMENTOS EXIGIDOS

- Integração;
- Protocolos Internos;
- NR 32.

## ACESSOS NECESSÁRIOS

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- 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, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Administrar as atividades do Corpo Clínico do Hospital, assegurando a regularidade 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 contínua 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;
- Escutar atividades de cunho assistencial e nelas buscar ampliar conhecimentos sobre 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.



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

Os documentos que demonstram a titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações estão anexos no final desse Plano de Trabalho.

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

Os documentos que demonstram a experiência de 1 ano da diretoria no gerenciamento de Unidade Hospitalar estão anexos no final desse Plano de Trabalho.



## 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

Apresentação dos horários de atividade de urgência e emergência, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso).

#### Setores

- Pronto Socorro - Atendimento às Urgências
- Ambulatório
- Centro Cirúrgico
- SADT
- Unidade de Oncologia - Quimioterapia

- Unidades de Internação
- UTI Adulto
- UTI Pediátrica
- UTI Neonatal
- UCI
- Unidade de Internação Cirúrgica
- Unidade de Internação Clínica
- Unidade de Internação Obstétrica
- Unidade de Internação Pediátrica

#### 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 ATIVIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DISTINGUINDO ENTRE PRESEÇA FÍSICA DE MÉDICO ESPECIALISTA E MÉDICO GERAL E MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS (SOBREAVISO).**

Especialidades para a urgência a serem ofertadas pelo HEMU 07:00 - 19:00	Plantões Presenciais		Plantões Sobreaviso	
	07:00 - 19:00	19:00 - 07:00	07:00-19:00	19:00-07:00
1 Cirurgia Buco Maxilo Facial			1	1
2 Cirurgia Geral	1	1		
3 Cirurgia Torácica			1	1
4 Clínica Médica	2	2		
5 Ginecologia/obstetrícia	1	1		
6 Ortopedia e Traumatologia	1	1		
7 Neurocirurgia			1	1
8 Neurologia			1	1
9 Angiologia e Cirurgia Vascular			1	1
10 Pediatria	2	1		
11 Cardiologia			1	1

Plantões 12 horas por semana

Presenciais Diurnos	7
Presenciais Noturnos	6
Sobreaviso Diurnos	6
Sobreaviso Noturnos	60

## Ambulatório

Funcionamento do Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual (CRE).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL Consultas Médicas nas seguintes especialidades médicas	Manhã 07:00 às 13:00hs					Tarde 13:00 às 19:00hs				
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
Clínica Médica	1		1			1		1		
Hematologia	1					1				
Infectologista (VVS)				1					1	
Cuidado Paliativo - Paliativismo		1								
Pediatria - Egressos de alto risco			1					1		
Cardiologia - (Risco Cirúrgico)	1				1					
Cirurgia Geral - Ambulatorio Pré e Pós Cirúrgico	1					1				
Gastroenterologia Geral - Ambulatorio Pré e Pós Cirúrgico		1					1			
Ginecologia - Ambulatorio Pré e Pós Cirúrgico	1					1				



Ortopedia e Traumatologia - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico	1			1	
Neurocirurgia			1		
Obstetricia - Pré natal alto risco			1		1
Otorrinolaringologia adulto - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico		1			1
Otorrinolaringologia pediátrica - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico				1	
Proctologia Geral - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico	1				
Urologia - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico	1			1	
Angiologia e Cirurgia Vascular - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico	1			1	
Cirurgia Oncologica			1		1
Dermatologia Oncologica - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico	1			1	
Gastroenterologia Oncologica - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico	1				
Mastologia - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico	1			1	
Oncologia Clinico	1	1		1	
Proctologia Oncologica - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico		1			
Pneumologia Oncologica - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico			1		
Urologia Oncologica - Ambulatorio Pré e Pós Cirurgico		1			1
<b>Plantões 6 horas por semana</b>		<b>Presenciais Matutinos</b>			<b>27</b>
		<b>Presenciais Vespertinos</b>			<b>19</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.

Especialidades Médicas para cirurgias ambulatoriais a serem oferecidas no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	
Cirurgia Geral	1				1	24
Cirurgia Vascular		1		1		24
Cirurgia Dermato Oncologica			1			24
						72
<b>Plantões 12 horas por semana</b>	<b>Diurnos</b>				<b>5</b>	

## Centro Cirúrgico

**Cirurgias Eletivas** são as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, todas as cirurgias programadas devem ser reguladas pelo Complexo Regulador Estadual.

Especialidades Médicas para cirurgias programadas no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU	Seg.	Ter	Qua.	Qui.	Sex
Cirurgião Geral	2		2		
Cirurgião Oncológico					
Aparelho Digestivo	2				
Urologia		2			
Proctologia			2		
Ginecologia				2	
Mastologia					2
Gastrenterologia	2			2	
Ginecologista		2			
Neurologista			2		
Ortopedista	2				2
Otorrinolaringologista - atendimento para pacientes adultos e pediátricos					2
Proctologista		2			
Urologista				2	
Cirurgião Vascular			2		
Anestesiologistas	4	3	4	3	3
	12	9	12	9	9
<b>Plantões 12 horas por semana</b>	<b>Diurnos</b>				51

*AM*



**Cirurgias de Urgência e Emergência** são as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, todas as cirurgias de emergência serão informadas ao Complexo Regulador Estadual.

ESCALA DE CIRURGIÕES PARA ATENDER CIRURGIAS DE URGÊNCIA NO HEMU	Profissionais Presenciais no P.S.		Plantões Sobreaviso	
	07:00 - 19:00	19:00 - 07:00	19:00 - 07:00	07:00 - 19:00
1 Cirurgião Buco Maxilo Facial			1	1
2 Cirurgião Geral	1	1	1	1
3 Cirurgião Torácico			1	1
5 Ginecologia/obstetrícia	1	1	1	1
6 Ortopedista e Traumatologista	1	1	1	1
7 Neurocirurgião			1	1
8 Neurologia			1	1
9 Cirurgião Vascular			1	1
10 Cirurgião Pediátrico	1	1	1	1
11 Anestesiologista	1	1		

O Cirurgião que esta de plantão no Pronto Socorro ao receber o paciente cirurgico se desloca para o C.C e solicita a presença do

Cirurgião de sobreaviso, ou do Cirurgião de plantão nas unidades de internação.

Plantões 12 horas por semana

Presenciais Diurnos	5
Presenciais Noturnos	5
Sobreaviso Diurnos	10
Sobreaviso Noturnos	10

### Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutico

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.

*AM*



*Handwritten signature*

SAZT	Machal	Torda					Norte						
		Seg	Ter	Qua	Qui	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sab	Dom
<p>O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SAZT) funciona em conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, sendo disponível todo à população que esteja sendo atendida em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuam a prescrição para realizar o exame, sendo todos os procedimentos regulados pelo Conselho Regulador Estadual. Os Exames para pacientes Internos serão disponibilizados nos sete dias da semana nos 24 horas.</p>													
<b>Análises Clínicas</b>	Responsável Técnico												
Quimiopatimicrobiologia sorológica endoscópica (CPSE)		1											
Citopatologia			1										
Endoscopia Digestiva	Médico Endoscopista		1										
Endoscopia da via urinária				1									
Endoscopia das vias respiratórias					1								
Mamografia													
Rio X													
Resonância Magnética													
Tomografia Computadorizada													
Densitometria (Tela esquelética)													
Histól													
Moje													
Electrocardiograma													
Ultrassonografia													
Ultrassonografia / Duplex	Médico Ultrassonografista												
Ecocardiograma													
Electroencefalograma	Laísle de Oliveira												
Anestesiologia	Atuar em CPSE e SIM e TC												

Fluxos médicos por semana	
Prescrição Diurnos 4 horas	Endoscópicas
Prescrição Diurnos 6 horas	Radiológicos
Prescrição Noturnos 12 horas	Radiológicos
Prescrição Diurnos 6 horas	Cardiológicas
Prescrição Diurnos 4 horas	Anestesiológicas
	30
	14
	7
	30
	7



## Unidade de Oncologia – Quimioterapia

A aplicação da quimioterapia é feita em ciclos, que podem durar entre uma e oito semanas, sendo repetidos conforme a tolerância do paciente. Os Profissionais médicos que atuam no setor O Serviço de Quimioterapia, de acordo com a portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005 deve ter um Médico RT com habilitação em Cancerologia Clínica, Pediátrica ou Hematologia, com titulação reconhecida pelo CFM.

O SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA, DE ACORDO COM A PORTARIA Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005, DEVE MANTER UM PROFISSIONAL HABILITADO PRESENTE DURANTE AS SEÇÕES DE QUIMIOTERAPIA.

	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.
Ambulatorio de Oncologia - Servico de quimioterapia a ser ofertado no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU					
				07:00 às 19:00 hs	
Medico Responsável Técnico - Presencial 2 vistas semanais e, à distancia disponibilidade 7 dias da semana	1			1	
Médico Oncologista responsável pelo serviço.	1	1	1	1	1
Plantões 12 horas - por semana				Diurnos	5
Plantão RT 6 horas - por semana				Diurnos	2

## Unidades de internação

As diversas unidades de internação do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu – HEMU 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 Intervenções	Horário 07:00 às 13:00hs							Horário 13:00 às 19:00hs							Horário 19:00 às 07:00hs						
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
UTI adulto Capacidade vinte leitos																					
Médico Plantonista 12 horas diurno								2	2	2	2	2	2	2							
Médico Plantonista 12 horas noturno															2	2	2	2	2	2	2
Médico Diarista - hospitalista	2	2	2	2	2	2	2														
Médico Responsável Técnico - Presencial 2 vistas semanais à distância disponibilidade 5 dias da semana	1	1	1	1	1	1	1														
Intervenções em leitos de UTI pediátrico dez leitos																					
Médico Plantonista 12 horas diurno								1	1	1	1	1	1	1							
Médico Plantonista 12 horas noturno															1	1	1	1	1	1	1
Médico Diarista - hospitalista	1	1	1	1	1	1	1														
Médico Responsável Técnico - Presencial 2 vistas semanais à distância disponibilidade 5 dias da semana	1	1	1	1	1	1	1														
Intervenções em leitos de UTI neonatal dez leitos																					
Médico Plantonista 12 horas diurno								1	1	1	1	1	1	1							
Médico Plantonista 12 horas noturno															1	1	1	1	1	1	1
Médico Diarista - hospitalista	1	1	1	1	1	1	1														
Médico Responsável Técnico - Presencial 2 vistas semanais à distância disponibilidade 7 dias da semana	1	1	1	1	1	1	1														
Intervenções em leitos de UCI cinco leitos																					



Médico Plantonista 12 horas diurno									1	1	1	1	1	1	1	1						
Médico Plantonista 12 horas noturno															1	1	1	1	1	1	1	
Médico Diarista - hospitalista	1	1	1	1	1	1	1	1														
Internações em leitos de Clínica Médica sessenta e quatro leitos																						
Médico Plantonista 12 horas diurno																				1	1	1
Médico Plantonista 12 horas noturno																				1	1	1
Médico Diarista - hospitalista	3	3	3	3	3	3	3	3														
Internações em leitos de Clínica Pedátrica vinte e oito leitos																						
Médico Plantonista 12 horas diurno																				1	1	1
Médico Plantonista 12 horas noturno																				1	1	1
Médico Diarista - hospitalista - Pediatra	2	2	2	2	2	2	2	2														
Internações em leitos de Clínica Oncológica doze leitos																						
Médico Plantonista 12 horas diurno																				1	1	1
Médico Plantonista 12 horas noturno																				1	1	1
Médico Diarista - Hospitalista - Oncologista	1	1	1	1	1	1	1	1														
Internações em leitos de Cirurgia Oncológica treze leitos																						
Médico Plantonista 12 horas diurno																				1	1	1
Médico Plantonista 12 horas noturno																				1	1	1
Médico Diarista - hospitalista - Oncologista	1	1	1	1	1	1	1	1														
Internações em leitos de Clínica Obstétrica sessenta leitos																						
Médico Plantonista 12 horas diurno - Médico Obstetra																				3	3	3



Médico Plantonista 12 horas noturno - Médico Obstetra									1	1	1	1	1	1	1
Médico Diarista - hospitalista - Obstetra	3	3	3	3	3	3	3								
Internações em leitos de Clínica Cirúrgica quarenta e sete leitos															
Médico Plantonista 12 horas diurno - Médico Cirurgião								1	1	1	1	1	1	1	1
Médico Plantonista 12 horas noturno - Médico Cirurgião									1	1	1	1	1	1	1
Médico Diarista - hospitalista	2	2	2	2	2	2	2								
Internações em leitos de Clínica de Saúde Mental oitô leitos															
Médico Diarista - hospitalista - Médico Psiquiatra	1	1	1	1	1	1	1								

Plantões médicos	Presença Diurnas	12 horas	91
	Presença Diurnas	6 horas	147
	Presença Diurnas	12 horas	97

**Resulta-se aqui que a relação dos profissionais da área médica indicados para assunção dos postos de Responsáveis Técnicos e suas respectivas titulações constam anexos a esse Plano de Trabalho.**



## 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:

#### 1.1. Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

- 1.1.1. Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- 1.1.2. 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;
- 1.1.3. Apresentar-se ao posto de trabalho devidamente uniformizado, portando crachá de identificação profissional;
- 1.1.4. 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;
- 1.1.5. 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;
- 1.1.6. Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;
- 1.1.7. As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;
- 1.1.8. O pessoal em serviço deverá estar vestido/paramentado de acordo com a padronização estabelecida;
- 1.1.9. Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade. Não consumir alimentos no posto de trabalho;
- 1.1.10. Todos os membros da Equipe de Enfermagem de todas as unidades de internação do Hospital deverão zelar pelo patrimônio da instituição.
- 1.1.11. As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem deverão ser em datas previamente definidas pela chefia imediata;
- 1.1.12. Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos



próprios ou sistema informatizado;

1.1.13. Organizar o local de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral;

1.1.14. Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;

1.1.15. Orientar as pessoas que por ventura não estiverem identificadas no interior da Unidade Ambulatorial para que o façam na recepção;

1.1.16. 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;

1.1.17. 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;

1.1.18. 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;

1.1.19. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial;

1.1.20. Manter a organização do setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho. Não consumir alimentos nos postos de trabalho;

1.1.21. Registrar em livro próprio as ocorrências da unidade;

1.1.22. Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente;

1.1.23. Orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos quando estes passarem pelo acolhimento;

1.1.24. Auxiliar no processo de agendamento de consultas, retornos, interconsultas, exames e procedimentos, caso o paciente precise;

## 1.2. Enfermeiro Coordenador:

1.2.1. Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;

1.2.2. Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;

1.2.3. Elaborar escala mensal do Serviço de Enfermagem, atentando-se para férias e licenças e encaminhar para a Gerência de Enfermagem em formato digital;

1.2.4. Providenciar substituições na escala quando se fizer necessário;

1.2.5. Supervisionar as anotações de enfermagem nos prontuários, formulários e livros de registro;

1.2.6. Revisar a agenda ambulatorial e alimentar os indicadores de atendimento;

1.2.7. Elaborar, quando necessário, e avaliar periodicamente as ações de Enfermagem;

*AM*



- 1.2.8. Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade ambulatorial para a Gerência de Enfermagem;
- 1.2.9. Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc);
- 1.2.10. 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;
- 1.2.11. Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- 1.2.12. Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefia Médica das clínicas e outros, quando for convocado;
- 1.2.13. Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- 1.2.14. Solicitar material permanente para a unidade, quando necessário;
- 1.2.15. Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- 1.2.16. Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;
- 1.2.17. Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto, médio e longo prazo pelo serviço;
- 1.2.18. Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;

- 1.2.19. Participar das resoluções e encaminhamentos realizados pela Gerência do Serviço;
- 1.2.20. Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem para o ambulatório;
- 1.2.21. Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;
- 1.2.22. Supervisionar a ordem no ambulatório, zelando pelo patrimônio da instituição;
- 1.2.23. Estabelecer, monitorar e gerenciar os indicadores do ambulatório.

### 1.3. Enfermeiro Assistencial:

- 1.3.1. Apresentar-se para iniciar o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente uniformizado, sapato fechado e sem adornos;
- 1.3.2. 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;
- 1.3.3. Assistir/acompanhar os pacientes sob sua responsabilidade, realizando cuidados de enfermagem necessários em parceria com a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional do ambulatório;
- 1.3.4. Registrar no prontuário de cada paciente as informações relevantes referentes a prestação dos cuidados e orientações fornecidas;
- 1.3.5. Verificar com antecedência e orientar os pacientes e acompanhantes quanto ao preparo adequado de exames;



procedimentos e outros tratamentos no ambulatório;

e terminal das salas e consultórios, conforme indicação;

1.3.6. Supervisionar o Técnico de Enfermagem em suas atividades, fornecendo assistência e orientação técnica, quando necessário;

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

1.3.7. Verificar o abastecimento adequado e suficiente dos kits de roupa limpa, materiais para pequenos procedimentos, kits de inalação entre outros disponibilizados para o setor;

1.3.15. Manter comunicação estreita com a equipe multiprofissional;

1.3.8. Supervisionar a solicitação de material esterilizado bem como o envio de material contaminado para processamento pelos Técnicos e Auxiliares de enfermagem;

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

1.3.9. Realizar acolhimento do cliente dando orientações sobre as normas e rotinas do ambiente hospitalar, esclarecendo dúvidas sobre o atendimento ou procedimento que o mesmo irá realizar;

1.3.17. Cumprir o regulamento e regimento internos, ordens de serviço e portarias institucionais, protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;

1.3.10. 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;

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

1.3.11. Realizar procedimentos privativos do enfermeiro, estabelecidos em POP, e pelo conselho de classe;

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

1.3.12. 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;

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

1.3.13. Solicitar a desinfecção concorrente

1.3.21. 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;

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

1.3.23. Registrar em sistema específico (ou livros) o empréstimo de equipamentos para





outras unidades;

- 1.3.24. Sensibilizar/orientar a sua equipe quanto ao uso racional dos insumos hospitalares;
- 1.3.25. Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- 1.3.26. Orientar e preencher formulários de acidente de trabalho, conduzir o funcionário para atendimento conforme rotina preestabelecida, em casos de acidente de trabalho;
- 1.3.27. Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de Enfermagem;
- 1.3.28. Participar do controle sistemático de infecção hospitalar;
- 1.3.29. Comunicar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica as suspeitas de doenças de notificação compulsória;
- 1.3.30. Prestar informações à Coordenação da Unidade Ambulatorial sobre inconformidades no uso de salas, dentre outros efeitos que interfiram no bom andamento;
- 1.3.31. Receber da Coordenação da Unidade Ambulatorial documentos relativos às perícias médicas com 1 (um) dia de antecedência;
- 1.3.32. Encaminhar a respectiva documentação ao médico que irá realizar a perícia;
- 1.3.33. Registrar presença do paciente que realizará perícia médica;

1.3.34. Receber do médico os documentos pertinentes à perícia realizada;

1.3.35. Entregar os documentos na Coordenação da Unidade Ambulatorial.

1.3.36. Zelar pelo patrimônio da Instituição;

#### 1.4. Técnico/Auxiliar de enfermagem:

1.4.1. Cumprir rigorosamente seu horário de trabalho de acordo com as normas e rotinas do setor;

1.4.2. Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem;

1.4.3. Atender às solicitações do Coordenador de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;

1.4.4. 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;

1.4.5. 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;

1.4.6. Participar da Avaliação de Desempenho realizada pelo Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem;

1.4.7. Abastecer as salas e consultórios do ambulatório com luvas, toucas, aventais, máscaras, antissépticos, lençóis de papel, seringas, agulhas, entre outros materiais;

1.4.8. Manter bancadas limpas e



organizadas, trocar a caixa de perfuro cortante quando necessário;

a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente;

1.4.9. Organizar a sala de coleta de sangue no dia anterior deixando disponível todo material necessário para a execução do serviço;

1.4.19. Identificar as almotolias e datá-las assim que forem disponibilizadas e zelar para que o consumo ocorra dentro do tempo de validade previsto;

1.4.10. Repor material de uso diários nas salas de atendimento e consultórios, de acordo com a necessidade;

1.4.20. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;

1.4.11. Suprir os respectivos armários com material esterilizado, buscando-os na CME conforme agendamentos do dia seguinte;

1.4.21. 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;

1.4.12. Manter o armário de roupas organizado; solicitar roupa para abastecer o armário e manter contato com a lavanderia sempre que necessário;

1.4.22. Repor materiais (soluções, instrumentais, etc) e impressos próprios e específicos para cada especialidade;

1.4.13. Repor as roupas no início do atendimento e encaminhar as utilizadas ao expurgo ao final do atendimento;

1.4.23. Marcar em livro próprio as biópsias encaminhadas e recebidas;

1.4.14. Recolher e organizar as bandejas e materiais utilizados nos pequenos procedimentos, diariamente, no expurgo;

1.4.24. Registrar em livro próprio toda coleta de citologia oncológica realizada e resultado recebido;

1.4.15. 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;

1.4.25. Arquivar (pasta ou livro) as fichas de inserção de dispositivo intra-uterino (DIU);

1.4.16. Abastecer o Ambulatório com o material estéril da CME (bandejas, pacotes de curativo, pacotes de paramentação);

1.4.26. Realizar os curativos de pequena complexidade e de média sob orientação e supervisão do enfermeiro;

1.4.17. Comunicar ao Enfermeiro(a) sempre que perceber a necessidade de reparos/ manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;

1.4.27. Auxiliar o enfermeiro nos curativos de média e alta complexidade.

1.4.18. Executar os Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem, sob

1.4.28. Após a realização de curativos contaminados solicitar ao profissional responsável pela Higienização que realiza e a limpeza concorrente e descontaminação se necessário;



- 1.4.29. Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, se for o caso;
- 1.4.30. 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;
- 1.4.31. Manter as salas limpas, organizadas e abastecidas;
- 1.4.32. Zelar pelo patrimônio da instituição.

privativo do bloco cirúrgico, EPI's e sem adornos;

- 2.1.3. 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;
- 2.1.4. 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, Unidades de Internação e Ambulatório;

## 1.5 Referências

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

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

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

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: Nesccon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nesccon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1250.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2021.

- 2.1.5. 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;

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

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

- 2.1.8. 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;

- 2.1.9. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do HEMU, através de comportamento ético profissional;

- 2.1.10. Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos das unidades.

# ROTINAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM – HOSPITAL DIA:

## 2.1. Rotinas comuns a toda equipe:

- 2.1.1. Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- 2.1.2. Iniciar as atividades laborais no horário pré-estabelecido conforme escala de trabalho, com paramentado com uniforme



## 2.2. Enfermeiro Coordenador:

- 2.2.1. Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;
- 2.2.2. Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;
- 2.2.3. Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc);
- 2.2.4. 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;
- 2.2.5. Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;
- 2.2.6. Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- 2.2.7. Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- 2.2.8. Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto e longo prazo pelo serviço;
- 2.2.9. Participar da seleção de candidatas para equipe de enfermagem;
- 2.2.10. Assessorar a Gerência na tecnologia do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;

- 2.2.11. 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;
- 2.2.12. 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;
- 2.2.13. Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;
- 2.2.14. Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do setor;
- 2.2.15. Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no setor;
- 2.2.16. 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;
- 2.2.17. Atuar diretamente no acompanhamento da agenda dos procedimentos e exames, diariamente;
- 2.2.18. Promover e estimular clima amistoso entre a equipe multiprofissional;
- 2.2.19. Zelar pelo patrimônio da instituição.

## 2.3. Enfermeiro Assistencial:

- 2.3.1. Receber e passar plantão, assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem, cumprindo rigorosamente



a escala de plantão bem como os horários pré-estabelecidos;

- 2.3.2. 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;
- 2.3.3. 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;
- 2.3.4. Aplicar o Protocolo de Cirurgia Segura (checklist de cirurgia segura) sempre que for necessário;
- 2.3.5. Realizar as anotações de enfermagem nos impressos próprios do setor;
- 2.3.6. Estar atento ao tipo de exame/procedimento e cuidar para que a alimentação seja oferecida de forma e em horário adequado;
- 2.3.7. Estar atento aos procedimentos de alta do paciente, bem como todos os registros necessários.
- 2.3.8. Realizar os procedimentos de enfermagem de maior complexidade e os privativos do enfermeiro, estabelecendo a SAE a todos os pacientes;
- 2.3.9. Supervisionar as atividades da equipe, avaliando e propondo orientações, capacitações;

## 2.4. Técnico de Enfermagem:

- 2.4.1. Cumprir rigorosamente seu horário de trabalho de acordo com as normas e rotinas do setor;

2.4.2. Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem;

2.4.3. Atender às solicitações do Coordenador de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;

2.4.4. 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;

2.4.5. 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

111

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.

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

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

2.4.8. 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;

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

2.4.10. 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;

2.4.11. Esvaziar os coletores de diurese a cada passagem de plantão e anotar o débito;

2.4.12. 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);

2.4.13. Verificar a integridade da pulseira de identificação e identificação do leito

periodicamente e informar qualquer dano ou perda e comunicar ao enfermeiro;

2.4.14. Encaminhar materiais/equipamentos contaminados à Central de Material e Equipamentos conforme rotina institucional;

2.4.15. Comunicar ao Enfermeiro (a) as irregularidades e defeitos apresentados dos equipamentos hospitalares;

2.4.16. Participar de treinamentos para manuseio de equipamentos e materiais adquiridos;

2.4.17. Verificar a necessidade de medicamentos no início do plantão e comunicar aos Enfermeiro Assistencial para solicitar à Farmácia;

2.4.18. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade, dentro do horário estabelecido pela instituição;

2.4.19. Executar e checar a Sistematização da Assistência de Enfermagem conforme prescrito pelo Enfermeiro Assistencial;

2.4.20. 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 traqueostomos 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 enterocisma, 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.

## 2.5. Referências

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

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

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

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, Cccpmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2021.





## ROTINAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

### 3.1. Rotinas comuns à toda equipe:

- 3.1.1. 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;
- 3.1.2. 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;
- 3.1.3. Estar devidamente uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, quando em serviço, bem como, em uso de crachá de identificação, sendo proibido o uso de adornos (brincos, relógios, pulseiras, colar, anéis e qualquer adereço que não seja fardamento ou instrumento de trabalho), conforme NR 32;
- 3.1.4. Usar unhas curtas e EPIs necessários para o desenvolvimento da assistência;
- 3.1.5. Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na instituição;
- 3.1.6. Assumir o serviço de acordo com a escala estabelecida, podendo este ser remanejado para outra unidade, de acordo com a necessidade do serviço;
- 3.1.7. 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.
- 3.1.8. Prezar pelo respeito e privacidade dos usuários durante a assistência;
- 3.1.9. Promover ambiente alegre e humanizado, a fim de manter os clientes em condições físicas e psicológicas que facilitem o restabelecimento de sua saúde;
- 3.1.10. 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;
- 3.1.11. Realizar escuta qualificada junto ao usuário, objetivando a resolução da sua necessidade;
- 3.1.12. Após registro de chamado junto à Central de Material e Esterilização (CME), via Sistema Gerenciamento de Serviço (SGS), receber, conferir e guardar material, atentando para validade e correto acondicionamento;
- 3.1.13. Registrar abertura de chamado junto ao Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação - SGPTI - (Ramal 4764) caso identifique problema na área tecnológica, via sistema SGS;
- 3.1.14. Registrar a abertura de chamado junto ao Setor de Infraestrutura Hospitalar (Ramal 4756) caso identifique problemas estruturais, via sistema SGS;
- 3.1.15. Comunicar setor de Hotelaria quanto à reposição de materiais, como toalhas descartáveis, detergente, álcool gel e aventais cirúrgicos destinados aos pacientes;
- 3.1.16. Após a alta hospitalar, acompanhar o paciente e acompanhante até a saída.



3.1.17. Comunicar a Unidade de Nutrição Clínica sobre a alta do paciente;

3.1.18. Registrar em livro ata as ocorrências do setor;

3.1.19. Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos;

3.1.20. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do HUIB, através de comportamento ético profissional;

3.1.21. Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos institucionais;

3.1.22. Realizar o registro das notificações de doenças compulsórias em formulários próprios e das ações relacionadas a segurança do paciente;

3.1.23. 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;

3.1.24. Para registro manual utilizar caneta em tinta azul;

3.1.25. Fazer cumprir sobre a higienização das mãos em todos os momentos da assistência recomendados pela OMS, ANVISA e SCIH do HEMU;

3.2.3. Ser Enfermeiro de Referência, responsabilizando-se pelo seu grupo de usuários e familiares/acompanhantes durante todo o período de permanência destes na unidade;

3.2.4. 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;

3.2.5. Fazer check-list dos materiais hospitalares, de consumo e permanentes de uso no setor e providenciar semanalmente esses materiais;

3.2.6. Realizar Check- list de materiais da CME, bem como solicitar reposição nos horários pré-determinados pelo setor;

3.2.7. Supervisionar e avaliar conjuntamente com os Enfermeiros Plantonistas, a atuação da equipe de enfermagem e realizar avaliação de desempenho periodicamente;

3.2.8. Auxiliar na elaboração da escala mensal, validá-la e encaminhá-la para Gerência de Enfermagem;

3.2.9. 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;

3.2.10. Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;

3.2.11. Organizar e checar junto ao Médico Plantonista as prescrições médicas referentes a cada paciente em atendimento;

3.2.12. Checar o censo diário de internações

### 3.2. Enfermeiro Coordenador:

3.2.1. Coordenar tecnicamente, juntamente com Enfermeiro Plantonista, as atividades de enfermagem;

3.2.2. Ser responsável por toda estruturação gerencial e organização burocrática da unidade;



e observar o número de leitos disponíveis para internação;

- 3.2.13. Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- 3.2.14. Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação na unidade;
- 3.2.15. 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;
- 3.2.16. Coordenar e checar o controle e registro da temperatura da geladeira diariamente, mantendo-a sempre organizada e limpa;
- 3.2.17. Receber e apoiar as atividades práticas realizadas pelos estudantes nos serviços de saúde;
- 3.2.18. Manter a Gerência de Enfermagem informada quanto às ocorrências do setor, solicitando providências cabíveis, quando se fizerem necessárias;
- 3.2.19. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional.


### 3.3. Enfermeiro Assistencial:

- 3.3.1. Receber e Realizar a passagem de plantão;
- 3.3.2. Supervisionar as atividades de enfermagem do seu plantão, mantendo a programação estabelecida;
- 3.3.3. Passar visita em todos os pacientes da sala vermelha, amarela e verde

levantando em conta suas necessidades e prioridades;

- 3.3.4. Realizar pedido de material da Farmácia e Almoarifado, bem como providenciar sua retirada nos respectivos locais;
- 3.3.5. Participar diretamente da assistência aos pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- 3.3.6. Realizar conjuntamente com a equipe multiprofissional visitas clínicas aos pacientes;
- 3.3.7. Fazer a conferência e registro no protocolo do carrinho de emergência (desfibrilador, laque do carrinho e laringoscópio);
- 3.3.8. Atender a equipe multiprofissional em suas solicitações, no que for compatível com sua função;
- 3.3.9. Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- 3.3.10. Manter a coordenação de Enfermagem informada sobre as ocorrências do plantão;
- 3.3.11. Manter controle sobre os visitantes (sempre que possível), orientando-os no que for necessário;
- 3.3.12. Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- 3.3.13. Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação;
- 3.3.14. Solicitar ao pessoal da higienização

AI



a desinfecção concorrente dos leitos, supervisionando e orientando o agente de higienização da unidade;

3.3.15. Estabelecer e estimular a organização da unidade;

3.3.16. Executar procedimentos privativos do enfermeiro;

3.3.17. Participar na prevenção, tratamento e controle da infecção hospitalar de acordo com protocolos institucionais;

3.3.18. Orientar pacientes na admissão quanto às normas e rotinas do setor;

3.3.19. Atuar juntamente com os médicos plantonistas durante as intercorrências;

3.3.20. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional;

3.3.21. 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);

3.3.22. Auxiliar o Enfermeiro coordenador nas evoluções de enfermagem dos pacientes que se encontram em observação na sala verde.

3.3.23. Registrar no livro de relatório de enfermagem todas as intercorrências ocorridas no plantão;

3.3.24. Prestar assistência ao usuário durante transporte para realização de exames e procedimentos cirúrgicos nas imediações do hospital e suas unidades, quando necessário;

3.3.25. 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;

3.3.26. Atuar diretamente na classificação de risco da unidade de urgência e emergência e proceder a escuta qualificada, estabelecendo a classificação conforme protocolo.

#### 3.4. Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

3.4.1. Receber e passar plantão; cordialmente informando as necessidades do setor;

3.4.2. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético e profissional;

3.4.3. Exercer atividades assistenciais de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes e seus respectivos responsáveis sob supervisão e orientação direta do enfermeiro da urgência;

3.4.4. Prestar cuidados aos pacientes, sob sua responsabilidade, de acordo com a prescrição médica e de enfermagem atendendo as necessidades de tratamento, higiene, conforto, auxílio na alimentação, deambulação e segurança;

3.4.5. Auxiliar médico ou enfermeiro na realização de procedimentos especiais de urgência e emergência aos pacientes;

3.4.6. Preparar e manter material para a execução de atividades médicas e de enfermagem, quando solicitado;

3.4.7. Verificar sinais vitais de acordo





com a rotina do setor e comunicar as intercorrências ao enfermeiro plantonista;

- 3.4.8. Acompanhar a evolução do paciente, informando, registrando e comunicando sinais e sintomas;
- 3.4.9. Preparar e administrar medicações, segundo prescrição médica, sob supervisão do enfermeiro e fazer a checagem com a anotação correspondente, assinando e/ou carimbando;
- 3.4.10. 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;
- 3.4.11. Executar punção venosa periférica de acordo com o POP de enfermagem de Punção Venosa;
- 3.4.12. Realizar controle de glicemia capilar conforme prescrição médica;
- 3.4.13. Aplicar nebulização conforme prescrição médica e de acordo com o POP sobre oxigenoterapia multiprofissional;
- 3.4.14. Auxiliar a equipe do Laboratório na realização de coleta de sangue para exames, quando necessário;
- 3.4.15. Acompanhar em todo o procedimento o paciente na realização de exames; RX e USG;
- 3.4.16. Promover, manter limpeza e ordem nas áreas específicas de trabalho de enfermagem e de atendimento ao paciente;
- 3.4.17. Participar de reuniões da equipe de enfermagem do setor, quando convocados;
- 3.4.18. Desempenhar outras atividades ou

tarefas afins designadas pelo enfermeiro;

- 3.4.19. Realizar limpeza diária dos leitos abertos com álcool a 70% e troca de lençóis;
- 3.4.20. Prover enxoval e manter roupa em ordem;
- 3.4.21. Executar os procedimentos pós-morte conforme procedimento operacional padrão.
- 3.4.22. 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: Nescor/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescor.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em 22 de ago 2019.

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

## PROTOCOLOS MÉDICOS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E CLÍNICA MÉDICA

### SEPSE E CHOQUE SÉPTICO

#### 1. DEFINIÇÃO

- Seps: 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 fluido e lactato acima do valor de referência mesmo após reposição volêmica.

#### 2. DIAGNÓSTICO (SINAIS E SINTOMAS)

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

- Temperatura central  $> 38,3^{\circ}\text{C}$  ou  $< 36^{\circ}\text{C}$  ou equivalente em termos de temperatura axilar;
- Frequência cardíaca  $> 90$  bpm;
- Frequência respiratória  $> 20$  rpm, ou  $\text{PaO}_2 < 32$  mmHg;
- Leucócitos totais  $> 12.000/\text{mm}^3$ ; ou  $< 4.000/\text{mm}^3$  ou presença de 10% de formas jovens (desvio à esquerda).

Seps: presença de disfunção ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção.

Critérios de disfunção orgânica - pelo menos um critério:

- Hipotensão ( $\text{PAS} < 90$  mmHg ou  $\text{PAM} < 65$  mmHg ou queda de  $\text{PA} > 40$  mmHg;



- Oligúria (< 0,5mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (> 2mg/dL);
- Relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300 ou necessidade de O<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> > 90%;
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup> 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, delírium;
- 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.

### 3. 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, líquido, 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)

- 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:

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 fluidos (melhora da pressão arterial após infusão de fluidos, por exemplo);

e) Mensuração de saturação venosa central;

f) Tempo de enchimento capilar;

g) Presença de livedo;

h) Sinais indiretos (melhora do nível de consciência ou presença de diurese).

- 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.

## TRATAMENTO E ABORDAGEM DA DOR TORÁCICA

### DESCRIÇÃO

O Protocolo de Dor Torácica foi criado com o intuito de alinhar as condutas tomadas no Hospital às principais diretrizes nacionais e internacionais sobre o tema. Todas as recomendações baseadas nesses consensos de especialistas foram adaptadas à realidade da instituição e, portanto, podem não ser aplicáveis a outros serviços. O objetivo é que o médico de qualquer especialidade, ao se deparar com um paciente vítima de INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - IAM ou ANGINA INSTÁVEL - AI, possa proceder ao tratamento de forma mais adequada e eficaz possível, independente de atender inicialmente o paciente no Pronto-Socorro, Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Internação.

Para a melhor compreensão e consulta, o manual foi dividido nas etapas de atendimento aos pacientes no ambiente hospitalar. Inicia-se com orientações à enfermagem no primeiro atendimento e segue-se com auxílio ao médico não especialista e orientações do atendimento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É finalizado com as diretrizes de cuidados pelo cardiologista tanto na UTI quanto nas Unidades de Internação.

Este protocolo aborda as Síndromes Coronárias Agudas (SCA), ou seja, o IAM com supra desnível de ST (IAMCSST), o IAM sem supra desnível de ST (IAMSST) e a Angina Instável (AI). Outras afecções emergenciais causadoras de dor torácica aguda, como embolia pulmonar e dissecação de aorta, são comentadas no diagnóstico diferencial, embora não sejam abordadas em detalhes neste manual.





## Dor Torácica

### Equipe de Enfermagem – Primeiro Atendimento

### Dor Torácica suspeita de isquemia

#### Hora do evento: \_\_h

Dor torácica retroesternal em aperto, opressão, peso ou queimação, de início agudo (horas ou minutos), podendo se irradiar para mandíbula ou membros superiores. Comumente, mas nem sempre, a dor é acompanhada de um dos seguintes sintomas: náusea/vômitos, dispneia, sudorese, palidez cutâneo-mucosa, síncope/lipotímia, palpitações, sensação de fraqueza intensa ou de morte iminente.

Dor epigástrica com alguma das características acima em homem acima de 40 anos ou mulher acima de 50 anos, ou em qualquer idade em paciente que já tenha antecedente de doença coronária (isto é, IAM, angioplastia coronária ou cirurgia de revascularização do miocárdio prévios).

Em alguns casos, o surgimento dos sintomas associados descritos acima, sem dor, desde que não haja outra causa óbvia para os mesmos (ex: hipoglicemia, hemorragia aguda etc.).

Em qualquer dessas situações, existe uma possível vítima de IAM. Acione imediatamente a equipe médica de plantão para que se inicie o processo de atendimento do paciente com Dor Torácica suspeita de isquemia. Sempre se deve determinar o horário de início dos sintomas a fim de avaliar a melhor terapia de reperfusão a ser utilizada.

Como proceder após determinada a suspeita:

- Obter acesso venoso, monitorização cardíaca e sinais vitais (incluindo oximetria de pulso)
- Realizar eletrocardiograma de 12 derivações

(dentro de 10 minutos da chegada)

- Cateter de O<sub>2</sub> 4l/min contínuo se saturação O<sub>2</sub> < 93%
- Acionar equipes médicas (Cardiologista ou Clínico de plantão no Pronto-Socorro)
- Exames (coleta imediata): Hemograma, Na, K, uréia, creatinina, glicemia, TP, TTPa, CKMB massa e troponina.

### Equipe médica – Pronto Socorro e Unidades de Internação

#### O Protocolo de Dor Torácica tem dois objetivos principais:

Identificar corretamente o IAM com supra desnível de ST e encaminhar esse paciente o mais rápido possível para a terapia de reperfusão (angioplastia ou fibrinolítico);

Evitar liberar precocemente do hospital o paciente com Dor Torácica sugestiva de isquemia que tenha ECG normal sem que se tenha excluído por completo a possibilidade de uma síndrome coronária aguda.

### Dor Torácica suspeita de isquemia

Dor retroesternal em aperto, opressão, queimação ou em sufocação, podendo se irradiar para mandíbula, membros superiores e raramente dorso. Em alguns casos, os sintomas podem se manifestar como dor apenas em locais de irradiação, ou ainda, sem dor, ocorrendo quadro de náuseas, síncope, dispnéia, fraqueza e sudorese intensa sem outras causas aparentes. Embora seja mais comumente causada por doenças do trato gastrointestinal, a dor epigástrica é também um sintoma de alerta para IAM se ocorrer em homens com mais de 40 anos, mulheres com mais de 50 anos ou em pacientes com antecedente

*M*

de doença coronária prévia, desde que o exame físico e anamnese não apontem outra causa (ex: colecistite aguda, apendicite etc.).

A presença de fatores de risco para doença coronária aumenta a possibilidade de SCA em um quadro de dor torácica, embora deve-se lembrar que muitos pacientes com IAM apresentam poucos fatores de risco ou mesmo nenhum fator de risco aparente.

## FATORES DE RISCO PARA DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA (DAC)

**Homem > 45 anos e mulher > 55anos**

Hipertensão Arterial Sistêmica

Diabetes Mellitus

Dislipidemia

Tabagismo

Histórico familiar de DAC precoce em parente de primeiro grau (se homem com < 55 anos ou mulher com < 65anos)

### Diagnósticos diferenciais mais comuns do IAM na Emergência

Tromboembolismo Pulmonar

Dissecção de Aorta Torácica

Pericardite/Miocardite

Pneumotórax

Refluxo gastroesofágico/espasmo esofágico

Costocondrite

Crise de pânico/ansiedade

Herpeszoster

## IAM com supra desnível de ST (IAMCSST)

O ECG inicial é o primeiro passo na abordagem deste protocolo. Quando o traçado revelar supra desnivelamento de ST de pelo menos 1mm em duas ou mais derivações contíguas (ex: V3 e V4), o diagnóstico é de IAMCSST. O próximo passo a seguir é dar início o mais rápido possível à terapia de reperfusão.

A reperfusão será feita preferencialmente com angioplastia primária. Em caso de indisponibilidade, pode-se considerar o uso de fibrinolítico, caso o paciente apresente sintomas com < 12 horas de duração e não tenha contraindicações à medicação.

### Doses de fibrinolíticos no IAMCSST

Alteplase 15 mg IV em bolusseguido de 0,75 mg/kg (máximo em 50 mg) em 30 minutos seguido de 0,5 mg/kg (máximo de 35 mg) em 1 hora subsequente Ou Estreptoquinase 1.500.000 UI IV em 1 hora

### IAMSSST e Angina Instável

Quando o primeiro ECG não mostrar as alterações descritas acima, o diagnóstico possível é de IAM sem supra desnível de ST (IAMSSST) ou Angina Instável. Esses pacientes não devem ser liberados para o domicílio em hipótese alguma após ECG normal, pois podem apresentar chance de eventos adversos (morte ou infarto) de até 40 % em 15 dias. Devem ser submetidos a estratificação adequada de risco antes da alta. Os marcadores de necrose miocárdica (troponina e CKMB massa) devem ser dosados na chegada e a cada 8 horas a partir de então.

### Crterios de contraindicação ao fibrinolítico

#### Absolutos

Sangramento ativo (exceto menstruação)



Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico prévio ou AVC isquêmico com < 1 ano

Suspeita não excluída de dissecação de aorta

Hipertensão não controlada mesmo com medicação IV (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg)

Neoplasia intracraniana ou aneurisma ou malformação arteriovenosa conhecida de Sistema Nervoso Central (SNC).

### Relativos

Úlcera péptica em atividade

Cirurgia de grande porte recente (< 1 mês) Trauma cranioencefálico (TCE) recente (<1 mês) Gravidez

Parada cardiorrespiratória traumática ou prolongada (> 10 minutos)

Hipertensão grave (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg) porém controlada com medicação IV

Sangramento digestivo < 3 semanas Diátese hemorrágica

Uso de anticoagulantes orais

### Medidas iniciais no Pronto-Socorro

Acesso venoso e monitorização cardíaca contínua

Garantir estabilidade cardiopulmonar (ABC da ressuscitação)

O<sub>2</sub> sob cateter nasal 3L/min se saturação < 90 % (opcional nos demais pacientes; considerar se dor intensa ou persistente)

ECG de 12 derivações em até 10 minutos da chegada ao PS

Colher exames: hemograma, TP, TTPa, glicemia, Na, K, função renal, CKMB massa e troponina

RX tórax no leito (a fim de avaliar diagnósticos diferenciais de dor torácica, por exemplo, dissecação de aorta).

AAS 300 mg por via oral mastigáveis a TODOS os pacientes considerados Síndrome Coronariana Aguda definitiva ou provável, salvo contraindicações (ex: alergia)

Isossorbida 5 mg sublingual como primeiro antianginoso, exceto se: PAS < 110 mmHg, infarto de Ventrículo Direito (VD) ou uso recente de inibidores de fosfodiesterase (sildenafil < 24 h; vardenafil e tadalafil < 48h)

Morfina 2 a 5 mg IV como opção em casos de dorrefratária

Pacientes considerados com o diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda definitiva ou provável: Beta-bloqueador por via oral: atenolol 25 mg ou Propranolol 40 mg na ausência de (todos os seguintes): bradicardia, bloqueio AV 2o ou 3o graus, bloqueio AV de 1o grau com PR > 240 ms, broncoespasmo, qualquer sinal de choque mesmo com PA normal (ex: enchimento capilar lentificado, torpor, pulsos filiformes) ou qualquer sinal de Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC (ex: estertores à ausculta pulmonar, terceira bulha).

Pacientes considerados com o diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda definitiva ou provável iniciar dupla anti agregação plaquetária, associando ao AAS uma das opções a seguir: a) Clopidogrel 300 a 600 mg (300 mg em idosos devido ao risco aumentado de sangramento). Nos pacientes submetidos a fibrinólise, iniciar 300 mg dose inicial se < 75 anos ou 75 mg se idade > 75 anos, OU b) prasugrel no IAM com SST encaminhado a angioplastia primária na dose de ataque de 60mg VO e manutenção de 10mg VO: OU c) ticagrelor no IAM com SST encaminhado a angioplastia primária ou SCA sem supra de ST definitiva na dose de ataque de 180mg VO e manutenção de 90mg 2x/dia VO.

## Medidas Complementares no Pronto-Socorro

Metoprolol IV (5 mg por dose; dose total máxima de 15 mg) somente se: dor persistente, taquicardia e hipertensão, após as medidas anteriores e na ausência de (todos os seguintes): bradicardia, bloqueio AV 2° ou 3° grau, bloqueio AV de 1° grau com PR > 240 ms, broncoespasmo, qualquer sinal de choque mesmo com PA normal (ex: enchimento capilar lentificado, torpor, pulsos filiformes) ou qualquer sinal de Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC (ex: estertores à ausculta pulmonar, terceira bulha).

Nitroglicerina IV em casos de dor persistente, recorrente, congestão pulmonar associada ou de hipertensão grave (> 180/110 mmHg) - iniciar com 5 mcg/min e titular até controle da dor ou queda de até 30 % da PA

### Lembre-se

Se supra desnível de ST no ECG: procurar recurso para realização de procedimento Hemodinâmico.

Se ECG sem supra desnível ou normal: seriar marcadores de necrose (troponina/CKMB massa), contato com médico do paciente ou da retaguarda de cardiologia. Em qualquer momento que for caracterizado o diagnóstico de Síndrome Coronária Aguda ou nos casos quando a suspeita NÃO for descartada na avaliação do PS, proceder a internação em UTI para observação e estratificação a liberar o paciente para o domicílio sem um diagnóstico preciso.

### Equipe Médica – Unidade de Terapia Intensiva

Iniciar clopidogrel se este não foi feito no PS

Manter AAS 100 mg/dia e clopidogrel 75mg/dia em TODOS os pacientes (obs: clopidogrel é suspenso nos casos em que é indicado tratamento cirúrgico - re-

vascularização do miocárdio)

Iniciar anticoagulação em todos os pacientes com AI ou IAM enquanto aguardam cateterismo ou tratamento definitivo (por exemplo, revascularização do miocárdio).

Opção: enoxaparina 1 mg/kg subcutâneo (SC) de 12 em 12 horas (0,75 mg/kg de

12 em 12 horas em pacientes com > 75 anos; 1 mg/kg uma vez ao dia em pacientes com clearance de creatinina < 30 ml/min independente da idade)

Manter dosagem de CKMB massa a cada 8 horas no primeiro dia e de 12 em 12 horas a partir do segundo dia até normalização; no caso da troponina, bastam no máximo duas dosagens (uma vez confirmado o diagnóstico de IAM, não é necessário mais seriar este marcador)

Ecocardiograma à beira do leito nas primeiras 24 horas em TODOS os pacientes

Dosar perfil lipídico o mais precoce possível, nas primeiras 24 horas (geralmente na primeira oportunidade em que o paciente ficar em jejum)

Em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem contra-indicações, iniciar um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), por exemplo, captopril 12,5 mg VO a cada 8 horas ou enalapril 5 mg VO a cada 12 horas 2.11.7. Em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem sinais de ICC, iniciar um betabloqueador, por exemplo, atenolol 25 mg VO a cada 12 horas ou propranolol 10 mg VO a cada 8 horas. Nos pacientes com sinais de ICC, esperar melhora do quadro congestivo. Quando estável, iniciar com carvedilol 3,125 mg VO a cada 12 horas.

Iniciar estatina, por exemplo, sinvastatina 40 mg ou atorvastatina 40 mg VO (avaliar lipidograma a fim de determinar qual melhor opção - pode ser decidido com o médico titular do paciente)



Após a realização da angioplastia, manter enoxaparina profilática conforme o protocolo de TVP. Se o cateterismo for cirúrgico, manter anticoagulação plena até a véspera da cirurgia e suspender imediatamente o clopidogrel. Se for optado por tratamento clínico, manter anti coagulação plena até 8 dias ou até a alta e manter oclpidogrel.

Uso de inibidor da glicoproteína IIb/IIIa fica a critério da Cardiologia Intervencionista ou do médico da retaguarda de cardiologia.

No IAMCSST, a angioplastia primária é prioridade e é decidida pelo plantonista/intensivista (em casos que não forem provenientes doPS).

No IAMSSST e AI, a estratificação de risco é decidida em acordo com o cardiologista responsável pelo paciente. É dada preferência pela estratificação invasiva precoce (em até 48 horas da chegada) nos casos de alto risco, ou seja, pacientes com infra desnível de ST no ECG ou elevação de marcadores de necrose

### Equipe Médica – Unidade de Internação

Iniciar estatina se não foi iniciado na UTI, a menos que contraindicado

Titular dose de IECA e betabloqueador antes da alta

Iniciar reabilitação cardíaca ainda durante a internação, estimulando deambulação em pacientes estáveis

Aconselhar, junto com a equipe multidisciplinar, sobre mudanças de hábitos de vida, com destaque para cessação do tabagismo

Garantir alta com TODAS as seguintes medicações, salvo em casos de contra indicações: AAS, clopidogrel (ou um outro anti-ADP como prasugrel ou ticagrelor), estatina, betabloqueador e IECA

### Equipe Cardiológica – Indicadores de

### Qualidade

Tempo porta-ECG: meta < 10 minutos

Tempo porta-balão (ou seja, da chegada ao PS até o término da angioplastia com stent): < 90 minutos

Tempo porta-agulha (nos casos em que utiliza fibrinolítico): < 30 minutos

Uso de AAS desde a chegada: meta 100 % dos pacientes, a menos que contraindicado

Uso de IECA, betabloqueador, estatina, AAS e clopidogrel (ou outro anti- ADP) na alta hospitalar.

## 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 Especificos



## 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: Suspende hipoglicemimiantes;

Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra e 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 tricíclico - ADT (quando utilizando forma aguda - menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias

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

*M*



# POLITRAUMATIZADO I

## (IDENTIFICAÇÃO)

Medidas dos sinais vitais e nível de consciência

Glasgow < 14  
FR < 10 ou > 29  
Escore de trauma pediátrico  
< 9PAS > 90 mmHg  
Escore de trauma revisado < 11

SIM

NÃO

Politraumatizado

Avaliação de  
lesões  
anatômicas

- Fraturas pélvicas
- Duas ou mais fraturas de ossos longos
- Amputação proximal de punho ou tornozelo
- Combinação de trauma com queimaduras de 10% ou inalação de fumaça
- Todas lesões penetrantes de cabeça, dorso, e extremidades proximais de cotovelo e joelho
- Tórax instável

SIM

NÃO

Politraumatizado

Avaliação do  
mecanismo de  
trauma e  
impacto de alta  
energia

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

FR = Frequência Respiratória  
PAS = Pressão Sistólica





## POLITRAUMATIZADO II

### (IDENTIFICAÇÃO)

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

SIM

NÃO

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

Politraumatizados

Avaliação dos Fatores de Risco

SIM

NÃO

Politraumatizado

Reavaliação com controle médico

QUANDO EM DÚVIDA, CONSIDERE TODO O ACIDENTADO UM POLITRAUMATIZADO

### ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- $\beta$ HCG na mulher em idade fértil
- Ultrassom do abdômen total

*Handwritten signature*





## Escore de trauma adulto

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

## PACIENTE POLITRAUMATIZADO

### ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	<10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamentedesperto	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	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
Resposta motora	Nenhuma	1
	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
<b>TOTAL MÁXIMO</b>	<b>TOTAL MÍNIMO</b>	<b>INTUBAÇÃO</b>
15	3	8

## ATENÇÃO

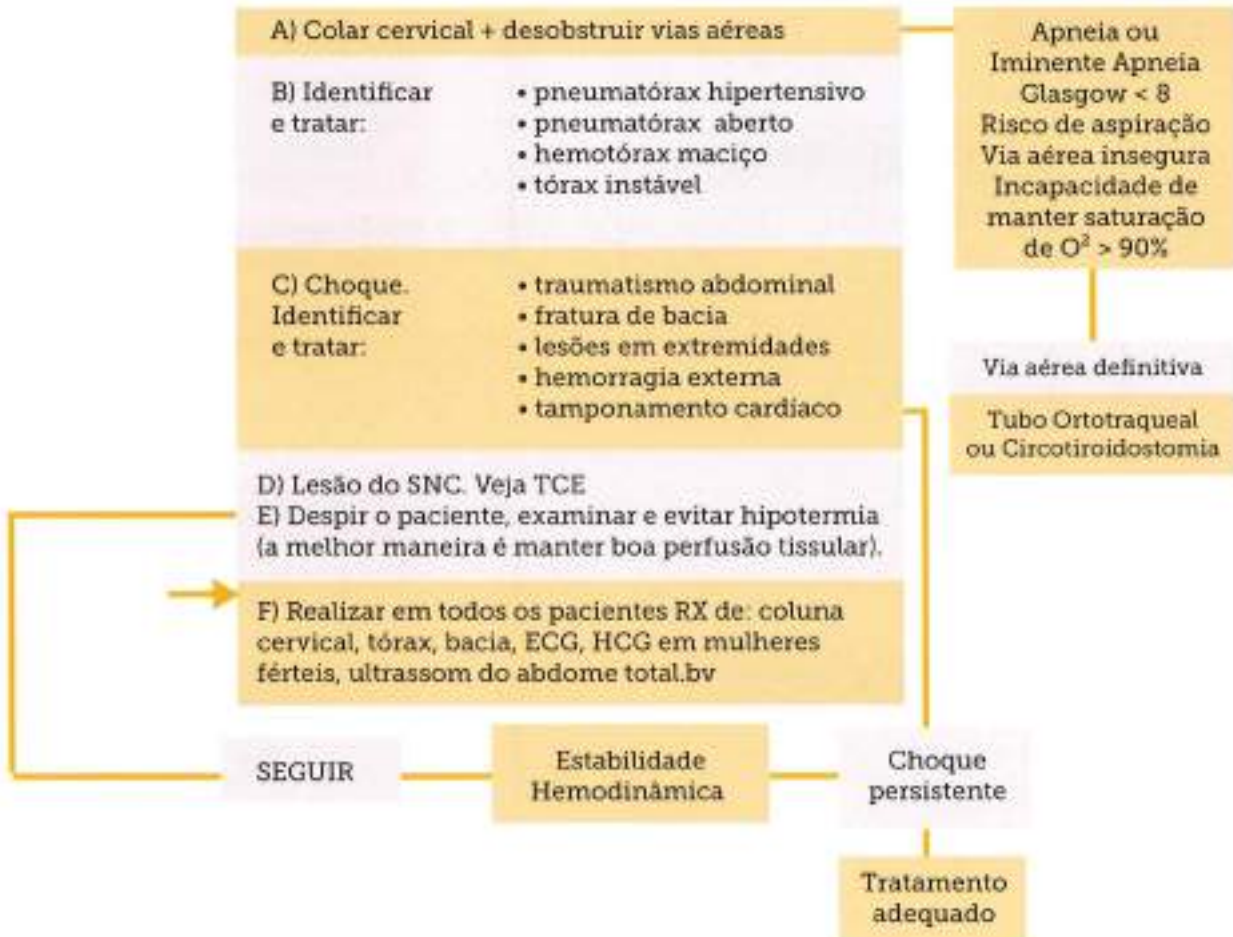
Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- EGG
- $\beta$ HCG na mulher em idade fértil
- Ultrassom do abdômen total

*Handwritten signature*

# POLITRAUMATISMO

## CONDUTA IMEDIATA



## ATENÇÃO

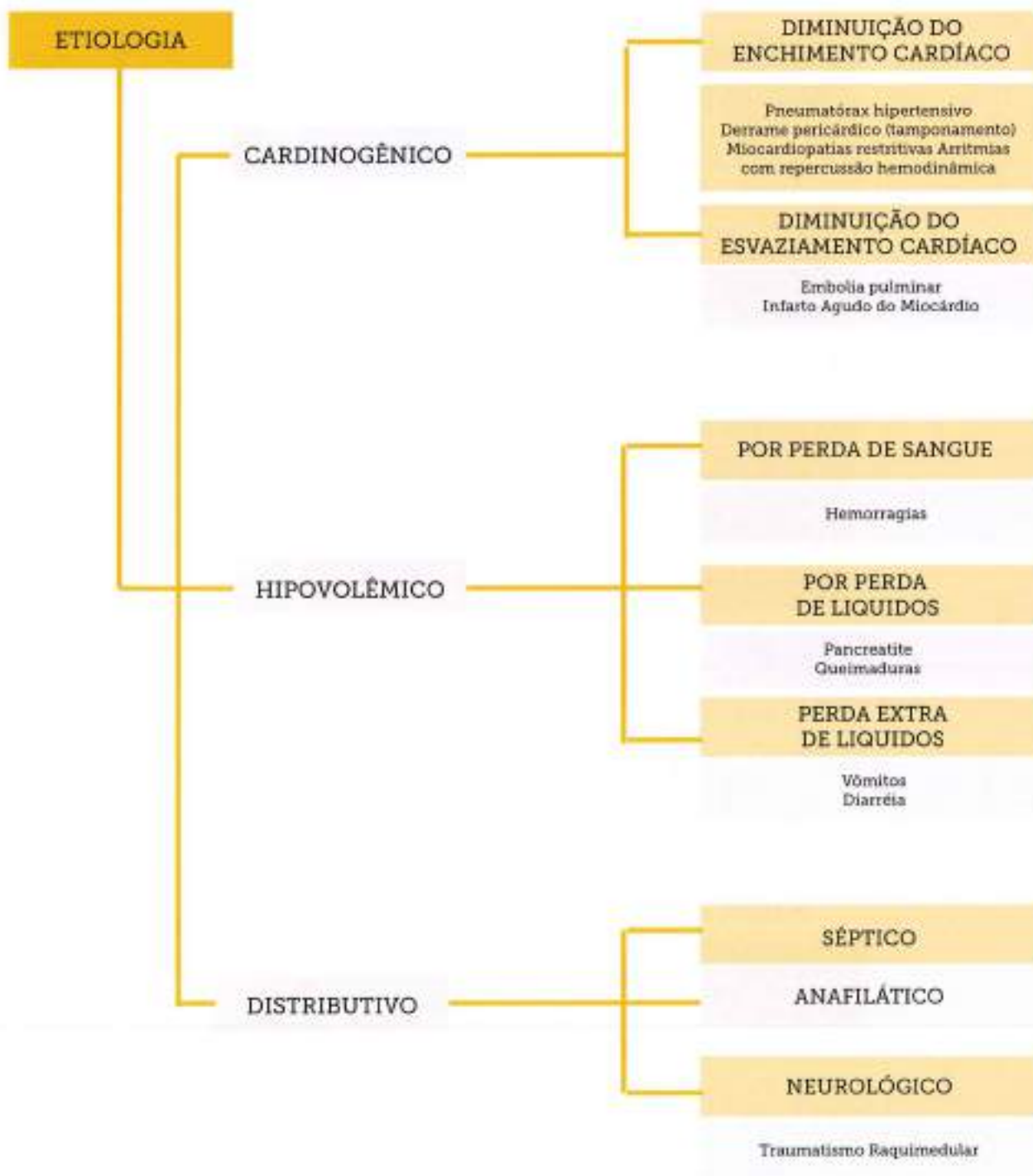
Exames de rotina em todos os politraumatizados

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



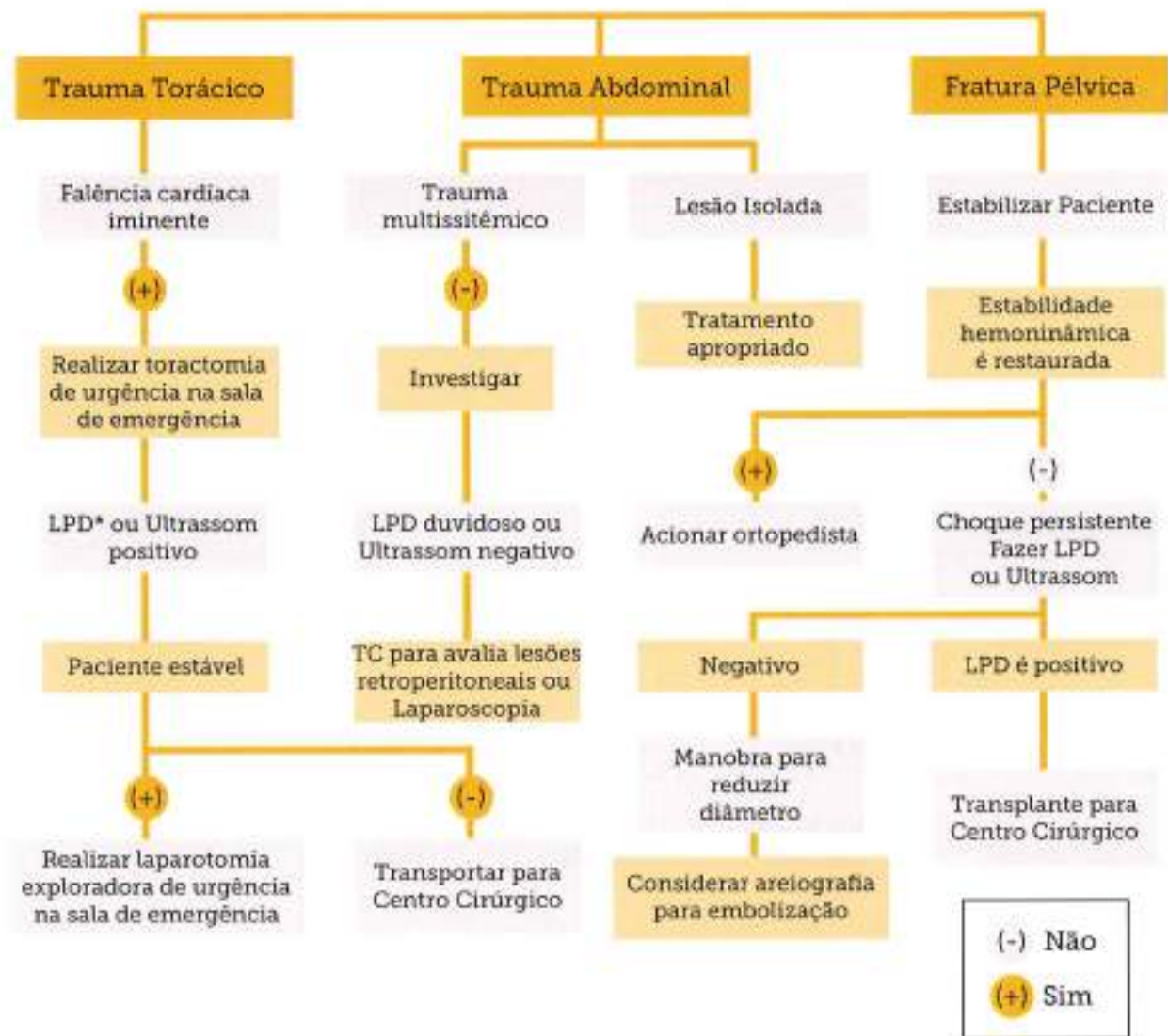
# CHOQUE

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



*Handwritten signature*

# 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 cristalóide não melhorou, usar sangue

\*LPD - Lavagem Peritoneal Diagnóstica



## CHOQUE HIPOVOLÊMICO II

Estimativa de perdas de fluidos ou sangue baseada na apresentação inicial do paciente adulto

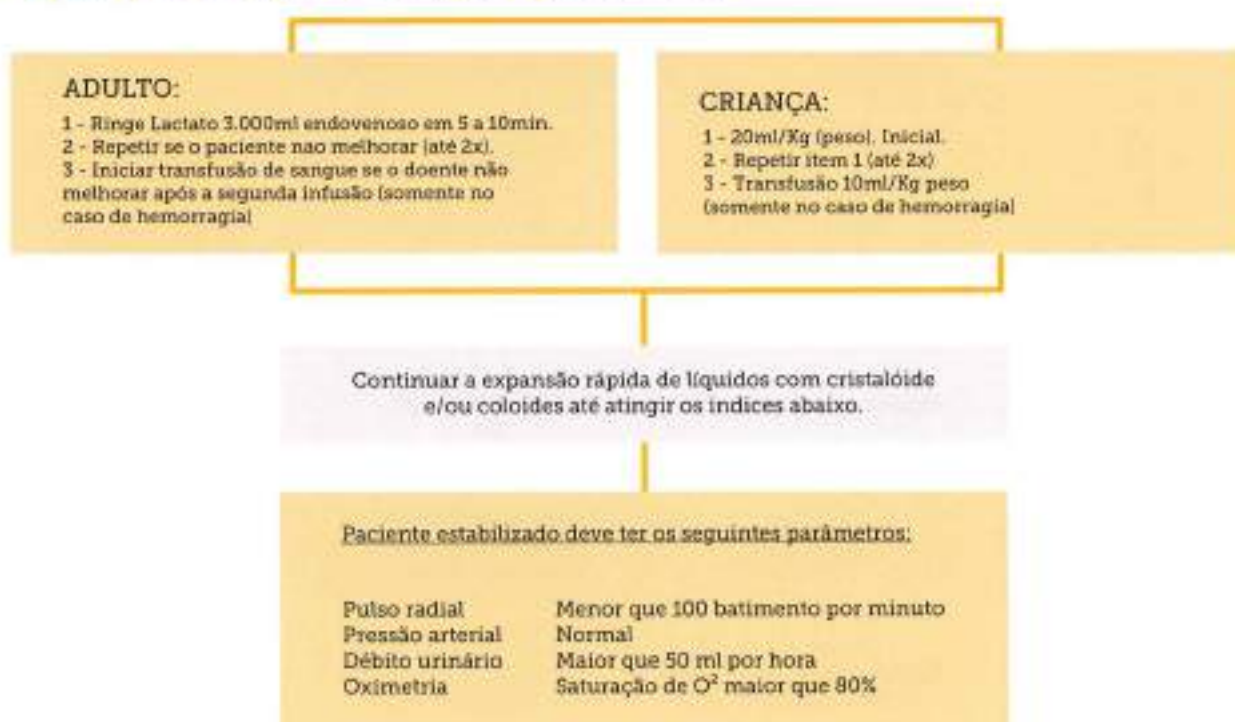
	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1.500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 31)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

Regra 31 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

*M*

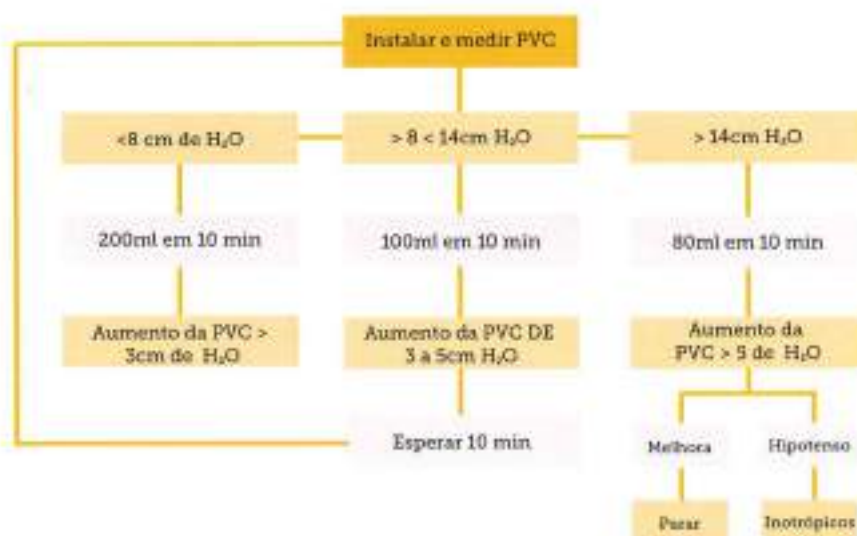
# CHOQUE HIPOVOLÊMICO

## Reposição de volume no choque hipovolêmico



# REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

## Pressão coloidosmótica deve estar normal



### ATENÇÃO: OBSERVAR

- 1 - Doar (2) acessos venosos periféricos com jéico 14.
- 2 - Pacientes com hipocalbunemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardioprotetores.
- 4 - Monitorização da PVC questionados, sépticos, neurológico, cardiopatas.
- 5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato

*Handwritten signature*



# CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS

## Resposta sistêmica à perda sanguínea em pacientes pediátricos

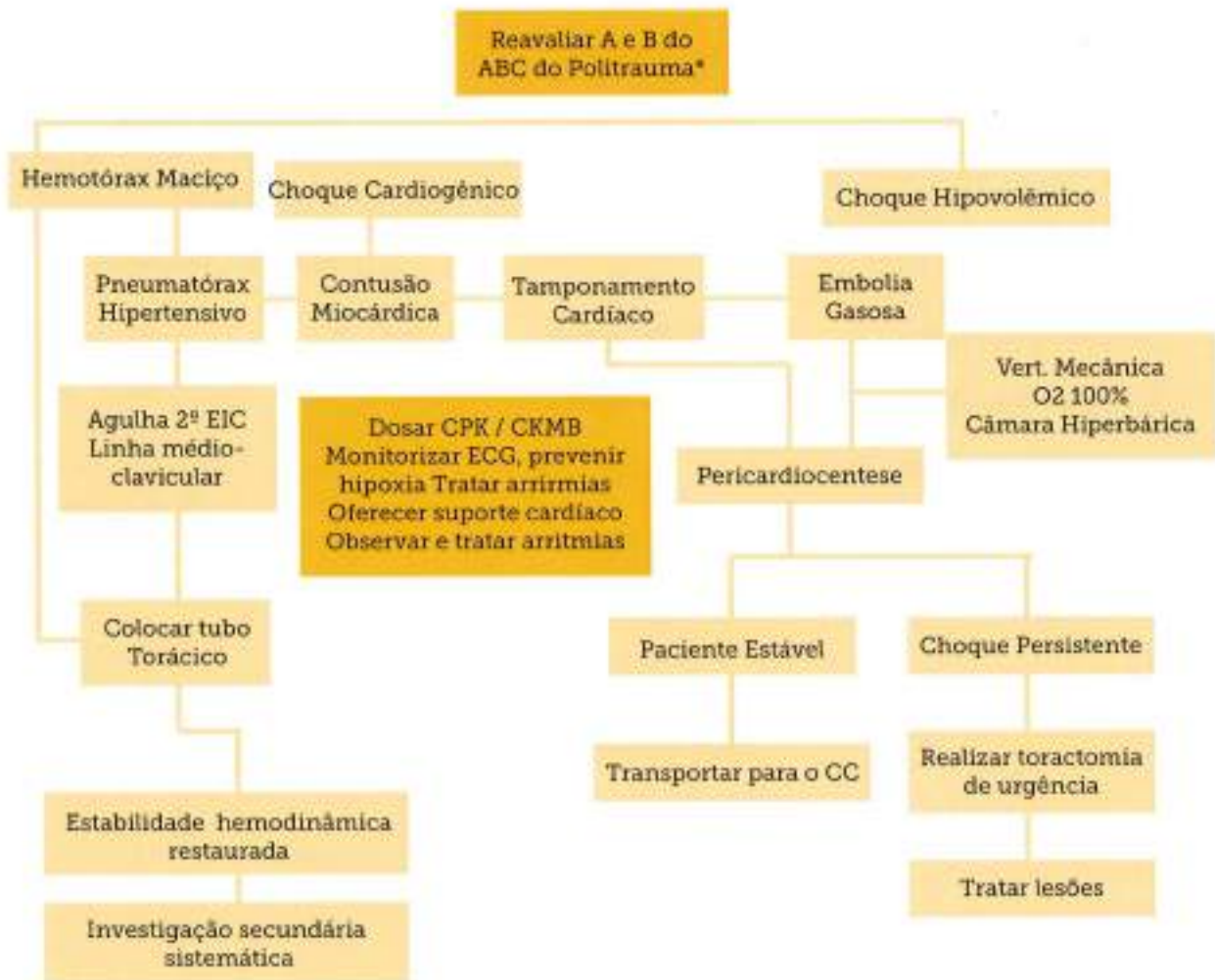
	PERDA DE VOLUME SANGUINEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades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

## SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS

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



# CHOQUE PERSISTENTE



\*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical:  
Boa ventilação e respiração que asseguram uma troca gasosa e perfusão adequadas;  
Controle da circulação através do controle de hemorragia, e se necessário, sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;  
Exposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a Hipotermia

\*Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCP2 entre 25 e 35.

- LOC - Perda de consciência
- HVT - Hiperventilação



# RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA

## GRUPO DE RISCO

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

TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

### Atendimento inicial

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

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

Trauma craniano leve: ECGL - 15 a 14;

Trauma craniano moderado: ECGL - 13 a 9;

Trauma craniano grave: ECGL - 8 a 3.

Controle da hipertensão intracraniana na admissão



PALS / ATLS;

Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória;

Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra;

Decúbito elevado a 30°, 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	Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
Melhor resposta verbal	Não abre	1
	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
Melhor resposta motora	Não responde	1
	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)

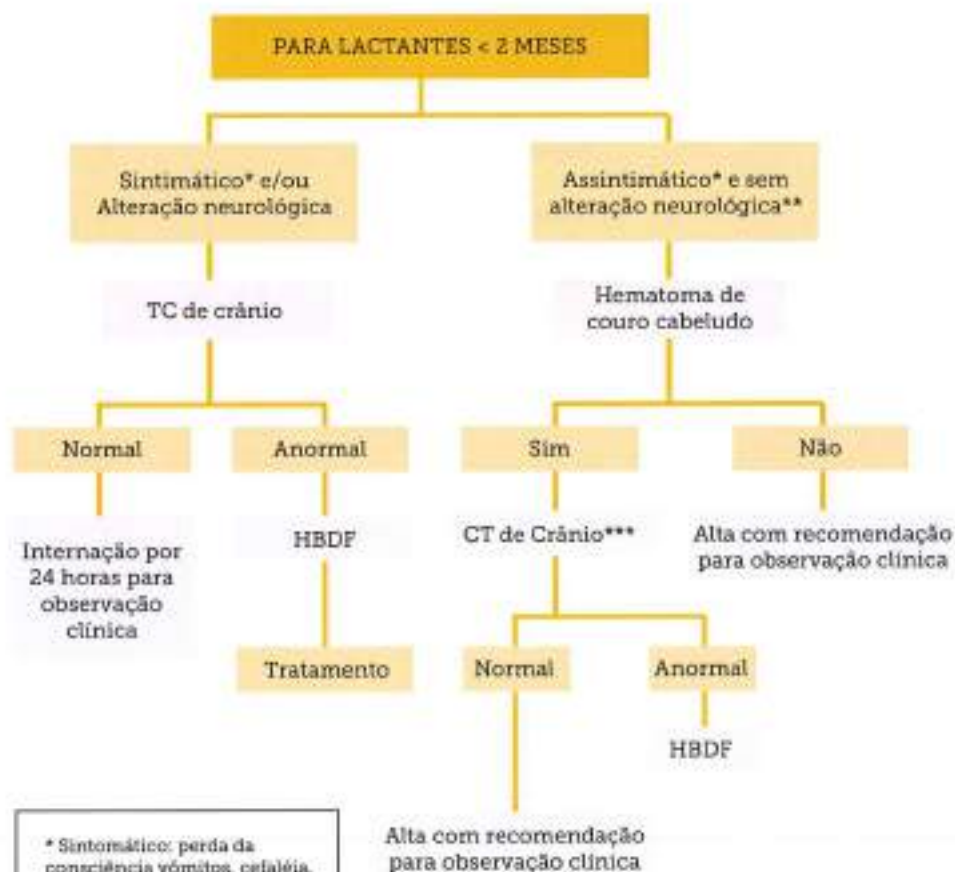
- Mecanismo de trauma;
- Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo;
- Fontanela tensa e abaulada;
- Amnésia prolongada;
- Perda da consciência maior que 5 minutos;
- Déficits neurológicos;
- Vômitos incoercíveis;
- Cefaléia intensa ou moderada;

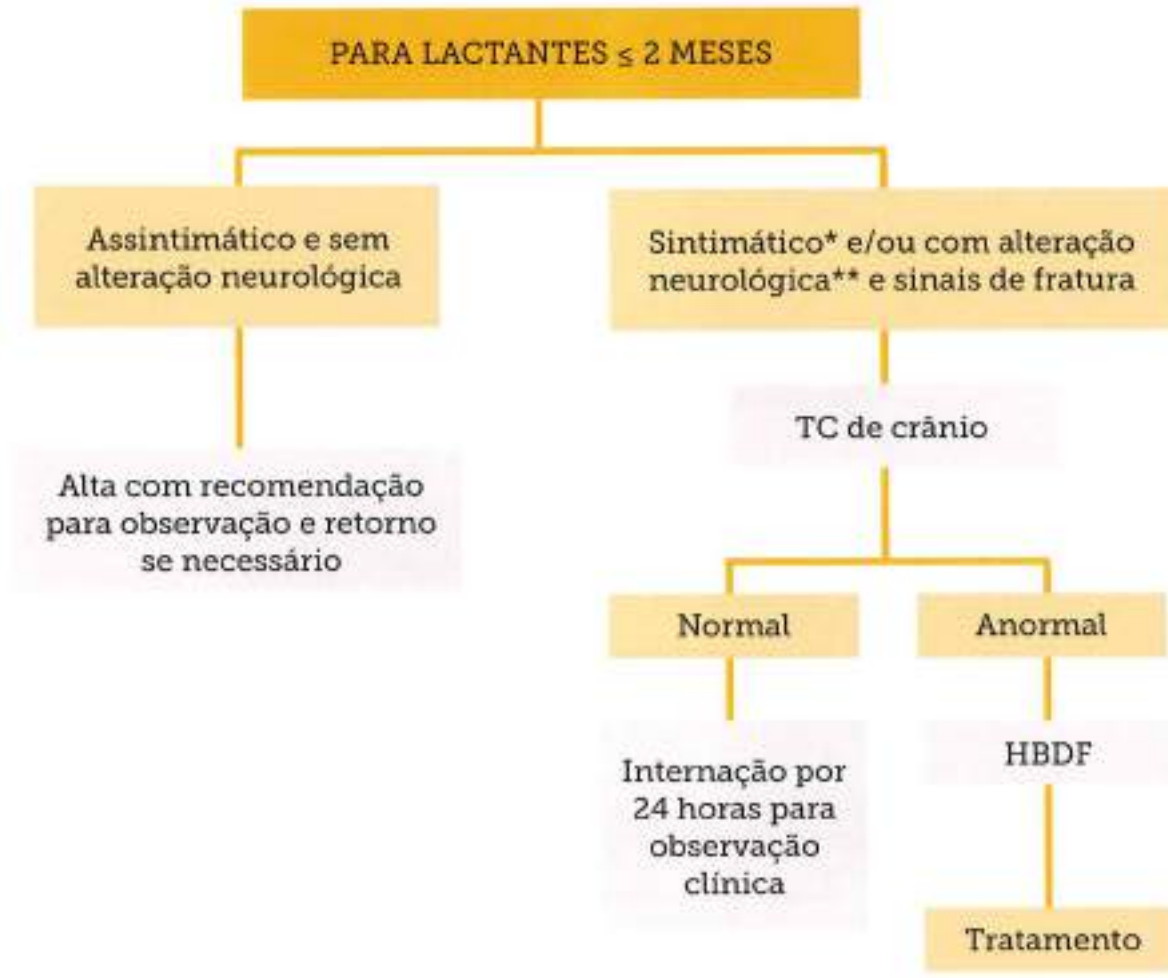
- Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária);
- Rinorréia, otorréia e hemotímpano;
- Alteração do diâmetro pupilar;
- Suspeita de maus-tratos.

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

## TCE LEVE

### GLASGOW (15-14)





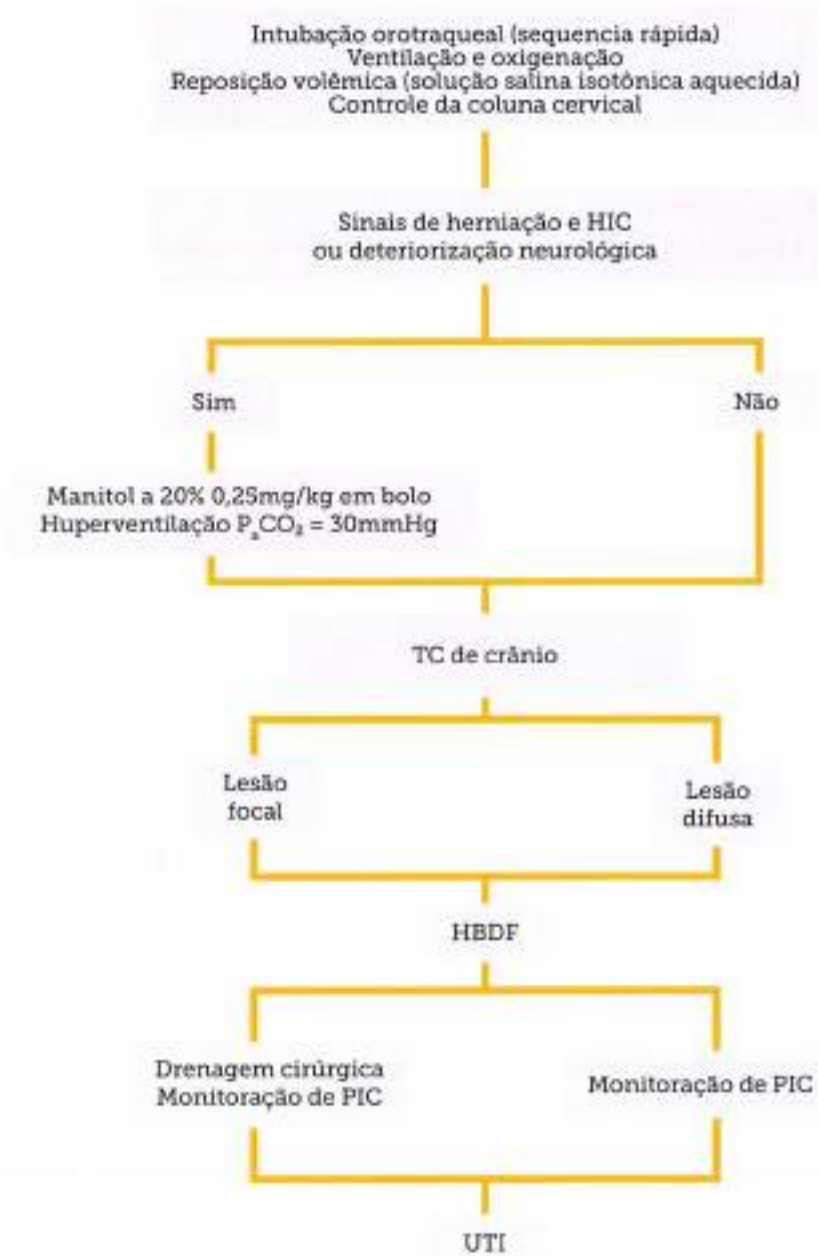
**TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)**

**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.



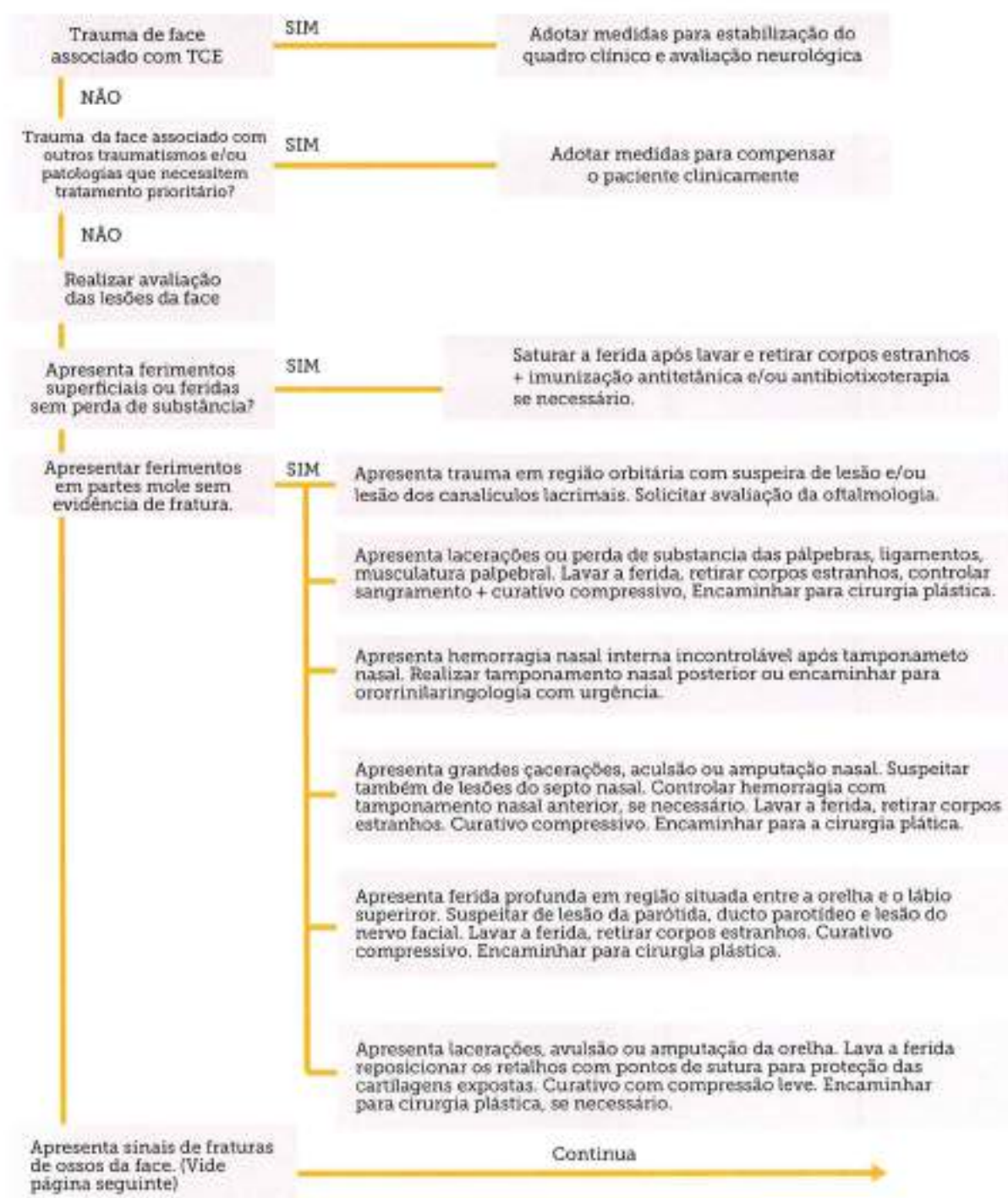
# TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



*Handwritten signature*



# TRAUMATISMO DA FACE (PARTES MOLES E FRATURAS)





# TRAUMATISMO DE MÃO

Apresenta sinais de fraturas de ossos da face

Suspeitar de fratura da mandíbula quando houver evidências de impacto na região mandibular (edema, escoriação, ferida).

- Mal oclusão dentária
- Crepitação, mobilidade de fragmentos ósseos
- Equimose no assoalho da boca
- Dormência no lábio inferior

Confirmar com radiografias\*.

Suspeitar de fratura do maxilar quando houver evidências de:

- Impacto no terço médio da face
- Mal oclusão dentária
- Mobilidade de fragmentos ósseos da maxila
- Rinorragia bilateral
- Edema, equimose ou hematose em área periorbitária bilateral
- Hemorragia subconjuntival bilateral
- face achatada por retrusão da maxila

Confirmar com radiografias\*.

Suspeitar de fratura no nariz quando houver evidências de:

- Impacto na região nasal
- Deformidade nasal (desvio, selamento)
- edema nasal
- hematoma prioritário
- Rinorragia
- Crepitação óssea
- Desvio ou hematoma de septo nasal

Confirmar com radiografias\*.

Suspeitar de fratura na região orbitária quando houver evidências de:

- Impacto na região orbitária
- Edema e hematoma palpebral
- Hemorragia subconjuntival
- Hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior
- Oftalmologia
- Diplopia (visão dupla)
- Quemose (edema conjuntival)
- Distopia cantal interna e/ou externa
- Epicanto, estrabismo convergente

Confirmar com radiografias\*.

Suspeitar de fratura do zigoma quando houver evidências de:

- Impacto na região malar
- edema órbita palpebral
- oclusão da rima palpebral
- hematoma periorbitário
- Hemorragia subconjuntival
- aplainamento da hemiface por apagamento da eminência malar
- Neuropraxia do nervo infraorbitário
- hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior ipsilateral
- dificuldade para abrir a boca viloqueio da mandíbula pelo arco zigomático afundado

Confirmar com radiografias\*.

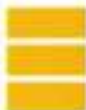
NT





# PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3º Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Apice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							¼ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé - 3º art. Metatarsofalangeana



S1						Bordo Externo do Calcâneo
S2						Linha Média da Fossa Poplítea
S3						Tuberosidade Isquiática
S45						Área Perianal
<b>TOTAL</b>						

## INDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS

(Máximo)	(50)	(50)	(56)	(56)	(56)	(56)	
Índice Motor			Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque		
(Máximo)	(100)			(112)		(112)	
Contração voluntária anal (sim/não)			<input type="checkbox"/>	Qualquer sensibilidade anal (sim/não)			<input type="checkbox"/>

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

## 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 segmentos sacros S4-S5

*Handwritten signature*



### 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

<b>Níveis:</b> 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparelhada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +) Cuidados Pessoais Admissão Alta Alimentação Cuidados com aparência Banhos Vestir parte superior do corpo Vestir parte inferior do corpo Aseo	Controle dos Esfincteres	Admissão Alta	Locomoção	Admissão Alta		
	Controle vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminhar, Cadeira de rodas Escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Controle esfínter anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicação	Admissão Alta	
	Mobilidade	Admissão Alta	Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Transferência:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cama, Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consciência social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Banheiro, Chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solução problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MF TOTAL: _____					

### ESCORES DE TRAUMA

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

### ESCORE DE TRAUMA REVISADO

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

O valor final é obtido pela fórmula:

$$*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$$

Para um valor total máximo de 7,84

*Handwritten signature or initials in blue ink.*

## 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 sobrevivida.

## ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)

Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).

Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

Índice de gravidade da lesão (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 =  $4 + 4 + 4 = 16 + 16 + 16 = 48$  ? ISS = 48

### Limitações:

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

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quanto do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente

## ESCALA ABREVIADA DE LESÕES

### (OIS - ORGAN INJURY SCALE)

Pontuar lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade:

- Menor
- Moderado
- Sério
- Severo (ameaça a vida)
- 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 uretrografia	2
3	Laceração parcial Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

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

BEXIGA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Hematoma Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração Laceração que se estende até o colo vesical 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 desvascularização	2
2	Laceração Transecção menor que 50%	2
3	Laceração Transecção maior que 50%	3
4	Laceração Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

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

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PAREDE TORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESÃO	AIS - 90
1	Contusão Qualquer localizaçãoPele e subcutâneo	1
	Laceração Menos de 3 costelas, fechada	1
	Fratura Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração Pele, subcutânea e músculo	1
	Laceração 3 ou mais costelas, fechada	2-3
2	Laceração clavícula aberta ou desalinhada	2

M

	Fratura	Esterno alinhada, fechada	2
		Corpo da escápula	2
	Laceração	Total, incluindo pleura	2
3	Fratura	Esterno, aberta, desalinhada ou instável Menos de 3 costelas com segmento instável	2 3-4
	Laceração	Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	4
4	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	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
	Contusão	Unilateral in lobo	3
2	Laceração	Pneumotórax simples	3
	Contusão	Unilateral, mais que in lobo	3
	Laceração	Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
3	Hematoma	Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
	Laceração	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
4	Hematoma	Intraparenquimatoso em expansão	4-5
	Vascular	Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rotura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima  
Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FÍGADO			
GRAU		DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
1	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
2	Laceração	1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
	Hematoma	Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
3	Laceração	Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
	Laceração	Maior que 3cm de profundidade	3
	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4
4	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4
	Laceração	3 segmentos de Couinaud em um lobo	5
5	Vascular	Lesões justahepáticas, i.e., veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

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

AM



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

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

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90	
1	Contusão	Hematuria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	Hematoma	Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2

2	Hematoma	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
	Laceração	Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
	Laceração	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
4	Vascular	Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
	Laceração	Destruição renal total	5
5	Vascular	Avulsão do hilo renal com desvacularização renal	5

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

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90	
1		Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior	0
		Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior Artéria e veia frênicas	
3		Artéria e veia lombar Artéria e veia gonadal	3
		Artéria e veia ovariana	
3		Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	3
		Artéria hepática comum, direita ou esquerda	
3		Artéria e veia esplênicas	3
		Artéria gástrica esquerda ou direita	
3		Artéria gastroduodenal	3
		Artéria e veia mesentérica inferior	
3		Ramos primários da artéria e veia mesentérica	3
		Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	

*Handwritten signature or initials.*



	Artéria mesentérica superior	3
	Artéria e veias renais	3
3	Artéria e veias ilíacas Artéria e veias hipogástricas	3
	Veia cava infra-renal	3
	Artéria mesentérica superior Eixo celíaco	3
4	Veia cava supra-renal, infra-hepática Aorta infra-renal	3
	Veia porta	3
	Veia hepática extraparenquimal	3-5
5	Veia cava retro ou supra-hepática	5
	Aorta supra-renal subdiafragnática	5

## ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

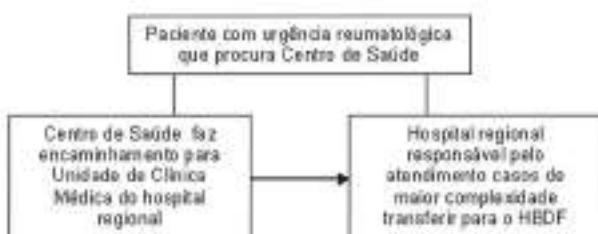
Todo atendimento reumatológico que for caracterizado como de urgência em atenção primária deverá ser transferido para a Unidade de Emergência de Clínica Médica de um Hospital Regional ou outra, para diagnóstico e tratamento local. Na impossibilidade de proporcionar o atendimento, ou na existência de uma enfermidade de maior complexidade, o paciente será transferido para a Unidade local (HEDF).

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

- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou distal localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tendões, nódulos, plexos, vasos, etc., neste caso, preferendo ao grupo de problemas que se identificam como síndrome dos cotovos articulares;
- Se a doença reumática é sistêmica ou generalizada;
- Se o problema inclui mais de uma dessas possibilidades.

### VASCULATURA INTRATORÁCICA

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



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

*Handwritten signature or initials.*



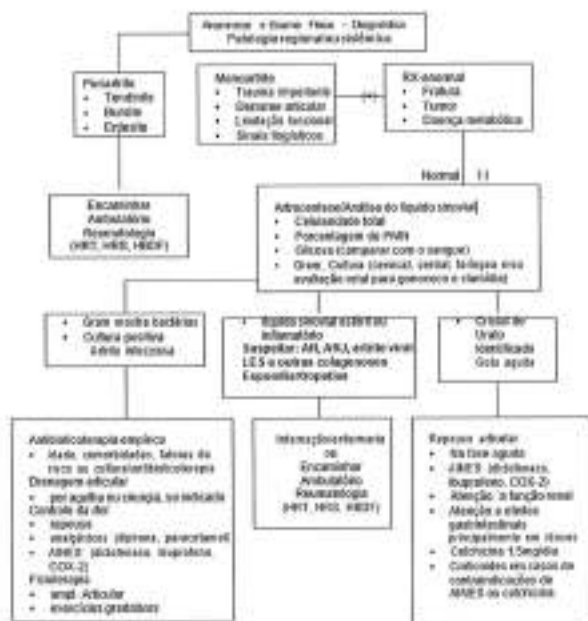


- Hipótese diagnóstica:** Enumerar. Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
- Tratamento:** Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
- Motivo do encaminhamento:** Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.
- Contra-referência:** Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.

## POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS



## MONOARTRITE AGUDA



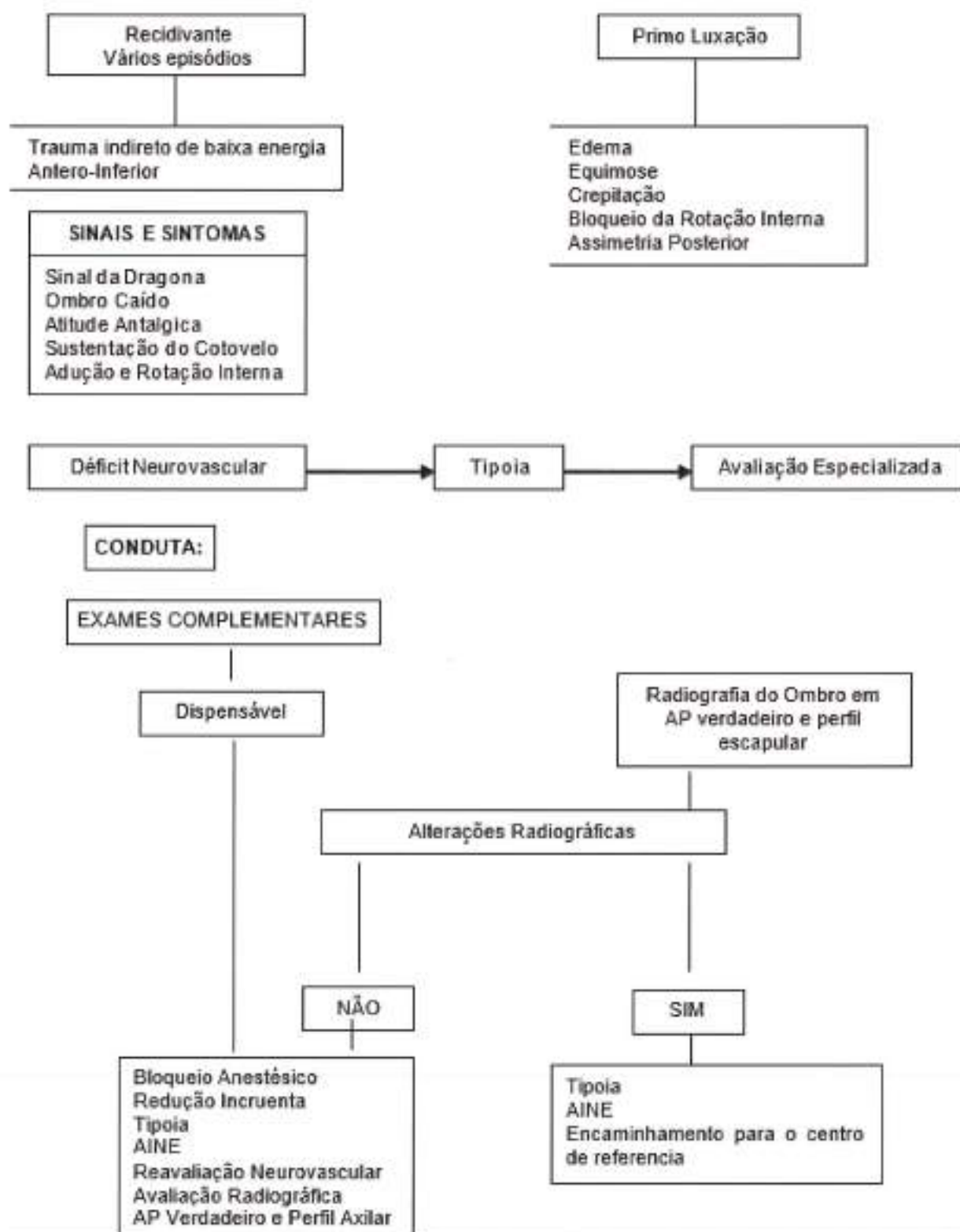
## LOMBALGIA AGUDA



*M*



## LUXAÇÃO DO OMBRO



*AM*



# ENTORSE DO TORNOZELO

## LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

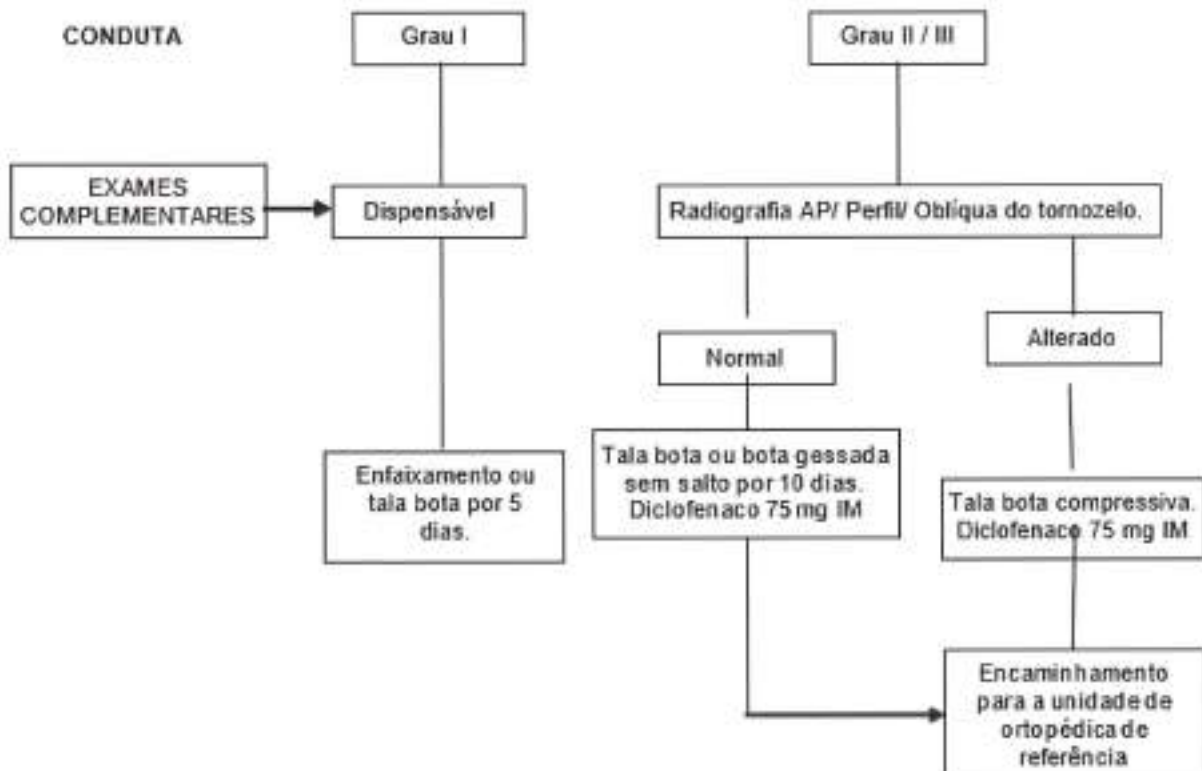
### AVALIAÇÃO

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

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

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

### CONDUTA





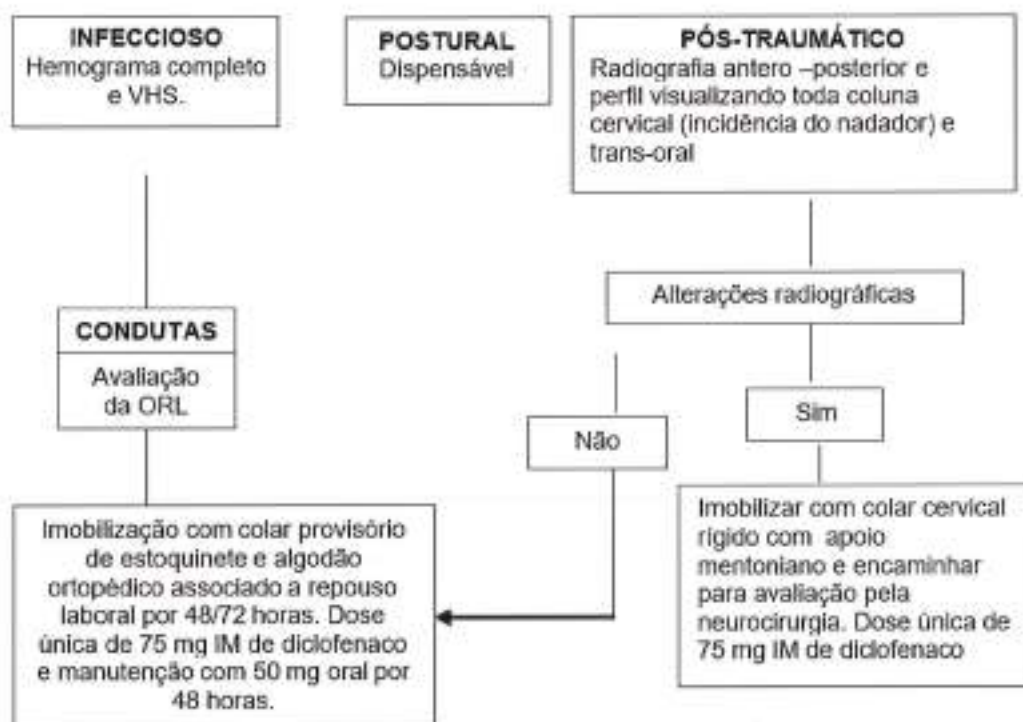
## TORCICOLO

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

### SINAIS E SINTOMAS

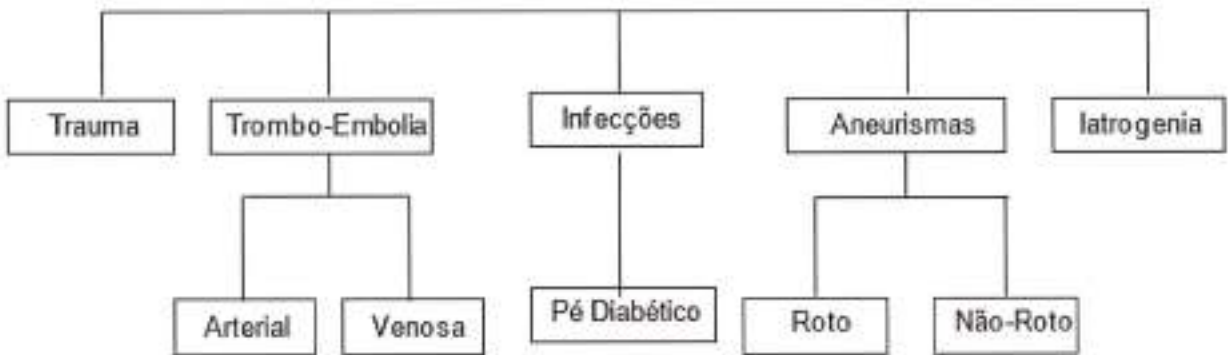
Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastoideo, ou eretores da nuca trauma -faringeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional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

### EXAMES COMPLEMENTARES



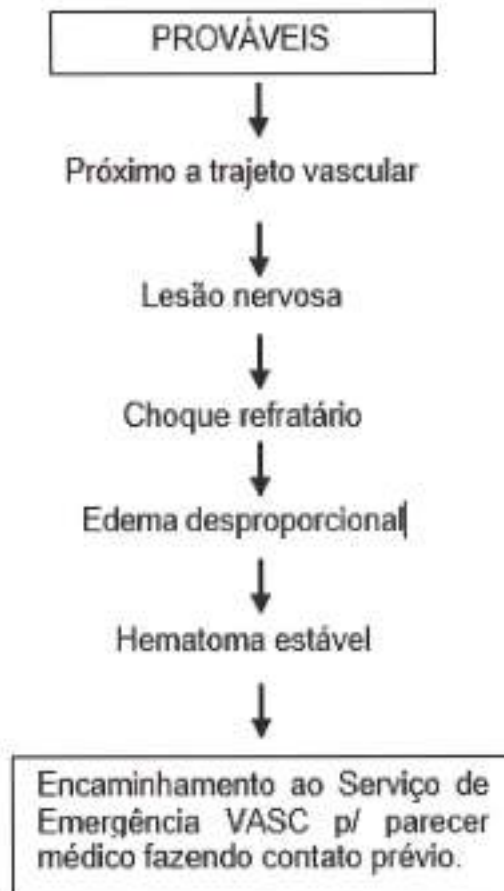


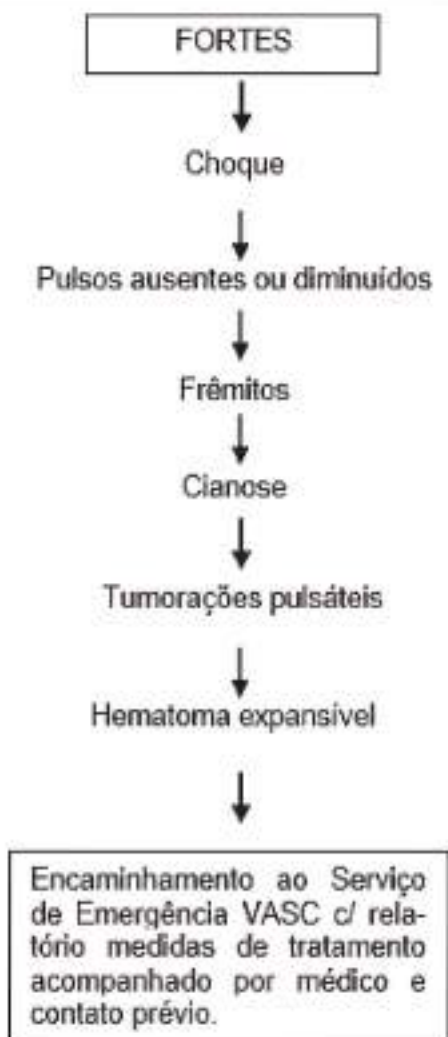
# URGÊNCIAS VASCULARES



## TRAUMAS VASCULARES

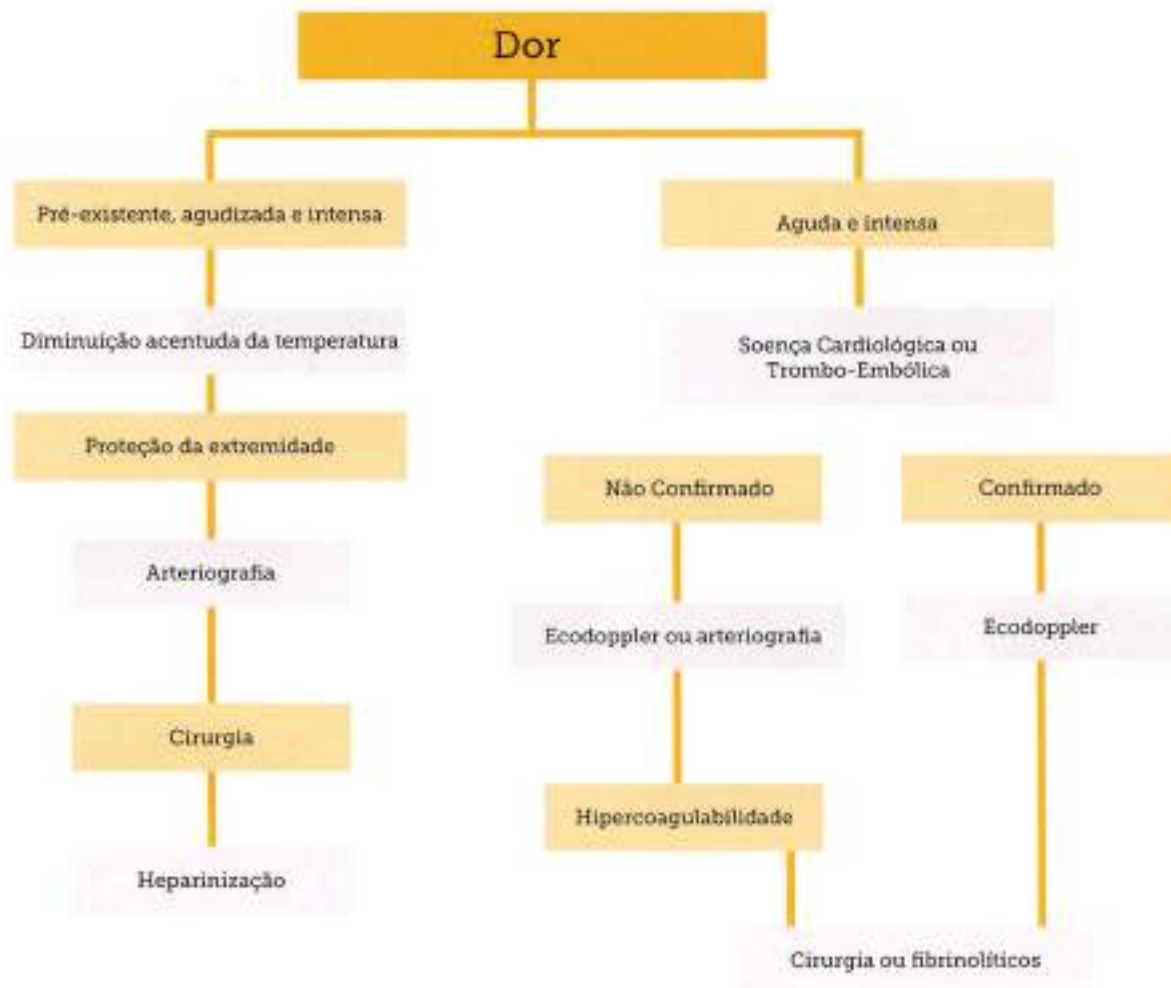
### SINAIS





AM

# TROMBOEMBOLIA ARTERIAL



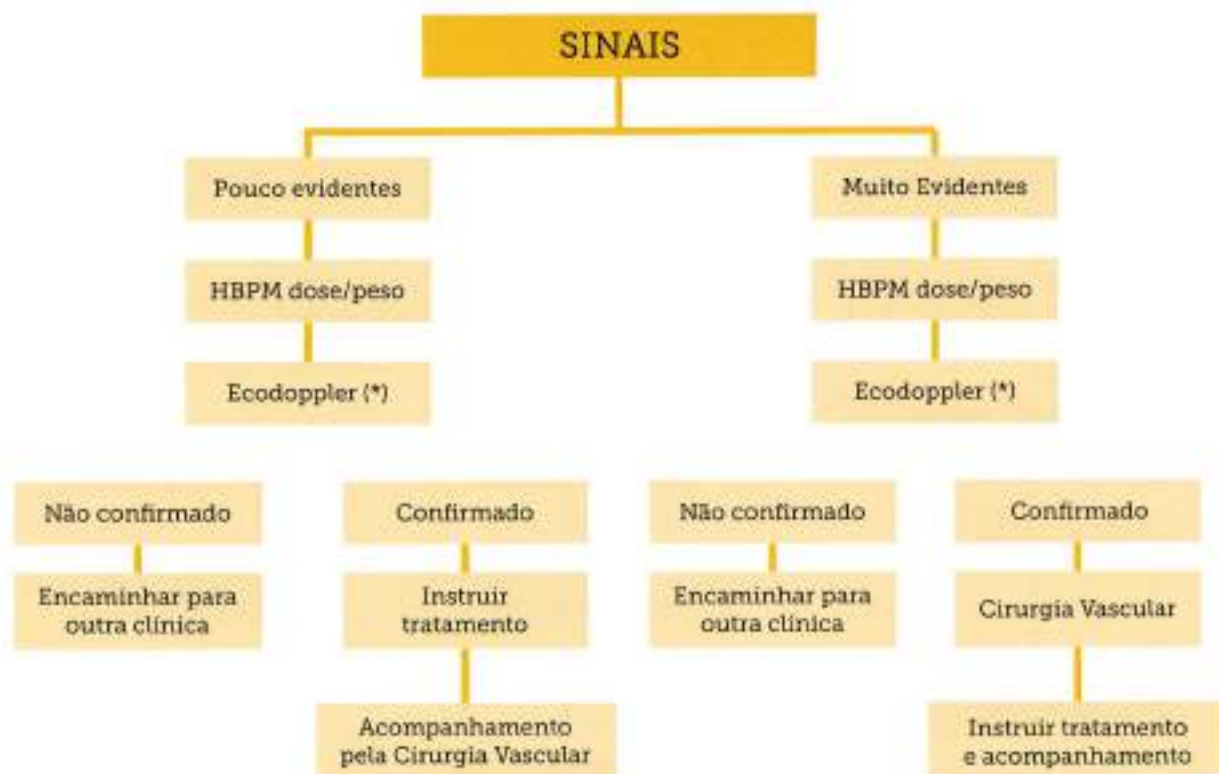
## SINAIS E SINTOMAS

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

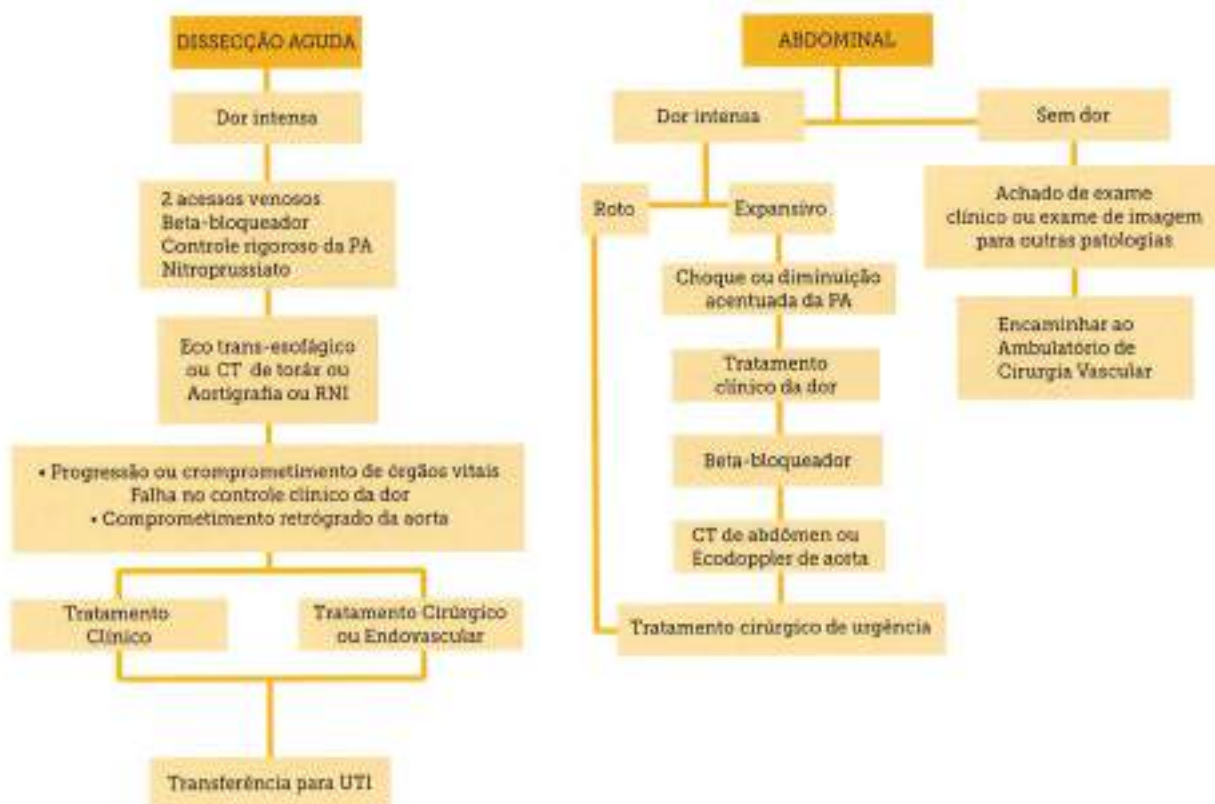
Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

*Handwritten signature*





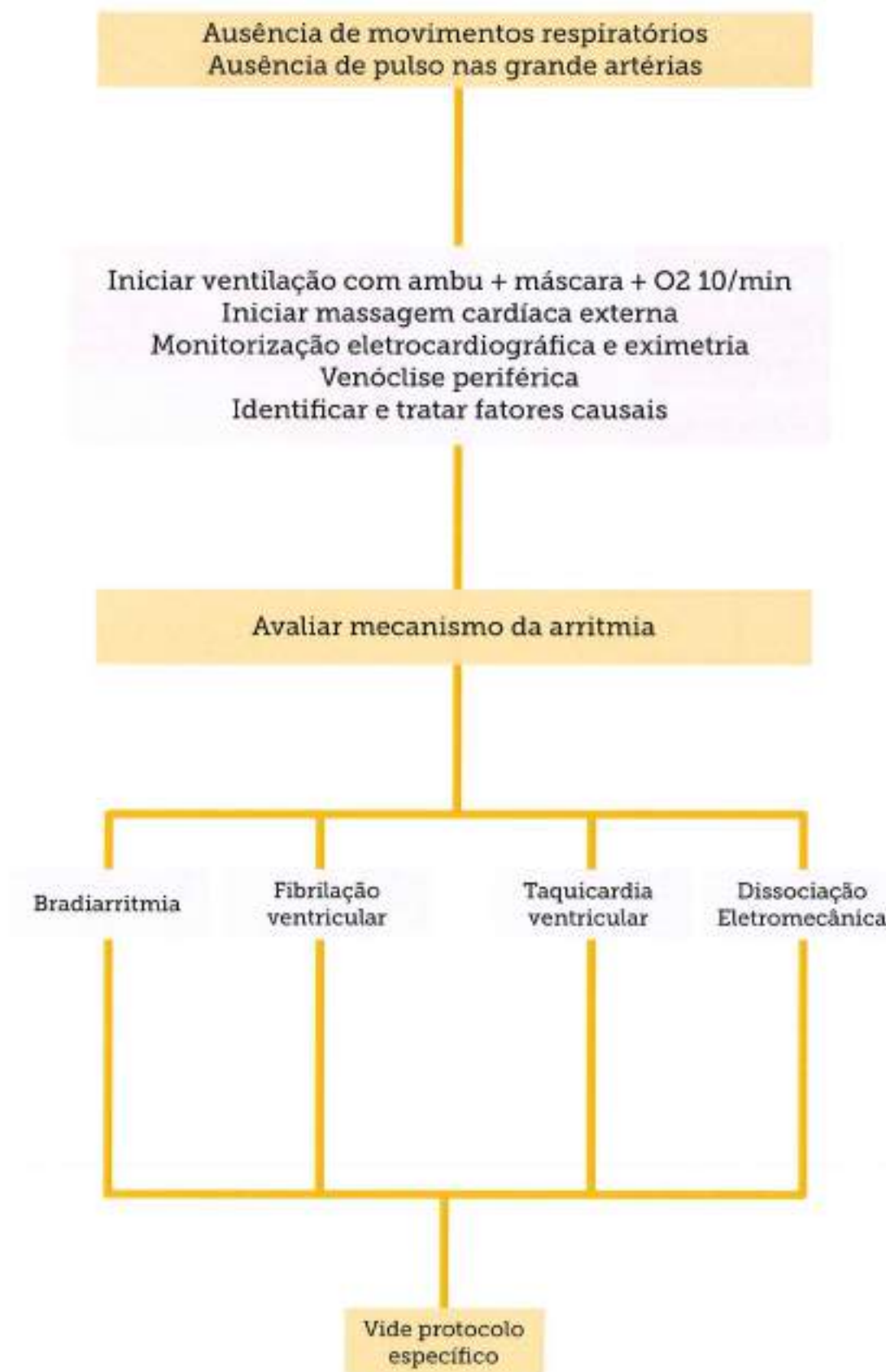
# ANEURISMAS



*M*



# PARADA CARDIORESPIRATÓRIA



*Handwritten signature*



# ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

## ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO

Dissociação eletromecânica (DEM), Pseudo-DEM, Ritmo idioventricular, Ritmo ventricular de escape, Bradissistolia

Continuar medidas de RCP, Intubação Orotraqueal  
Obter acesso IV

Considerar possíveis causas:  
Hipovolemia (infundir volume), Hipoxemia (ventilação), Tamponamento cardíaco (Pericardiocentese), Pneumotórax hipertensivo (descompressão por agulha), TEP maciço, IAM extenso, hipercalemia, acidose, overdose de drogas (tricíclicos, Bbloq cálcio).

Epinefrina 01mg IV em bolus. Repetir a cada 3 a 5 minutos.

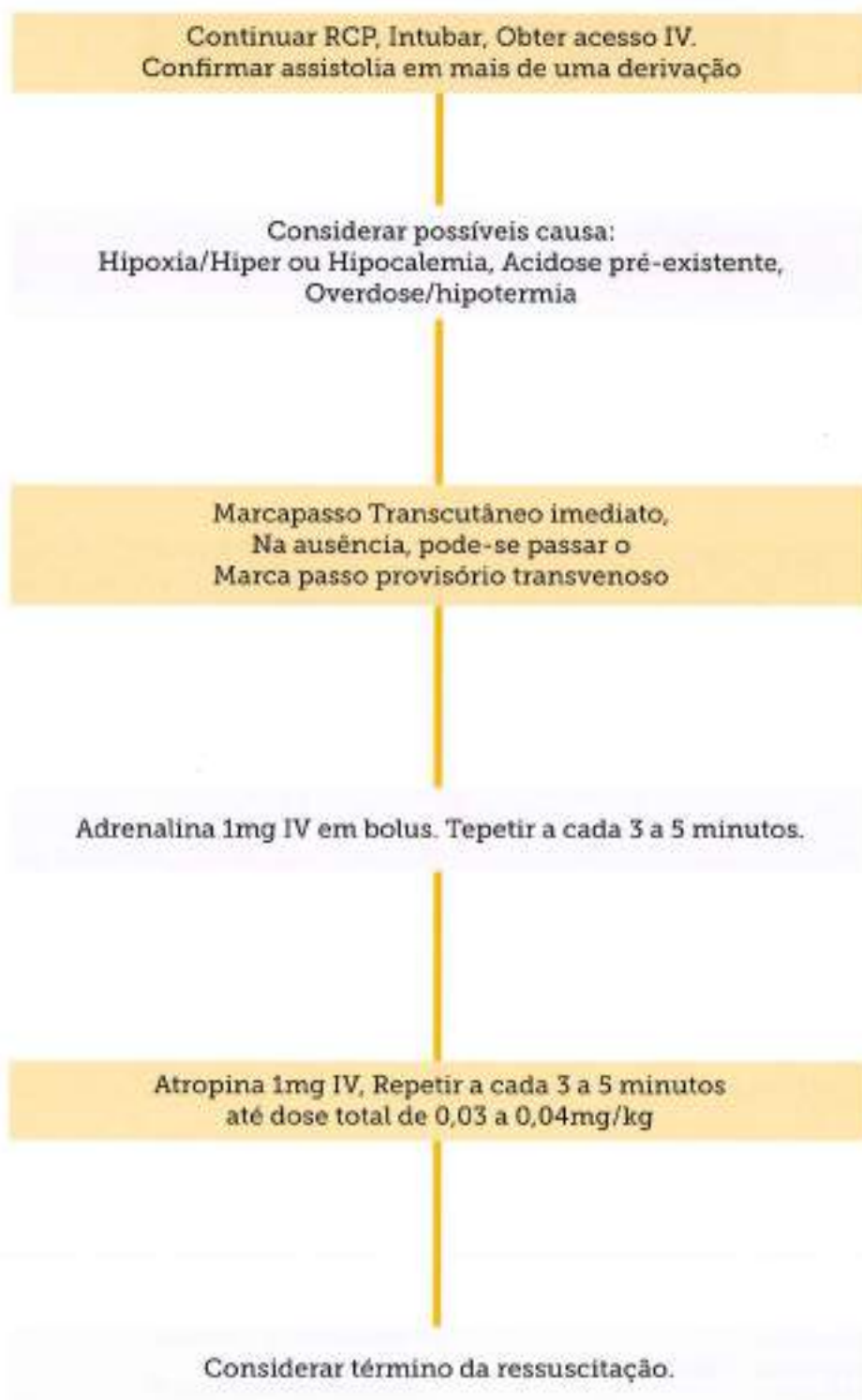
Se bradicardia (FC > 60bpm), usar atropina 01 mg IV.  
Repetir a cada 3 a 5 min em um total de 0,03 - 0,04mg IV/kg.

Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (SHs e STs)	
Hipoxia	Tensão no tórax(Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia - hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo pulmonar

CPDG= Crise secundariamente generalizada



## ASSISTOLIA





# DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL ST

## INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

Obter dados vitais instalar PAM não invasiva, monitor, oxímetro. Realizar ECG 12 derivações + parede posterior + derivações direitas e obter acesso IV, anamnese e exame físico. Colher CK-MB, CPK, troponina, hemograma, eletrólitos e RX de tórax. Oxigênio 4L/min, AAD 200mg, nitrato SL/IV, meperidina ou morfina + Betabloqueador.  
 MONAB: M-Morfina, O-Oxigênio, N-Nitratos, A-AAS, B-Betabloqueador

Supra do ST  
 BRE novo  
 BRE prévio

Iniciar terapia adjunta sem retardar reperfusão.

Tempo de início dos sintomas

ó T < 12h

ó T < 12h  
 Seguir para o fluxograma de ECG suspeito para ICO aguda

Definir a Estratégia de Reperfusão

Tem serviço Hemodinâmica?

Sim

Não

Trombólise: TNK - PA (Tenecteplase) metalyse (chegar contra-indicação). As doses serão adequadas ao peso do paciente.

O Serviço realiza > 200 Angioplastias/ano ou profissionais com > 75 procedimento /ano?

Sim

Não

Trombólise

Possibilidade de realizar a Angioplastia com tempo < 90min da chegada do paciente à Unidade de Emergência?

Sim

Não

Evidências

Sim

Não

Angioplastia Coronária Primária (se uso stente - usar ABCXIMAB) - inibidor da glicoproteína IIb/IIIa

Trombólise

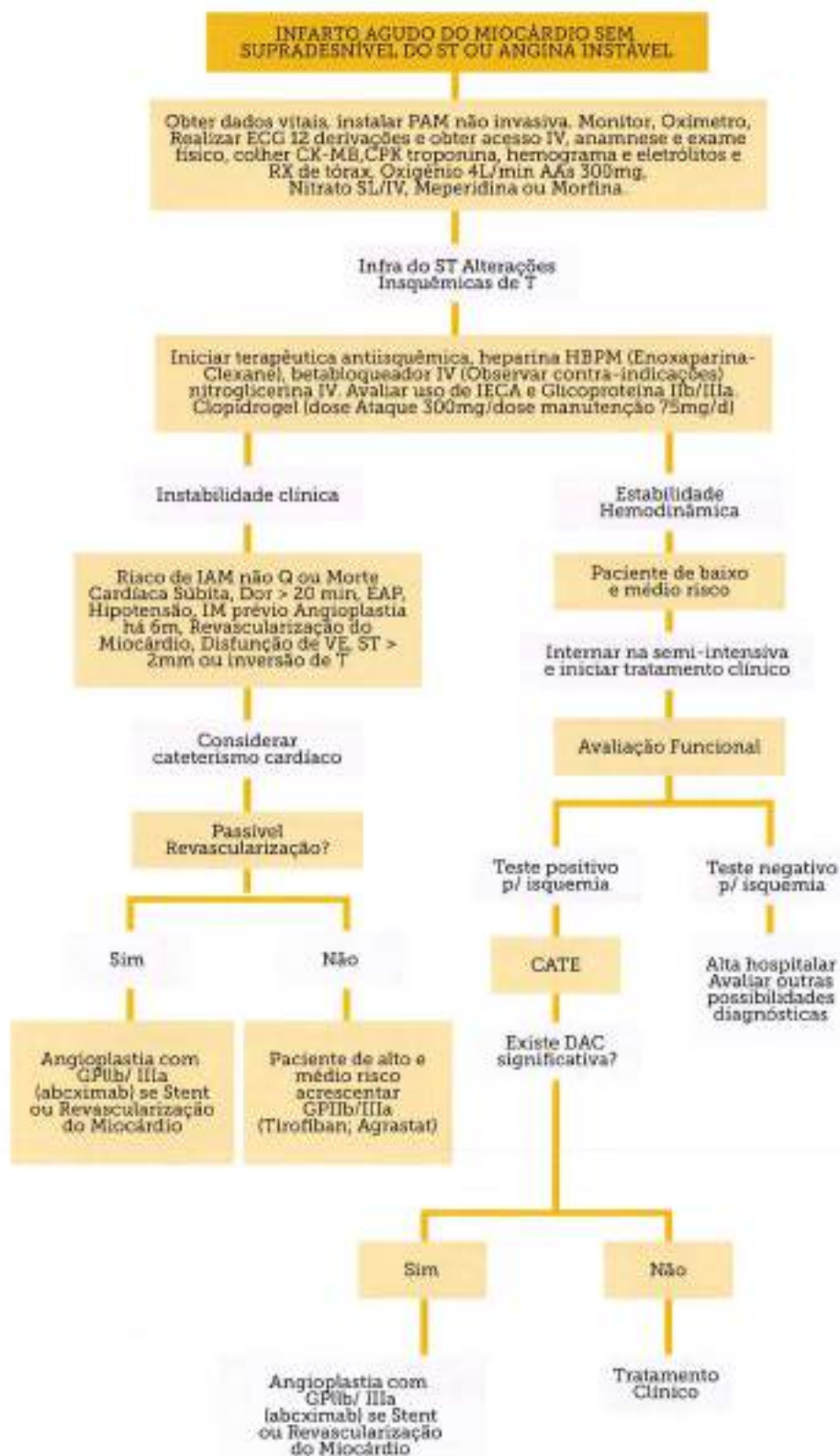
Internar na UTI-Cárdio

Angioplastia Coronária de Resgate

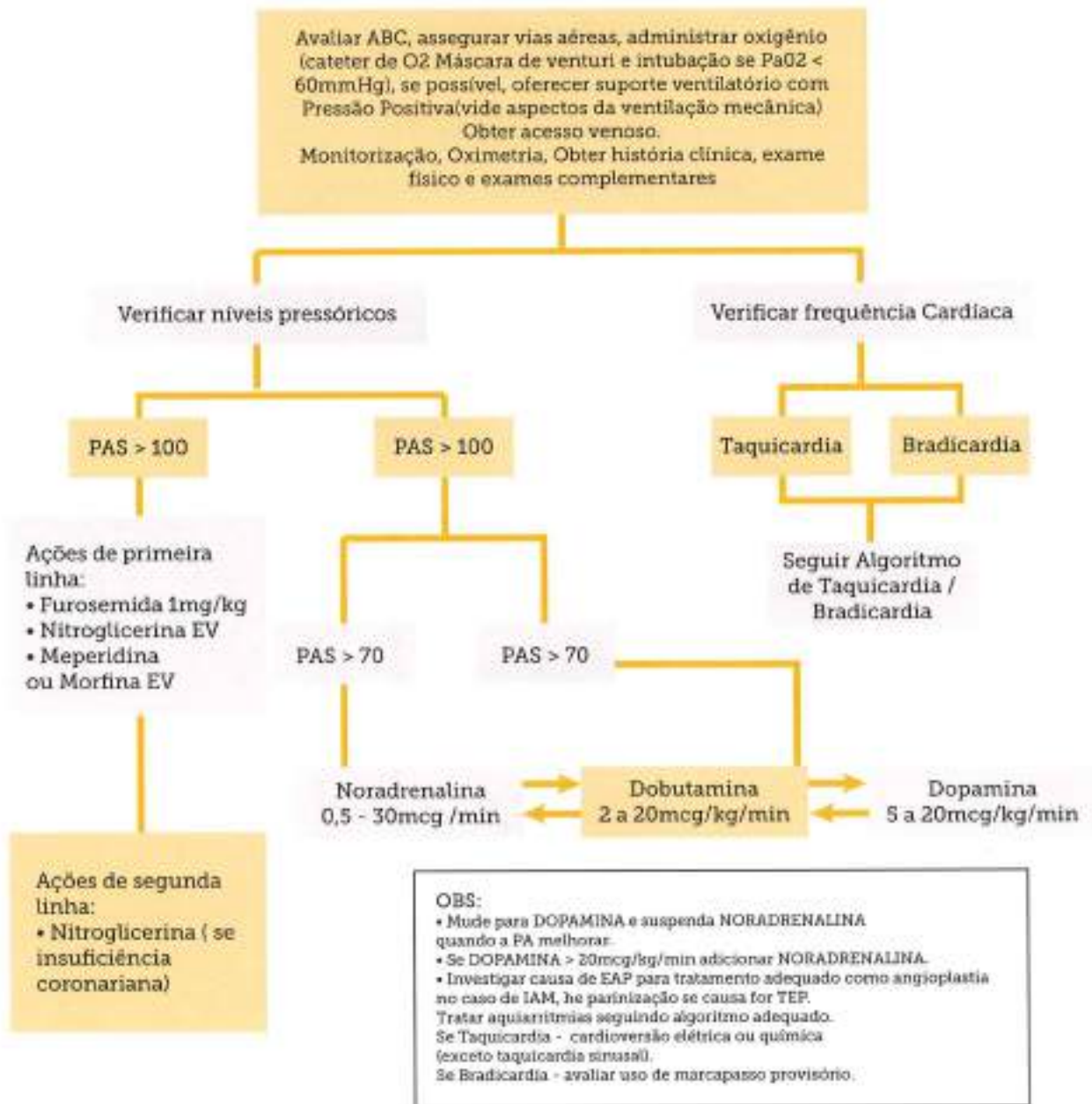
*Handwritten signature or initials in blue ink.*

## I.A.M SEM SUPRA DE ST

# ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



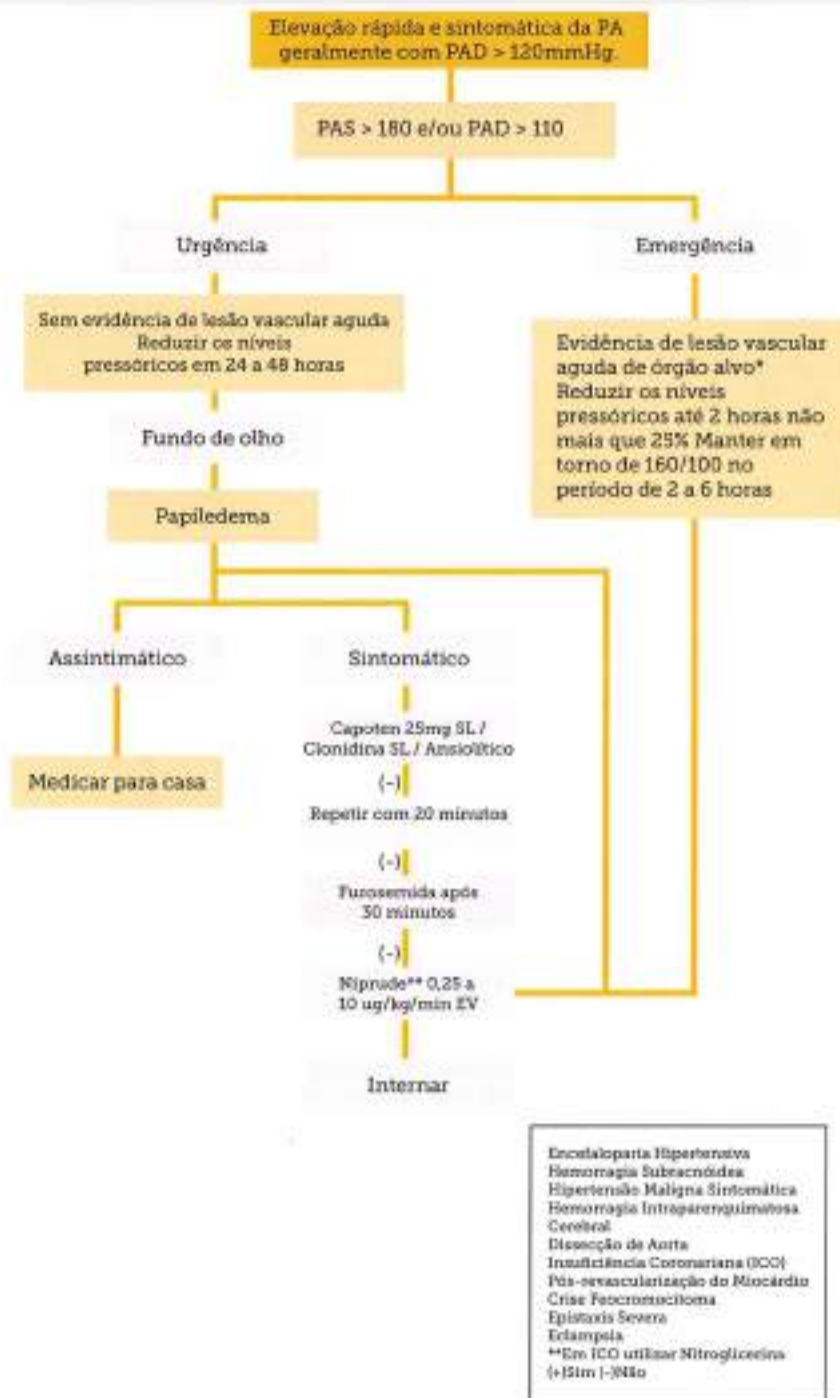
# EDEMA AGUDO DE PULMÃO



## EXAMES A SEREM REALIZADOS:

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

# 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 contínua) 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: metoprolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propranolol 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 5-100mcg/min, 50mg (1 ampola em 500ml de

ADou 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:

- Meta e 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, Propranolol ou Metoprolol (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 metoprolol 50 mg VO. Captopril 25 mg VO ou SL.

AM

**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 metoprolol 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.

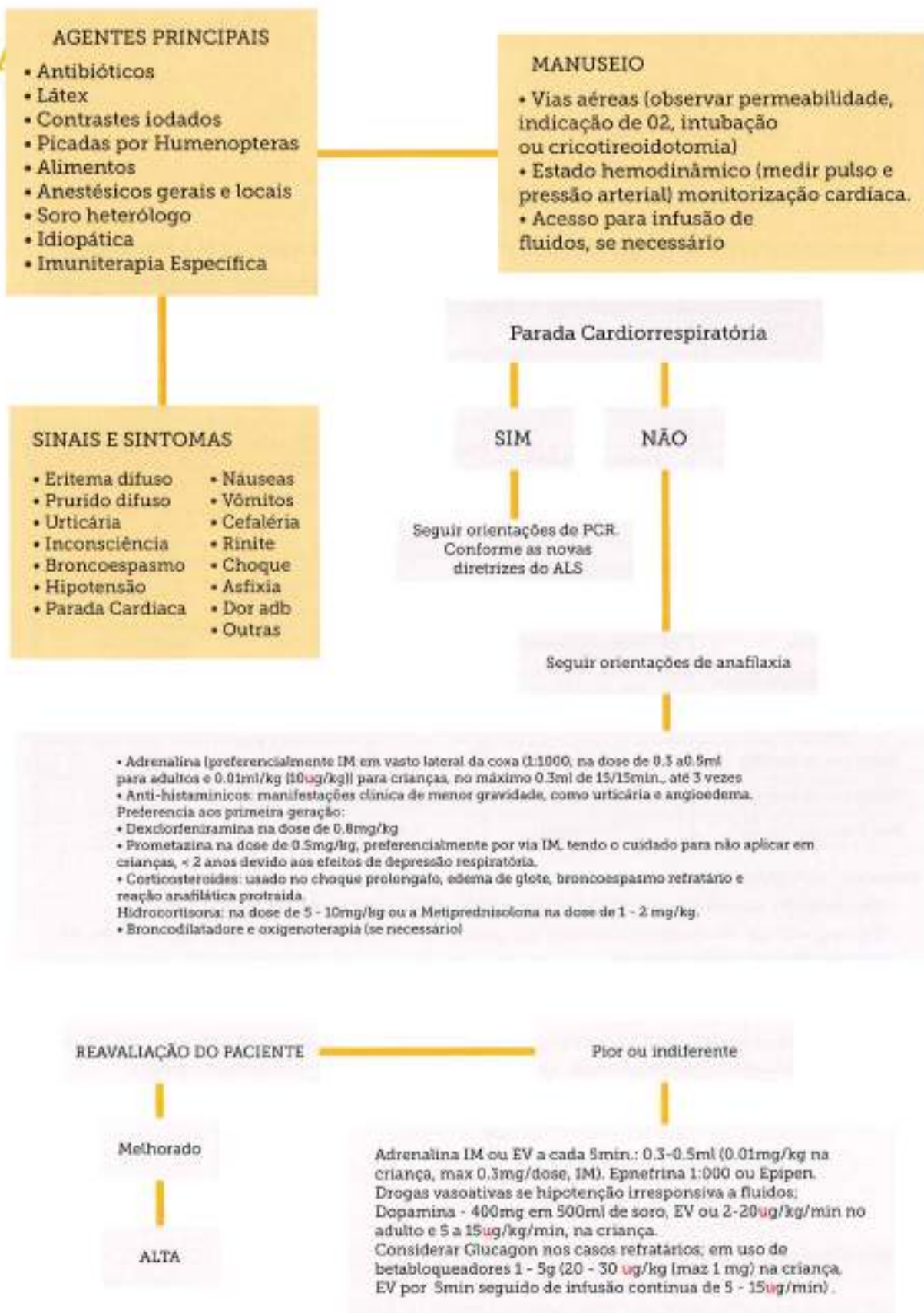
**Perioperatório**

- 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.







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

### ASMA

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

ACHADO *	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Pico de fluxo (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
Gerais	Normais	Normais	Cianose, sudorese, exaustão.
Dispnéia	Ausente/leve	Moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas. Lactente: maior dificuldade de alimentar
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
Musculatura acessória	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV <sub>3</sub> , localizados ou difusos.
Frequência Respiratória (irpm)**	Normal ou $\pm$	$\pm$	$\pm$
Frequência Cardíaca (bpm)	$\leq 110$	110-140	>140 ou bradicardia
SaO <sub>2</sub> (ar ambiente)	> 95%	91-95%	$\leq 90\%$
PaO <sub>2</sub> (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
PaCO <sub>2</sub> (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

#### Exames complementares:

**Gasometria** (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO<sub>2</sub>  $\leq$  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  $\beta$ -agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

#### Exames complementares:

Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO<sub>2</sub>  $\leq$  93%)

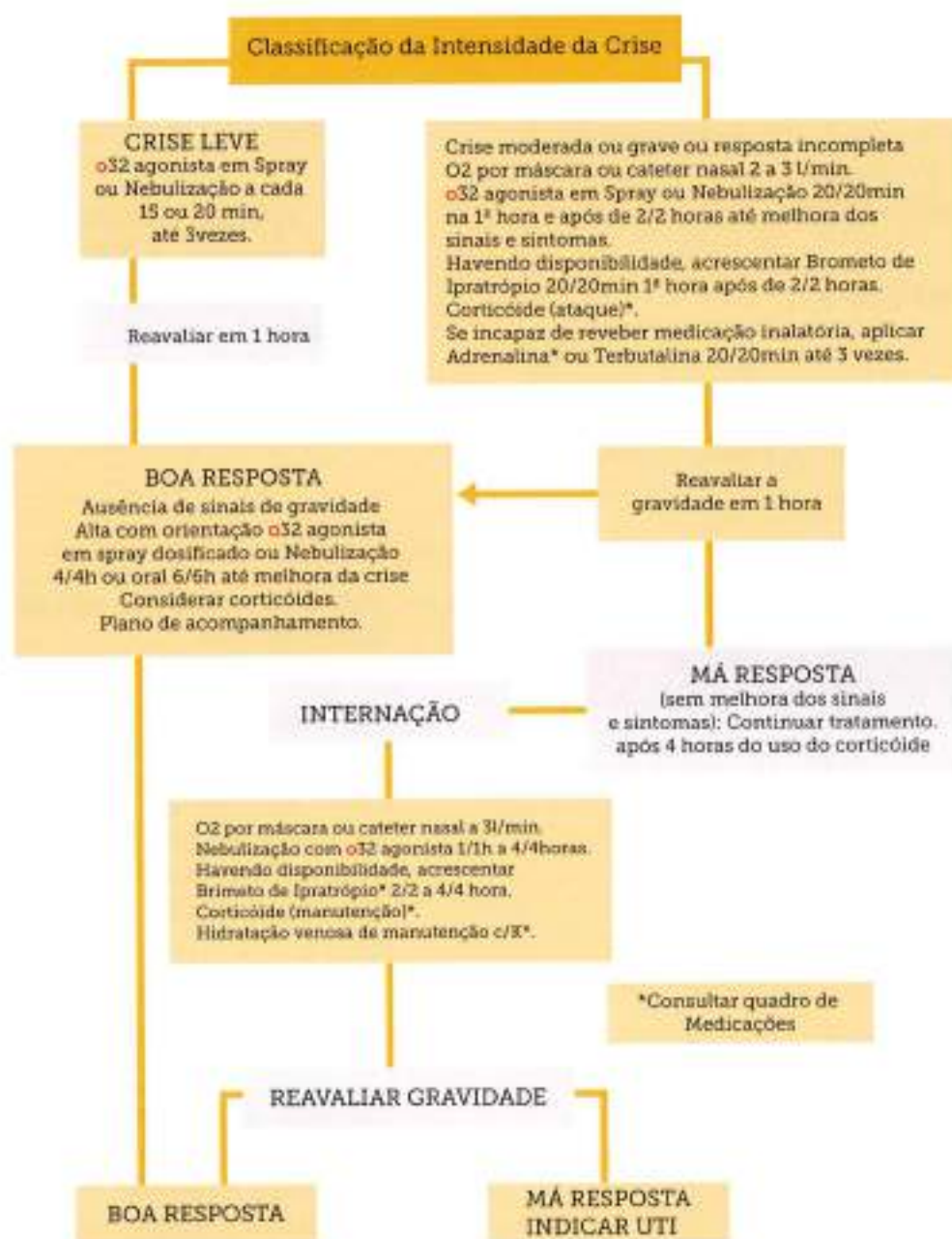
Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crises graves)



Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteroides sistêmicos).

Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de  $\beta_2$  agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

## MANEJO DA CRISE DE ASMA



## INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI

- PaCO<sub>2</sub> > 40 mmHg PO<sub>2</sub> < 60 mmHg;
- Saturação O<sub>2</sub> < 90 mmHg em FiO<sub>2</sub> > 60 %;
- Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência;
- Pico de fluxo < 30% do basal Acidose metabólica;
- Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança) Pneumotórax/ Pneumomediastino;
- Alteração do ECG.

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

Solicitar HC, eletrólitos, Rx de tórax, gasometria arterial  
Monitorizar ECG, saturação de oxigênio, pulso paradoxal, eletrólitos e gasometria  
Avaliar clinicamente a intensidade da crise.

### TRATAMENTO CONVENCIONAL

O<sub>2</sub> sob máscara facial  
Nebulização ou spray com  
β<sub>2</sub> agonista 20/20min ou  
Nebulização contínua  
Acrescentar Brometo de Ipratrópio  
Metilprednisolona ou Hidrocortisona

FALHA NA RESPOSTA  
β<sub>2</sub> agonista EV

FALHA NA RESPOSTA  
Ventilação mecânica:  
Diminuição do esforço respiratório por  
exaustão progressiva e diminuição do  
nível de consciência

### Características de pacientes asmáticos de alto risco:

- Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses; Uso frequente de corticosteroide sistêmico;
- Crise grave prévia, necessitando de intubação;
- Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês Problemas psicossociais (ex: depressão);
- Comorbidades - 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 O<sub>2</sub> 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.
- 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.

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

- Asma corticóide-dependente;

### 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 + aerocâmara.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
Nebulizador de jato: Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O2 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo:5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
Solução	Continua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	
Comprimido	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
Endovenoso	Ataque:10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
Anti-colinérgico: Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)
Corticóides Sistêmicos Hidrocortisona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h	200 mg /dose 200 mg 6/6 h
Metilprednisolona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
Prednisona ou Prednisolona Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia.	1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
Aminofilina (amp. 24mg/ml) Dose de Ataque Dose de Manutenção	Infusão contínua: 1 a 6 meses= 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h	5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais).  Depuração: Normal - 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
Adrenalina (1:1000) SC ou IM	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	



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 cecal da Muscoa Faríngea.

## SINAIS E SINTOMAS

Hipotermia  
Disdágia  
Aumento e Hiperemia das Amígdalas palatinas  
Linfadenopatia cervical anterior (sim ou não)

## EXAMES COMPLEMENTARES

Orocultura c/antibiograma  
Sorologia p/ mononucleose

## CLASSIFICAÇÃO

### FARINGITE DIFUSA

Coriza 2 a 3  
Febre baixa  
Mal estar geral  
Adenopatia

### MONONUCLEOSE

Sonolência  
Adenopatia importante  
Infecção difusa do faringe

### ABCESSO

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

### CANDIDIASE

Eritema Difuso  
Placas esbranquiçada sobre  
Mucosa Hiperemiada  
Paciente Imunodeprimido

### AMIGDALITE AGUDA

Hipotermia  
Adenopatia

## TRATAMENTO DE ANGINAS

CANDIDIASE  
Ambulatorial  
Nistatina  
Sintomáticos

MONONUCLEOSE  
Ambulatorial  
Sintomáticos

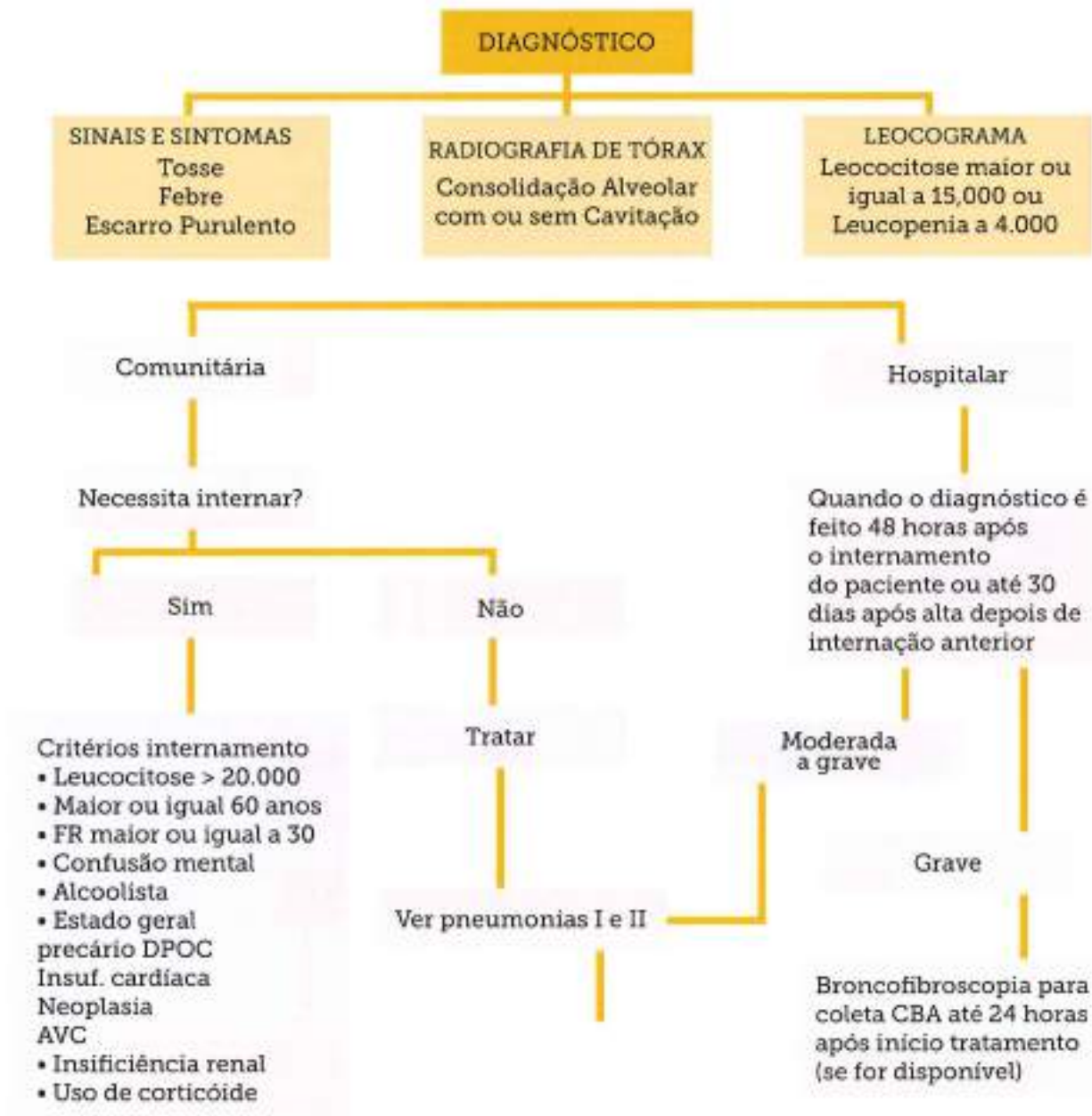
FARINGITE DIFUSA  
Ambulatorial  
Sintomáticos

AMIGDALITE  
Ambulatorial  
Antibióticos  
Amoxi c/ clavulanato  
Cefaclor  
Lincomicina  
Sintomáticos

ACESSO PERI-AMIGDALIANO  
Hospitalar  
Antibióticoterapia parental:  
Amoxi c/ clavulanato  
Cefaclor  
Cidamicina  
Sintomáticos



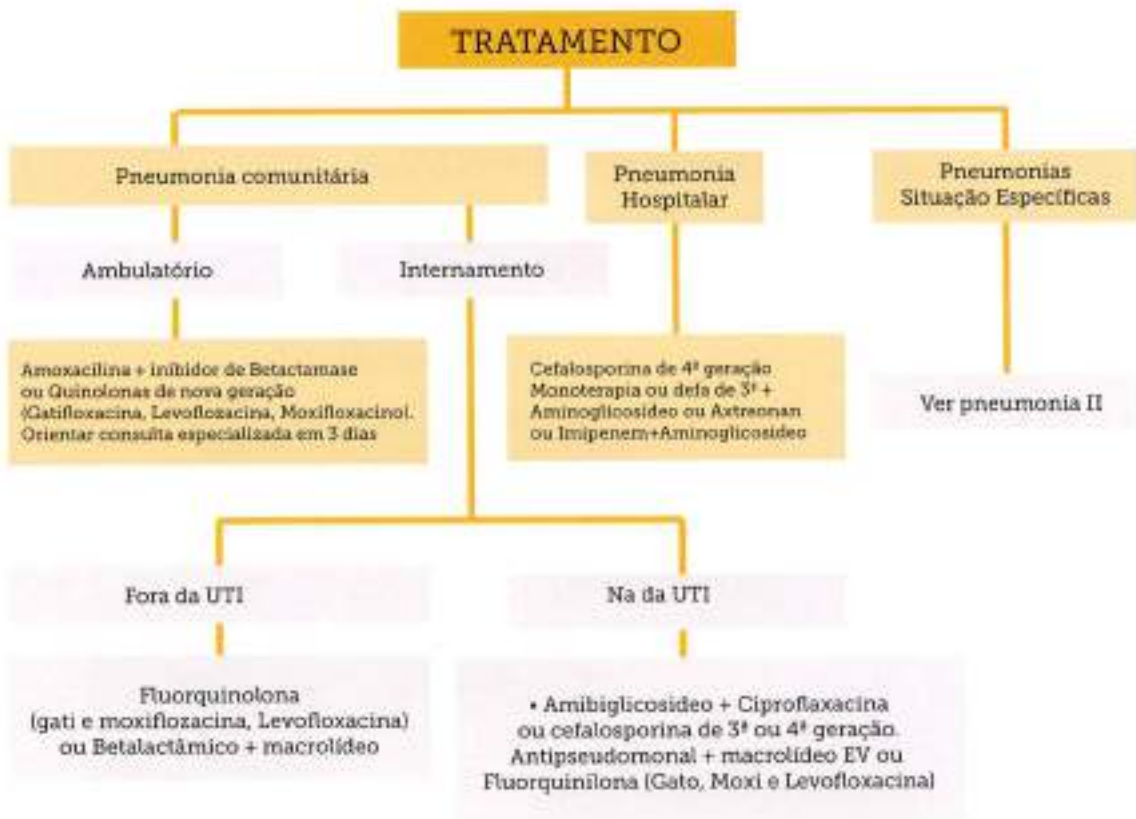
# PNEUMONIAS (PN)



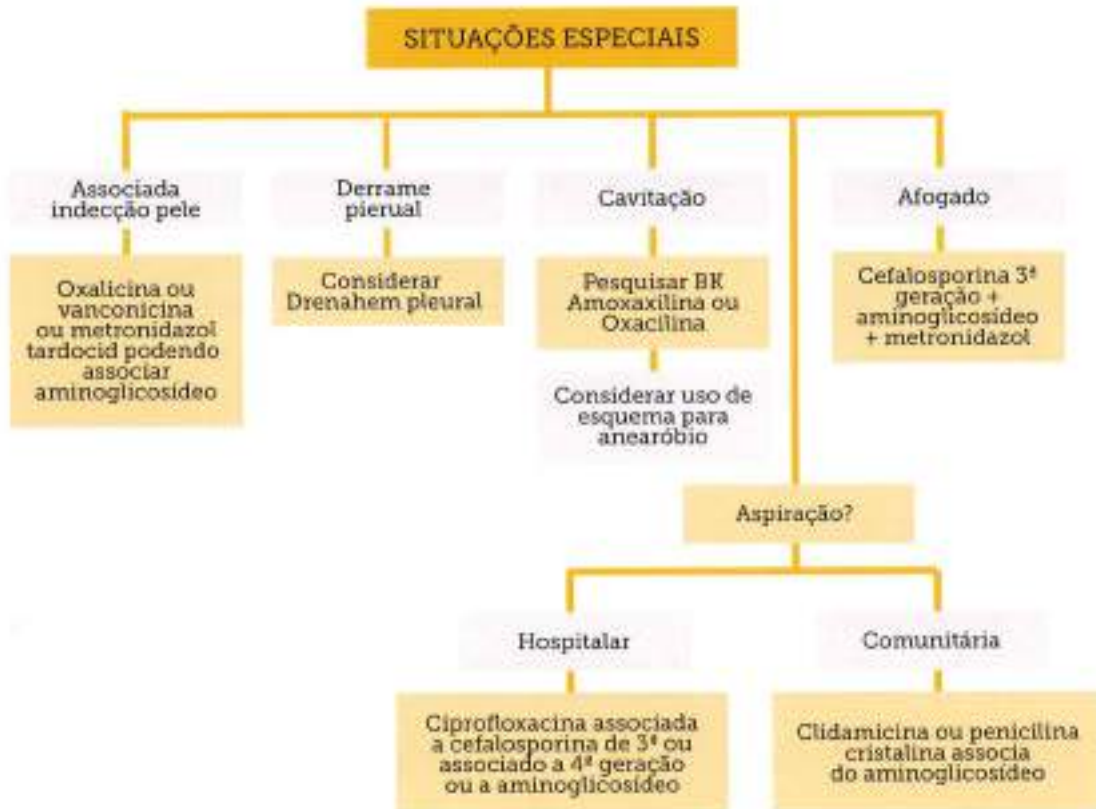
Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

# PNEUMONIAS - I

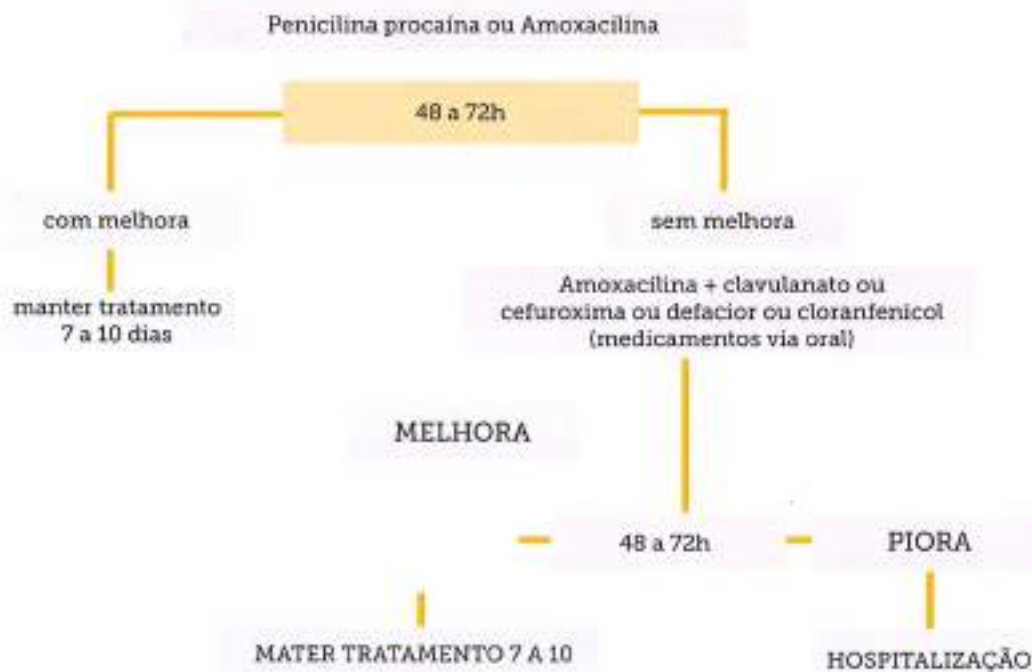


# PNEUMONIAS - II



# PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

## TRATAMENTO AMBULATORIAL



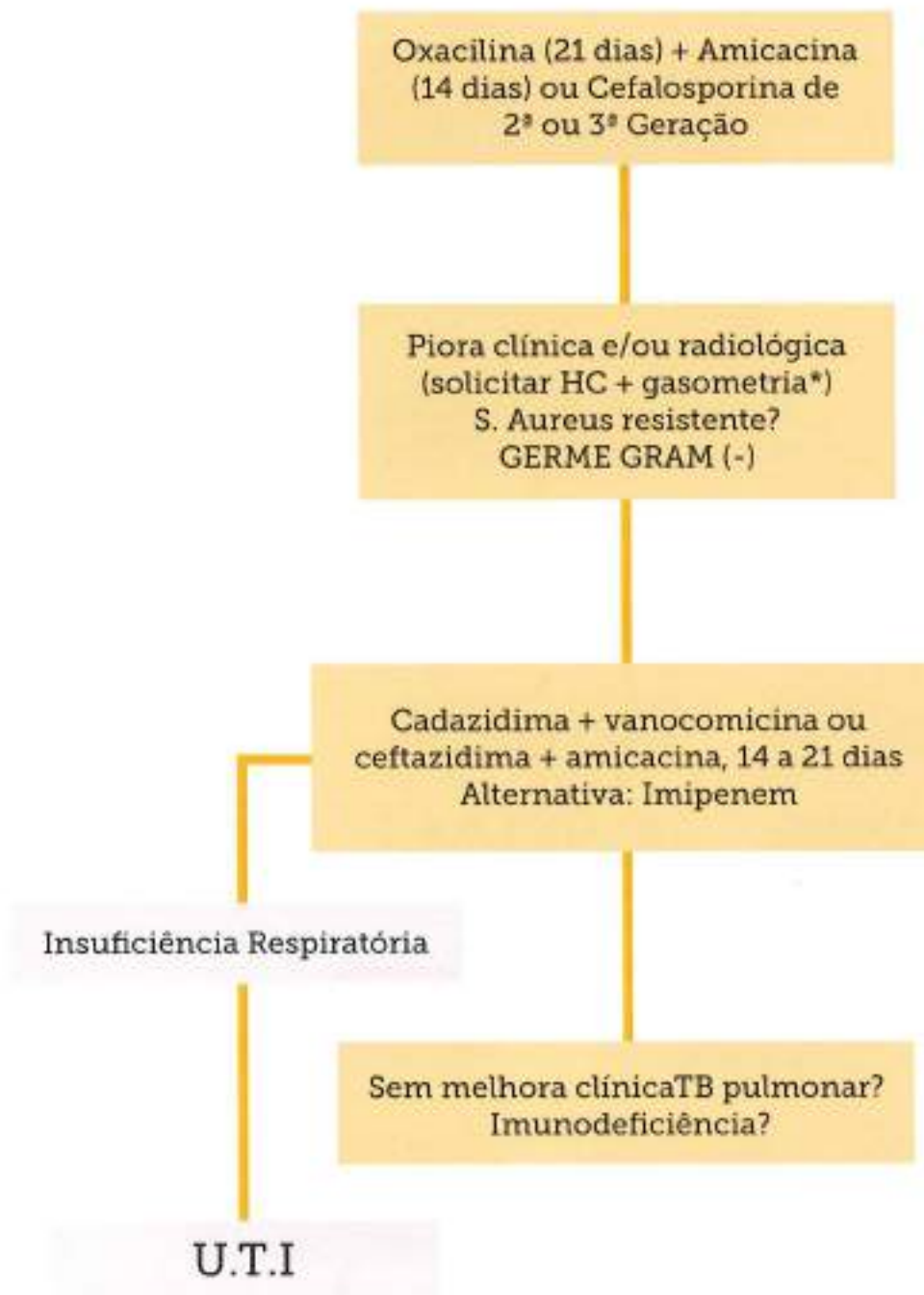
## TRATAMENTO HOSPITALAR

PENICILINA CRISTALINA  
150.000 a 200.000 UI /Kg/dia





# PNEUMONIA HOSPITALAR

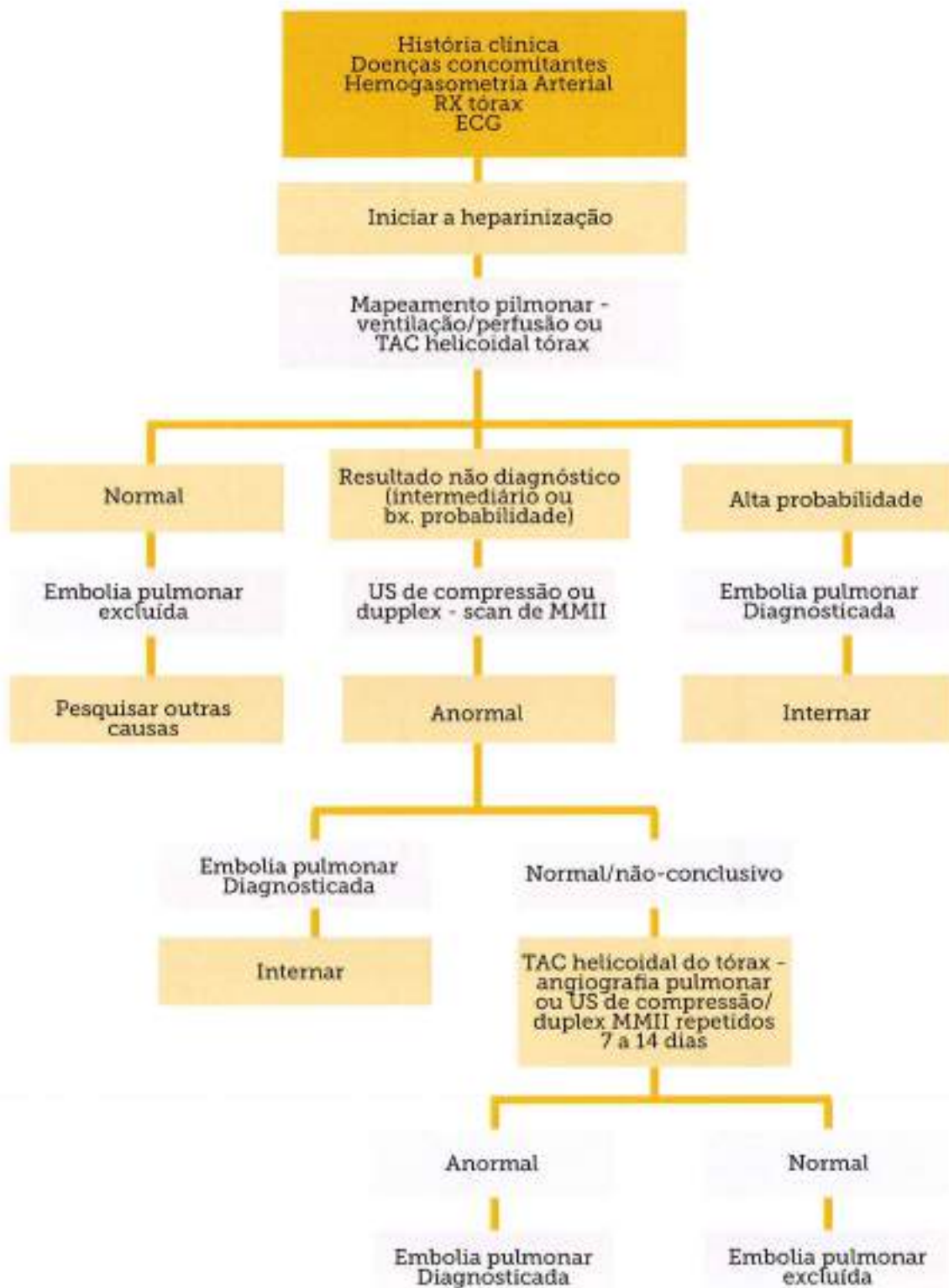


\*Gasometria com sinais de insuficiência respiratória - indicar U.T.I.



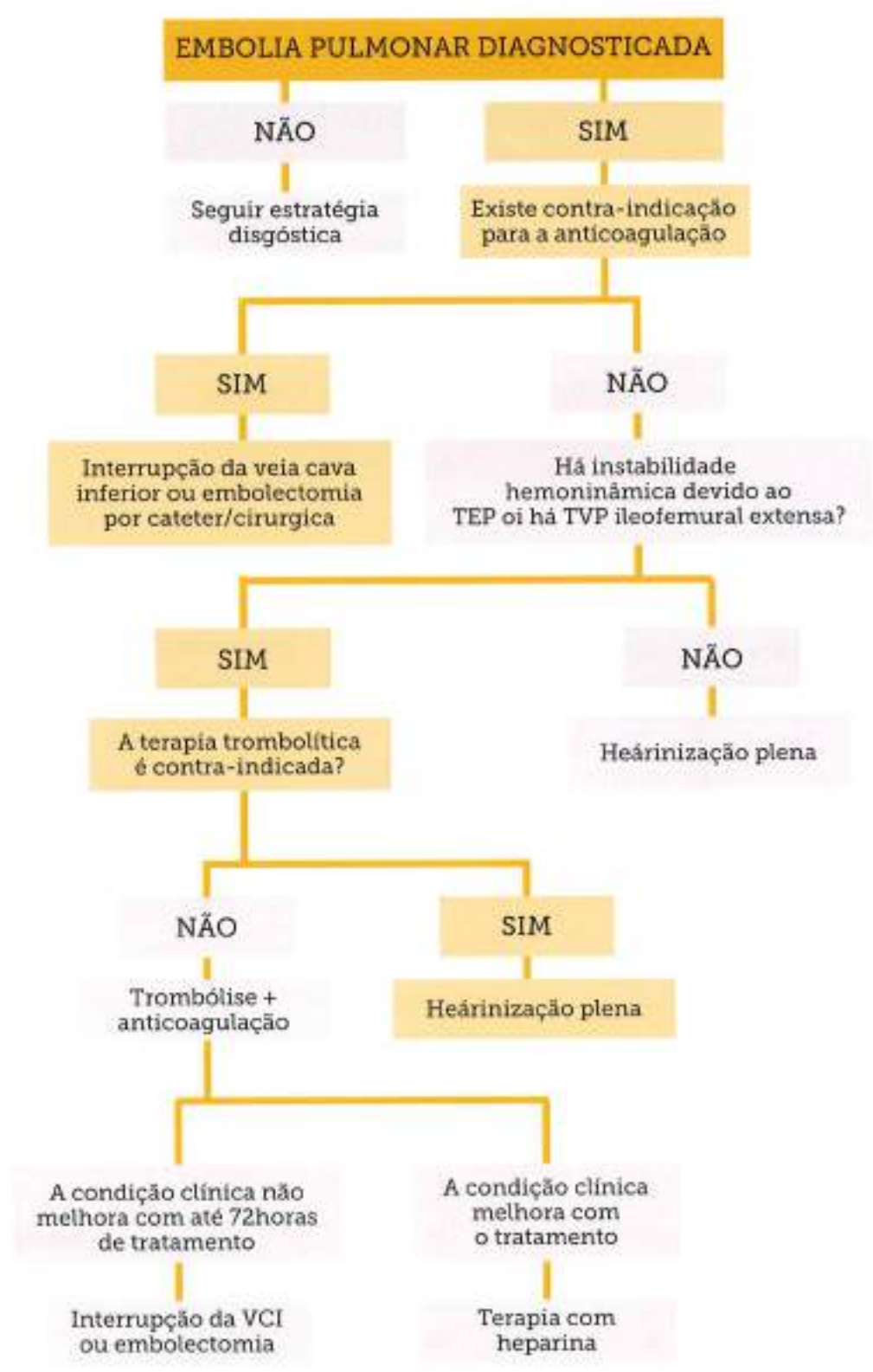
# EMBOLIA PULMONAR

## SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



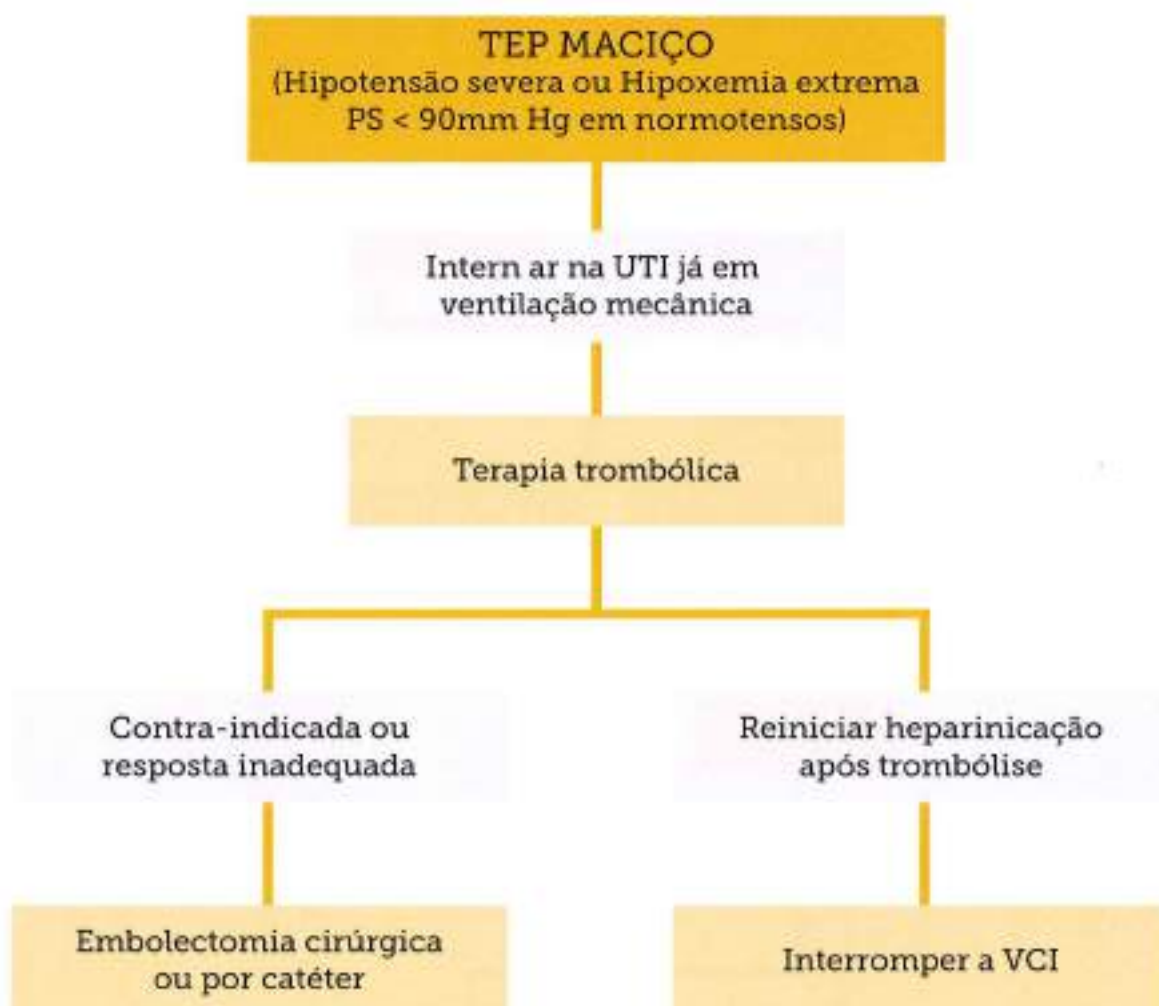


# TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



AM

# ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO (TEP)



## PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

TTPa	REPETIRBOLUS	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

*AM*

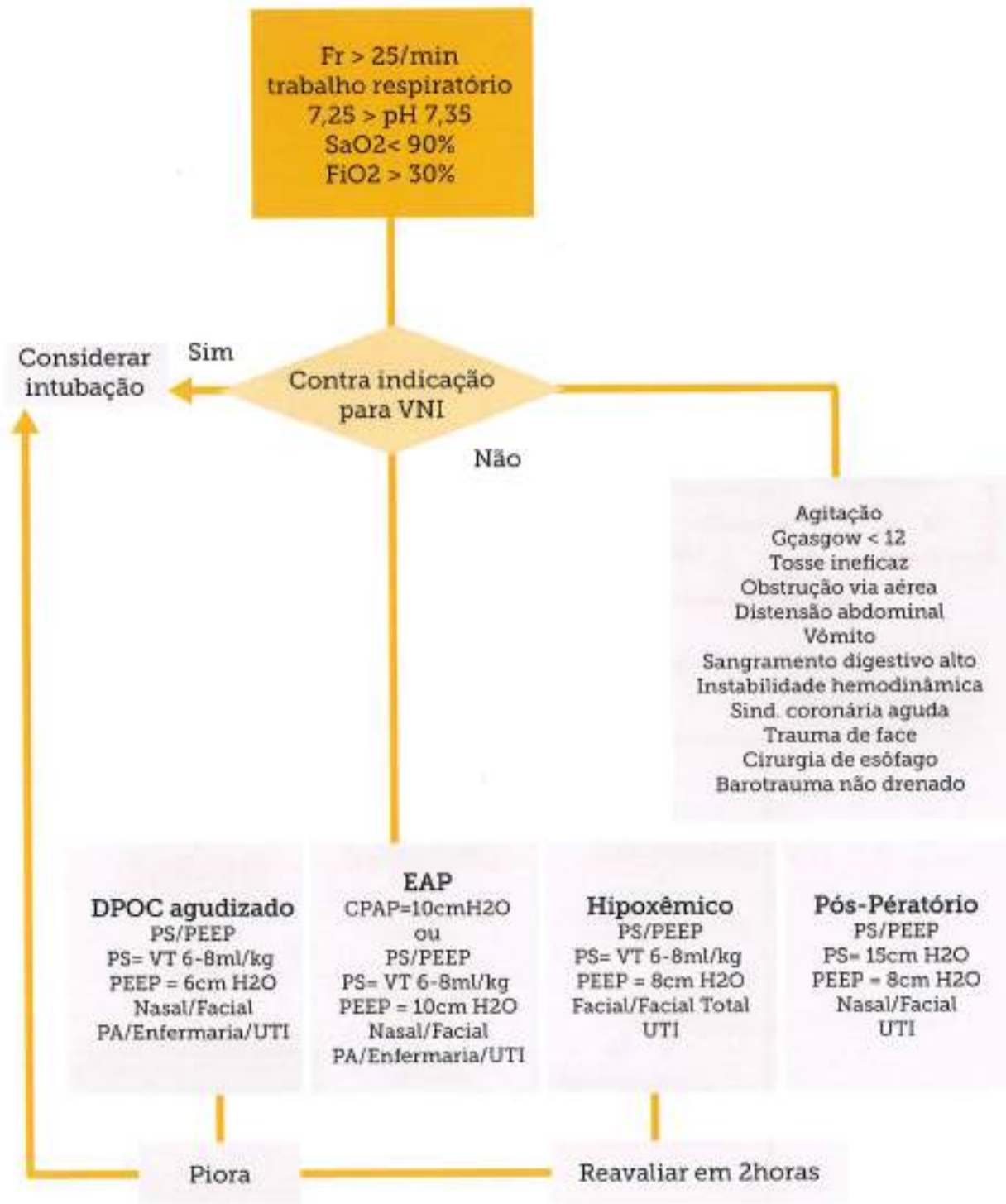




# ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA

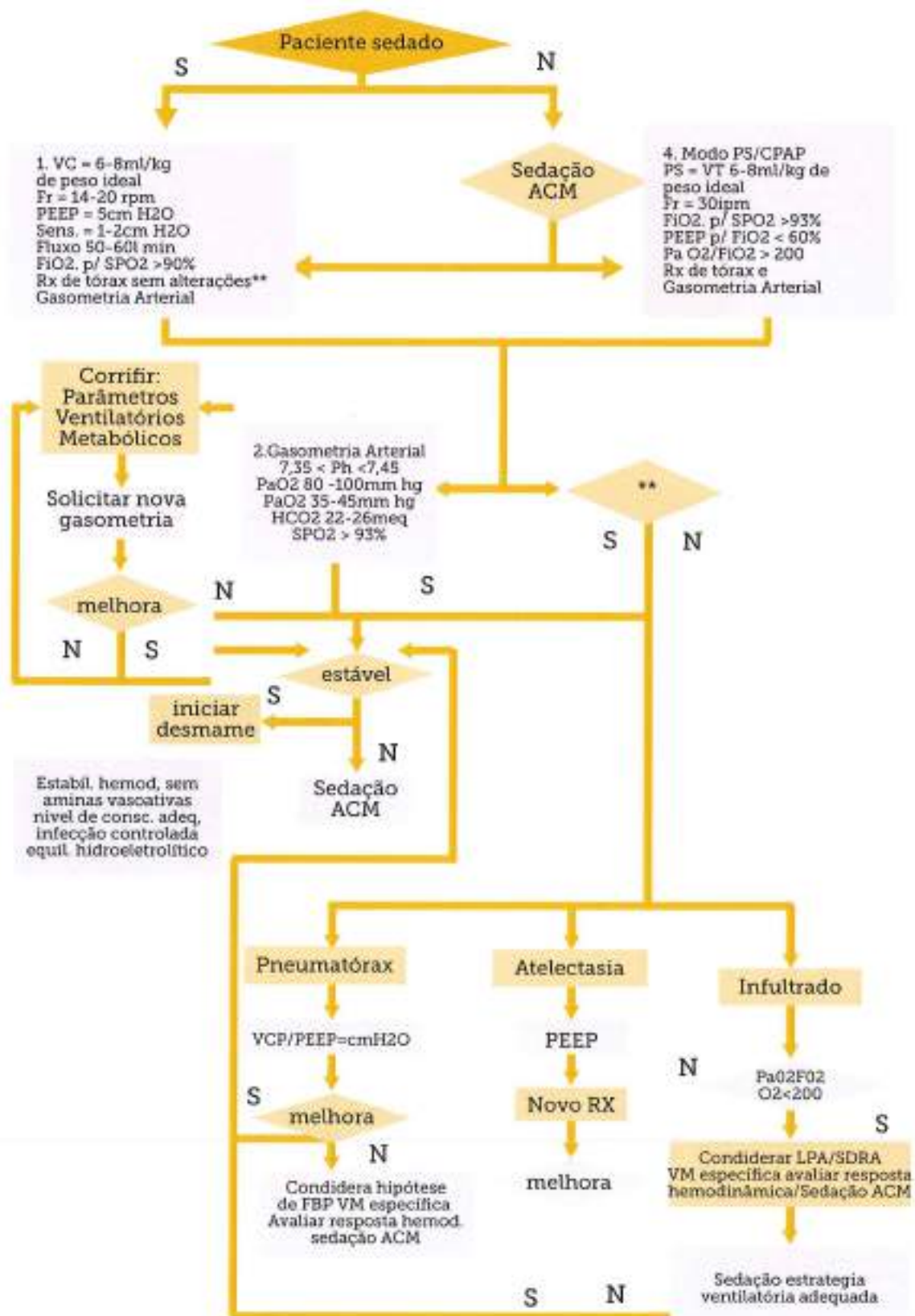
## VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

### ADULTO



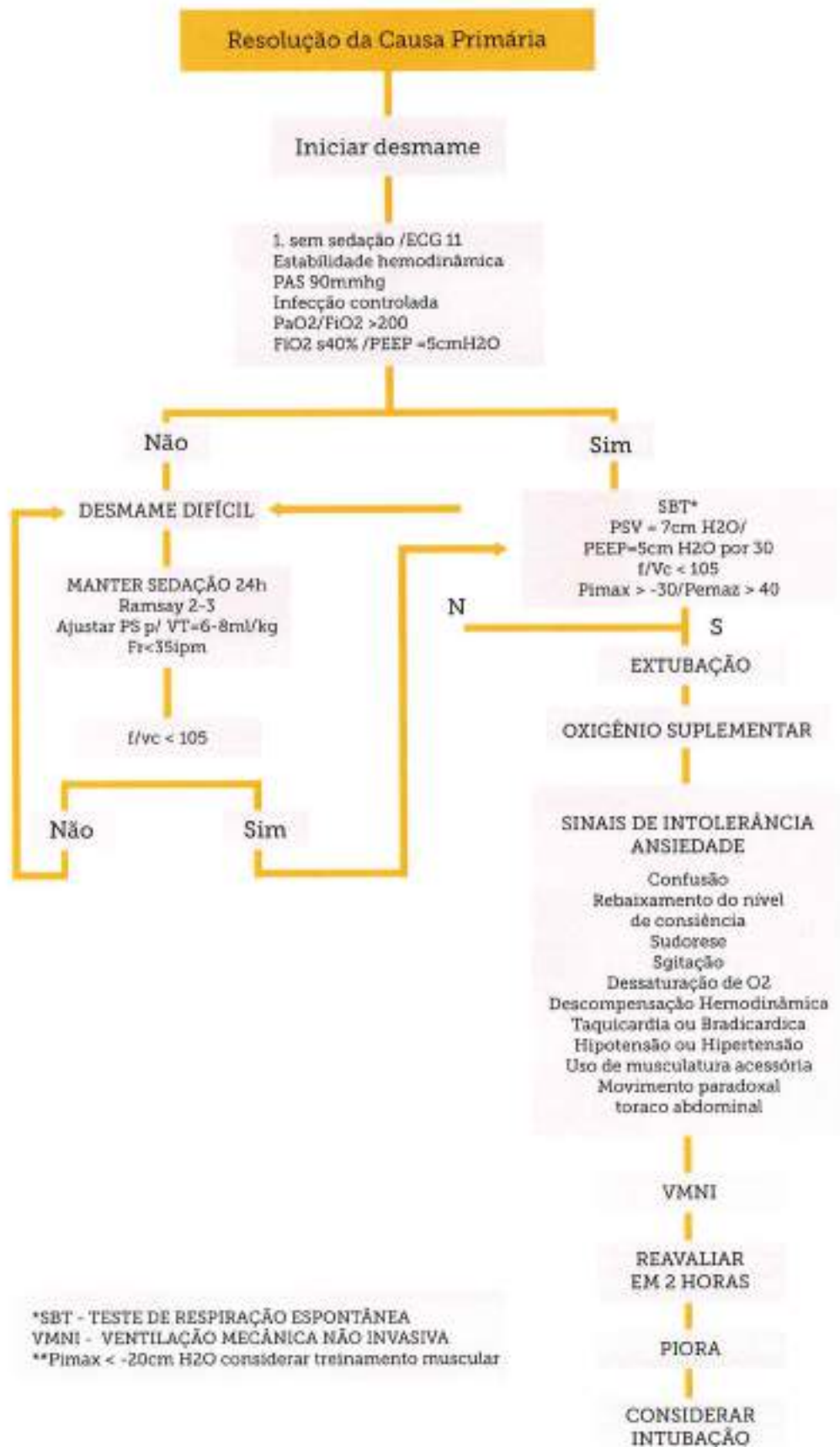
AM

# ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO



*Handwritten signature*

# DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA



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

*AM*

# CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO

<sup>1</sup>Sedação e curarização  
Higiene Brônquica  
Verificar vazamentos em circuitos  
Monitorizar: SatO<sub>2</sub>, PA, FC e Ritmo cardíaco

Homogenização do parênquima pulmonar  
CPAP = 35-40 cm H<sub>2</sub>O por 30

FiO<sub>2</sub> = 100  
Vol. controlado VC = 4-5ml/kg  
Pause Insp. 2" (p/ verificação platô)  
Fr=10-12lpm  
Fluxo=30l/min (onda quadrada)

Após homogenização PEEP=0  
j progressividade os níveis de PEEP  
de 2 em 2cm H<sub>2</sub>O, aguardar 1' em cada novo  
nível de PEEP - medir complacência pulmonar

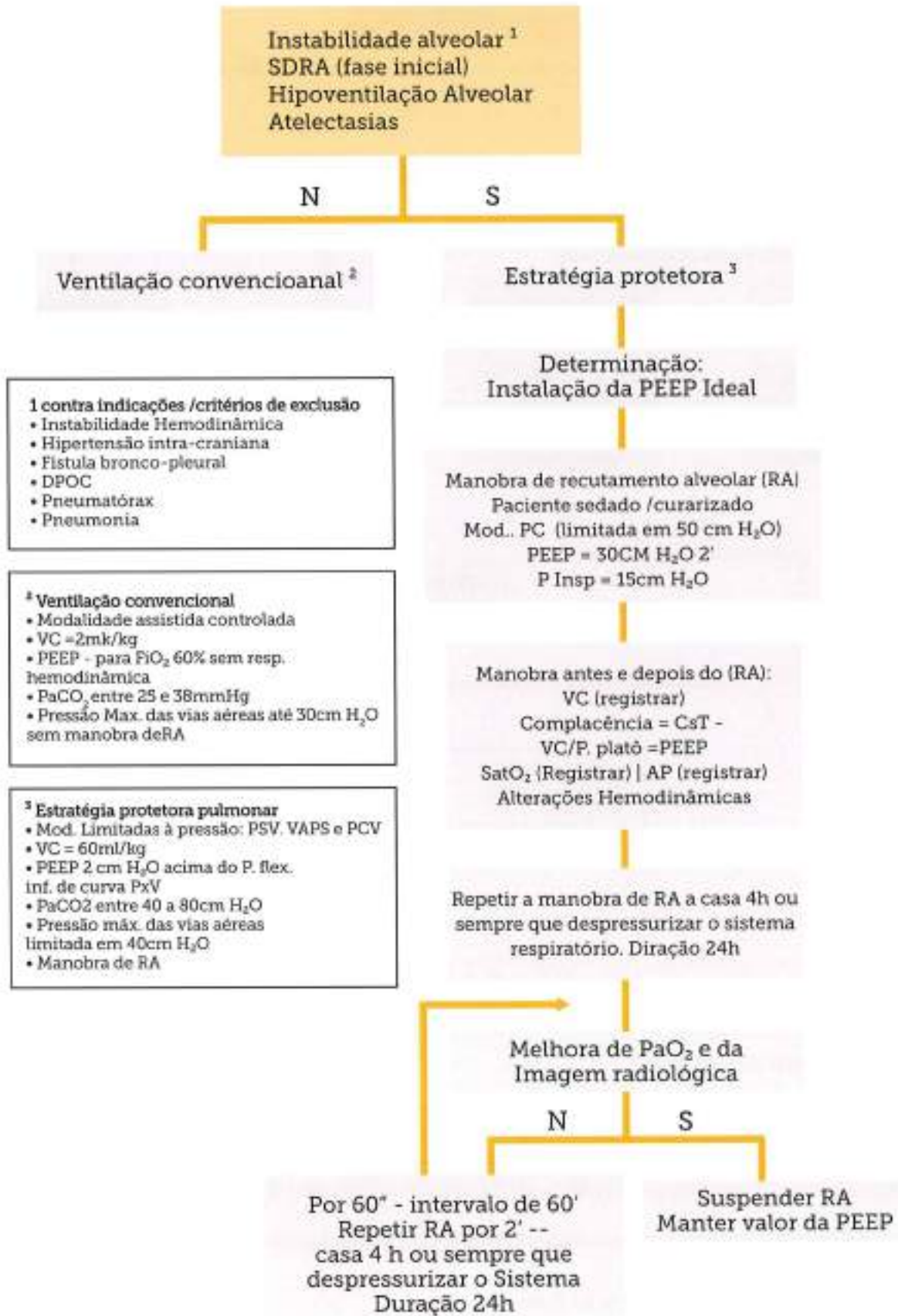
Interromper o processo quando a  
complacência cair ou a pressão de  
platô exceder 45 cm H<sub>2</sub>O

<sup>2</sup> "PEEP ideal" será encontrada somando-se  
2cm H<sub>2</sub>O ao valor da PEEP que  
determinou a melhor complacência  
(melhor VC em menor pico de pressão)

<sup>1</sup> Contra Indicações / critérios de exclusão:  
Instabilidade hemodinâmica (PAM 140hpm/arritmias)  
Hipertensão intracraniana  
DPOC  
Ocorrência de pneumatóraz e fístula bronco-pleural  
até pelo menos 48h  
Situações onde está contra-indicado hipercapnia

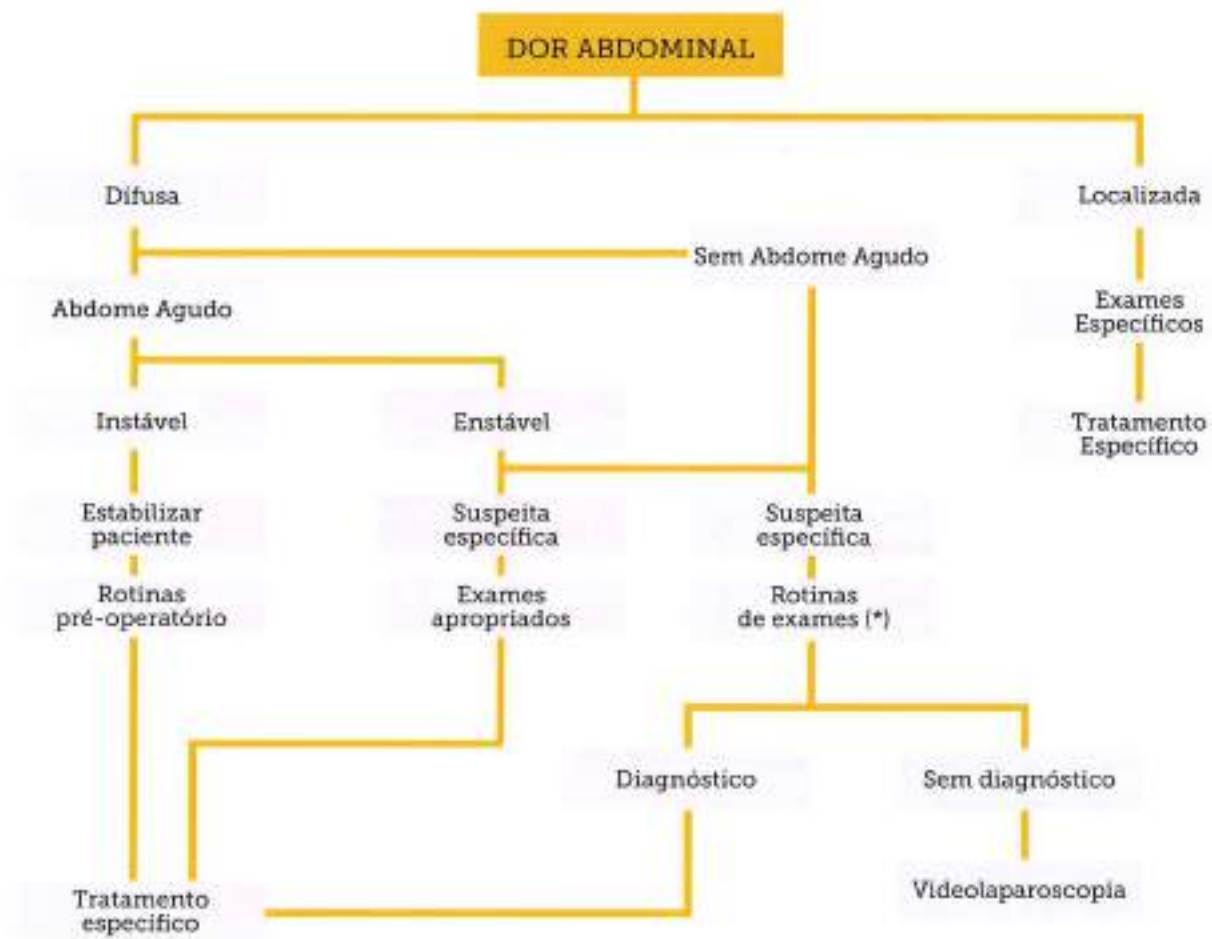
$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$

# MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO





# DOR ABDOMINAL AGUDA



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

(\*) Rotina de Exames

Homem:

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

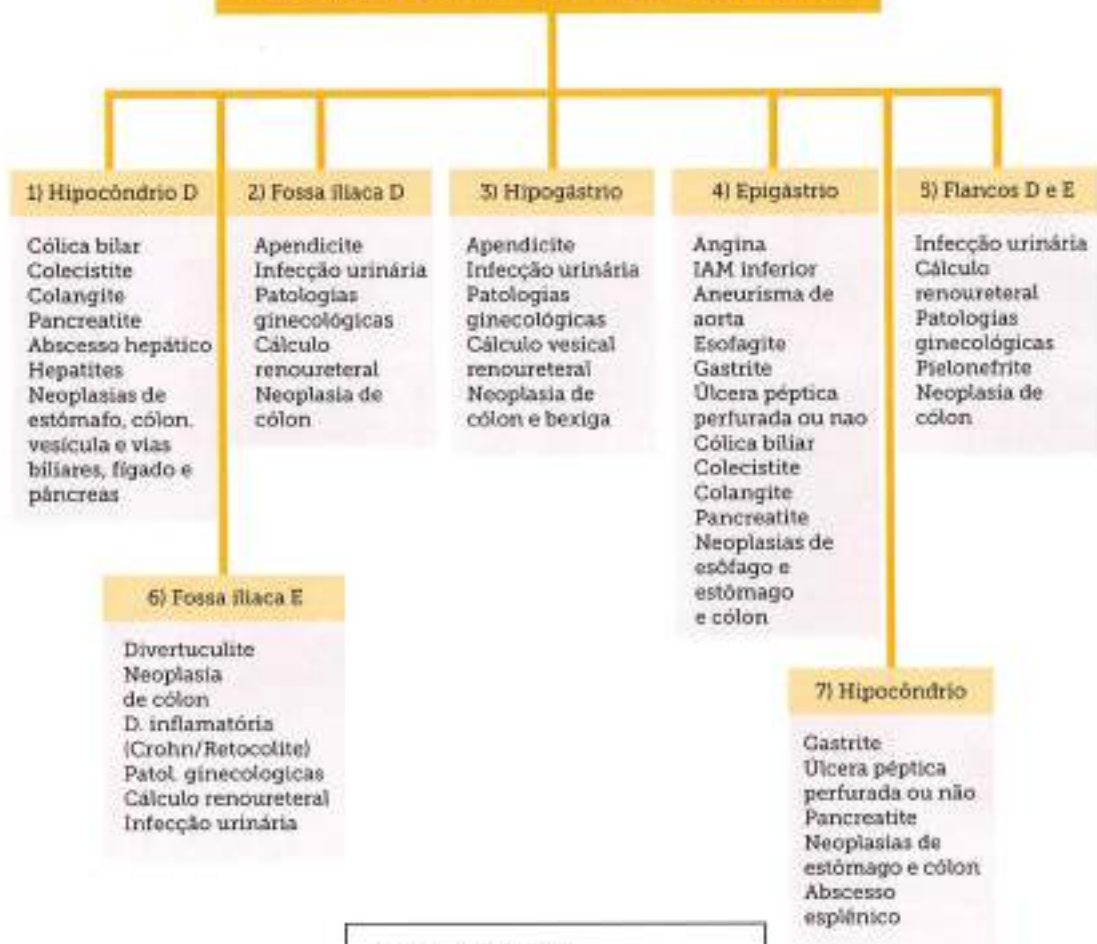
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.) Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome AP de pé e deitado.

Mulher fora da idade fértil

Rotina de exames p/ homem com US total e pelve



## CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



### DOR ABDOMINAL

#### Objetivos:

- Afastar abdome agudo cirúrgico
- Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo
- Afastar doenças clínicas que matam

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

Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

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

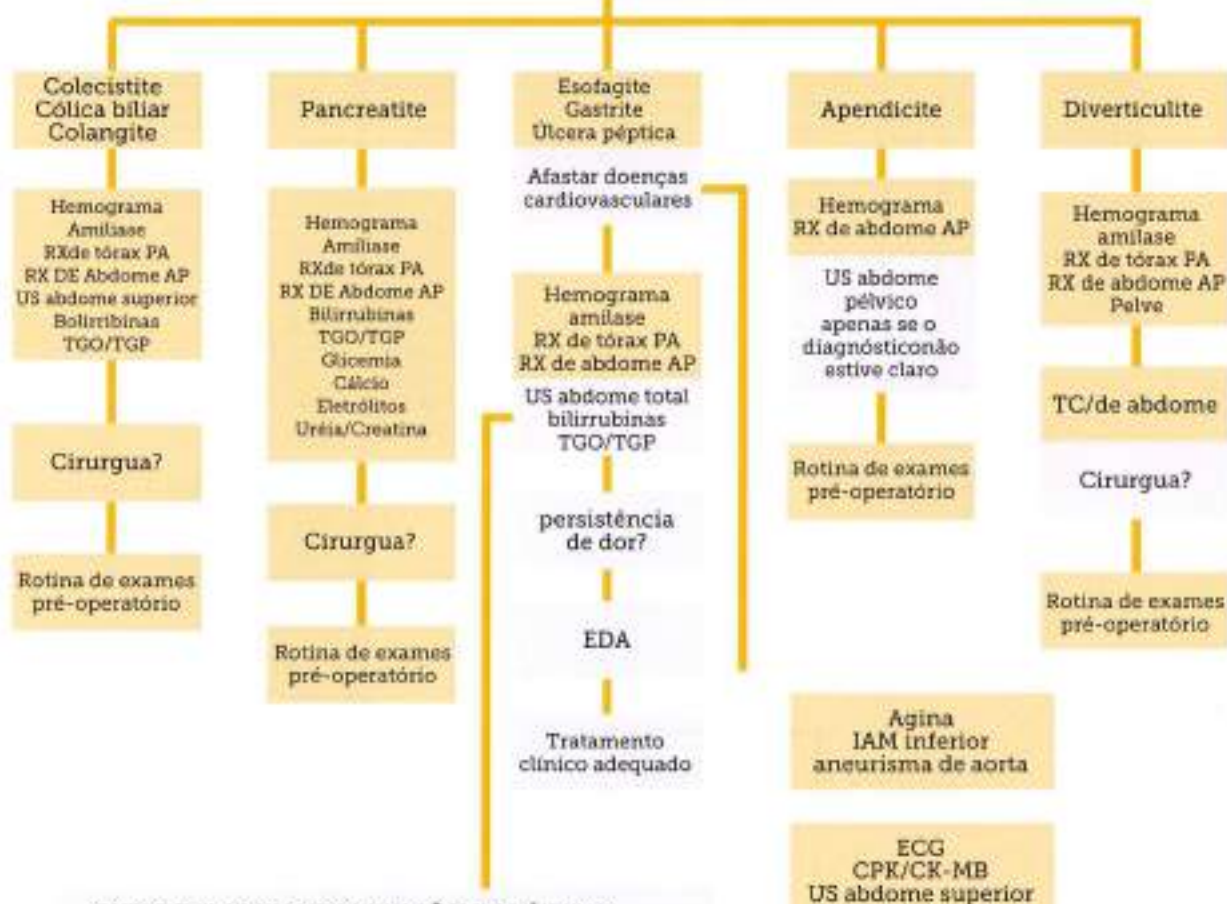
### ROTINA DE EXAMES

1 - Hemograma completo, TGO, TGP, amilase<sup>2</sup> - EAS

3 - Ecografia abdominal superior

*AM*

## ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



### CONSIDERE APENAS EM SITUAÇÕES DE DÚVIDAS:

- 1 - Se não há história de d. péptica prévia
- 2 - Se não há ingestão de Anti-inflamatório não hormonal
- 3 - Se na história há patologia de vias bilares como diagnóstico diferencial

#### ROTINA PRÉ-OPERATÓRIA

Hemograma completo  
Glicemia  
Creatinina  
Coagulograma  
EAS  
Ecografia abdominal superior ou total  
Parecer cardiológico

#### DOR ABDOMINAL

Objetivos:  
Afastar abdome agudo cirúrgico  
Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo  
Afastar doenças clínicas que matam



# DIARRÉIA AGUDA



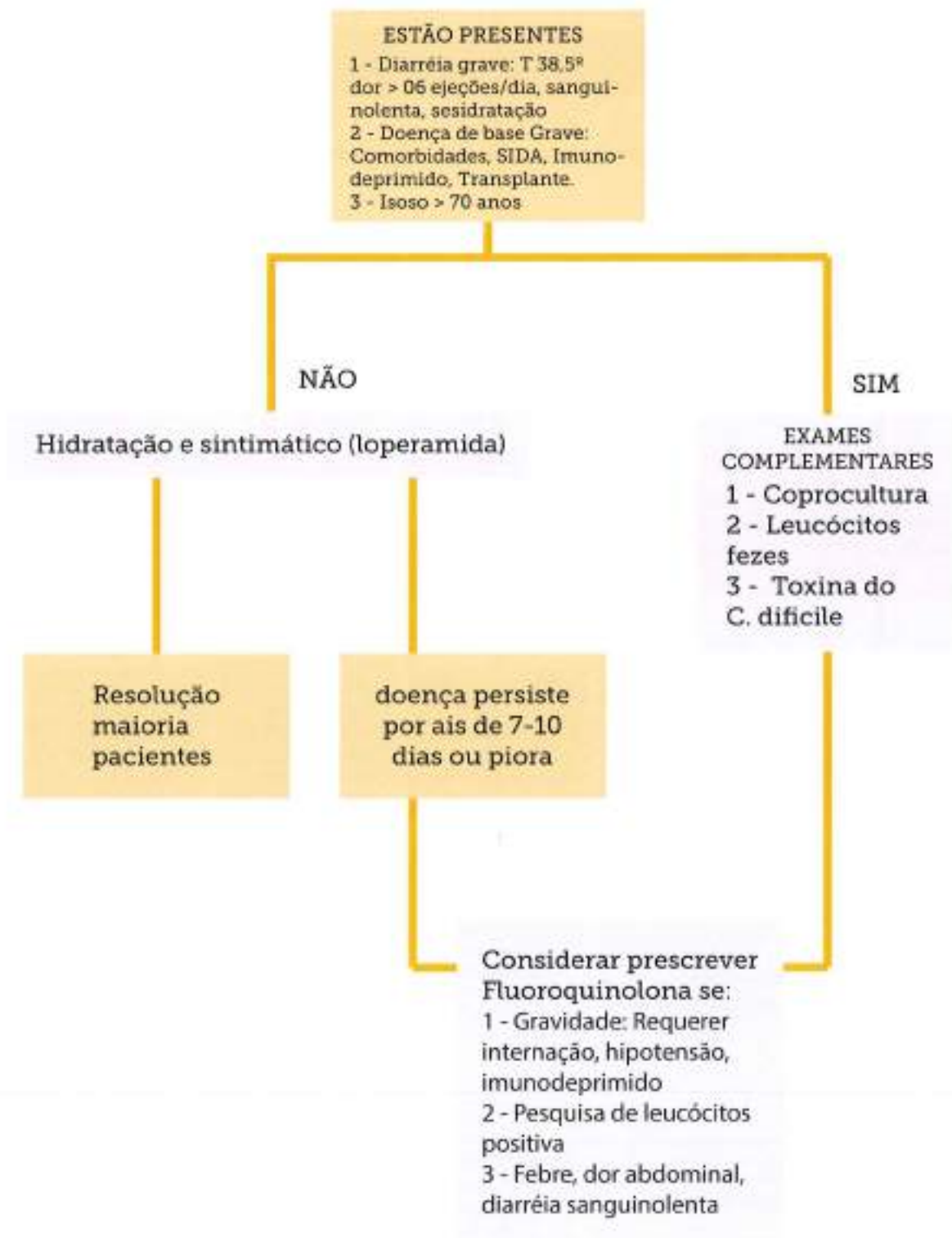
(\*) Tratamentos de suporte  
1 - Dieta sem leite ou derivados  
2 - Soro Oral  
3 - Huscina 20mg/ml

(\*\*) Tratamentos de suporte  
1 - Sulfametoxazol + Trimetoprim - 1 comprimido 12/12h  
2 - Tetracina 250ml - 2 comprimidos 6/6h  
3 - Ciprofloxacina 500mg - 1 comprimido 12/12h  
4 - Metronidazol 250mg - 8/8h  
5 - Vacomicina 200mg - 8/8h

AM



## DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



# PANCREATITE AGUDA – I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma Ureia/Creatinina Sódio/Potássio Glicemia	Repouso absoluto Dieta zero
Transaminases Fosfatase alcalina Cálcio	Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos
Proteínas totais e frações LDH	Sedar a dor
Amilase	Tratamento de alterações hidroeletrolíticas Inibidores da bomba de prótons
Gasometria arterial	Tratamento do choque ou hipovolemia com cristalóides
	Observar débito urinário e PVC
	Identificar e tratar a hipovolemia
	Identificar e tratar a oligúria Antibióticos*

## CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão	À admissão
Idade > 55 anos	Idade > 70 anos
Número de leucócitos > 16.000/mm <sup>3</sup>	Número de leucócitos > 18.000/mm <sup>3</sup>
Glicose > 200mg/dl	Glicose > 220mg/dl
TGO > 250UI/L	TGO > 250UI/L
LDH > 350UI/L Durante as 48 horas iniciais	LDH > 250UI/L Durante as 48 horas iniciais
Queda maior que 10% no hematócrito	Queda maior que 10% no hematócrito
Aumento no BUN > 5mg/dl	Aumento da uréia > 2mg/dl
Cálcio sérico < 8mg/dl	Cálcio sérico < 8mg/dl
PaO <sub>2</sub> < 60mmHg	Déficit de base > 5mEq/L
Déficit de base > 4mEq	Sequestração hídrica > 4 litros
Sequestração hídrica > 6 litros	

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

## PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)

ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO <sub>2</sub> > 40% e/ou PEEP > 5cm H <sub>2</sub> O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow < 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocoliteneocrotizante. Perfurações intestinais.

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

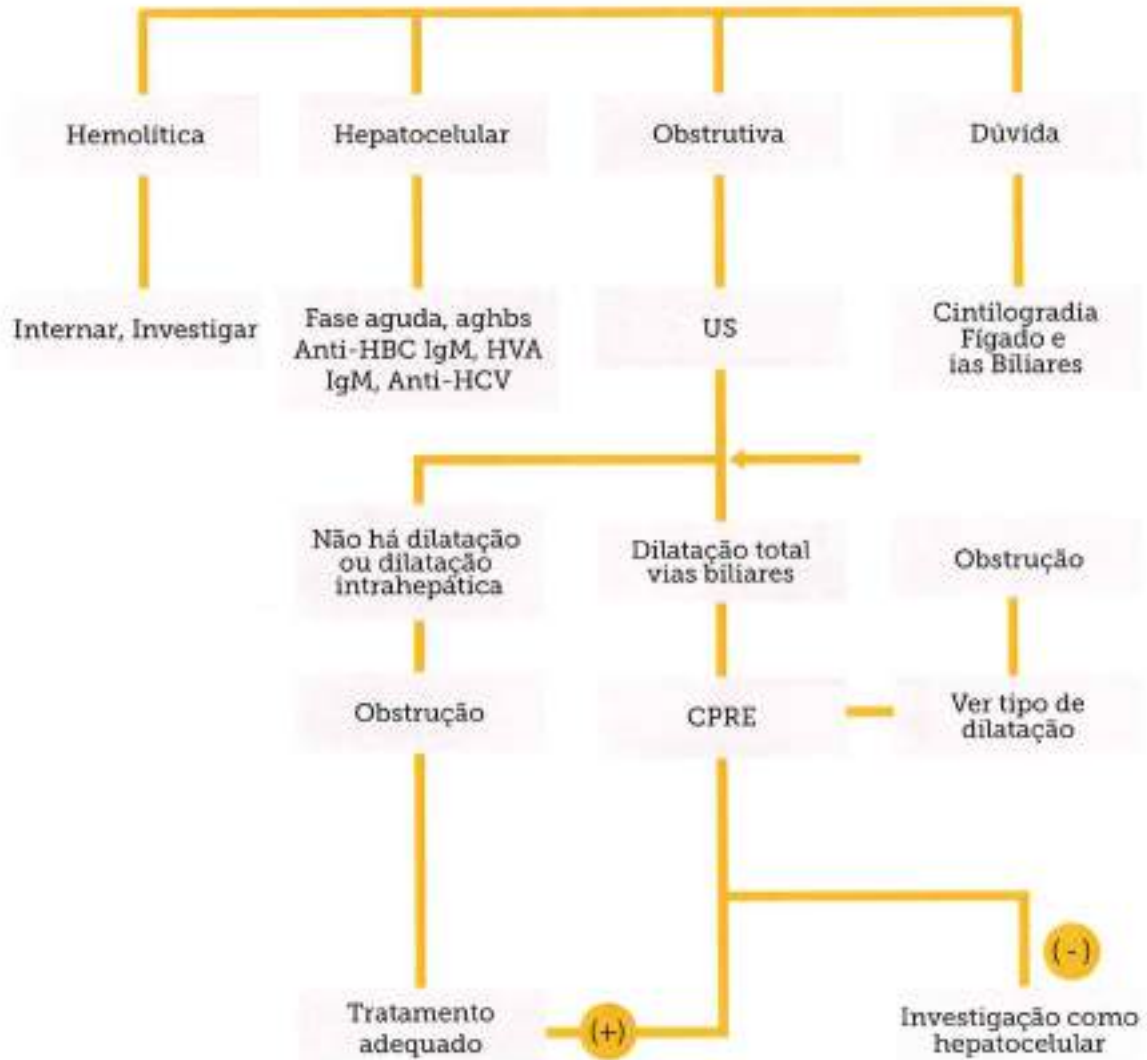
# PANCREATITE AGUDA – II



*Handwritten signature*



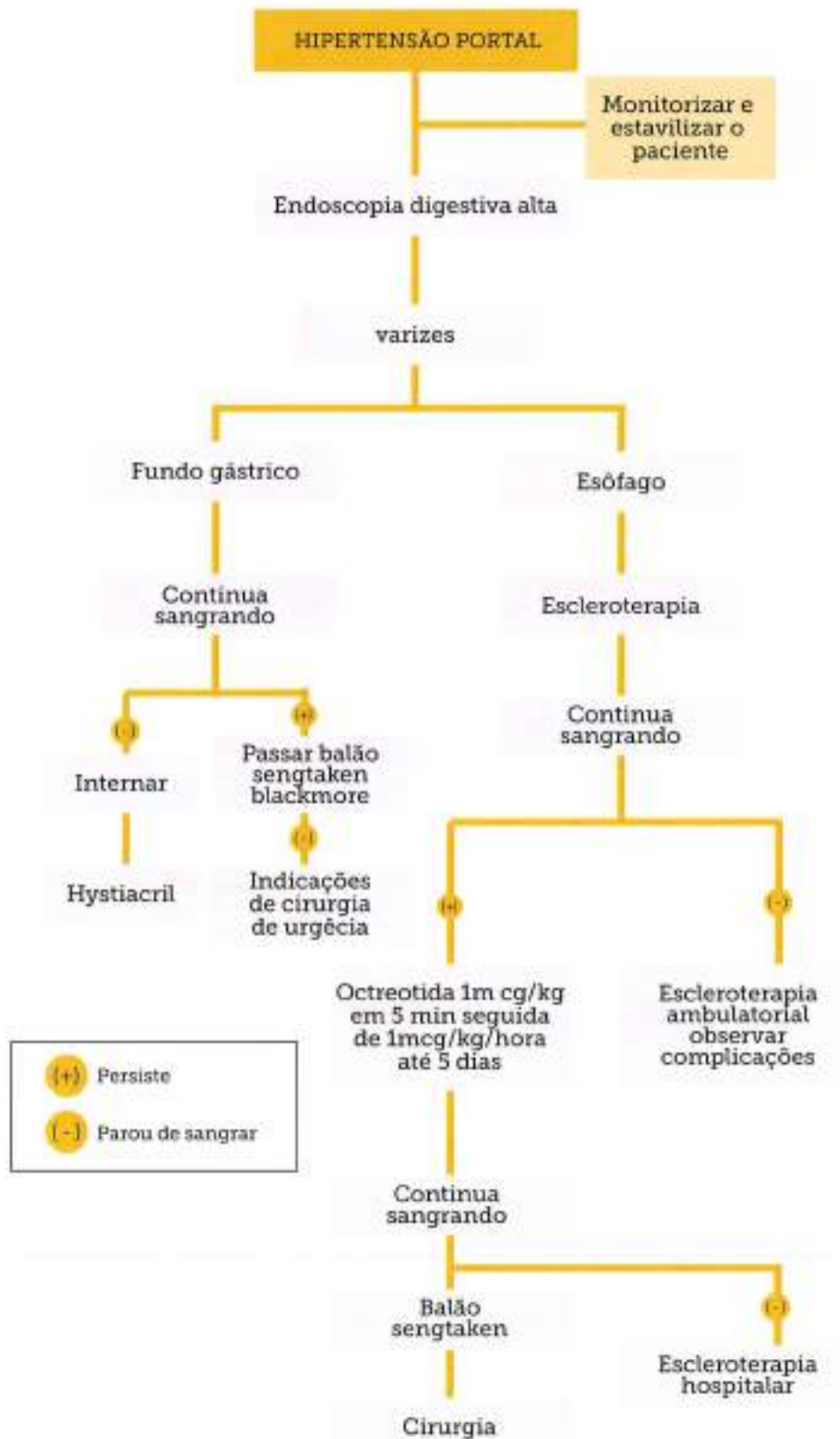
# ICTERÍCIA



(+) = Achado anormal  
(-) = Normal



# HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



*Handwritten signature*



# HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III

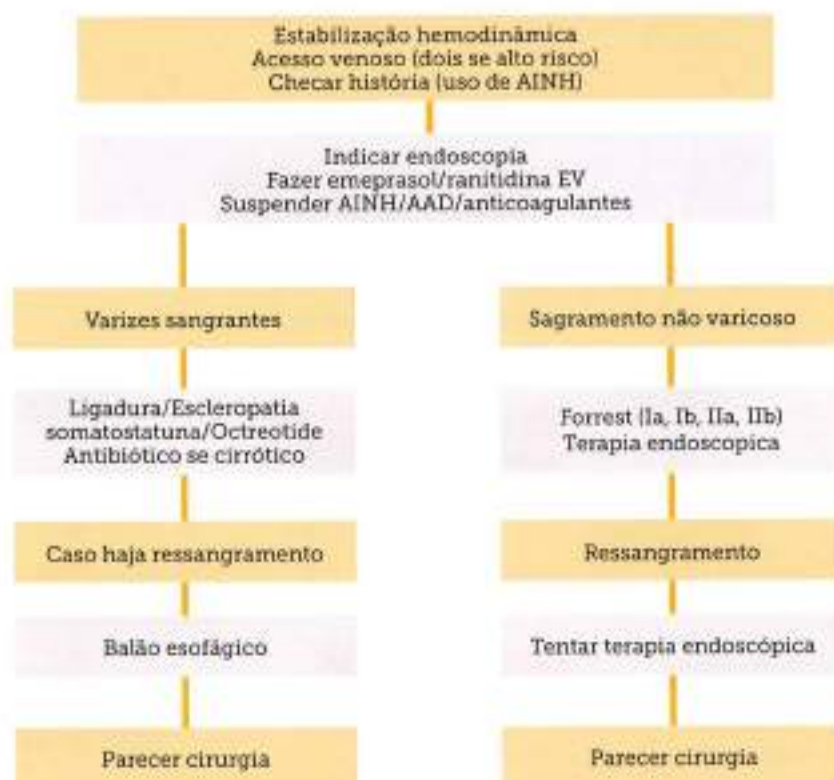


TABELA 1 - FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM

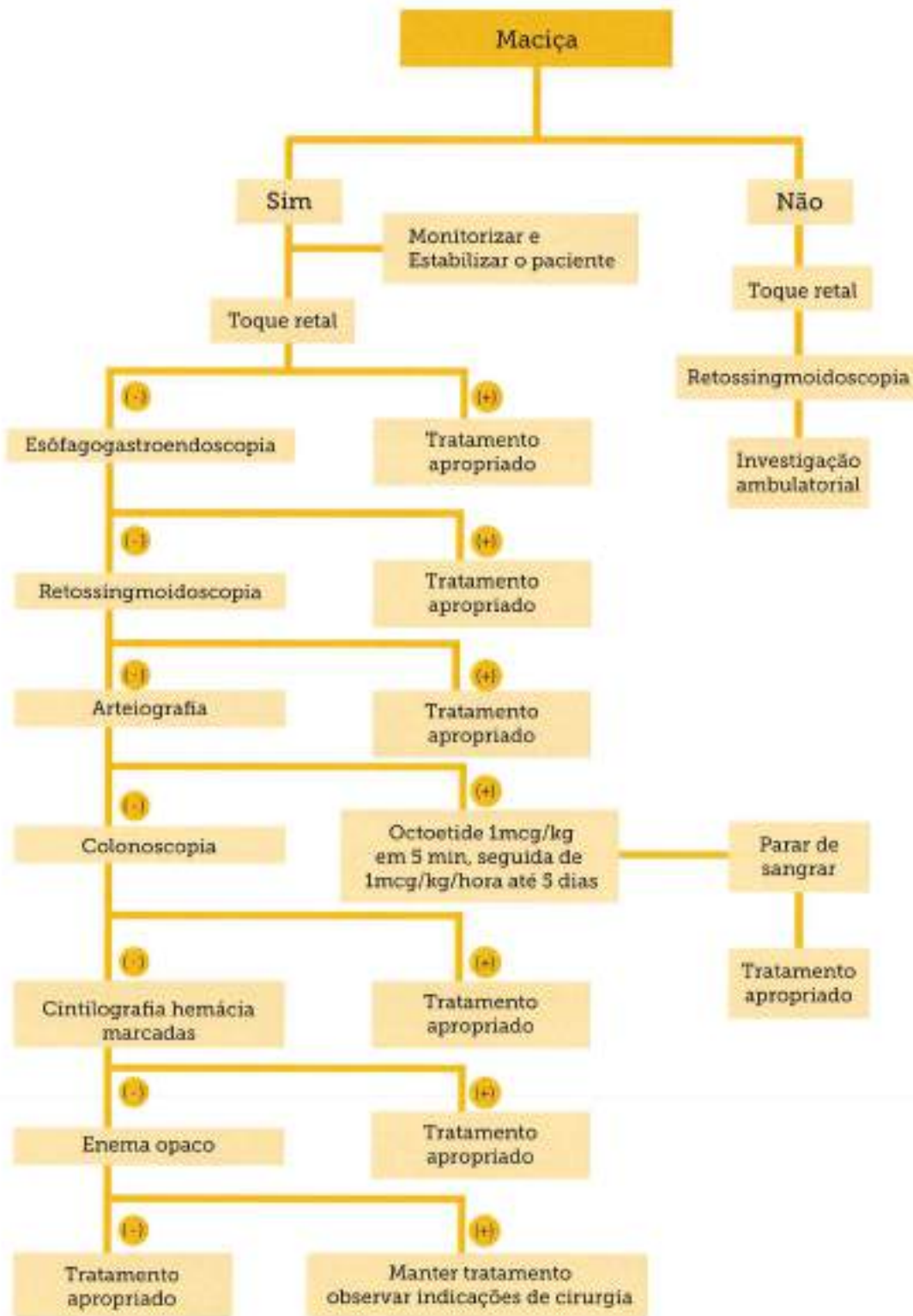
Idoso (>60 anos)  
Comorbidades  
Sangramento ativo (hemetemesa, sangue vivo na SNG, hematoquezia)  
Hipotensão ou choque  
Transfusão = unidade  
Paciente internado antes do sangramento Coagulopatia Severa

TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA

Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F - IIa	Até 50%
Coágulo aderente, não sangrante F - IIa	30 - 35%
Úlcera (sem outros estigmas) F # C	10 - 27%
Úlcera base limpa / F - III	<3%



# HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

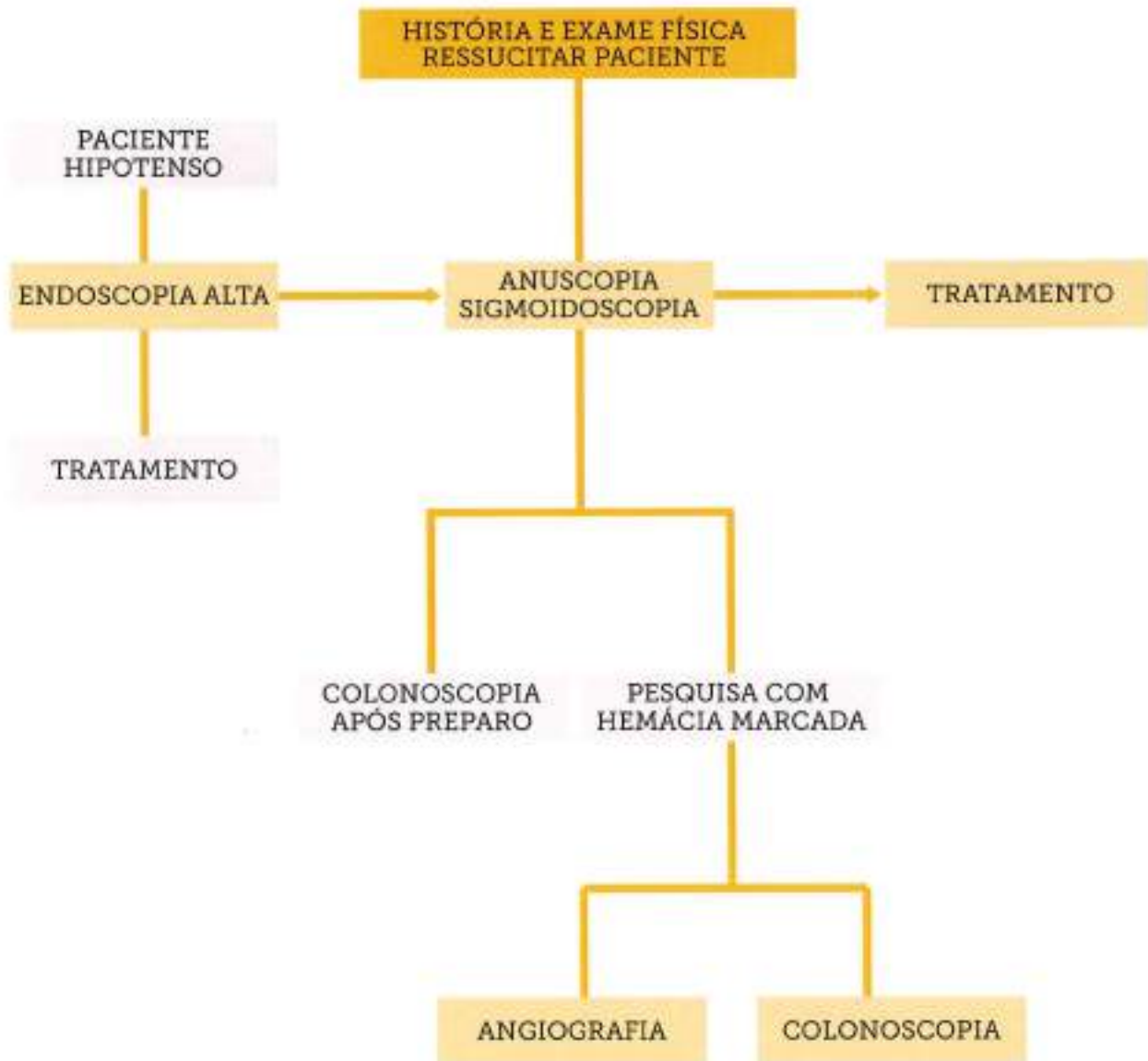


*AM*





# HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

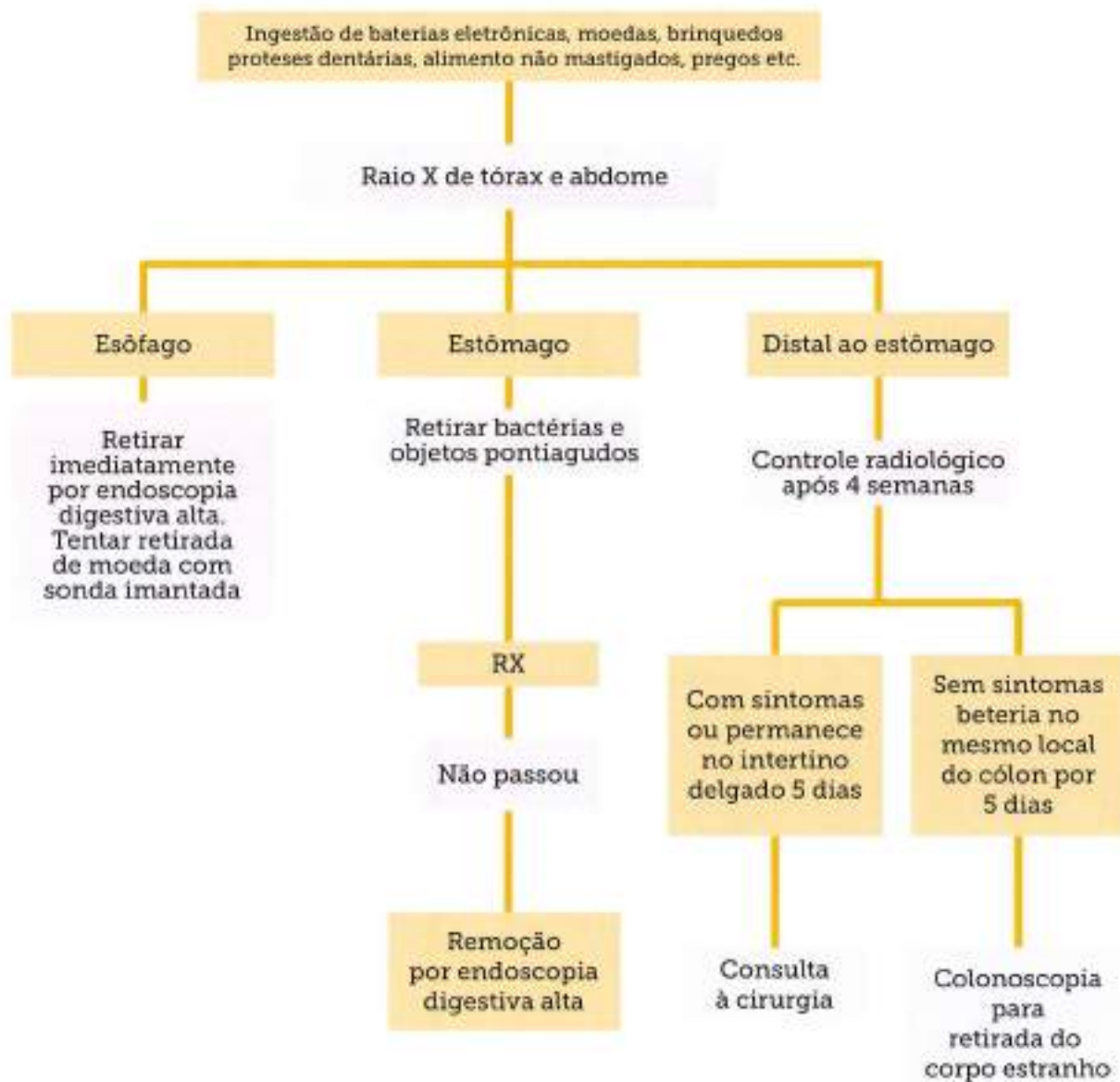


\*O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

AM

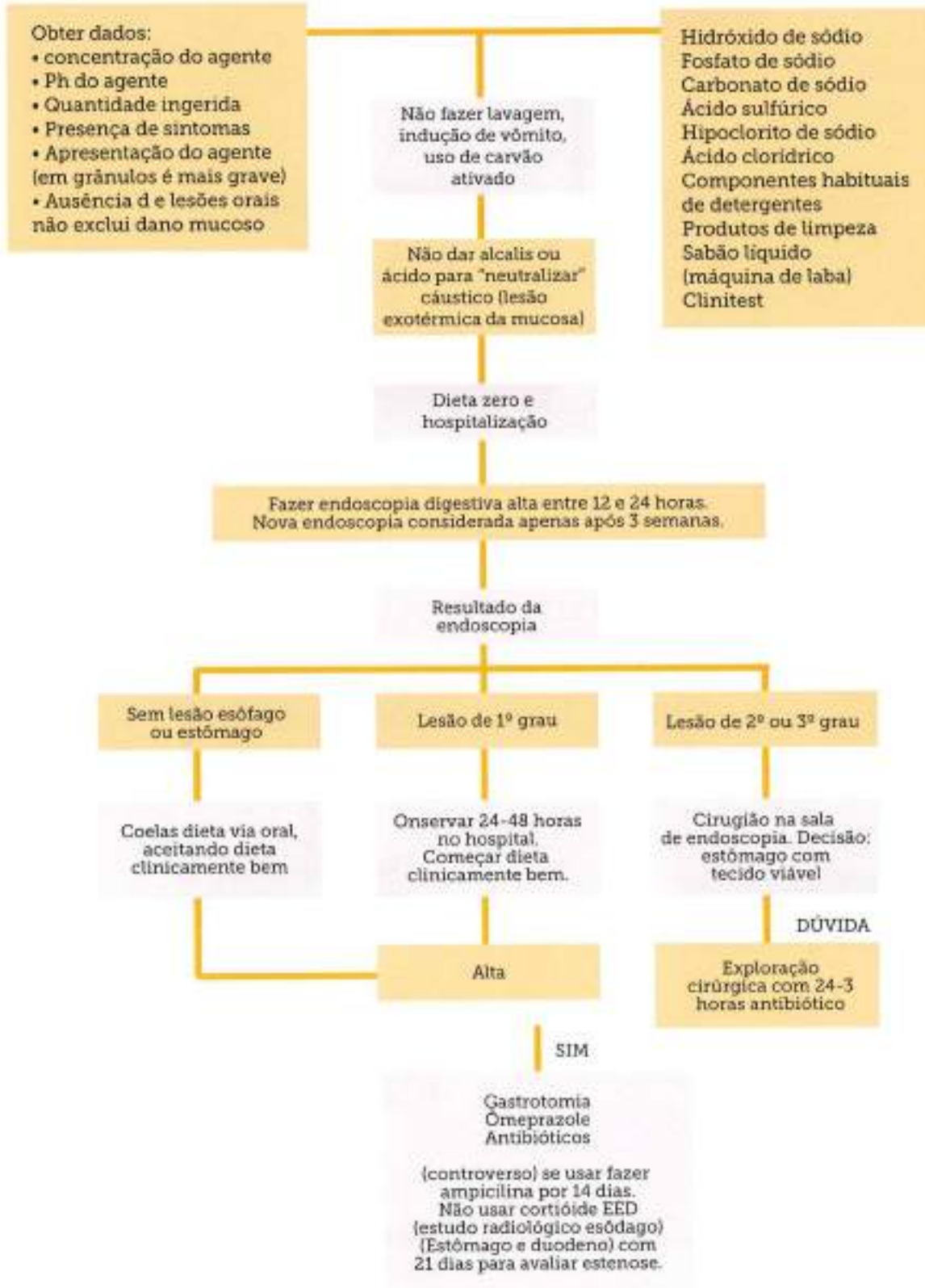


# INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



*M*

# INGESTÃO DE CÁUSTICOS



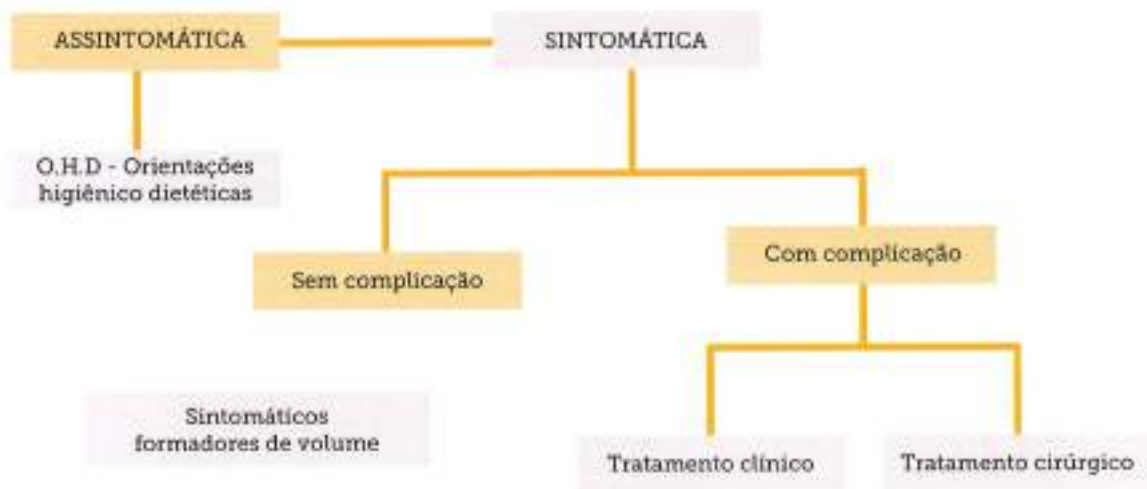


# ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA





## DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



## DOENÇA – PILONIDAL SACROCOCCIGEA



## SUGESTÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO:

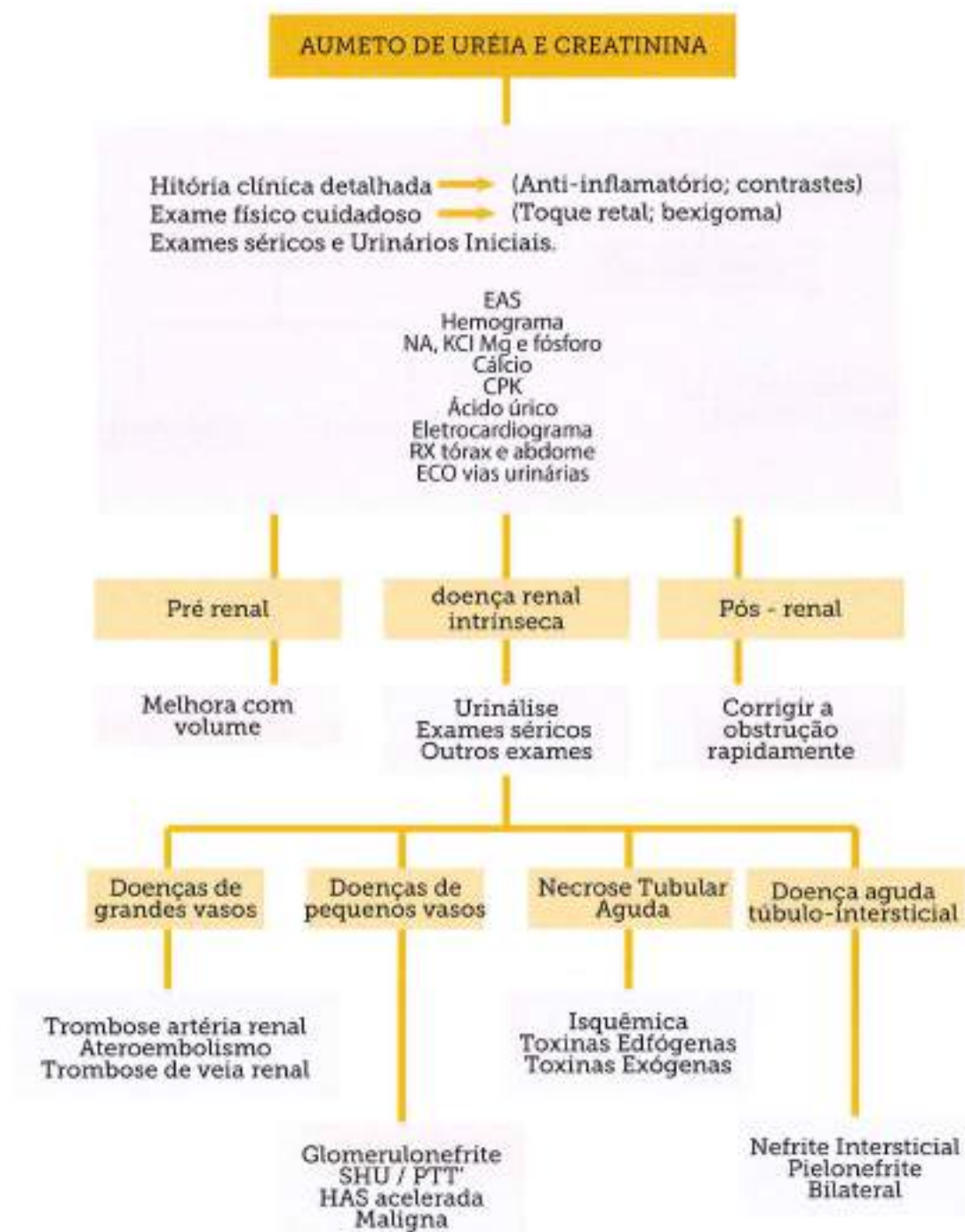
Incisão e Curetagem ou Marsupialização.

Anestesia - Local ou Bloqueio Raquí-Medular.

*M*



# INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

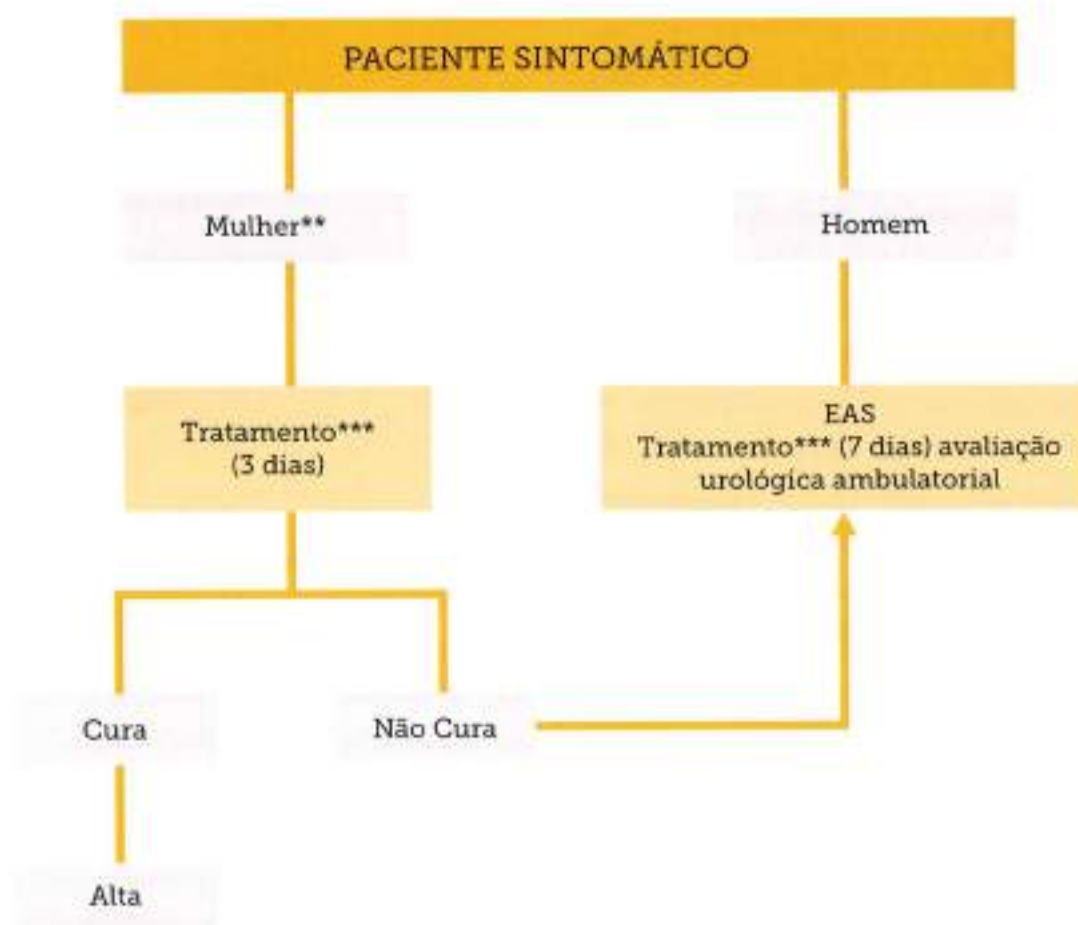




## INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum no ser humano, ocorre em todas as faixas etárias, em ambos os sexos, sendo mais frequente 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 ou doenças 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, urgência miccional 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



AM

# PROTÓCOLOS MÉDICOS DE ONCOLOGIA CLÍNICA

## TUMORES UROLÓGICOS

### INTRODUÇÃO

Esta diretriz tem como objetivo apoiar, em decisões clínicas, médicos e profissionais de saúde envolvidos com o tratamento de neoplasias do trato gênito-urinário, em especial urologistas, oncologistas clínicos e radioterapeutas.

Foram utilizadas como fonte de informação publicações localizadas por meio de busca estruturada da informação científica nas bases de dados MEDLINE (Medlars On Line), *Cochrane Library* e EMBASE. Cada item desta diretriz foi previamente transformado em uma pergunta clinicamente relevante, e distribuído aos participantes para busca e análise crítica da informação encontrada. Estratégias de buscas foram feitas para selecionar os estudos com a melhor qualidade metodológica, segundo níveis predefinidos de evidências. Posteriormente, foram distribuídas aos especialistas das áreas envolvidas – urologia, oncologia clínica e radioterapia – e, em seguida, foram organizadas reuniões para avaliação final, incorporação de sugestões e aprovação da redação.

Todas as recomendações emitidas seguem um nível de evidência e um grau de recomendação. Utilizamos um sistema de graduação formal,<sup>1</sup> para ajudar o leitor a julgar a força da evidência por trás dos resultados publicados que levaram à recomendação. Existem vários tipos de escalas de graduação desenvolvidos, e utilizamos um sistema simplificado, de acordo com o tipo de questão elaborada (tratamento

ou diagnóstico) com o objetivo de facilitar a leitura desta diretriz, conforme descrito abaixo:

Nível de Evidência (NE)	Tratamento	Diagnóstico
1	Revisão sistemática com meta-análise Estudo Randomizado com grande amostra	Revisão Sistemática com meta-análise Coorte validada com padrão adequado
2	Estudo Randomizado com pequena amostra	Corte exploratória de quando com padrão adequado
3	Estudo prospectivo	Seleção não consecutiva de casos Coorte com padrão não aplicado uniformemente
4	Estudo retrospectivo	Caso-controle Coorte com padrão inadequado
5	Relatos de casos Opinião de especialistas Pré-clínicos	Relatos de casos Opinião de especialistas Pré-clínicos

Grau de Recomendação (GR)	Descrição
A (muito forte)	A evidência é confiável e pode ser usada para guiar a prática clínica
B (forte)	A evidência existente é confiável e pode ser usada para guiar a prática clínica na maioria dos casos
C (moderado)	A evidência existente proporciona algum suporte para as recomendações, mas sua aplicação pode ser discutível
D (fraco)	A evidência existente é fraca, e as recomendações devem ser aplicadas com cuidado

As recomendações não foram feitas com o propósito de ser o padrão-ouro do cuidado médico. Os parâmetros aqui disponíveis devem ser vistos como orientação de conduta. É importante lembrar que a aderência às diretrizes não garante um desfecho clínico satisfatório em todos os casos. O julgamento final sobre qual o procedimento clínico ou plano de tratamento mais adequado a um paciente específico deve ser feito pelo médico, seguindo discussão das opções com o paciente, à luz do diagnóstico e das opções terapêuticas à disposição. No entanto, é recomendado





que diferenças significativas de condutas na prática em relação às recomendações desta diretriz sejam justificadas e seus motivos adequadamente documentados.

Estas recomendações foram desenvolvidas até julho de 2011, e serão submetidas a revisão logo que novas evidências estejam disponíveis.

## CÂNCER DE PRÓSTATA

### 1. ESTADIAMENTO

- **T1** Tumor não palpável:

T1a ≤ 5% material proveniente de RTU;

T1b > 5% material proveniente de RTU;

T1c Identificado apenas na biópsia por agulha, devido a PSA alterado.

- **T2** Tumor palpável confinado à próstata:

T2a Até metade de um lobo;

T2b Mais da metade de um lobo;

T2c Ambos os lobos.

- **T3** Extensão extraprostática:

T3a Extensão extracapsular isolada ou invasão microscópica do colo vesical;

T3b Invasão de vesícula seminal.

- **T4** Fixo ou invade estruturas adjacentes: esfíncter externo, reto, bexiga, músculos elevadores do ânus, parede pélvica.

- **N1** Linfonodo(s) regional(is) comprometido(s).

- **M1** Metástase(s) à distância:

o M1a Linfonodo(s) não regional(is).

o M1b Osso(s).

o M1c Outra(s) localização(ões).

### 2. RASTREAMENTO / DETECÇÃO PRECOCE

Há evidências de que o rastreamento aumenta a probabilidade do paciente receber o diagnóstico de câncer de próstata em 46% e o diagnóstico em estágio I em cerca de 95%.<sup>2</sup> (NE 1) No entanto, não se observou benefício significativo do rastreamento na diminuição da ocorrência de mortes por câncer, nem da mortalidade global.<sup>2</sup> (NE 1)

Devido a discussões metodológicas sobre os estudos existentes, recomendamos a realização do rastreamento de neoplasia de próstata com exame de PSA anual e toque retal (NE 5; GR D) em homens:

- Entre 50 e 80 anos
- A partir dos 45 anos quando houver parentes relacionados com câncer de próstata

#### Diagnóstico

A biópsia para diagnóstico deve ser considerada nos pacientes com as seguintes características:

- Toque retal prostático suspeito<sup>3</sup> (NE 1; GR A);
- PSA total ≥ 2,5 ng/ml, nos pacientes até 55

AM



anos (NE 2; GR B);

- PSA total > 4 ng/ml, nos pacientes com mais de 55 anos (NE 2; GR B);
- Densidade de PSA > 0,15 ng/ml<sup>5</sup> (NE 4; GR C);
- Relação PSA livre/total < 18%, quando PSA total > 2,0 ng/ml ;
- Velocidade de PSA > 0,75ng/ml/ano<sup>7</sup> (NE 3; GR C).

Recomenda-se re-biopsia, com chance de 15 a 30% de positividade, nos pacientes com as seguintes características:

- PSA persistentemente elevado ou em elevação com velocidade > 0,75ng/ml/ano<sup>8</sup> (NE 3 GR C).

Suspeito mas não diagnóstico de tumor de próstata (proliferação atípica de pequenos ácinos – ASAP). Realizar biópsia da área suspeita e sistemática<sup>9,10</sup> (NE 2 GR B).

Salvo situações especiais, limitar ao máximo de quatro biópsias consecutivas se realizadas com técnica adequada (a partir da qual o índice de detecção é baixo, em torno de 5%)<sup>10,21</sup> (NE 2 GR B).

A biópsia de saturação, extensa, aumenta a chance de positividade e fornece dados sobre a extensão extracapsular<sup>12</sup> (NE 2, GR A). Número maior de fragmentos é recomendado especialmente em pacientes com próstata maior que 40g<sup>13</sup> (NE 3, GR B).

### Exames Complementares

Os exames realizados antes do início do tratamento estão relacionados com a detecção de metástases ósseas e planejamento do tratamento.

Fosfatase Alcalina

Recomenda-se solicitar FA nos pacientes com baixa probabilidade de apresentar metástases ósseas (risco baixo e risco intermediário) e sem sintomas ósseos (T1-2 e GSE7 e PSA <20) (NE2; GR B).

Cintilografia Óssea

Recomendada para detecção de metástases ósseas quando:

- PSA<sup>3</sup>20ng/ml (qualquer T ou Gleason);
- Gleason;
- Níveis elevados de fosfatase alcalina;
- Doença localmente avançada (T3 ou T4);
- Dor óssea.

Ressonância Magnética com Estudo Multiparamétrico

- Risco intermediário e alto;
- Grande volume de doença, determinado pela biópsia;

Para o diagnóstico, em pacientes com biópsias prévias negativas e níveis de PSA persistentemente elevados com o intuito de direcionar para áreas suspeitas de neoplasia (reduz necessidade de novas e extensas biópsias).

## 3. TRATAMENTO DA DOENÇA SEM METÁSTASES

A seleção dos pacientes para tratamentos específicos é geralmente elaborada por meio da subdivisão em riscos de recidiva (critérios de D'Amico), descritos abaixo<sup>18</sup>:



	PSA	Score de Gleason	Estadiamento
Risco Baixo (todos os critérios a seguir)	< 10 ng/ml	2-6	T1c-T2a
Risco Intermediário	10-20 ng/ml	7	T2b
Risco Alto (pelo menos um dos critérios a seguir)	>20 ng/ml	8-10	> T2c

### Observação / Seguimento Vigiadados

Pacientes com câncer de próstata de baixo risco e doença com volume mínimo, acessada por meio de biópsia adequada, podem ser acompanhados com PSA total trimestral e biópsia anua.

Recomenda-se a seleção dos pacientes segundo os seguintes critérios:

- Ausência de Gleason 4 ou 5 na biópsia;
- Densidade do PSA < 0,15;
- Neoplasia no máximo em dois fragmentos estudados;
- Neoplasia em até 50% da extensão dos fragmentos avaliados.

Elevação no PSA total > 2ng/ml/ano, tempo de duplicação do PSA menor que três anos, ou piora dos parâmetros da biópsia definem falência do seguimento vigiado.

### Cirurgia

A prostatectomia radical é indicada para casos de tumores localizados (até T2c), com prognóstico de vida superior a 10 anos, sendo raramente indicada para homens acima dos 70 anos. Nos pacientes jovens, a cirurgia pode ser indicada mesmo em tumores mais avançados.

Linfadenectomia ampliada até vasos ilíacos comuns está indicada em pacientes de risco intermediário e alto. Pacientes com PSA menor que 10 ng/ml e Gleason menor que 7 não necessitam de linfadenectomia de rotina.

Do ponto de vista oncológico não há vantagem na utilização de diversas vias de acesso (como laparoscópica, robótica, retropúbica ou perineal) para a realização da prostatectomia.

### Radioterapia

Para pacientes com doença de risco baixo são opções:

- Radioterapia externa IMRT (intensidade modulada) localizada em próstata em fase única, com dose final de 78 Gy (2 Gy/dia) que proporciona melhor controle da doença com menor toxicidade do que a radioterapia conformacional;
- Em locais sem acesso à radioterapia IMRT, recomenda-se radioterapia externa conformacional localizada em próstata em fase única, com dose final de 74 a 78 Gy;
- Braquiterapia com alta taxa de dose como monoterapia - fonte de Iridio-192 com dose de 38Gy (4 frações de 9,5Gy em 2 dias), ou implante permanente Dose de 14.5Gy.

Para pacientes com doença de riscos intermediário e alto, recomendamos umadas seguintes opções:

*AM*



- Radioterapia externa IMRT (Intensidade modulada) em próstata e vesículas seminais (PTV1), em duas fases, com a primeira até 50/54Gy Gy seguido de boost somente em próstata(PTV2) com dose final de 74 a 80 Gy;
- Em locais sem acesso à IMRT, radioterapia externa conformacional em próstata e vesículas seminais (PTV1), em duas fases, com a primeira até 50/54Gy Gy seguido de boost somente em próstata(PTV2) com dose final de 74 a 78 Gy;
- Braquiterapia com alta taxa de dose como boost da RT Externa após 50 Gy - fonte de Irídio-192 com dose de 19Gy (2 frações de 9,5Gy em 1 dia).

## 4. HORMONIOTERAPIA

Não há indicação de bloqueio hormonal como terapia única em pacientes com doença localizada.

Terapia hormonal neoadjuvante à prostatectomia radical pode reduzir o risco de comprometimento de margens. No entanto, não há redução no risco de recorrência ou da mortalidade e portanto não recomendamos sua utilização.

É recomendado tratamento adjuvante à radioterapia nos pacientes com doença localizada com risco moderado a alto, por um período de dois a três anos, com início três meses antes do início da radioterapia, conforme o esquema abaixo:

- Goserrelina 3,6mg a cada 28 dias;
- Goserrelina 10,8mg a cada 90 dias.

Observação: Não há estudos prospectivos randomizados avaliando o uso de outros análogos LHRH em monoterapia no tratamento adjuvante à radioterapia.

Conduta na margem positiva pós-prostatectomia radical

Nos pacientes com margens positivas (mais que dois quadrantes), invasão extracapsular e invasão de vesícula seminal, pode ser indicada radioterapia externa, em fase única, com planejamento conformal computadorizado na loja prostática, com dose final de 66 Gy.

Tratamento da recidiva bioquímica após prostatectomia radical

A recidiva bioquímica pós-cirurgia é considerada nos pacientes com elevação de PSA acima de 0,2 ng/ml. Poderá ser indicada radioterapia de salvamento, conforme descrito anteriormente na radioterapia adjuvante à prostatectomia.

Não existem evidências de que o tratamento da recidiva bioquímica aumente a sobrevida dos pacientes. No entanto, a introdução de hormonioterapia pós-cirurgia e recidiva bioquímica pode ser recomendada a pacientes com Gleason igual ou maior que oito ou com tempo de duplicação do PSA menor que doze meses.

### Após radioterapia

Após radioterapia, a recidiva bioquímica é definida como elevação de 2 ng/ml ou mais acima do PSA nadir após RT com ou sem hormonioterapia concomitante. Poderá ser indicada prostatectomia de resgate (em casos selecionados, especialmente em pacientes jovens). Pode também ser indicada hormonioterapia, como descrito para pacientes com doença metastática.

### Quimioterapia

Nos pacientes sintomáticos, com neoplasia metastática refratária ao tratamento hormonal, e que mantenham performance status segundo Karnofsky no

*Handwritten signature*



mínimo 60% está recomendada quimioterapia anti-neoplásica, seguindo o esquema abaixo:

- Docetaxel 75mg/m<sup>2</sup> a cada 21 dias;
- Prednisona 5mg 2 vezes ao dia, continuamente.

Os pacientes deverão manter a deprivação androgênica, com orquiectomia ou com análogos LHRH conforme descrito acima.

Em pacientes com progressão da doença com Docetaxel há estudos demonstrando queda do PSA e melhora da dor com utilização de Mitoxantrona (12mg/m<sup>2</sup>), também associada à Prednisona, embora sem evidências de benefício em sobrevida. No entanto, o uso de Cabazitaxel (25mg/m<sup>2</sup> a cada 21 dias) associado à prednisona demonstrou aumento de sobrevida global em comparação ao uso de Mitoxantrona, em segunda linha.

### Outras Terapias Paliativas

Ressecção transuretral da próstata pode ser indicada como tratamento paliativo, nos pacientes com sintomas obstrutivos baixos.

Nos pacientes com dor óssea localizada pode ser indicada radioterapia externa com dose de 30 Gy (em 10 frações) na área dolorosa, com intuito paliativo.

Recomenda-se o uso de Ácido Zoledrônico 4mg a cada 28 dias nos pacientes metástases ósseas sintomáticas, e com doença refratária ao tratamento hormonal.

Os pacientes deverão ser avaliados pelo médico responsável antes de cada administração do medicamento, com monitorização mensal de creatinina e cálcio iônico. Os pacientes deverão receber suplementação diária de cálcio e vitamina D.

Nos pacientes com dor óssea refratária aos tratamentos citados acima pode ser considerado o uso de Samário153.

### Seguimento

Após prostatectomia radical ou radioterapia, recomenda-se seguir com anamnese e exame físico, mais dosagem de PSA total a cada três meses no primeiro ano e, semestralmente, a partir do segundo ano.

Pacientes em deprivação androgênica adjuvante deverão ser monitorados com densitometria óssea pelo menos a cada dois anos, para diagnóstico de osteoporose durante todo o período de deprivação.

## CÂNCER DE BEXIGA

### 1. ESTADIAMENTO

- **Ta** Tumor papilífero não invasivo, restrito à mucosa;
- **Tis** Carcinoma *in situ*;
- **T1** Tumor com invasão da submucosa;
- **T2** Tumor com invasão da muscular própria;
- **T2a** Invasão muscular superficial (metade externa);
- **T2b** Invasão muscular profunda (metade interna);
- **T3** Tumor com infiltração do tecido perivesical;
- **T3a** Invasão microscópica;
- **T3b** Invasão macroscópica;



- **T4** Tumor com invasão de estruturas adjacentes;
- **T4a** Invasão da próstata, vesícula seminal, útero ou vagina;
- **T4b** Invasão da parede pélvica ou abdominal;
- **N1** Metástase em um único linfonodo na pelve (cadeia hipogástrica, obturador, íliaca externa ou pré-sacral);
- **N2** Metástases em múltiplos linfonodos na pelve;
- **N3** Metástase única ou múltiplas em linfonodos da cadeia íliaca comum;
- **M1** Metástases a distância.

## 2. RASTREAMENTO / DETECÇÃO PRECOZE

Não há evidências com qualidade suficiente para avaliar a eficácia do rastreamento nos pacientes assintomáticos. Está contraindicado o rastreamento do câncer de bexiga na população assintomática, devido à ausência de benefício a longo prazo.

## 3. DIAGNÓSTICO

Pacientes com hematuria macroscópica devem ser investigados inicialmente com ultrassonografia. Lesões vesicais suspeitas devem ser avaliadas segundo a seguinte prope'deutica<sup>40</sup> (NE 5; GR D):

- Uretrocistoscopia, com coleta de citologia urinária e do lavado vesical.
- Ressecção transuretral da porção superficial e profunda das lesões, que devem ser

catalogadas separadamente.

- Inicialmente não está recomendada biópsia aleatória da mucosa.

### Exames complementares

Os exames que devem complementar o diagnóstico e estadiamento dependem da profundidade de infiltração da neoplasia.

Tumores não músculo invasivo (PTa OU PT1)

Nos tumores de baixo grau a ultrassonografia de vias urinárias pode ser suficiente.

Nos tumores de alto grau, ou de baixo grau com citologia positiva e cistoscopia negativa, recomenda-se a realização de um TC de abdome e pelve com contraste.

Recomenda-se biópsias aleatórias de trigono, cúpula e paredes laterais quando houver aspecto endoscópico normal, porém citologia positiva.

Tumores músculo invasivos (PT2, T3 OU T4)

Está indicada a realização de TC de abdome e pelve e ralo X de tórax.

Cintilografia óssea deve ser solicitada apenas nos pacientes com dor óssea.

A ressonância Magnética (RM) pode ser solicitada nos pacientes em que a TC não foi conclusiva em relação à infiltração de órgãos adjacentes.

Pacientes com tumores superficiais podem ser classificados em três grupos de risco, para auxílio na indicação de tratamentos específicos:

	ESTADIA- MENTO	TAMANHO	NÚMERO DE LESOES
Risco Baixo	pTa baixo grau	≤ 3cm	Única

*M*



Risco Intermediário	pT <sub>a</sub> alto grau	ou >3 cm	Única ou lesões de baixo risco recidivadas ou múltiplas
Risco Alto	pT <sub>1</sub> alto grau/cis	qualquer	Lesões de risco intermediário multifocais ou recidivadas

### Tratamento de doenças localizadas (sem metástases)

Nos pacientes com lesão única, menor que 3 cm, e baixo grau, não há necessidade de tratamento complementar após a ressecção transuretra.

Em caso de múltiplas lesões, ou maior que 3 cm, ou com alto grau, está indicada re-RTU e tratamento adjuvante com oncoBCG.

Após completa ressecção transuretral, é indicada re-RTU em até 4 semanas e tratamento adjuvante com oncoBCG em indução e manutenção (após 4 semanas) ou quimioterapia intravesical com mitomicina. Pode ser discutida a possibilidade de cistectomia radical nos pacientes com lesões de alto grau e com recidiva após o tratamento conservador.

Recomenda-se a utilização da imunoterapia com oncoBCG com o seguinte esquema:

- Indução.
  - o OncoBCG (cepa Pasteur) 40 mg diluídos em 100 ml de soro fisiológico, via intravesical, semanalmente por seis semanas consecutivas.
- Manutenção.
  - o OncoBCG (cepa Pasteur) 40 mg diluídos em 100 ml de soro fisiológico, via intravesical, mensalmente no primeiro ano e, depois, trimestralmente por mais um ano.

Caso ocorra recidiva, o tratamento deve ser reiniciado após a ressecção. Caso ocorra segunda recidiva, a imunoterapia deve ser suspensa, e o tratamento rediscutido.

### Cirurgia

A cistectomia deve ser realizada até três meses após o diagnóstico.

No homem é indicada cistoprostatectomia, e, na mulher, exenteração pélvica anterior. A linfadenectomia pélvica bilateral deve incluir gânglios da bifurcação das ilíacas até o nervo hipogástrico, com retirada do maior número possível de linfonodos.

Deve ser feita biópsia de congelação da margem uretral. Caso negativa, pode ser realizada preservação para reconstrução ortotópica.

### Quimioterapia pré-operatório

O tratamento com quimioterapia neoadjuvante à cistectomia pode ser oferecido aos pacientes com aumento absoluto da taxa de sobrevivência de aproximadamente 5% em 5 anos.

Nos pacientes com neoplasia com infiltração em órgãos adjacentes, ou com linfonodomegalia visibilizada nos exames de estadiamento, pode-se recomendar a utilização de três ciclos de quimioterapia neoadjuvante, segundo um dos seguintes esquemas:

- GC<sup>76</sup> (NE 3; GR B):
  - o Cisplatina 100 mg/m<sup>2</sup> no D1
  - o Gemcitabina 1000 mg/m<sup>2</sup> no D1 e D8 (repetir a cada 21 dias)
- M-VAC<sup>77</sup> (NE 1; GR A):



- o Metotrexate 30 mg/m<sup>2</sup> no D1, D15 e D22
- o Vimblastina 3 mg/m<sup>2</sup> no D2, D15 e D22
- o Doxorrubicina 30 mg/m<sup>2</sup> no D2
- o Cisplatina 70 mg/m<sup>2</sup> no D2 (repetir a cada 28 dias)

A cirurgia deve ser feita de quatro a oito semanas após o término da quimioterapia.

Os pacientes deverão apresentar função renal adequada (clearance de creatinina de no mínimo 60 ml/min) e performance status segundo Karnofsky no mínimo 70%. Em pacientes sem função renal adequada o tratamento neoadjuvante não é recomendado. Não se recomenda a substituição da cisplatina pela carboplatina, devido a perda significativa da efetividade do tratamento.<sup>79</sup> (NE 3; GR C)

### Quimioterapia e radioterapia

Para pacientes com impossibilidade cirúrgica ou que se recusam à cistectomia, pode ser oferecido tratamento combinado com quimioterapia e radioterapia, desde que apresentem na histologia carcinoma urotelial, não apresentem hidronefrose e que tenham função renal adequada, com clearance de creatinina de pelo menos 60 ml/min.

Estes deverão ser inicialmente tratados com a ressecção máxima da doença por via transuretral, e, posteriormente, receber radioterapia conformal até 40Gy na bexiga e linfonodos pélvicos. Após esta primeira fase, deverá ser repetida cistoscopia com biópsia. Caso não haja evidências de tumor residual, a radioterapia deverá ser efetuada com boost, no tumor vesical até 64-66Gy. Os pacientes deverão fazer

o planejamento e o tratamento com a bexiga vazia. A quimioterapia deverá ser feita com cisplatina 35 mg/m<sup>2</sup> semanalmente durante toda a radioterapia.

## 4. TRATAMENTO DE DOENÇA LOCALMENTE AVANÇADA OU MESTÁSTICA

A Cistectomia higiênica é recomendada nos casos em que há risco de hemorragia. A quimioterapia é indicada com intuito paliativo, nos pacientes com função renal adequada e performance status segundo Karnofsky no mínimo 70%, segundo os esquemas abaixo:

- Cisplatina 70-100 mg/m<sup>2</sup> no D1.
- Gemcitabina 1000 mg/m<sup>2</sup> no D1 e D8 (repetir a cada 21 dias)

Ou

- Metotrexate 30 mg/m<sup>2</sup> no D1, D15 e D22.
- Vimblastina 3 mg/m<sup>2</sup> no D2, D15 e D22.
- Doxorrubicina 30 mg/m<sup>2</sup> no D2.
- Cisplatina 70 mg/m<sup>2</sup> no D2 (repetir a cada 28 dias)

Nos pacientes com clearance de creatinina menor que 60 ml/min, a cisplatina pode ser substituída pela carboplatina (na dose AUC 5, no D1), sabendo-se no entanto que há perda clinicamente significativa da eficácia.

Seguimento

- Pós-ressecção transuretral





- o Cistoscopia a cada três meses no primeiro ano, semestral no segundo ano e anual a partir do terceiro ano, com biópsia de áreas suspeitas, citologia da urina e do lavado vesical.
- Pós-cistectomia radical
  - o Consultas trimestrais no primeiro ano, semestrais no segundo e terceiro anos e anuais a partir do quarto ano.
  - o Eletrólitos, enzimas hepáticas, creatinina, RX tórax e US abdome a cada seis meses nos dois primeiros anos, e, posteriormente, em caso de sintomas.
  - o TC de abdome e pelve com contraste anual. A cintilografia óssea não é indicada rotineiramente nos pacientes assintomáticos.

parênquima renal;

- **T3 (Ureter)** Tumor invade além da muscular para gordura periureteral;
- **T4** Tumor invade órgãos adjacentes ou através do rim para a gordura perirrenal;
- **N1** Metástase em um único linfonodo  $\leq 2\text{cm}$ ;
- **N2** Metástases em um único linfonodo  $> 2\text{cm}$  e  $< 5\text{cm}$  ou em múltiplos linfonodos, nenhum deles  $> 5\text{cm}$ ;
- **N3** Metástase em um linfonodo  $> 5\text{cm}$ ;
- **M1** Metástases à distância.

## TUMOR UROTELIAL DO TRATO SUPERIOR

### 1. ESTADIAMENTO

- **Ta** Carcinoma papilar não-invasivo;
- **Tis** Carcinoma *in situ*;
- **T1** Tumor invade o tecido conjuntivo subepitelial;
- **T2** Tumor invade a camada muscular;
- **T3 (Pelve Renal)** Tumor invade além da muscular para a gordura peripiélica ou

### 2. DIAGNÓSTICO

#### Imagem:

- **Uro-tomografia:** É padrão-ouro para a exploração do trato urinário e tem substituído a urografia excretora intravenosa. Dificuldade permanece em identificar lesões planas que são indetectáveis até evoluir para infiltração maciça.
- **Cistoscopia e citologia urinária:** Citologia urinária positiva é altamente sugestiva de tumor urotelial. Cistoscopia exclui tumor (CIS) da bexiga ou uretra prostática.
- **Ureteroscopia:** A ureteroscopia flexível pode explorar o ureter macroscopicamente e alcançar cavidades renais em 95% dos casos, e pode avaliar o aspecto do tumor, obter biópsia, e determinar grau tumoral em 90% dos casos com baixa taxa de falso-negativos. (NE 5; GR D) Além disso, facilita realizar citologia ureteral seletiva e pielografia retrógrada. É especialmente útil quando há incerteza diagnóstica, quando o tratamento conservador está sendo considerado ou em

*AM*

## CÂNCER DO TESTÍCULO

### 5. TRATAMENTO DE DOENÇA LOCALIZADA

- Nefroureterectomia radical com excisão de "cuff" vesical é o tratamento padrão-ouro.
- Ressecção parcial pode ser indicada, mas o paciente deve ser informado da necessidade de vigilância mais rigorosa.
  - o Imperativo: insuficiência renal, rim funcional solitário
  - o Eletivo: tumores de baixo grau, e baixo estadio.

#### Doença avançada

- Não há benefícios de nefroureterectomia em doença metastática (M +), embora possa ser considerada opção paliativa.
- O tratamento com quimioterapia deve seguir os mesmos princípios relacionados ao tratamento do câncer de bexiga.

#### Seguinte

- Consultas trimestrais no primeiro ano, semestrais no segundo e terceiro anos e anuais a partir do quarto ano.
- RX tórax e US abdome a cada seis meses nos dois primeiros anos, e, posteriormente, em caso de sintomas.
- TC de abdome e pelve com contraste anual. A cintilografia óssea não é indicada rotineiramente nos pacientes assintomáticos.

### 1. ESTADIAMENTO

- **Tis** Neoplasia de células germinativas intratubular (carcinoma in situ);
- **T1** Limitado ao testículo e epidídimo sem invasão vascular/linfática pode invadir a túnica albugínea, mas não túnica vaginalis;
- **T2** Limitado ao testículo e epidídimo com invasão vascular/linfática, ou tumor com envolvimento da túnica vaginalis;
- **T3** Invasão do cordão espermático;
- **T4** Invasão do escroto;
- **N1** Até 5 linfonodos com no máximo 2 cm;
- **N2** Mais de 5 linfonodos, com no máximo 5 cm; ou linfonodos com 2 a 5 cm; ou evidência de extensão extranodal;
- **N3** Linfonodos com mais de 5 cm;
- **M1** Metástases a distância;
- **M1a** Metástase em linfonodo não regional ou metástase pulmonar;
- **M1b** Metástase a distância para outras localizações.

#### Marcadores tumorais

DHL

bHCG

AFP

*Handwritten signature*



S1	< 1,5x N	<5000 mUI/ml	< 1000 ng/ml
S2	1,5 - 10 x N	5000 - 50000 mUI/ml	1000 - 10000 ng/ml
S3	> 10 x N	> 50000 mUI/ml	> 10000 ng/ml

**Estadiamento clínico**

**Estágio I:**

- Ia - Tumor restrito ao testículo.
- Ib - Invasão de estruturas de revestimento testicular como a túnica vaginal, o ducto deferente, o epidídimo ou mesmo invasão microscópica da veias ou vasos linfáticos do cordão inguinal.

**Estágio II: Acometimento dos linfonodos retroperitoniais.**

- IIa - Linfonodos ≤ 2 cm.
- IIb - Entre 2 e 5 cm.
- IIc - Acima de 5 cm

**Estágio III:**

- IIIa - Metástases pulmonares.
- IIIb - Metástases mediastinais ou viscerais não pulmonares.

**Internacional):**

Grupo de risco	Seminoma	Não Seminoma
Baixo	Qualquer βHCG Qualquer DHL Qualquer local primário Ausência de metástases viscerais não pulmonares	AFP < 1.000 ng/ml. βHCG < 5.000 mUI/ml DHL < 1,5 x normal Primário testicular ou retroperitoneal Ausência de metástases viscerais não pulmonares
Intermediário	Qualquer βHCG Qualquer DHL Qualquer local primário Presença de metástases viscerais não pulmonares	AFP 1.000 - 10.000 ng/ml βHCG 5.000 - 50.000 mUI/ml DHL 1,5 - 10 x normal Primário testicular ou retroperitoneal Ausência de metástases viscerais não pulmonares
Alto	Não existe	AFP > 10.000 ng/ml βHCG > 50.000 mUI/ml DHL > 10 x normal Primário mediastinal Presença de metástases viscerais não pulmonares (ossos, fígado, SNC)

**2. RASTREAMENTO / DETECÇÃO PRECOCE**

Não há evidências com qualidade suficiente para avaliar a eficácia do rastreamento em pacientes assintomáticos. É contraindicado o rastreamento de neoplasias de testículo noshomens assintomáticos.

**Diagnóstico e exames complementares**

Pacientes com endurecimento do testículo devem ser submetidos a US escrotal. Caso haja suspeita de neoplasia, deve ser programado tratamento cirúrgico e solicitados os seguintes exames:

- Marcadores tumorais: desidrogenase láctica (DHL), betaHCG (βHCG), alfa-feto proteína (AFP);
- RX tórax;
- CT abdome e pelve;
- CT tórax nos casos em que o RX foi alterado e naqueles em que há lesãoretroperitoneal.

**Classificação de risco (Consenso)**

*Handwritten signature or initials in blue ink.*

### 3. TRATAMENTO DE SEMINOMAS PUROS

#### ESTÁGIO CLÍNICO Ia

Está indicada orquiectomia radical, via inguinal, sem tratamento adjuvante de rotina. Em casos selecionados, em que há dificuldade para seguimento clínico intensivo, pode-se recomendar tratamento com radioterapia ou quimioterapia, como descrito para o estágio Ib.

#### ESTÁGIO CLÍNICO Ib

Recomenda-se inicialmente orquiectomia radical, via inguinal. Em seguida, considerar uma das três opções:

- Radioterapia pélvica homolateral e para-aórtica na dose de 25 Gy.
- Quimioterapia com carboplatina AUC 7, em ciclo único.
- Em casos selecionados, quando há extrema confiança em que o paciente terá a aderência necessária, pode ser indicado seguimento intensivo prolongado, com consulta, marcadores tumorais, e RX tórax trimestral por dois anos, semestral do quarto ao sexto ano, e anual do sexto ao décimo ano, além de tomografia de abdome e pelve a cada quatro meses, por três anos, semestral no quarto e quinto ano, e anual do sexto ao décimo ano.

#### ESTÁGIO CLÍNICO IIa e IIb

É recomendada orquiectomia radical, via inguinal, complementada por radioterapia nos linfonodos ilíacos altos e na região para-aórtica.

Não é indicada radioterapia mediastinal profilática

#### ESTÁGIO CLÍNICO IIc e III

É recomendada orquiectomia radical, via inguinal, seguida de três ciclos de quimioterapia segundo o esquema abaixo:

- Cisplatina 20 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D5 ou 50 mg/m<sup>2</sup> no D1 e D2.
- Etoposídeo 100 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D5.
- Bleomicina 30U no D1, D8 e D15. (repetir a cada 21 dias).

A quimioterapia deve ser iniciada até seis semanas após a orquiectomia.

#### Massas residuais

Nos pacientes com massas residuais maiores que 3 cm recomenda-se a ressecção. Se a doença residual for menor que 3 cm recomenda-se a realização de PET CT, que apresenta valor preditivo negativo de 90%.

### 4. TRATAMENTO DE NÃO SEMINOMAS

#### ESTÁGIO CLÍNICO I

Recomenda-se orquiectomia radical, via inguinal.

Se houver invasão do epidídimo, albugínea, cordão espermático ou vascular ou presença de carcinoma embrionário em mais de 50% do tumor testicular, considerar uma destas duas opções:

- Linfadenectomia retroperitoneal, com preservação de feixes nervosos especialmente nos casos em que há



componente de teratoma no tumor primário.

- Quimioterapia adjuvante com dois ciclos do esquema abaixo denominado PEB:
  - o Cisplatina 20 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D5 ou 50 mg/m<sup>2</sup> no D1 e D2.
  - o Etoposídeo 100 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D5.
  - o Bleomicina 30U no D1, D8 e D15 (repetir a cada 21 dias).

## ESTÁGIO CLÍNICO II

É recomendada orquiectomia radical, via inguinal, complementada por quimioterapia com esquema PEB como citado acima, mas por três ciclos. Os pacientes com teratoma como componente principal, e sem elevação de marcadores tumorais devem ser tratados com linfadenectomia retroperitoneal.

Nos casos tratados primariamente com orquiectomia radical mais linfadenectomia retroperitoneal, deve ser indicada quimioterapia adjuvante, com esquema PEB, por dois ciclos.

## ESTÁGIO CLÍNICO III

É recomendada orquiectomia radical, via inguinal, seguida de quimioterapia com esquema PEB conforme descrição anterior. O número de ciclos administrados depende da classificação de risco. Pacientes com risco baixo devem receber três ciclos, epacientes com risco intermediário ou alto devem receber quatro ciclos.

Não há indicação de quimioterapia em altas doses, com transplante de medula óssea, mesmo para pacientes com risco alto, já que estudos clínicos randomizados não demonstraram benefícios clínicos para

este procedimento.

## Massas residuais

Pacientes com massas residuais maiores que 2 cm devem ser submetidos à linfadenectomia. Nos pacientes com teratoma no tumor testicular qualquer massa residual deve ser ressecada. Se a doença residual for menor que 2 cm ou menor que 90% do volume inicial, o paciente pode ser seguido com tomografias e marcadores, a cada três a seis meses, por cinco anos.

## 5. TRATAMENTO DE DOENÇA PERSISTENTE OU RECIDIVADA

Considerar cirurgia com ressecção, em especial quando há crescimento de massa sem elevação de marcadores tumorais ou quando a recidiva é isolada.

Pacientes que receberam quimioterapia contendo bleomicina devem evitar ventilação mecânica com FiO<sub>2</sub> maior que 25% e também hiper-hidratação, com o objetivo de diminuir risco de lesão pulmonar.

Quimioterapia de resgate deve ser indicada quando há massa residual após quimioterapia com esquema PEB, mantendo marcadores elevados, ou quando há recidiva com elevação de marcadores tumorais.

A seguir é descrito o esquema recomendado para tratamento de doença refratária que progride inicialmente com o esquema PEB:

- Paclitaxel 250 mg/m<sup>2</sup> (em infusão de 24 horas) no D1;
- Ifosfamida 1200 mg/m<sup>2</sup> do D2 ao D5;
- Mesna 1200 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D5 (50%

AM



concomitante à ifosfamida e 50% após quatro horas);

- Cisplatina 25 mg/m<sup>2</sup> do D2 ao D5;
- Filgrastima 300 mcg/dia, do D6 ao D12. (repetir a cada 21 dias)

O esquema de tratamento recomendado para recidiva tardia deve ser feito segundo o esquema:

- Vimblastina 0,1 mg/kg no D1 e D2;
- Ifosfamida 1200 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D5;
- Mesna 1200 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D5 (50% concomitante à ifosfamida e 50% após quatro horas);
- Cisplatina 20 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D5(repetir a cada 21 dias).

### Violação escrotal

Pacientes com violação escrotal apresentam maior risco de recidiva. No entanto, estudos sugerem que tratamento cirúrgico local mais agressivo não traz maior benefício. Desta maneira, sugerimos apenas acompanhamento dos pacientes.

### Seguimento seminoma

Após o tratamento com orquiectomia mais quimioterapia ou radioterapia os pacientes devem ser acompanhados com consulta, marcadores tumorais e RX tórax trimestral por dois anos, semestral do quarto ao sexto ano, e anual do sexto ao décimo ano. Pacientes que não receberam tratamento complementar devem ainda fazer tomografia de abdome e pelve a cada quatro meses, por três anos, semestral no quarto e quinto ano, e anual do sexto ao décimo ano.

### Não seminoma

Pacientes devem ser acompanhados com consulta, marcadores tumorais e RX tórax a cada dois meses no primeiro ano, a cada três meses no segundo ano, a cada quatro meses no terceiro ano e semestral no quarto e quinto anos. A TC de abdome deve ser feita semestralmente, até o quinto ano.

## CÂNCER DE RIM

### 1. ESTADIAMENTO

- T1 Tumor limitado ao rim;
- T1a Menor que 4 cm;
- T1b Maior que 4 cm, menor que 7 cm;
- T2 Tumor limitado ao rim, com mais de 7 cm;
- T3 Tumor invade a veia, a supra-renal ou tecidos periféricos, porém não ultrapassa a fáscia de Gerota;
- T3a Invasão de adrenal ou gordura perirenal;
- T3b Invasão de veias intrarrenais, renal ou cava inferior infradiafragmática;
- T3c Extensão para veia cava inferior supradiafragmática, ou invase a parede da veia cava;
- T4 Tumor ultrapassa a fáscia de Gerota;
- N1 Linfonodo único comprometido;
- N2 Mais de um linfonodo comprometido;
- M1 Metástase a distância.



Para pacientes com doença metastática, pode-se utilizar os fatores de risco descritos abaixo para classificação prognóstica dos pacientes (Critério de Motzer):

Critérios	Risco
Karnofsky (< 80%) Hemoglobina diminuída (< 10mg/dl) Cálcio sérico elevado (> 10 mg/dL) LDH elevada (> 1,5x o valor normal)	Favorável (0 critério)
Tempo do diagnóstico e início do tratamento sistêmico < 12 meses	Intermediário (1-2 critérios) Desfavorável (> 3 critérios)

## 2. RASTREAMENTO / DETECÇÃO PRECOCE

Não há evidências com qualidade suficiente para avaliar a eficácia do rastreamento em pacientes assintomáticos. Está contra-indicado o rastreamento do câncer de rim nas pessoas assintomáticas.

## 3. DIAGNÓSTICO

Pacientes com massa renal suspeita devem ser avaliados com tomografia computadorizada de abdome. Não está indicada biópsia de rotina para diagnóstico antes da cirurgia. A biópsia pode ser indicada nos casos de suspeita de linfomarenal, metástases de outras neoplasias e quando há lesões suspeitas bilaterais. Exames complementares

Os exames que devem complementar o diagnóstico e estadiamento são descritos a seguir:

Exames de imagem:

- RX tórax;
- Cintilografia óssea para pacientes com

doença não limitada ao rim ou com sintomas suspeitos;

- RM pode ser indicada para avaliação da extensão de trombo na veia cava;
- TC de tórax em caso de alteração no RX.

## 4. TRATAMENTO DE DOENÇA LOCALIZADA (SEM METÁSTASE)

Nefrectomia parcial é o tratamento de escolha. A poupadora de néfrons, deve sempre que possível ser indicada principalmente em pacientes com tumores bilaterais, ou com insuficiência renal, ou com tumores com menos de 4 cm. Nos casos em que a lesão neoplásica possui grandes dimensões ou localização anatômica desfavorável, impossibilitando uma ressecção parcial, deve-se realizar a nefrectomia radical.

A adrenalectomia está indicada nos casos em que o tumor engloba o polo superior, bem como nos casos de invasão por contiguidade.

A linfadenectomia de gânglios não aumentados não deve ser realizada de rotina. Não está indicado tratamento adjuvante.

A via de acesso cirúrgica pode ser tanto por laparoscopia quanto por laparotomia.

Pacientes com tumor causando trombo na veia cava deverão ser submetidos à nefrectomia radical mais ressecção do trombo. Considerar ressecção da veia cava se houver invasão tumoral da parede do vaso.

## 5. TRATAMENTO DE DOENÇA METÁSTICA CIRÚRGICA

*AI*



Nefrectomia radical (cirurgia citorrredutora) é o tratamento inicial recomendado nos casos em que haverá indicação posterior de terapia complementar nova cirurgia para ressecção de metástases ou quimioterapia/imunoterapia. Nos casos em que não há possibilidade de cirurgia, mas indicação apenas de tratamento sistêmico, biópsia deve ser indicada para o diagnóstico histológico.

A ressecção de metástases a distância é recomendável, especialmente nos casos de lesões únicas ou apenas pulmonares. Se não houver lesão residual após a ressecção, não há indicação de tratamento sistêmico complementar.

Sempre que possível, as recidivas locais pós nefrectomia deverão ser ressecadas. Pois, esses pacientes apresentam melhor prognóstico do que os não operados, principalmente se menores de 5cm, com margens cirúrgicas negativas e sem diferenciação sarcomatóide.

## TRATAMENTO SISTÊMICO

Em pacientes sem acesso a terapias alvo, com metástases inoperáveis, é opção tratamento com interferon-alfa três vezes por semana. Iniciar com 3MU, aumentar após uma semana para 6MU, e após a segunda semana para 10MU, desde que haja boa tolerância. Não há evidências confiáveis de que o uso de interleucina melhore o prognóstico dos pacientes.

Para pacientes com possibilidade de acesso às novas drogas, o tratamento de escolha deve ser definido após diagnóstico histológico, e com a divisão dos pacientes em critérios de prognóstico, como descrito anteriormente.

### Carcinoma de células claras

Pacientes com prognóstico favorável ou intermediário, sem metástases cerebrais, sem eventos cardiovasculares recentes e com bom performance status (acima de

80% segundo Karnofsky) podem receber sunitinibe 50 mg (oral) ao dia, em ciclos de seis semanas, consistindo em quatro semanas de tratamento seguidas de duas semanas sem tratamento. O tratamento indicado deve ser mantido até progressão da doença.

Pacientes com prognóstico desfavorável, podem receber Tensirolimo, na dose de 25 mg (endovenoso), semanalmente.

Nos pacientes com doença metastática refratária ao interferon e que mantém bom performance status (acima de 80% segundo Karnofsky), pode ser indicado sorafenibe na dose de 400 mg duas vezes ao dia, continuamente, até nova progressão da doença. Em caso de eventos adversos graves, reduzir a dose para 400 mg ao dia, e em caso de necessidade reduzir novamente a dose para 400 mg em dias alternados. Não é recomendável o uso de sorafenibe após falha com sunitinibe.

Nos pacientes com doença refratária a sunitinibe ou a sorafenibe, e que mantém performance status aceitável (igual ou maior que 70%, segundo Karnofsky) pode ser indicada a utilização de everolimo, na dose de 10 mg (oral) ao dia, continuamente, até nova progressão da doença.

### Outras histologias

Não há evidências suficientes para recomendação de sunitinibe ou sorafenibe no tratamento de câncer renal com outras histologias (papilífero, células cromóforas, entre outros). Desta forma, recomendamos o uso de Tensirolimo, na dose de 25 mg (endovenoso), semanalmente, até progressão da doença.

### Outras drogas

O pazopanibe foi comparado com placebo em pacientes com câncer renal metastático, e demonstrou ganho na sobrevida livre de progressão. Até que novos

*Handwritten signature or initials.*





estudos sejam publicados, com população alvo melhor definida, e com grupo controle adequado, não recomendamos o uso de pazopanibe rotineiramente.

O bevacizumabe associado ao interferon é opção não comprovadamente superior em eficácia ao sunitinibe, porém com custo-efetividade extremamente desfavorável. Desta forma, também não recomendamos como opção rotineira, até que sejam publicados novos estudos comparativos.

### Seguimento

Após nefrectomia radical, sugerimos acompanhamento dos pacientes com doença localizada com intensidade de acordo com o estadiamento e risco de recidiva, seguindo tabela abaixo.

pT1	Consulta com exame físico, mais RX tórax e USabdome anuais, por cinco anos.
pT2	Consulta com exame físico, mais RX tórax e USabdome semestrais, por três anos, e depois anualmente até completar cinco anos.
pT3	Consulta com exame físico, mais RX tórax e CTabdome semestrais, por três anos, e depois anualmente, por tempo indeterminado.
pTxN+	Consulta com exame físico, mais RX tórax e CT abdome trimestrais, por um ano ano, depois semestrais até completar três anos, e depois anualmente, por tempo indeterminado.

- T<sub>a</sub> Carcinoma verrucoso não invasivo;
- T<sub>1</sub> Tumor invade o tecido conjuntivo subepitelial;
- T<sub>2</sub> Tumor invade o corpo esponjoso ou cavernoso;
- T<sub>3</sub> Tumor invade a uretra ou a próstata;
- T<sub>4</sub> Tumor invade outras estruturas adjacentes;
- N<sub>1</sub> Metástase em um único linfonodo inguinal superficial;
- N<sub>2</sub> Metástase em linfonodos inguinais superficiais múltiplos ou bilaterais;
- N<sub>3</sub> Metástase em linfonodo inguinal profundo ou pélvico;
- M<sub>1</sub> Metástase a distância,

## 2. RASTREAMENTO /DETECÇÃO PRECOCE

Não há evidências com qualidade suficiente para avaliar a eficácia do rastreamento em pacientes assintomáticos. Está contraindicado o rastreamento do câncer de pênis nos homens assintomáticos.


## 3. DIAGNÓSTICO

Pacientes com lesão peniana suspeita devem ser submetidos à biópsia, a menos que a lesão tenha macroscopicamente indicação de extirpação cirúrgica direta.

**Exames complementares**

# CÂNCER DE PÊNIS

## 1. ESTADIAMENTO



Os pacientes deverão ser avaliados por equipe de psicólogos especializada antes do procedimento cirúrgico terapêutico. Os exames que devem complementar o diagnóstico e estadiamento são descritos a seguir:

Exames de imagem:

- Raio X tórax
- TC abdômen e pelve, se linfonodos palpáveis.

## 4. TRATAMENTO DA DOENÇA LOCALIZADA

Tratamento curativo conservador pode ser indicado nos tumores com até 2 cm, superficiais e bem diferenciados (Tis, Ta, T1-G1-2), desde que haja possibilidade de acompanhamento rigoroso. Os métodos possíveis:

- Excisão cirúrgica simples da lesão;
- Crioterapia;
- Laser (CO<sub>2</sub> ou Nd-YAG);
- Creme de 5 fluoracil;
- Bleomicina.

Amputação parcial ou total acompanhada de uretostomia perineal está indicada em todos os outros casos.

Amputação total é mandatória quando o tumor envolver o terço proximal do pênis e/ou uretra, e/ou corpo esponjoso.

A biópsia de congelação deve ser realizada para avaliação das margens cirúrgicas, que poderão ser de até 0,5 cm.

### Linfadenectomia

Na ausência de adenomegalias palpáveis, deve ser inicialmente modificada a Catalana, preservando a veia safena. No caso de comprometimento neoplásico à biópsia de congelação ou no anatomopatológico definitivo, a ampliação da ressecção paralinfadenectomia clássica se faz necessária. Caso haja comprometimento tumoral dos linfonodos profundos, a linfadenectomia pélvica está indicada.

Em pacientes com infiltração inguinal maciça a linfadenectomia é indicada para controle local da doença. A linfadenectomia pélvica nesses casos não é indicada, pois tal acometimento se traduz em doença sistêmica.

Não é mandatória nos pacientes com tumores Tis, Ta (Verrucoso), T1, grau histológico 1, sem invasão venosa ou linfática e sem linfonodos palpáveis.

O tratamento pré operatório com antibióticos não é recomendado de rotina.

## 5. TRATAMENTO SISTÊMICO

### Doença localmente irressecável

Pacientes sem metástases à distância e com doença localmente avançada, irressecável, mas candidatos à ressecção dependendo de resposta, podem receber tratamento quimioterápico neoadjuvante, desde que apresentem bom performance status (Karnofsky de 80% ou mais) e função renal normal, com o seguinte esquema:

- Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> (em infusão de 3 horas) no D1;
- Ifosfamida 1200 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D3;
- Mesna 1200 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D3 (50% concomitante à ifosfamida e 50% após





quatro horas);

- Cisplatina 25 mg/m<sup>2</sup> do D1 ao D3;
- (repetir a cada 21 a 28 dias; total de 4 ciclos).

### Doença metastática

Os pacientes com doença recidivada inoperável ou metastática, com bom performance status (Karnofsky de 70% ou mais) e função renal normal, têm indicação de quimioterapia segundo este esquema:

- Cisplatina 100 mg/m<sup>2</sup> no D1;
- Fluorouracil 1000 mg/m<sup>2</sup>/dia em infusão contínua, do D1 ao D4;
- (repetir a cada 21 dias);

O tratamento indicado deve ser mantido até progressão da doença.

### Seguimento

Após o tratamento cirúrgico sugere-se que os pacientes sejam acompanhados com consulta e avaliação clínica a cada três meses no primeiro e segundo ano e a cada seis meses nos anos seguintes (NE 5; GR D).

- T1 Tumor menor que 5 cm, confinado à adrenal;
- T2 Tumor maior que 5 cm, confinado à adrenal;
- T3 Tumor com invasão de estruturas próximas;
- N1 Metástase em linfonodo;
- M1 Metástase a distância.

## 2. DIAGNÓSTICO E EXAMES COMPLEMENTARES ADENOMA X CARCINOMA

Os adenomas de adrenal possuem gordura intracelular em quantidade variável. Baixas atenuações na tomografia (menores que 10 UH) podem caracterizar um adenoma (73% sensibilidade e 96% especificidade). Porém, 30% dos adenomas não apresentam gordura suficiente para expressar esta característica. Para estes casos pode-se utilizar a TC para calcular o percentual de lavagem de contraste (wash out). Níveis superiores a 50% caracterizam adenoma.

Recomenda-se que pacientes com quadro clínico sugestivo de tumor adrenal secretante ou que apresentem lesão suspeita detectada por intermédio de exame de imagem sejam avaliados segundo a propedêutica descrita abaixo:

Exames de imagem

- Tomografia computadorizada de abdome.
- RX tórax.

# CÂNCER DA ADRENAL

## 1. ESTADIAMENTO

- Cintilografia com MIBG (nos casos sugestivos de feocromocitoma)

### Exames laboratoriais

Deve-se realizar investigação hormonal mesmo em lesões aparentemente não funcionantes. Para isto, recomenda-se como avaliação básica a dosagem sérica de sódio/potássio, cortisol, DHEA e metanefrinas.

Os testes adicionais devem ser realizados conforme as alterações encontradas na avaliação básica e dependente do quadro clínico. )

#### Hipercortisolismo

- Cortisol urinário livre em 24h
- Cortisol sérico
- ACTH sérico
- Teste de supressão com dexametasona.

#### Hiperaldosteronismo

- Atividade da renina plasmática
- Aldosterona urinária de 24h
- Aldosterona sérica
- Teste do captopril

#### Feocromocitoma

- Metanefrinas urinárias de 24h
- Ácido vanilmandélico urinário de 24h
- Catecolaminas séricas

#### Hiperandrogenismo

- Testosterona sérica
- DHEA
- Androstenediona
- 17 OH esteroidase

A biópsia está indicada nos casos suspeitos de metástase, depois de afastada a possibilidade de

feocromocitoma.

Os critérios anatomopatológicos mais utilizados para definir os tumores malignos da adrenal são os descritos por Weiss:

Alto índice de proliferação celular.

Núcleo diferenciados

Necrose

Invasão venosa

Invasão capsular

Mitoses atípicas

Baixo percentual de células claras

Arquitetura tumoral difusa

Invasão sinusoidal

A presença de dois dos itens citados acima aumenta a suspeita de carcinoma, enquanto que a presença de três dos itens praticamente confirma o diagnóstico.<sup>158</sup> (NE 4; GR C)

## 3. TRATAMENTO DA DOENÇA LOCALIZADA

- Adrenalectomia é o tratamento de escolha. A via de acesso preferencial nos tumores com mais de 6 cm deve ser a cirurgia aberta. Nos tumores com menos de 6 cm deverá ser indicada por via laparoscópica.
- Linfadenectomia não se recomenda de forma eletiva nos pacientes sem adenomegalia.
- Tratamento neoadjuvante ou adjuvante com quimioterapia ou radioterapia não é aconselhado.
- Seguimento Lesões até 3 cm, com coeficiente de atenuação <10UH em CT sem contraste, poderão ser acompanhadas com exames de imagem periódicos devido a grande chance

de se tratar de adenomas.

partir do segundo ano. Deverão ainda ser feitas dosagens hormonais nos casos de tumores funcionantes.

## 4. FEOCROMOCITOMA

Antes da cirurgia deve ser instituído controle dos níveis pressóricos com agentes alfa- adrenérgicos. Beta-bloqueadores devem ser associados nos casos que cursam com taquicardia, arritmia, angina ou nos tumores que secretam predominantemente epinefrina. Devem ser evitados diuréticos.

## 5. TRATAMENTO DA DOENÇA RECIDIVADA OU METASTÁTICA

- Cirurgia pode ser indicada para ressecção das metástases, mesmo quando a ressecção não é completa, principalmente nos casos de tumores secretores.
- Quimioterapia: em pacientes com função renal normal e performance status adequado (Karnofsky de 60% ou mais) pode ser indicado tratamento com o seguinte esquema:
  - o Cisplatina 75 mg/m<sup>2</sup> no D1.
  - o Mitotano 1g de 6 em 6 horas, continuamente (repetir ciclos a cada 21 dias).
- Radioterapia localizada é indicada para o tratamento paliativo de metástases ósseas.

### Seguimento

Os pacientes no pós-operatório de câncer de adrenal devem ser acompanhados com US abdome a cada três meses nos primeiro ano e a cada seis meses a

## ANEXO - ESCALA DE PERFORMANCE STATUS

### ESCALA DE PERFORMANCE STATUS SEGUNDO KARNOSFKY<sup>167</sup>

100%	Normal, nenhuma queixa, nenhuma evidência de doença.
90%	Capaz para continuar atividade normal; pequenos sintomas.
80%	Atividade normal com esforço; alguns sintomas.
70%	Cuidados para si; incapaz para continuar sua atividade normal.
60%	Requer ajuda ocasional; cuidados para a maioria das necessidades.
50%	Requer ajuda considerável e cuidado frequente.
40%	Incapacitado; requer cuidado especial e ajuda.
30%	Severamente incapacitado; hospitalizado, mas morte não iminente.
20%	Muito doente; precisa de cuidado intensivo.
10%	Moribundo; processo de fatalidade progredindo rapidamente.

### Referências Bibliográficas

- 1 Hillier S, Grimmer-Somers K, Merlin T, et al. FORM: an Australian method for formulating and grading recommendations in evidence-based clinical guidelines. BMC Med Res Methodol 2011;11:23.
- 2 Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010;341:e4543.

MA

3. Issa MM, Zasada W, Ward K, et al. The value of digital rectal examination as a predictor of prostate cancer diagnosis among United States Veterans referred for prostate biopsy. *Cancer detection and prevention* 2006;30:269-75.
4. Maattanen L, Hakama M, Tammela TL, et al. Specificity of serum prostate-specific antigen determination in the Finnish prostate cancer screening trial. *British journal of cancer* 2007;96:56-60.
5. Bruno JJ, 2nd, Armenakas NA, Fracchia JA. Influence of prostate volume and percent free prostate specific antigen on prostate cancer detection in men with a total prostate specific antigen of 2.6 to 10.0 ng/ml. *The Journal of urology* 2007;177:1741-4.
6. Roddam AW, Duffy MJ, Hamdy FC, et al. Use of prostate-specific antigen (PSA) isoforms for the detection of prostate cancer in men with a PSA level of 2-10 ng/ml: systematic review and meta-analysis. *Eur Urol* 2005;48:386-99; discussion 98-9.
7. Concato J, Wells CK. Prostate-specific antigen 'velocity' as a diagnostic test for prostate cancer. *J Investig Med* 2006;54:361-4.
8. Zackrisson B, Aus G, Bergdahl S, et al. The risk of finding focal cancer (less than 3 mm) remains high on re-biopsy of patients with persistently increased prostate specific antigen but the clinical significance is questionable. *The Journal of urology* 2004;171:1500-3.
9. Scattoni V, Raber M, Capitanio U, et al. The Optimal Rebiopsy Prostatic Scheme Depends on Patient Clinical Characteristics: Results of a Recursive Partitioning Analysis Based on a 24-Core Systematic Scheme. *Eur Urol* 2011.
10. Aganovic D, Preic A, Kulovac B, Hadziosmanovic O. Prostate cancer detection rate and the importance of premalignant lesion in rebiopsy. *Med Arh* 2011;65:109-12.
11. Herranz Amo F, Diez Cordero JM, Verdu Tartajo F, et al. [The diagnostic effectiveness of repeat echo-guided transrectal biopsy as a function of the clinical and anatomicopathological findings]. *Actas urologicas espanolas* 1999;23:394-9.
12. Rabets JC, Jones JS, Patel A, Zippe CD. Prostate cancer detection with office based saturation biopsy in a repeat biopsy population. *The Journal of urology* 2004;172:94-7.
13. Tsivian M, Moreira DM, Sun L, et al. Biopsy accuracy in identifying unilateral prostate cancer depends on prostate weight. *UrolOncol* 2010.
14. Ozu C, Nakashima J, Horiguchi Y, Oya M, Ohgashi T, Murai M. Prediction of bone metastases by combination of tartrate-resistant acid phosphatase, alkaline phosphatase and prostate specific antigen in patients with prostate cancer. *Int J Urol* 2008;15:419-22.
15. Lorente JA, Morote J, Raventos C, Encabo G, Valenzuela H. Clinical efficacy of bone alkaline phosphatase and prostate specific antigen in the diagnosis of bone metastasis in prostate cancer. *The Journal of urology* 1996;155:1348-51.
16. Wymenga LF, Boomsma JH, Groenier K, Piers DA, Mensink HJ. Routine bone scans in patients with prostate cancer related to serum prostate-specific antigen and alkaline phosphatase. *BJU international* 2001;88:226-30.
17. Umbehr M, Bachmann LM, Held U, et al. Combined magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopy imaging in the diagnosis of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol* 2009;55:575-90.
18. Turkbey B, Xu S, Kruecker J, et al. Documenting the location of systematic transrectal ultrasound-guided prostate biopsies: correlation with multi-parametric MRI. *Cancer Imaging* 2011;11:31-6.
19. D'Amico AV, Moul J, Carroll PR, Sun L, Lubeck D, Chen MH. Cancer-specific mortality after surgery or radiation for patients with clinically localized prostate cancer managed during the prostate-specific antigen era. *J Clin Oncol* 2003;21:2163-72.
20. Bastian PJ, Carter BH, Bjartell A, et al. Insignificant prostate cancer and active surveillance: from definition to clinical implications. *Eur Urol* 2009;55:1321-30.
21. Klotz L, Zhang L, Lam A, Nam R, Mamedov A, Loblaw A. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2010;28:126-31.
22. de Vries SH, Raaijmakers R, Kranse R, Blijenberg BG, Schroder FH. Prostate cancer characteristics and prostate specific antigen changes in screening detected patients initially treated with a watchful waiting policy. *The Journal of urology* 2004;172:2193-6.
23. Boorjian SA, Karnes RJ, Viterbo R, et al. Long-term survival after radical prostatectomy versus external-beam radiotherapy for patients with high-risk prostate cancer. *Cancer* 2011;117:2883-91.
24. Hill JR, Fine SW, Zhang J, Eastham JA. Radical prostatectomy for clinical T3 disease: expanding indications while optimizing cancer control and quality of life. *Nat Clin Pract Urol* 2007;4:451-4.
25. Palapattu GS, Singer EA, Messing EM. Controversies surrounding lymph node dissection for prostate cancer. *Urol Clin North Am* 2010;37:57-65.
26. Malmstrom PU. Lymph node staging in prostatic carcinoma revisited. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 2005;44:593-8.
27. Hu JC, Gu X, Lipsitz SR, et al. Comparative effectiveness of minimally invasive vs open radical prostatectomy. *JAMA* 2009;302:1557-64.
28. Ficarra V, Novara G, Artibani W, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. *Eur Urol* 2009;55:1037-63.
29. Hummel S, Simpson EL, Hemingway P, Stevenson MD, Rees A. Intensity-modulated radiotherapy for the treatment of prostate cancer: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2010;14:1-108, iii-iv.
30. Dearnaley DP, Sydes MR, Graham JD, et al. Escalated-dose versus standard-dose conformal radiotherapy in prostate cancer: first results from the MRC RT01 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2007;8:475-87.
31. Grills IS, Martinez AA, Hollander M, et al. High dose



rate brachytherapy as prostate cancer monotherapy reduces toxicity compared to low dose rate palladium seeds. *The Journal of urology* 2004;171:1098-104.

32. Viani GA, Stefano EJ, Afonso SL. Higher-than-conventional radiation doses in localized prostate cancer treatment: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;74:1405-18.

33. Widmark A, Klepp O, Solberg A, et al. Endocrine treatment, with or without radiotherapy, in locally advanced prostate cancer (SPCG-7/SFUO-3): an open randomised phase III trial. *Lancet* 2009;373:301-8.

34. Kumar S, Shelley M, Harrison C, Coles B, Wilt TJ, Mason MD. Neo-adjuvant and adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD006019.

35. Shelley MD, Kumar S, Coles B, Wilt T, Staffurth J, Mason MD. Adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate carcinoma: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Cancer Treat Rev* 2009;35:540-6.

36. Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J, et al. Adjuvant radiotherapy for pathological T3N0M0 prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long-term followup of a randomized clinical trial. *The Journal of urology* 2009;181:956-62.

37. Cronin AM, Godoy G, Vickers AJ. Definition of biochemical recurrence after radical prostatectomy does not substantially impact prognostic factor estimates. *The Journal of urology* 2010;183:984-9.

38. Sandler HM, Eisenberger MA. Assessing and treating patients with increasing prostate specific antigen following radical prostatectomy. *The Journal of urology* 2007;178:520-4.

39. Moul JW, Wu H, Sun L, et al. Early versus delayed hormonal therapy for prostate specific antigen only recurrence of prostate cancer after radical prostatectomy. *The Journal of urology* 2008;179:553-9.

40. Cookson MS, Aus G, Burnett AL, et al. Variation in the definition of biochemical recurrence in patients treated for localized prostate cancer: the American Urological Association Prostate Guidelines for Localized Prostate Cancer Update Panel report and recommendations for a standard in the reporting of surgical outcomes. *The Journal of urology* 2007;177:540-5.

41. Thames H, Kuban D, Levy L, et al. Comparison of alternative biochemical failure definitions based on clinical outcome in 4839 prostate cancer patients treated by external beam radiotherapy between 1986 and 1995. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003;57:929-43.

42. Pisters LL, Leibovici D, Blute M, et al. Locally recurrent prostate cancer after initial radiation therapy: a comparison of salvage radical prostatectomy versus cryotherapy. *The Journal of urology* 2009;182:517-25. discussion 25-7.

43. Zietman AL, Dallow KC, McManus PA, Heney NM, Shipley WU. Time to second prostate-specific antigen failure is a surrogate endpoint for prostate cancer death in a prospective trial of therapy for localized disease. *Urology* 1996;47:236-9.

44. Seidenfeld J, Samson DJ, Hasselblad V, et al. Single-therapy androgen suppression in men with advanced prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine* 2000;132:566-77.

45. Soloway MS, Chodak G, Vogelzang NJ, et al. Zoladex versus orchiectomy in treatment of advanced prostate cancer: a randomized trial. *Zoladex Prostate Study Group. Urology* 1991;37:46-51.

46. Sharif R, Soloway M. Clinical study of leuprolide depot formulation in the treatment of advanced prostate cancer. The Leuprolide Study Group. *The Journal of urology* 1990;143:68-71.

47. Kuhn JM, Abourachid H, Brucher P, et al. A randomized comparison of the clinical and hormonal effects of two GnRH agonists in patients with prostate cancer. *Eur Urol* 1997;32:397-403.

48. Conti PD, Atallah AN, Arruda H, Soares BG, El Dib RP, Wilt TJ. Intermittent versus continuous androgen suppression for prostatic cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD005009.

49. Manikandan R, Srirangam SJ, Pearson E, Brown SC, O'Reilly P, Collins GN. Diethylstilboestrol versus bicalutamide in hormone refractory prostate carcinoma: a prospective randomized trial. *Urol Int* 2005;75:217-21.

50. Nishimura K, Arichi N, Tokugawa S, Yoshioka I, Kishikawa H, Ichikawa Y. Effects of flutamide as a second-line agent for maximum androgen blockade of hormone refractory prostate cancer. *Int J Urol* 2007;14:264-7.

51. Berthold DR, Pond GR, Soban F, de Wit R, Eisenberger M, Tannock IF. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer: updated survival in the TAX 327 study. *J Clin Oncol* 2008;26:242-5.

52. Berthold DR, Pond GR, de Wit R, Eisenberger M, Tannock IF. Survival and PSA response of patients in the TAX 327 study who crossed over to receive docetaxel after mitoxantrone or vice versa. *Ann Oncol* 2008;19:1749-53.

53. de Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, et al. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomized open-label trial. *Lancet* 2010;376:1147-54.

54. Anast JW, Andriole GL, Grubb RL, 2nd. Managing the local complications of locally advanced prostate cancer. *Curr Urol Rep* 2007;8:211-6.

55. Kaasa S, Brenne E, Lund JA, et al. Prospective randomised multicenter trial on single fraction radiotherapy (8 Gy x 1) versus multiple fractions (3 Gy x 10) in the treatment of painful bone metastases. *Radiother Oncol* 2006;79:278-84.

56. Saad F, Gleason DM, Murray R, et al. Long-term efficacy of zoledronic acid for the prevention of skeletal complications in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 2004;96:879-82.

57. Sartor O, Reid RH, Hoskin PJ, et al. Samarium-153-Lexidronam complex for treatment of painful bone metastases in hormone-refractory prostate cancer. *Urology* 2004;63:940-5.

58. Heidenreich A, Aus G, Bolla M, et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer. *Eur Urol* 2007.

*Handwritten signature*

59. Messing EM, Madeb R, Young T, et al. Long-term outcome of hematuria home screening for bladder cancer in men. *Cancer* 2006;107:2173-9.
60. Rodgers M, Nixon J, Hempel S, et al. Diagnostic tests and algorithms used in the investigation of haematuria: systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2006;10:iii-iv, xi-259.
61. Matheus WE, Nardi Pedro R, Maia Oliveira RR, Ferreira U, Rodrigues Netto N, Jr. [Is there a place for randomized biopsies in the follow up of superficial transitional cell carcinoma of the urinary bladder?]. *Actas urológicas españolas* 2005;29:842-5.
62. Gray Sears CL, Ward JF, Sears ST, Puckett MF, Kane CJ, Amling CL. Prospective comparison of computerized tomography and excretory urography in the initial evaluation of asymptomatic microhematuria. *The Journal of urology* 2002;168:2457-60.
63. Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, et al. EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder, the 2011 update. *Eur Urol* 2011;59:997-1008.
64. Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, et al. Treatment of muscle-invasive and metastatic bladder cancer: update of the EAU guidelines. *Eur Urol* 2011;59:1009-18.
65. Barentsz JO, Jager GJ, Witjes JA, Ruijs JH. Primary staging of urinary bladder carcinoma: the role of MRI and a comparison with CT. *Eur Radiol* 1996;6:129-33.
66. Allard P, Bernard P, Fradet Y, Tetu B. The early clinical course of primary T<sub>a</sub> and T<sub>1</sub> bladder cancer: a proposed prognostic index. *Br J Urol* 1998;81:692-8.
67. Herr HW, Donat SM, Reuter VE. Management of low grade papillary bladder tumors. *The Journal of urology* 2007;178:1201-5;discussion 5.
68. Shelley MD, Wilt TJ, Court J, Coles B, Kynaston H, Mason MD. Intravesical bacillus Calmette-Guerin is superior to mitomycin C in reducing tumour recurrence in high-risk superficial bladder cancer: a meta-analysis of randomized trials. *BJU international* 2004;93:485-90.
69. Sylvester RJ, Oosterlinck W, van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients with stage T<sub>a</sub> T<sub>1</sub> bladder cancer: a meta-analysis of published results of randomized clinical trials. *The Journal of urology* 2004;171:2186-90, quiz 435.
70. Solsona E, Iborra I, Rubio J, Casanova J, Almenar S. The optimum timing of radical cystectomy for patients with recurrent high-risk superficial bladder tumour. *BJU international* 2004;94:1258-62.
71. Han RF, Pan JG. Can intravesical bacillus Calmette-Guerin reduce recurrence in patients with superficial bladder cancer? A meta-analysis of randomized trials. *Urology* 2006;67:1216-23.
72. Fahmy N, Kassouf W, Jeyaganth S, et al. An analysis of preoperative delays prior to radical cystectomy for bladder cancer in Quebec. *Can Urol Assoc J* 2008;2:102-8.
73. Ather MH, Fatima S, Sinanoglu O. Extent of lymphadenectomy in radical cystectomy for bladder cancer. *World J Surg Oncol* 2005;3:43.
74. Sevin G, Soyuzpek S, Armagan A, Hoscan MB, Dilmen C, Tükel O. What is the ratio of urethral recurrence risk after radical cystoprostatectomy for bladder cancer? *Int Urol Nephrol* 2004;36:523-7.
75. Neoadjuvant chemotherapy for invasive bladder cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD005246.
76. Herchenhorn D, Dienstmann R, Peixoto FA, et al. Phase II trial of neoadjuvant gemcitabine and cisplatin in patients with resectable bladder carcinoma. *Int Braz J Urol* 2007;33:630-8; discussion 8.
77. Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. *N Engl J Med* 2003;349:859-66.
78. Bellmunt J, Ribas A, Eres N, et al. Carboplatin-based versus cisplatin-based chemotherapy in the treatment of surgically incurable advanced bladder carcinoma. *Cancer* 1997;80:1966-72.
79. Chung PW, Bristow RG, Milosevic MF, et al. Long-term outcome of radiation-based conservation therapy for invasive bladder cancer. *Urol Oncol* 2007;25:303-9.
80. Gogna NK, Matthews JH, Turner SL, et al. Efficacy and tolerability of concurrent weekly low dose cisplatin during radiation treatment of localised muscle invasive bladder transitional cell carcinoma: a report of two sequential Phase II studies from the Trans Tasman Radiation Oncology Group. *Radiother Oncol* 2006;81:9-17.
81. Roberts JT, von der Maase H, Sergeev L, et al. Long-term survival results of a randomized trial comparing gemcitabine/cisplatin and methotrexate/vinblastine/doxorubicin/cisplatin in patients with locally advanced and metastatic bladder cancer. *Ann Oncol* 2006;17 Suppl 5:v118-22.
82. Lebret T, Bohin D, Kassardjian Z, et al. Recurrence, progression and success in stage T<sub>a</sub> grade 3 bladder tumors treated with low dose bacillus Calmette-Guerin instillations. *The Journal of urology* 2000;163:63-7.
83. Braendengen M, Winderen M, Fossa SD. Clinical significance of routine pre-cystectomy bone scans in patients with muscle-invasive bladder cancer. *Br J Urol* 1996;77:36-40.
84. Van Der Molen AJ, Cowan NC, Mueller-Lisse UG, Nolte-Ernsting CC, Takahashi S, Cohan RH. CT urography: definition, indications and techniques. A guideline for clinical practice. *Eur Radiol* 2008;18:4-17.
85. Wang LJ, Wong YC, Huang CC, Wu CH, Hung SC, Chen HW. Multidetector computerized tomography urography is more accurate than excretory urography for diagnosing transitional cell carcinoma of the upper urinary tract in adults with hematuria. *The Journal of urology* 2010;183:48-55.
86. Tavora F, Fajardo DA, Lee TK, et al. Small endoscopic biopsies of the ureter and renal pelvis: pathologic pitfalls. *Am J Surg Pathol* 2009;33:1540-6.
87. Brien JC, Shariat SF, Herman MP, et al. Preoperative hydronephrosis, ureteroscopic biopsy grade and urinary cytology can improve prediction of advanced upper tract urothelial carcinoma. *The Journal of urology* 2010;184:69-73.





88. Margulis V, Shariat SF, Matin SF, et al. Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. *Cancer* 2009;115:1224-33.
89. Zigeuner R, Pummer K. Urothelial carcinoma of the upper urinary tract: surgical approach and prognostic factors. *Eur Urol* 2008;53:720-31.
90. Brown GA, Busby JE, Wood CG, et al. Nephroureterectomy for treating upper urinary tract transitional cell carcinoma: Time to change the treatment paradigm? *BJU international* 2006;98:1176-80.
91. Lughezzani G, Jeldres C, Isbarn H, et al. A critical appraisal of the value of lymph node dissection at nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. *Urology* 2010;75:118-24.
92. Audenet F, Yates DR, Cussenot O, Roupret M. The role of chemotherapy in the treatment of urothelial cell carcinoma of the upper urinary tract (UUT-UCC). *Urol Oncol* 2010.
93. Stephenson AJ, Kuritzky L, Campbell SC. Screening for urologic malignancies in primary care: pros, cons, and recommendations. *Cleve Clin J Med* 2007;74 Suppl 3:56-14.
94. Huddart RA. Mixed or non-seminomatous germ-cell tumors: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2007;18 Suppl 2:i42-3.
95. Huddart RA. Testicular seminoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2007;18 Suppl 2:i40-1.
96. Schlatter M, Rescorla F, Gillier R, et al. Excellent outcome in patients with stage I germ cell tumors of the testis: a study of the Children's Cancer Group/Pediatric Oncology Group. *J Pediatr Surg* 2003;38:319-24; discussion -24.
97. Jones WG, Fossa SD, Mead GM, et al. Randomized trial of 30 versus 20 Gy in the adjuvant treatment of stage I Testicular Seminoma: a report on Medical Research Council Trial TE18, European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Trial 30942 (ISRCTN18525328). *J Clin Oncol* 2005;23:1200-8.
98. Oliver RT, Mason MD, Mead GM, et al. Radiotherapy versus single-dose carboplatin in adjuvant treatment of stage I seminoma: a randomised trial. *Lancet* 2005;366:293-300.
99. Choo R, Thomas G, Woo T, et al. Long-term outcome of postorchietomy surveillance for Stage I testicular seminoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;61:736-40.
100. Majewski W, Majewski S, Maciejewski A, Kolosza Z, Tarnawski R. Adverse effects after radiotherapy for early stage (IIa,IIb) seminoma. *Radiother Oncol* 2005;76:257-63.
101. de Wit R, Roberts JT, Wilkinson PM, et al. Equivalence of three or four cycles of bleomycin, etoposide, and cisplatin chemotherapy and of a 3- or 5-day schedule in good-prognosis germ cell cancer: a randomized study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Tract Cancer Cooperative Group and the Medical Research Council. *J Clin Oncol* 2001;19:1629-40.
102. Herr HW, Sheinfeld J, Puc HS, et al. Surgery for a post-chemotherapy residual mass in seminoma. *The Journal of urology* 1997;157:860-2.
103. Read G, Stenning SP, Cullen MH, et al. Medical Research Council prospective study of surveillance for stage I testicular teratoma. Medical Research Council Testicular Tumors Working Party. *J Clin Oncol* 1992;10:1762-8.
104. Donohue JP, Foster RS. Retroperitoneal lymphadenectomy in staging and treatment. The development of nerve-sparing techniques. *Urol Clin North Am* 1998;25:461-8.
105. Sonneveld DJ, Koops HS, Sleijfer DT, Hoekstra HJ. Surgery versus surveillance in stage I non-seminoma testicular cancer. *Semin Surg Oncol* 1999;17:230-9.
106. Oliver RT, Ong J, Shamash J, et al. Long-term follow-up of Anglian Germ Cell Cancer Group surveillance versus patients with Stage I nonseminoma treated with adjuvant chemotherapy. *Urology* 2004;63:556-61.
107. Weissbach L, Bussar-Maatz R, Flechtner H, Pichlmeier U, Hartmann M, Keller L. RPLND or primary chemotherapy in clinical stage IIA/B nonseminomatous germ cell tumors? Results of a prospective multicenter trial including quality of life assessment. *Eur Urol* 2000;37:582-94.
108. Williams SD, Stablein DM, Einhorn LH, et al. Immediate adjuvant chemotherapy versus observation with treatment at relapse in pathological stage II testicular cancer. *N Engl J Med* 1987;317:1433-8.
109. Hinton S, Catalano PJ, Einhorn LH, et al. Cisplatin, etoposide and either bleomycin or ifosfamide in the treatment of disseminated germ cell tumors: final analysis of an intergroup trial. *Cancer* 2003;97:1869-75.
110. Droz JP, Kramar A, Blron P, et al. Failure of high-dose cyclophosphamide and etoposide combined with double-dose cisplatin and bone marrow support in patients with high-volume metastatic nonseminomatous germ-cell tumours: mature results of a randomised trial. *Eur Urol* 2007;51:739-46; discussion 47-8.
111. Daugaard G, Skoneczna I, Aass N, et al. A randomized phase III study comparing standard dose BEP with sequential high-dose cisplatin, etoposide, and ifosfamide (VIP) plus stem-cell support in males with poor-prognosis germ-cell cancer. An intergroup study of EORTC, GTCSG, and Grupo Germinal (EORTC 30974). *Ann Oncol* 2011;22:1054-61.
112. Steyerberg EW, Gerl A, Fossa SD, et al. Validity of predictions of residual retroperitoneal mass histology in nonseminomatoustesticular cancer. *J Clin Oncol* 1998;16:269-74.
113. Beck SD, Foster RS, Bihrlle R, Einhorn LH, Donohue JP. Post chemotherapy RPLND in patients with elevated markers: current concepts and clinical outcome. *Urol Clin North Am* 2007;34:219-25; abstract ix-x.
114. Donat SM, Levy DA. Bleomycin associated pulmonary toxicity: is perioperative oxygen restriction necessary? *The Journal of urology* 1998;160:1347-52.
115. McCaffrey JA, Mazumdar M, Bajorin DF, Bosl GJ, Vlamis V, Motzer RJ. Ifosfamide- and cisplatin-containing chemotherapy as first-line salvage therapy in germ cell tumors: response and survival. *J Clin Oncol* 1997;15:2559-63.
116. Motzer RJ, Sheinfeld J, Mazumdar M, et al. Paclitaxel, ifosfamide, and cisplatin second-line therapy for patients with

relapsed testicular germ cell cancer. *J Clin Oncol* 2000;18:2413-8.

117. Leibovitch I, Baniel J, Foster RS, Donohue JP. The clinical implications of procedural deviations during orchiectomy for nonseminomatous testis cancer. *The Journal of urology* 1995;154:935-9.

118. Aki FT, Bilen CY, Tekin MI, Ozen H. Is scrotal violation per se a risk factor for local relapse and metastases in stage I non-seminomatous testicular cancer? *Urology* 2000;56:459-62.

119. Spleess PE, Brown GA, Liu P, et al. Recurrence pattern and proposed surveillance protocol following post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection. *The Journal of urology* 2007;177:131-8.

120. Rutherford EE, Ferguson JL, Geldart TR, Mead GM, Smart JM, Tung KT. Late relapse of metastatic non-seminomatous testicular germ cell tumours. *Clin Radiol* 2006;61:907-15.

121. Motzer RJ, Bacik J, Murphy BA, Russo P, Mazumdar M. Interferon-alfa as a comparative treatment for clinical trials of new therapies against advanced renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2002;20:289-96.

122. Mekkhai TM, Abou-Jawde RM, Boumerhi G, et al. Validation and extension of the Memorial Sloan-Kettering prognostic factors model for survival in patients with previously untreated metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2005;23:832-41.

123. Lane BR, Samplaski MK, Herts BR, Zhou M, Novick AC, Campbell SC. Renal mass biopsy--a renaissance? *The Journal of urology* 2008;179:20-7.

124. Assouad J, Banu E, Brian E, et al. Strategies and outcomes in pulmonary and extrapulmonary metastases from renal cell cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2008;33:794-8.

125. Koga S, Tsuda S, Nishikido M, et al. The diagnostic value of bone scan in patients with renal cell carcinoma. *The Journal of urology* 2001;166:2126-8.

126. Aslam Sohaib SA, Teh J, Nargund VH, Lumley JS, Hendry WF, Reznek RH. Assessment of tumor invasion of the vena caval wall in renal cell carcinoma cases by magnetic resonance imaging. *The Journal of urology* 2002;167:1271-5.

127. Baillargeon-Gagne S, Jeldres C, Lughezzani G, et al. A comparative population-based analysis of the rate of partial vs radical nephrectomy for clinically localized renal cell carcinoma. *BJU International* 2010;105:359-64.

128. Pantuck AJ, Zisman A, Dorey F, et al. Renal cell carcinoma with retroperitoneal lymph nodes: role of lymph node dissection. *The Journal of urology* 2003;169:2076-83.

129. Scherr AJ, Lima JP, Sasse EC, Lima CS, Sasse AD. Adjuvant therapy for locally advanced renal cell cancer: a systematic review with meta-analysis. *BMC Cancer* 2011;11:115.

130. Burgess NA, Koo BC, Calvert RC, Hindmarsh A, Donaldson PJ, Rhodes M. Randomized trial of laparoscopic v open nephrectomy. *J Endourol* 2007;21:610-3.

131. Chiappini B, Savini C, Marinelli G, et al. Caval thrombus: single-stage surgical approach with profound hypothermia and circulatory arrest, including a review of the literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2002;124:684-8.

132. Mickisch GH, Garin A, van Poppel H, de Prieck L, Sylvester R. Radical nephrectomy plus interferon-alfa-based immunotherapy compared with interferon alfa alone in metastatic renal-cell carcinoma: a randomised trial. *Lancet* 2001;358:966-70.

133. Kavolius JP, Mastorakos DP, Pavlovich C, Russo P, Burt ME, Brady MS. Resection of metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 1998;16:2261-6.

134. Margulis V, McDonald M, Tamboli P, Swanson DA, Wood CG. Predictors of oncological outcome after resection of locally recurrent renal cell carcinoma. *The Journal of urology* 2009;181:2044-51.

135. Coppin C, Porzolt F, Kumpf J, Coldman A, Wilt T. Immunotherapy for advanced renal cell cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.CD001425.

136. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007;356:115-24.

137. Hudes G, Carducci M, Tomczak P, et al. Temsirolimus, interferon alfa, or both for advanced renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007;356:2271-81.

138. Escudier B, Eisen T, Stadler WM, et al. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007;356:125-34.

139. Motzer RJ, Escudier B, Oudard S, et al. Efficacy of everolimus in advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase III trial. *Lancet* 2008;372:449-56.

140. Dutcher JP, de Souza P, McDermott D, et al. Effect of temsirolimus versus interferon-alfa on outcome of patients with advanced renal cell carcinoma of different tumor histologies. *Med Oncol* 2009;26:202-9.

141. Sternberg CN, Davis ID, Mardiak J, et al. Pazopanib in locally advanced or metastatic renal cell carcinoma: results of a randomized phase III trial. *J Clin Oncol* 2010;28:1061-8.

142. Negrier S, Gravis G, Perol D, et al. Temsirolimus and bevacizumab, or sunitinib, or interferon alfa and bevacizumab for patients with advanced renal cell carcinoma (TORAVA): a randomised phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2011;12:673-80.

143. Thompson Coon J, Hoyle M, Green C, et al. Bevacizumab, sorafenib tosylate, sunitinib and temsirolimus for renal cell carcinoma: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2010;141:184, iii-iv.

144. Kassouf W, Siemens R, Mearash C, et al. Follow-up guidelines after radical or partial nephrectomy for localized and locally advanced renal cell carcinoma. *Can Urol Assoc J* 2009;3:73-6.

145. Dion M, Martinez CH, Williams AK, Chalasani V, Nott L, Pautler SE. Cost analysis of two follow-up strategies for localized kidney cancer: a Canadian cohort comparison. *Can Urol Assoc J* 2010;4:322-6.

146. Micali G, Nasca MR, Innocenzi D, Schwartz RA. Invasive penile carcinoma: a review. *Dermatol Surg* 2004;30:311-20.

147. Horenblas S, Van Tinteren H, Delemarre JF, Moonen LM, Lustig V, Kroger R. Squamous cell carcinoma of the penis: accuracy of tumor, nodes and metastasis classification system.

*AM*



and role of lymphangiography, computerized tomography scan and fine needle aspiration cytology. *The Journal of urology* 1991;146:1279-83.

148. Korets R, Koppie TM, Snyder ME, Russo P. Partial penectomy for patients with squamous cell carcinoma of the penis: the Memorial Sloan-Kettering experience. *Ann Surg Oncol* 2007;14:3614-9.

149. Hoffman MA, Renshaw AA, Loughlin KR. Squamous cell carcinoma of the penis and microscopic pathologic margins: how much margin is needed for local cure? *Cancer* 1999;85:1565-8.

150. d'Ancona CA, de Lucena RG, Quenne FA, Martins MH, Denardi F, Netto NR, Jr. Long-term followup of penile carcinoma treated with penectomy and bilateral modified inguinal lymphadenectomy. *The Journal of urology* 2004;172:498-501; discussion

151. Bevan-Thomas R, Slaton JW, Pettaway CA. Contemporary morbidity from lymphadenectomy for penile squamous cell carcinoma: the M.D. Anderson Cancer Center Experience. *The Journal of urology* 2002;167:1638-42.

152. Pompeo AC. Extended lymphadenectomy in penile cancer. *Can J Urol* 2005;12 Suppl 1:30-6; discussion 97-8.

153. Slaton JW, Morgenstern N, Levy DA, et al. Tumor stage, vascular invasion and the percentage of poorly differentiated cancer: independent prognosticators for inguinal lymph node metastasis in penile squamous cancer. *The Journal of urology* 2001;165:1138-42.

154. Pagliaro LC, Williams DL, Daliani D, et al. Neoadjuvant paclitaxel, ifosfamide, and cisplatin chemotherapy for metastatic penile cancer: a phase II study. *J Clin Oncol* 2010;28:3851-7.

155. Shammas FV, Ous S, Fossa SD. Cisplatin and 5-fluorouracil in advanced cancer of the penis. *The Journal of urology* 1992;147:630-2.

156. van Ditzhuijsen CI, van de Weijer R, Haak HR. Adrenocortical carcinoma. *Neth J Med* 2007;65:55-60.

157. Unger N, Pitt C, Schmidt IL, et al. Diagnostic value of various biochemical parameters for the diagnosis of pheochromocytoma in patients with adrenal mass. *Eur J Endocrinol* 2006;154:409-17.

158. Aubert S, Wacrenier A, Leroy X, et al. Weiss system revisited: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 49 adrenocortical tumors. *Am J Surg Pathol* 2002;26:1612-9.

159. Eto M, Hamaguchi M, Harano M, Yokomizo A, Tatsugami K, Naito S. Laparoscopic adrenalectomy for malignant tumors. *Int J Urol* 2008;15:295-8.

160. Icard P, Goudet P, Charpenay C, et al. Adrenocortical carcinomas: surgical trends and results of a 253-patient series from the French Association of Endocrine Surgeons study group. *World J Surg* 2001;25:891-7.

161. Terzolo M, Angeli A, Fassnacht M, et al. Adjuvant mitotane treatment for adrenocortical carcinoma. *N Engl J Med* 2007;356:2372-80.

162. Boland GW, Lee MJ, Gazelle GS, Halpern EF, McNicholas MM, Mueller PR. Characterization of adrenal masses

using unenhanced CT: an analysis of the CT literature. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:201-4.

163. Pacak K. Preoperative management of the pheochromocytoma patient. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:4069-79.

164. Ohwada S, Izumi M, Kawate S, et al. Surgical outcome of stage III and IV adrenocortical carcinoma. *Jpn J Clin Oncol* 2007;37:108-13.

165. Bukowski RM, Wolfe M, Levine HS, et al. Phase II trial of mitotane and cisplatin in patients with adrenal carcinoma: a Southwest Oncology Group study. *J Clin Oncol* 1993;11:161-5.

166. Fareau GG, Vassilopoulou-Sellin R. Diagnostic challenges in adrenocortical carcinoma: recommendations for surveillance after surgical resection of selected adrenal nodules. *Endocr Pract* 2007;13:636-41.

167. Yates JW, Chalmer B, McKegney FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer* 1980;45:2220-4.

*AM*

## PROTOSCOLOS MÉDICOS PARA PEDIATRIA, UTI PEDIÁTRICA E NEONATOLOGIA

### ATENDIMENTO DE CRISE DE ASMA

#### INTRODUÇÃO

A exacerbação ou crise de asma é caracterizada por dispnéia, tosse, sibilância, sensação de opressão torácica e diminuição da função pulmonar. Pode ocorrer em pacientes com diagnóstico preexistente ou como primeiro episódio, lembrando que em lactentes as causas mais frequentes de sibilância são as infecções virais.

Geralmente é causada por exposição aos aeroalérgenos e/ou por infecções virais, bem como em pacientes com pouca aderência às medicações de controle.

#### ABORDAGEM DA CRISE DE ASMA NA CRIANÇA

A avaliação da gravidade da crise deve ser realizada no momento da chegada do paciente à Unidade de Pronto Atendimento para que o tratamento mais adequado seja instituído precocemente e deve seguir os passos abaixo:

- Avaliação e classificação da gravidade da crise;
- Tratamento precoce da crise;
- Identificação do asmático de risco (Quadro 1);

Encaminhamento do paciente para atendimento especializado após a alta.

• INTERNACÃO PRÉVIA COM NECESSIDADE DE CTI E VENTILAÇÃO MECÂNICA PARA CONTROLADAS CRISES;

• 3 OU + VISITAS A EMERGÊNCIA OU 2 OU + HOSPITALIZAÇÕES NO ÚLTIMO ANO POR CRISE;

• USO FREQUENTE DE CORTICOIDE SISTÊMICO;

• USO DE 2 OU + FRASCOS DE BETA 2 AGONISTA DE AÇÃO RÁPIDA AO MÊS;

• PRESENÇA DE COMORBIDADES;

• BAIXA ADEÇÃO A TRATAMENTOS PRÉVIOS.

Quadro 1: Identificação do asmático de risco.

#### Avaliação inicial Anamnese

História prévia de asma, medicações de controle para asma, investigar quadros de infecção respiratória atual, tratamentos já realizados antes de chegar ao serviço.

#### Exame físico

Avaliar intensidade da dispnéia, tiragens intercostais, subdiafragmáticas ou de fúrcula esternal, sinais vitais como FR e FC, presença de síblos, dificuldade para falar, cianose, nível de consciência. Quando possível/disponível, avaliar saturação de O<sub>2</sub> em ar ambiente e medir o pico de fluxo expiratório (*peak-flow*).

A medida do *peak-flow* (PF) servirá como parâmetro para avaliação da resposta ao tratamento (Quadro 2). Idealmente, deve-se aferir de 3 a 5 medidas e considerar a maior, em crianças acima de 6 anos. Esta medida deve ser comparada de acordo com valores de normalidade para idade, sexo e estatura.

Importante procurar por sinais de anafilaxia e avaliar possibilidade de complicações concomitantes (aspiração de corpo estranho, infecções, pneumotórax)



- BOA RESPOSTA: PFE > 70% DO PREDITO;
- RESPOSTA INCOMPLETA: PFE DE 40 A 70% DO PREDITO;
- MÁ RESPOSTA: PFE < 40% DO PREDITO.

Quadro 2: Avaliação da resposta ao tratamento de acordo com o PFE.

## CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA CRISE

### Crise leve/moderada

O paciente não apresenta alterações do estado geral e do nível de consciência. Pode apresentar dificuldade respiratória leve, tiragens intercostais leves, FR aumentada, sibilos localizados. No caso de lactentes, a tosse pode ser um importante sintoma, dificultando a alimentação. A Figura 1 mostra o fluxograma de atendimento para crise leve/moderada.



Figura 1: Fluxograma de atendimento para crise leve/moderada.

Figura 2: Fluxograma de atendimento para crise grave.

### Crise grave

Paciente com sinais mais evidentes de desconforto respiratório, com taquidispneia, tiragens intercostais, de fúrcula e/ou esternocleidomastoideas, FC e FR aumentadas (Figura 2).



Figura 3: Fluxograma de atendimento para crise com risco de morte iminente.



### Tabelas de Medicações:

Tabela 1: Beta 2 agonistas de ação rápida.

<b>Salbutamol (Aerolin®) 5mg/mL ou 100mcg/jato</b>
<b>Dose inicial</b>
<b>0,07 a 0,15 mg/kg/dose (1 gota/3 kg - máx. 20 gotas) em 3mL de SF 0,9% OU 2 a 4 jatos/dose</b>





Caso NÃO responda	Aumentar para 2 gotas/3kg em 3mL de SF 0,9% OU 4 a 8 jatos/dose (máx: 10 jatos/dose)
Salbutamol contínuo inalatório	0,3-0,5 mg/kg/hora (dose máxima de 10 a 15 mg/hora)  Bolus: 15-20 µg/kg, em 10-15 min Infusão contínua: 0,5-1,0 µg/kg/min
Salbutamol injetável(0,5 mg/mL)	Aumento das taxas de infusão a cada 20-30 min Dose máxima: 8-15 µg/kg/min.

Fenoterol (Berotec®) 5mg/mL

**OBSERVAÇÃO: DEVE-SE DAR PREFERÊNCIA PARA O SALBUTAMOL, DEVIDO AO PERFIL DE SEGURANÇA E AO MAIOR NÚMERO DE ESTUDOS EM CRIANÇAS E ADULTOS.**

Crianças < 6 anos (< 22 kg)	0,05 mg/kg/dose (1 gota/5 kg peso, máximo de 4gts) sempre sob supervisão médica
Crianças entre 6 e 12 anos	1-2 gotas/dose (suficiente na maioria dos casos) 4 gotas/dose (casos graves) 6 gotas/dose (casos particularmente graves), sob supervisão médica
Crianças > 12 anos e adultos	2 gotas/dose (suficiente na maioria dos casos) 5 gotas/dose (casos graves em tratamento hospitalar) 8 gotas/dose (casos particularmente graves), sob supervisão médica

Tabela 2: Anticolinérgico.

Brometo de ipratrópio 0,25mg/mL (Atrovent®)

Até 10kg	10 gotas
Acima de 10kg	20 gotas
Adultos	até 40 gotas

Prednisolona 1 a 2mg/kg/dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Até 2 anos - máx 20mg</li> <li>3 a 5 anos - máx 30mg</li> <li>&gt; 5 anos - máx 40mg</li> <li>Adultos: máx 50mg</li> </ul>
Metilprednisolona	1 a 2mg/kg de 6/6h
Hidrocortisona	2-4 mg/kg/dose a cada 4-6 h Máximo: 250 mg/dose 25-75 mg/kg (máx. 2 g) Infusão em 20-30min
Sulfato de magnésio 10%	Diluir a uma concentração de 60 mg/mL (máx: 200 mg/mL) em SF 0,9%

Tabela 3: Corticóide sistêmico / sulfato de magnésio

## AS PRINCIPAIS INDICAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE UTI

As principais indicações de transferência para UTI, além das formais (parada cardiorespiratória e necessidade de ventilação mecânica) são:

- Hipercapnia, acidose (pH < 7,30) ou hipoxemia;
- Níveis séricos elevados de lactato;
- Hipotensão arterial ou arritmias cardíacas graves;
- Persistência dos sinais e sintomas de gravidade (sonolência, confusão mental, exaustão, cianose, silêncio respiratório ou PFE < 30% do valor previsto) a despeito do tratamento adequado;
- Necessidade de monitorização acurada

*Handwritten signature or initials in blue ink.*



em função da gravidade da doença ou do tratamento a ser utilizado (infusões intravenosas com doses elevadas de beta 2 agonistas, infusões intravenosas de quetamina e utilização de suporte ventilatório não invasivo ou invasivo).

- Exames e suas indicações para crianças:
- Gasometria - Sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO<sub>2</sub> < 93%;
- Radiografia de tórax - Possibilidade de pneumotórax, pneumonia, atelectasia ou necessidade de internação por crise grave;
- Hemograma - Suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam 4 horas após uso de corticosteróides sistêmicos;
- Eletrólitos - Coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diuréticos ou altas doses de beta 2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteroides. A hipopotassemia, decorrente de altas doses de beta 2 agonista, somente deve ser corrigida se o paciente estiver sintomático.

## BRONQUIOLITE

### INTRODUÇÃO

Infecção nos bronquíolos, ramificações dos brônquios que levam oxigênio aos pulmões. A bronquiólite é quase sempre causada por um vírus. A doença costuma ocorrer durante os meses de inverno e ataca principalmente crianças até os 2 anos de idade.

A condição começa como um resfriado comum. Progredir para tosse, chiado e, às vezes, dificuldade em respirar. Os sintomas podem durar de uma semana a um mês.

## 1. DEFINIÇÃO DE BRONQUIOLITE

Inflamação dos bronquíolos, resultando em obstrução bronquiolar.

Fisiopatologia:

- Vírus penetram células epiteliais bronquíolos
- Lesão direta e inflamação
- Edema da parede, muco, células
- Obstrução bronquíolos

### Manifestações clínicas:

Tipicamente

- Pródromo de inf VA sup (2-3 dias);
- Rinorreia, obstrução nasal, febre;
- Seguido de dificuldade respiratória;
- Taquipneia;
- Pieira;
- Tosse.

Exame objetivo

- Taquipneia, tiragem, adejo nasal, gemido expiratório, cianose;
- AP- crepitações, sibilos;
- Rebaixamento do fígado.
- ECD- radiografia do tórax (realizar-se quando há dúvidas de diagnóstico, agravamento

*AM*



súbito, ausência da melhoria esperada ou recorrência dos sintomas) ECD- testes virológicos.

- Tabagismo passivo;
- Alta altitude.

#### Avaliação de Bronquiolite:

- Diferenciar de outras infecções respiratórias ou de outras patologias;
- Confirmado o diagnóstico clínico;
- Avaliar a gravidade;
- Identificar fatores de risco de gravidade ou complicações.

#### CrITÉrios de internação:

- Idade <4-6 anos;
- Dificuldades alimentares;
- Desidratação;
- Apnéia;
- Sat O<sub>2</sub> <92%;
- Letargia;
- Evolução rápida da sintomatologia;
- Presença de comorbidades;
- Diagnóstico duvidoso.

#### Avaliação de gravidade:

	LEVE	MODERADA	GRAVE
	Qualquer um dos seguintes		
Sat O <sub>2</sub>	>95%	93-95%	O <sub>2</sub> < 92%
FE	I	II	III
Turgor	ausente ou sutil	Evidente	Marcada
FC	Normal	II	III
Dificuldades alimentares	Não	Alguma	Incapaz de alimentar
Deidratação	Não	Ligeira	Moderada - grave
Outros			Clonico, bulhasas sobas Arfisa nasal Gemido espiratório Apnéia Apetite baixo Sedação Instabilidade

	LEVE	MODERADA	GRAVE
	Qualquer um dos seguintes		
Sat O <sub>2</sub>	>95%	93-95%	O <sub>2</sub> < 92%
FE	I	II	III
Turgor	ausente ou sutil	Evidente	Marcada
FC	Normal	II	III
Dificuldades alimentares	Não	Alguma	Incapaz de alimentar
Deidratação	Não	Ligeira	Moderada - grave
Outros			Clonico, bulhasas sobas Arfisa nasal Gemido espiratório Apnéia Apetite baixo Sedação Instabilidade

#### Fatores de risco de gravidade:

- Prematuridade;
- Baixo peso ao nascimento;
- Idade <12 anos;
- Doença pulmonar crônica;
- Imunodeficiência;
- Malformação congênita ou anatômica das VA;

#### Tratamento:

##### Assegurar boa oxigenação:

- O<sub>2</sub> suplementar se Sat O<sub>2</sub> <90% (AAP) <92% (SIGN).

##### Manter adequada hidratação e nutrição:

- Fracionamento das refeições;

*Handwritten signature*





- Sonda nasogástrica;
- Fluidoterapia ev se- FR>60-70, adejo ou tiragem importante;
- Desobstrução nasal e pequena aspiração de secreções;
- Evitar fatores que agravem sintomatologia;
- Broncodilatadores adrenérgicos;
- Broncodilatadores e corticosteroides associados;
- Cpap;
- Ventilação mecânica.

## 2. CROUP OU LARIN- GOTRAQUEOBRON- QUITE

Vários processos infecciosos caracterizados por tosse estridulosa ou ladrante e pode ser associado a:

- Rouquidão;
- Estridor;
- Dificuldade respiratória.
- Tipicamente afeta laringe, traqueia e brônquios
- Croup recorrente ou espasmódico;
- Laringotraqueobronquite.

Manifestações clínicas:

- Sintomas de Inf resp sup (rinorreia, faringite, tosse, febre baixa);

- Tosse estrigulosa, rouquidão, estridor;
- Sintomas agravam a noite, com choro e agitação;
- EO: faringite, lideira taquipneia.

## 3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Tratamento:

- Corticosteiroides orais;
- Nebulização adrenalina.

Laringite

- Odínofagia, tosse e rouquidão;
- EO - faringite;
- Laringoscopia- edema cordas vocais e tecido subglótico;
- Benigna.

## ESTADO DE MAL EPILÉPTICO CONVULSIVO

### INTRODUÇÃO

Crises epiléticas acontecem por atividade elétrica anormal, excessiva e síncrona de grupos de neurónios levando a manifestações neurológicas variadas a depender do local em que ocorrem. A maioria das convulsões é breve e autolimitada. A probabilidade de um indivíduo apresentar uma crise epilética em qualquer momento da vida é estimado entre 5 a 10%.

*Handwritten signature or initials in blue ink.*

Em cerca de 25% das crises, um fator causal pode ser identificado. Essas crises são denominadas crises agudas sintomáticas (ou crises provocadas).

Os principais desencadeantes identificáveis de crises agudas sintomáticas incluem distúrbios no equilíbrio hidroeletrólítico ou ácido-básico (geralmente associados a doenças clínicas), hipoglicemia ou hiperglicemia, hipóxia, medicamentos (por exemplo, quinolonas), intoxicação exógena por drogas que rebaixem o limiar epiléptico, abstinência de drogas sedativas ou insulto neurológico agudo (vascular, infeccioso, etc.). Crises agudas sintomáticas tendem a não mais recorrer, uma vez eliminado o fator desencadeante.

O estado de mal epiléptico é definido como uma crise prolongada ou múltiplas crises sem retorno completo do nível de consciência, e continua a ser uma emergência neurológica relativamente comum, com uma incidência anual de 10-41 por 100.000 pessoas ao ano. O tempo que define uma crise prolongada foi definido por consenso como mais de cinco minutos de crise documentada ou pelos movimentos estereotipados da convulsão, ou de documentação eletroencefalográfica da crise.

## 1. ABORDAGEM INICIAL DO ESTADO DE MAL EPILEPTICO AVALIAÇÃO INICIAL

### Confirmar convulsão

- Excluir situações como: reações distônicas induzidas por drogas ou espasmo tônico causado por aumento da pressão intracraniana ou psicogénica (pseudoePILEPTICA) podem confundir-se com convulsões;

- Verificar o tipo de convulsão;
- Registrar o tempo de atividade

convulsiva.

### Ressuscitação

- Assegurar a via aérea;
- Fornecer oxigênio a 100%, inalado por máscara;
- Monitorização cardio-respiratória, Sat. O<sub>2</sub> e temperatura;
- Estabelecer via ev;
- Correção dos desequilíbrios metabólicos (glicemia) e hidro-electrolíticos.

Administrar antipirético se necessário

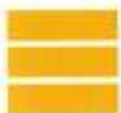
## 2. ANAMNESE

Simultaneamente deve-se tentar obter anamnese sucinta, como forma a obter informações que nos oriente no diagnóstico etiológico da convulsão (febre, história de trauma, epilepsia, omissão de terapêutica)

## 3. INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA

- Iniciar investigação etiológica de acordo com as particularidades de cada caso;
- Hemograma, bioquímica (em especial, glicemia e ionograma);
- Exames culturais Pesquisa de tóxicos
- Níveis de anticonvulsivantes (se história de convulsão anterior ou epilepsia.

AM



## 4. RATAMENTO

Tempo de início da terapêutica	Druga	Dosegem	Vias de administração
Tempo 0	DIAZEPAM*	0,1-0,5 mg/kg ev ou RI, máx. 10 mg	ev lento (em 2 a 5 minutos); 30 (intravenosa)
5 minutos	DIAZEPAM		
10 minutos **	FENITONA	20 mg/kg máx. 1g	Velocidade máxima de infusão: 1 mg/kg/min, para os diluído em soro fisiológico
20 minutos	FENOBARBITAL	20 mg/kg máx. 1g	ev

- Considerar via rectal enquanto não se dispõe de via endovenosa (dose de diazepam rectal 0,5-0,7 mg/kg)
- Se idade inferior a 24 meses: **piridoxina** ev 50 mg + 50 mg (com intervalo de 12 minutos entre as duas administrações)
- Se persistência de convulsão após 10 minutos de administração de Fenobarbital, tratar como Estado de Mal Epiléptico Refractário.

## 5. ESTADO DE MAL EPILEPTICO REFRACTARIO

Tempo de início de tratamento	Druga/Dose/ Via de administração	Métodos gerais e investigação de emergência
Até 30 minutos	FENOBARBITAL 20 mg/kg ev máx. 1g	Ventilação mecânica
Mais de 30 minutos	MIDAZOLAM • Dose inicial 0,3 mg/kg • Perfilho a 2 mg/kg/min Se persistência de convulsões: Dose de 0,5 mg/kg Perfilho a 4 mg/kg/min Após 5 minutos: Dose de 0,1 mg/kg • Aumentar midazolam 4 mg/kg/min cada 5 minutos até máxima de 30 mg/kg/min  Sem convulsões nas últimas 24 horas: reduzir gradualmente perfilho de midazolam 1 mg/kg/min cada 15 min	Intensificar tratamento benzodiazéptico (suportar com droga vasopressora pode ser necessário)  Se sinais de hipotensão intratáveis, tratar em conformidade
---	Se persistência de convulsões • Propofol 2-4 mg/kg, seguido de perfilho a 2-4 mg/kg/h (Fase perfilho de midazolam e fenobarbital) ** • Fenobarbital 10-15 mg/kg, seguido de perfilho a 0,5-1 mg/kg/h  Sem convulsões nas últimas 24 horas • Reduzir gradualmente o fármaco iniciado, 25% em cada 12 horas  Reiniciar fenobarbital caso necessário	Mudar anestesia até 12-24 horas depois da última convulsão clínica com electroencefalografia
30-36 horas	Se ausência de convulsões na redução para esta e voltar à dose inicial quando perfilho de midazolam	Otimizar tratamento de manutenção com anticonvulsivantes  Monitorização ECG contínua

## MENINGITES AGUDAS BACTERIANAS

### INTRODUÇÃO

O cérebro e a medula espinhal estão cobertos por três camadas de tecidos chamadas meninges. O espaço subaracnóideo está localizado entre a camada média e a camada interna das meninges, que cobrem o cérebro e a medula espinhal. Esse espaço contém o líquido cefalorraquidiano que flui entre as meninges, preenche as cavidades intracerebrais e ajuda a amortecer o cérebro e a medula espinhal.

### 1. DEFINIÇÃO DE MENINGITE BACTERIANA AGUDA

A meningite bacteriana aguda é uma inflamação que se desenvolve rapidamente das camadas de tecidos que cobrem o cérebro e a medula espinhal (meninges) e o espaço preenchido por líquidos entres as meninges quando é causada por bactérias. As crianças mais velhas e adultos desenvolvem um pescoço rígido que faz com que abaixar o queixo até o peito seja difícil ou impossível, geralmente com febre e dor de cabeça. Os bebês podem não desenvolver um pescoço rígido, mas podem parecer doentes no geral e ter uma temperatura corporal alta ou baixa, se alimentar mal ou ficar irritáveis ou sonolentos.

A meningite bacteriana é uma emergência médica e é tratada assim que possível, antes do diagnóstico ser confirmado. Para diagnosticar a meningite, os médicos fazem uma punção lombar assim que possível.

Os antibióticos são geralmente eficazes se administrados imediatamente, e a dexametasona (um corticosteroide) é muitas vezes administrada para reduzir o inchaço no cérebro. As vacinas podem prevenir alguns tipos de meningite bacteriana.

AM

## 2. ETIOLOGIA

DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO:

Recém-nascido	Escherichia coli K1, outras Enterobacteriaceas, Streptococcus do Grupo B (SGB), Listeria monocytogenes
1 - 3M	Enterobacteriaceas, Streptococcus do Grupo B, Listeria monocytogenes, Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae,
3M - 5A	Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae
> 5*	Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae

## DE ACORDO COM FACTORES DE RISCO/DOENÇAS COEXISTENTES:

Factor de risco/doença coexistente	Agente etiológico
Cirurgia/Neurocirurgia	Staphylococcus coagulase negativos Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, outros Bacilos Gram- (agentes nosocomiais)
Fistula LCR	Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae
Shunt VP	Staphylococcus (coagulase negativo e aureus), Bacilos Gram- (Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa)
Sinus doéide, mielomeningocele	Staphylococcus, Bacilos Gram-, Bactérias intestinais
Défices do complemento	Neisseria meningitidis Streptococcus pneumoniae
Virus Imunodeficiência Adquirida (VIH) Défice de anticorpos, Síndrome nefrótico, Diabetes mellitus	Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae
Doença células falciformes, Asplenia	Streptococcus pneumoniae Neisseria meningitidis Salmonella spp
Otorreia crônica	Bacilos Gram-
Défice IL12	Listeria monocytogenes Salmonella spp
Transplante renal Défice linfócitos T	Listeria monocytogenes

## 3. PATOGENIA

- Bacteriemia;
- Extensão direta (ex: otite, mastoidite, sinusite, traumatismo craneano, fistula dérmica congênita comunicante, mielomeningocele, neurocirurgia prévia).

## 4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- (varia com idade, estágio da doença e resposta do hospedeiro à infecção)

Lactentes	Crianças
Instabilidade térmica (febre versus hipotermia) "Sensação de doença"	Febre, arrepios, vômitos, náuseas Cefaleias, fotofobia
Recusa alimentar	Exantema petéquiou ou purpúrica
Gemido, irritabilidade, choro gritado	Rigidez da nuca, Sinal de Kernig e Brudzinsky
Intolerância ao ruído/fonofobia Letargia, hipotonia, convulsões	Convulsões, sinais neurológicos focais Parésia de pares cranianos
Vômitos, diarreia, icterícia Fontanela anterior abaulada	Edema da papila, confusão, alteração da consciência, coma, ataxia Letargia, Irritabilidade
(sinal tardio só em 30%) Sinais meníngeos (podem estar ausentes antes dos 12-18M)	

NOTA: A triade de Cushing (HTA + bradicárdia + depressão respiratória) constitui um sinal tardio de hipertensão intracraniana. No RN e no pequeno lactente a clínica pode ser subtil, inespecífica. Vigiar se aparece exantema macular ou maculopapular nas primeiras 24 h de febre

### Laboratorial

- Punção lombar (PL)

Exame citoquímico, coloração de Gram, antígenos capsulares (65% de sensibilidade para o *S. pneumoniae*, 90% para o *H. influenzae*), exame cultural, colher mais um tubo na eventualidade de enviar PCR

Contra indicações



a) Absolutas:

- o Instabilidade cardiorrespiratória;
- o Alteração do estado de consciência (ECG <9, sinais neurológicos focais, anisocoria, pupilas pouco reativas);
- o Convulsão prolongada;
- o Sinais de hipertensão intracraniana (edema da papila, fundoscopia alterada, HTA com bradicardia, paresia do III, IV ou VI pares cranianos);
- o Infecção cutânea no local de punção, púrpura extensa ou de agravamento progressivo, mielomeningocele implicam realização prévia de TC-CE (assim como história de traumatismo crânio-encefálico, shunt do sistema nervoso central, meningite recorrente).

b) Relativas:

- o Trombocitopenia (plaquetas <50.000/mm<sup>3</sup>);
- o Alteração da coagulação (até correcção).

ATENÇÃO: DEVE REALIZAR-SE PL LOGO QUE POSSÍVEL, após assegurar da estabilidade hemodinâmica. Quando não é possível realizar PL colher hemocultura e iniciar antibioticoterapia

Valores normais do exame citoquímico do LCR:

LCR	RN Pré-termo	RN termo	1M - 12M	>12M
Leucócitos (mm <sup>3</sup> )	0 - 32	0 - 29	0 - 5	<5
		60%		60 a 70%
		PMN		Linfócitos

Proteínas (mg/dl)	65 - 150	20 - 170	< 60	20-40
Glicose (mg/dl)	55 - 105	44 - 150	> 50% glicemia	

Remington. Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant

Nota 1: Colher sempre glicemia antes da PL.

Nota 2: Pode haver esterilização do LCR (2h após o AB se Neisseria meningitidis, 4h se Streptococcus pneumoniae e 8h se meningite neonatal por SGB). Nestes casos, a elevação da contagem de leucócitos e proteinorráquia são suficientes para estabelecer diagnóstico. Amostras de LCR recolhidas até 96 horas após a admissão hospitalar podem fornecer resultados úteis.

Nota 3: Numa PL traumática é difícil valorizar os resultados citoquímicos. Na suspeita de meningite bacteriana a atitude mais segura é iniciar antibioticoterapia e aguardar pelo resultado das culturas, em detrimento da interpretação da contagem dos leucócitos e da proteinorráquia.

Hemograma

- Proteína C reativa, glicemia, ionograma, ureia, creatinina, estudo da coagulação, gasimetria, lactato, urina tipo II.

Hemoculturas

- (2 amostras colhidas em locais diferentes) De acordo com estudos de vários centros, realizada em condições ideais, permite a identificação do agente responsável em 50 a 90% dos casos.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Meningite viral, Meningite tuberculosa, Abscesso cerebral, Tumor cerebral, Hemorragia subaracnóideia, Outras causas de meningismo (ex: pneumonia)

6. TERAPÊUTICA

Antibioticoterapia

Deve ser iniciada precocemente, endovenosa e os antibióticos devem atingir níveis bactericidas no LCR.

Am

## Empírica e de acordo com o grupo etário

Idade	Terapêutica empírica	Alternativa*
RN	Ampicilina + Cefotaxima	Ampicilina + Cefotaxima + Gentamicina

NOTA: Pode considerar-se antibioticoterapia tripla na meningite neonatal dado o risco de microrganismos Gram negativos.

Idade	Terapêutica empírica	Doses	Nº tomas
1 - 3M	Ampicilina	400 mg/ Kg/dia (máx.12g/ dia)	4
	+	200-300 mg/Kg/dia (máx.12g/ dia)	3 <sup>2</sup>
	Cefotaxima		
	±		
>3 meses	Vancomicina <sup>2</sup>	60 mg/kg/ dia	4
	Ceftriaxone <sup>2</sup> ou Cefotaxima	100mg/Kg/ dia (máx.4g/ dia) 200-300 mg/Kg/dia (máx.12g/ dia)	1
	+ Vancomicina <sup>2</sup>	60mg/Kg/ dia (monit- orização dos valores <sup>3</sup> vale (15-20 mcg/ml) <sup>4</sup>	3 <sup>4</sup>

Nota: Quando quadro sugestivo de sépsis meningocócica deverá optar-se por monoterapia com ceftriaxone. A vancomicina deve ser administrada a todos os lactentes e crianças com idade > 1 mês, com suspeita de meningite por *Streptococcus pneumoniae* dada a elevada incidência de resistência à penicilina G e às cefalosporinas de 3ª geração. Monitorizar as concentrações plasmáticas nos casos de RN e de insuficiência renal, valores adaptados do adulto. No caso do Redman Syndrome a administração endovenosa deve ser mais lenta numa perfusão de 4 horas associada a uma pré-medicação com antihistamínicos. No RN o intervalo entre doses depende da idade gestacional.

## Empírica em condições especiais:

Condição	Microorganismos	Opções
Cirurgia/Neurocirurgia* Shunt VP	Staphylococcus (coagulase negativo e aureus), agentes nosocomiais	Vancomicina + Cefotaxime(+ Gentamicina)*  Se Pseudomonas: Ceftazidima+Gentamicina
Sinus dermolde Mielomeningocelo	Staphylococcus, Bacilos Gram negativos, Bactérias intestinais	

Nota: Se houver risco/suspeita de agentes Gram negativos (*E. coli*, *Klebsiella species*, *Pseudomonas aeruginosa*) No caso de fistula de LCR, doença das células falciformes, asplenia, défice de anticorpos, infecção VIH medicar com vancomicina + cefotaxime de acordo com o agente mais provável. No caso de defeitos do complemento medicar com cefotaxime. Em casos especiais de meningite por bacilos gram negativos, imunodeficiência de base e/ou existência de shunts intracranianos, os doentes devem ser referenciados a uma Unidade de Infeciologia e deve discutir-se caso a caso. Em caso de sistema de derivação ventricular externa o ceftriaxone deve ser administrado de 12/12 horas.

Após conhecimento do agente e TSA (se necessário) modificar a antibioticoterapia, doses e número de tomas diárias

Microorganismo	Confirmar TSA	Duração (dias)
Enterobactérias*	Cefotaxima + Gentamicina	21
Streptococcus do Grupo B*	Ampicilina + Gentamicina	14 - 21**
<i>Listeria monocytogenes</i> *		
<i>Neisseria meningitidis</i>	Cefotaxima/Ceftriaxone	7
<i>Haemophilus influenzae</i>		10
SARS	Flucloxacilina	14
SARS	Vancomicina + Rifampicina ou Ceftriaxone ou Linezolid	14
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ver CIM (Penicilina)	10 - 14
< 0.06	→ Cefotaxima/ Ceftriaxone (1x/12h)	
> 0.12	→ Vancomicina + Cefotaxima/Ceftriaxone (+ Rifampicina)	
Alternativa	→ Meropenem**	

Nota: Se houver necessidade de restrição hídrica significativa no pequeno lactente. Meropenem está recomendado na meningite por bacilos Gram negativos multi resistentes em crianças com mais de 3 meses na dose 40 mg/kg 8/8 horas ou na ausência de outras opções na meningite neonatal (sem aprovação) 20 a 40 mg/kg cada 8/8 ou 12/12 horas. Nos doentes com alergia aos beta-lactâmicos a vancomicina + rifampicina ou meropenem podem ser uma opção. No caso de meningite sem agente isolado numa criança com idade < 3 meses deve-se manter antibioticoterapia 14 a 21 dias e na criança com idade > 3 meses 7 a 10 dias. Nos doentes com shunts intracranianos com meningite bacteriana a partir do shunt recomenda-se a remoção do shunt, mantendo derivação ventricular externa e terapêutica antimicrobiana antes da recolocação



7 dias de antibiótico + cultura estéril + proteinorráquia <200mg/dl se *Staphylococcus coagulase* -

10 dias de antibiótico + cultura estéril + proteinorráquia <200mg/dl se *Staphylococcus aureus*

10-14 dias de antibiótico + cultura estéril + proteinorráquia <200mg/dl se Bacilo Gram -

com as seguintes orientações:

No caso de LCR com *Staphylococcus coagulase* negativo mas sem alterações no exame citoquímico, alguns peritos referem que a remoção temporária do shunt, sem antibioticoterapia, pode ser suficiente (deve ter um exame bacteriológico do LCR negativo após remoção do shunt) podendo ser recolocado novo shunt intracraniano 3 dias após exteriorização.

## 7. DEXAMETASONA

Indicações:

Meningite a *H. influenzae* tipo b (> 6 semanas de vida)

Comprovadamente eficaz em infecções por *H. influenzae*, diminuindo a perda audição.

Meningite por *S. pneumoniae* a sua utilização não é consensual mas pode-se considerar o seu uso (American Academy of Pediatrics. Pneumococcal infections. In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th Ed, Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. p.571).

Dose:

- 0,4 a 0,6 mg/kg/dia EV, 12/12 ou 8/8 horas, 2 dias
- Efeito máximo se administrada 1 a 2 horas antes da 1ª dose de antibiótico, mas também eficaz se administrada simultaneamente.

Efeitos adversos:

- Mascaram a clínica dando falsa sensação de melhoria;
- Ser causa de hemorragia gastrointestinal (1 a 2%);
- Ser causa de febre secundária;
- Provocar atraso na esterilização do LCR.
- Não usar se:
  - <6 semanas de idade;
  - Meningite parcialmente tratada;
  - Meningites não bacterianas ou por Gram negativos;
  - Anomalias do SNC;
  - Data limite de utilização.

## 8. MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA/REGULAR NAS PRIMEIRAS 72 HORAS

Sinais vitais e neurológicos

- Identificar sinais de compromisso cardiovascular, SNC e complicações metabólicas;
- Frequência cardíaca, Pressão arterial, Frequência respiratória, oximetria de pulso, balanço hídrico e contabilização de diurese;
- Avaliação neurológica: nível de consciência (Glasgow), reflexos pupilares, tónus e força muscular, pares cranianos, convulsões, perímetro cefálico se <18 meses.

Laboratorial

AI

Hemograma, PCR, ureia e creatinina, ionograma sérico e urinário, gasimetria (níveis de bicarbonato e lactato), urina tipo II; se petéquias, púrpura ou outra forma de hemorragia, avaliar também fibrinogénio, d-dímeros, TP e aPTT.

## 9. MEDIDAS DE SUPORTE

Cabeça elevada a 30 graus, na linha média. Antipiréticos em SOS.

### Aportes Hídricos totais

- 2/3 das necessidades hídricas basais (evitar exacerbação do edema cerebral).
- Soro Fisiológico (NaCl 0,9%), com ou sem glicose de acordo com glicemia (manter glicemia <150mg/dl).
- Iniciar nutrição entérica logo que possível. Colocar SNG nos doentes com alteração do estado de consciência.

Vigiar e tratar o Edema cerebral e Hipertensão intracraniana

Valorizar depressão ou flutuação do estado de consciência (Escala de Coma Glasgow (ECG) <9 ou diminuição de 3 pontos na ECG)

Bradycardia relativa e Hipertensão Arterial Triade de Cushing

- Padrão de respiração anormal;
- Sinais neurológicos focais;
- Posturas anómalas (descorticação, descerebração);
- Anisocoria, midríase ou pupilas pouco reativas;
- Reflexos oculocefálicos anormais.

- Se Convulsões
- 1º Diazepam 0.5 mg/Kg rectal;
- 2º Diazepam 0,2-0,5 mg/kg/dose EV ou IO (se doente em choque) – até 3x (de 5 em 5 minutos);
- 3º Fenitoína 20 mg/kg (EV) e segue 5 mg/Kg/dia;
- 4º Fenobarbital 20 mg/kg (EV) e segue 5 mg/Kg/dia.

## 10. CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO EM UCIP

- Choque;
- Alteração do estado de consciência (ECG <9 ou a baixar);
- Insuficiência respiratória;
- Hipertensão intracraniana (HTIC);
- Convulsões complicadas ou recorrentes.

### 6.1. Choque

Reconhecer os sinais de choque:

Valorizar a taquicardia e aumento do tempo de reperfusão capilar e a alteração do estado de consciência como sinais precoces de choque. A hipotensão é um sinal tardio de choque descompensado.

Atuação:

- O<sub>2</sub> em alta concentração;
- 2 acessos EV ou IO;
- Soro fisiológico 10-20 ml/Kg em 5-10 min,





EV / IO. Pode ser repetido 2- 3 x;

Os objetivos são diminuição da frequência cardíaca, melhoria da perfusão periférica e normalização da PA.

- Cloreto de Sódio hipertônico (NaCl 3%) 3-5 ml/Kg em 5 min. Permite uma boa expansão da volêmia com um volume mais reduzido, tendo utilidade particular quando há concomitantemente sinais de hipertensão intracraniana;
- Após cada bôlus avaliar sinais de disfunção cardíaca como fervores pulmonares ou hepatomegalia;
- Se existir coagulopatia: considerar volume útil - Concentrado eritrocitário - 10- 15 ml/ Kg; plasma fresco congelado - 10 -15 ml/Kg em perfusão e não em bôlus pois há o risco de agravar o SIRS.
- Se mantiver hipotensão após 3 bôlus de volume;
- Entubação traqueal e iniciar ventilação mecânica;
- Iniciar Dopamina - 5g/Kg/min, que se pode aumentar rapidamente até 10g/Kg/min, em perfusão contínua. Pode ser iniciada em via periférica ou IO. Neste caso diluir de forma a que 1ml/h = 1g/Kg/min.
- Não esquecer de corrigir a hipoglicemia (Glicémia < 50mg/dl bôlus Gluc 10% - 5 ml/kg EV).

#### 6.2. Alteração do estado de consciência

- Avaliar FR, Saturação periférica de O<sub>2</sub>, FC, PA, TRC;
- Avaliar e quantificar escala de coma de Glasgow (em anexo);

- Avaliar dimensões, simetria e reflexos pupilares;
- Posturas anômalas;
- Excluir sinais de HTIC.

#### 6.3. Indicações para entubação traqueal e ventilação mecânica

- Se ECG < 9 ou redução de 3 pontos na ECG;
- Se obstrução da via aérea por queda da língua, ausência de reflexos protetores da via aérea;
- Bradipneia/apneia;
- Insuficiência respiratória;
- Padrão respiratório anormal ( ex: Cheyne-Stokes);
- Sinais de HTIC que persistem apesar da terapêutica hiperosmolar;
- Status convulsivo;
- Considerar necessidade de estabilização para transporte.

#### 6.4. Técnica de entubação

- Deve ser executada pelo médico mais experiente;
- Permeabilizar a via aérea (posicionamento da cabeça);
- Ventilar com máscara e insuflador manual (FiO<sub>2</sub> 100%);
- Fármacos para EOT.
- Lidocaína -1 mg/Kg EV - 30 -60 segundos

AI

antes da intubação

- Tiopental - 3-5 mg/Kg EV + Vecurónio - 0.1 -0.2 mg/Kg ou Rocurónio - 0.5 -1mg/Kg EV

Estas são as drogas mais indicadas nos doentes hemodinamicamente estáveis e nos que apresentam sinais de herniação cerebral.

Alternativas:

Lidocaína - 1 mg/Kg EV

Midazolam - 0.2 mg/Kg EV + Fentanyl - 2 mg/Kg EV + Vecurónio - 0.1 -0.2mg/Kg EV ou Rocurónio - 0.5 - 1 mg/Kg EV

Esta é uma alternativa válida nos doentes hemodinamicamente estáveis e sem sinais de herniação.

Nos doentes hemodinamicamente instáveis considerar:  
Cetamina - 1mg/Kg EV + Midazolam - 0.2 mg/kg EV

A intubação deve ser rápida (< 30 segundos)

## 11. TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

Medidas gerais:

- Posicionamento - cabeça elevada a 30 graus, na linha média;
- Manipulação mínima;
- Tratar a hipertermia e a dor;
- Restrição hídrica a 70% mantendo a euvolemia.

## 12. COMPLICAÇÕES

As complicações dependem de múltiplos fatores: ida-

de e estado clínico prévio do doente, tempo de evolução da doença antes do início da antibioticoterapia empírica, agente etiológico e resposta inflamatória do hospedeiro.

As complicações classificam-se em agudas, que se manifestam nas primeiras 72 horas de doença, e em tardias, que se manifestam após as primeiras 72 horas de doença e podem-se dividir em sistémicas e neurológicas.

## 13. COMPLICAÇÕES AGUDAS

Sistémicas

Choque séptico, CID, secreção inapropriada de hormona antidiurética.

Neurológicas

HIC, edema cerebral, hidrocefalia, crises convulsivas (20 a 30%), paralisia de parescranianos, acidente vascular isquémico, trombose dos seios venosos cerebrais

## 14. COMPLICAÇÕES TARDIAS

Sistémicas

Febre prolongada (> 10 dias), doença mediada por imunocomplexos (artrite, pericardite), anemia, eosinofilia, trombocitose.

Neurológicas

Abcessos, coleções intracranianas (derrame subdural 10 a 30%), ventriculite, hemiparésia, tetraparésia, surdez neurosensorial, (meningite por *Streptococcus pneumoniae* ≤ 30%, por *Neisseria meningitidis* 10% e Hib 85-40%), epilepsia secundária, cegueira, alterações do desenvolvimento psicomotor e neuro-comportamento.

## 15. OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

- Agravamento do estado de consciência (letargia, estupor, coma)
- Sinais neurológicos focais (déficits motores/sensoriais e sinais sugestivos de neuropatia dos nervos oculomotores, facial, óptico e auditivo)
- Convulsão focal tardia (após 48-72h de início da terapêutica) ou de difícil controle
- Alterações persistentes do LCR
- Recorrência ou persistência da febre
- Suspeita de edema cerebral
- Suspeita de hidrocefalia (1 do perímetro cefálico, vômitos em jato, olhos em solenito)
- Meningite recorrente

Indicações para efetuar TC/RM-CE:

- Efetuar também EEG.
- A persistência da febre pode ter outras etiologias como infecção nosocomial ou febre medicamentosa
- Na meningite neonatal utilizar preferencialmente ecografia transfontanelar

### • MENINGITE NEONATAL

### • BACILOS GRAM NEGATIVOS

• PNEUMOCOCCO COM SENSIBILIDADE DIMINUIDA À PENICILINA (PRINCIPALMENTE NOS CASOS EM QUE FOI USADA DEXAMETASONA)

• MA EVOLUÇÃO CLÍNICA (MELHORIA ESCASSA OU AUSENTE APÓS 24 A 48 HORAS DE ATBI)

• FEBRE PROLONGADA OU REAPARECIMENTO DA FEBRE

Repetir PL:

## 16. PROGNÓSTICO

- Mortalidade: <10% (mais elevada no período neonatal e meningite pneumocócica);
- Mortalidade por *Neisseria meningitidis* e Hib <5%;
- Sequelas graves no DPM: 10-20%;
- Morbidade neurocomportamental: 50%;

Fatores de mau prognóstico:

- Atraso no diagnóstico e início do tratamento;
- Fatores do hospedeiro: recém-nascidos e lactentes com <6 M; estado imunitário;
- Tipo e virulência do microrganismo: Gram negativo ou *Streptococcus pneumoniae*;
- Microrganismo multirresistente aos antimicrobianos;
- Glicorraquia < 20 mg/dl na admissão;
- Concentrações altas de bactérias/produtos bacterianos no LCR ou atraso na esterilização do LCR;
- Gravidade da doença à apresentação: sinais neurológicos focais + e/ou coma [ECG<13];
- Convulsões tardias (>72h após início da antibioticoterapia);
- Fatores do meio ambiente: más condições socioeconômicas.

## 17. DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

**Isolamento** (usar máscara a menos de 1 metro) - Meningite meningocócica (Duração: até 24h após início da terapêutica)

Preencher e enviar o impresso de notificação das Doenças de Declaração Obrigatória (DDO)

As meningites por *Neisseria meningitidis* e por Hib são doenças de declaração obrigatória

Profilaxia dos contatos

Tão precoce quanto possível (ideal nas primeiras 24h); os contatos íntimos devem fazê-la até às 4 se-

manas subsequentes ao episódio.

O caso índice, antes da alta, tem indicação para fazer quimioprofilaxia, caso a antibioticoterapia prescrita não tenha sido uma cefalosporina de terceira geração.

**\*RIFAMPICINA:**

**\*\*<1M: 5MG/KG/DOSE, 12/12H, ORAL, DURANTE 2 DIAS**

**\*\*>1M: 10MG/KG/DOSE (MÁX. 600MG), 12/12H, ORAL, DURANTE 2 DIAS**

**\*ALTERNATIVA: CEFTRIAZONE <15A: 125MG IM, >15A: 250MG IM (TOMA ÚNICA) (GRÁVIDA) ESPÍRAMICINA - DROGA DE ELEIÇÃO NA GRÁVIDA, 500 MG 6/6 HORAS, ORAL, 5 DIAS CIPROFLOXACINA ≥ 18 ANOS, DOSE ÚNICA DE 500 MG, ORAL**

## 18. MENINGITE MENINGOCÓCICA - CONTACTAR DELEGADO DE SAÚDE DE PREVENÇÃO

Nota: A rifampicina provoca coloração alaranjada das secreções corporais (ex. urina, suor, lágrimas); interação com anticoagulantes e anticoncepcionais orais e o uso de lentes de contacto - não deve ser administrado a grávidas.

**\*RIFAMPICINA:**

**\*\*1M: 10MG/KG/DOSE, 24/24H, ORAL, DURANTE 4 DIAS**

**\*\*>1M: 20MG/KG/DOSE (MÁX. 600MG), 24/24H, ORAL, DURANTE 4 DIAS**

Risco de doença para os contactos com meningite meningocócica:

**Alto risco - Profilaxia recomendada - contacto íntimo:**

- Conviventes no domicílio do doente, pessoas que tenham partilhado o mesmo quarto, assim como quaisquer pessoas expostas às suas secreções orais, nomeadamente através dos beijos, partilha de escovas de dentes ou utensílios de mesa nos 7 dias prévios ao início dos primeiros sintomas;
- Crianças do mesmo infantário/instituição com contacto mantido em recinto fechado

(cerca de 4 horas) nos 7 dias prévios ao início dos primeiros sintomas;

- Reanimação boca-a-boca ou ausência de proteção durante entubação endotraqueal nos 7 dias prévios ao início dos primeiros sintomas;
- Passageiros sentados directamente ao lado do doente durante um voo de duração superior a 8 horas.

**Baixo risco - Profilaxia não recomendada - contacto pontual:**

- Contacto casual: sem história de exposição direta às secreções orais do doente (indivíduo na mesma escola ou trabalho);
- Contacto indireto: contacto apenas com indivíduo com alto risco de contágio (e não com o próprio doente);
- Profissionais de saúde sem exposição direta às secreções orais do doente

## 19. MENINGITE POR H. INFLUENZAE

Profilaxia recomendada:

Todos os coabitantes ou indivíduos do agregado familiar se no domicílio viver:

- Criança < 12 meses, vacinada ou não;
- Criança 12 e 48 meses, não imunizado ou com imunização incompleta;
- Imunodeprimido, independentemente da idade ou estado de imunização;
- Todos os contactos de um infantário ou instituição, com 2 ou mais casos de doença invasiva a Hib, nos 60 dias prévios;



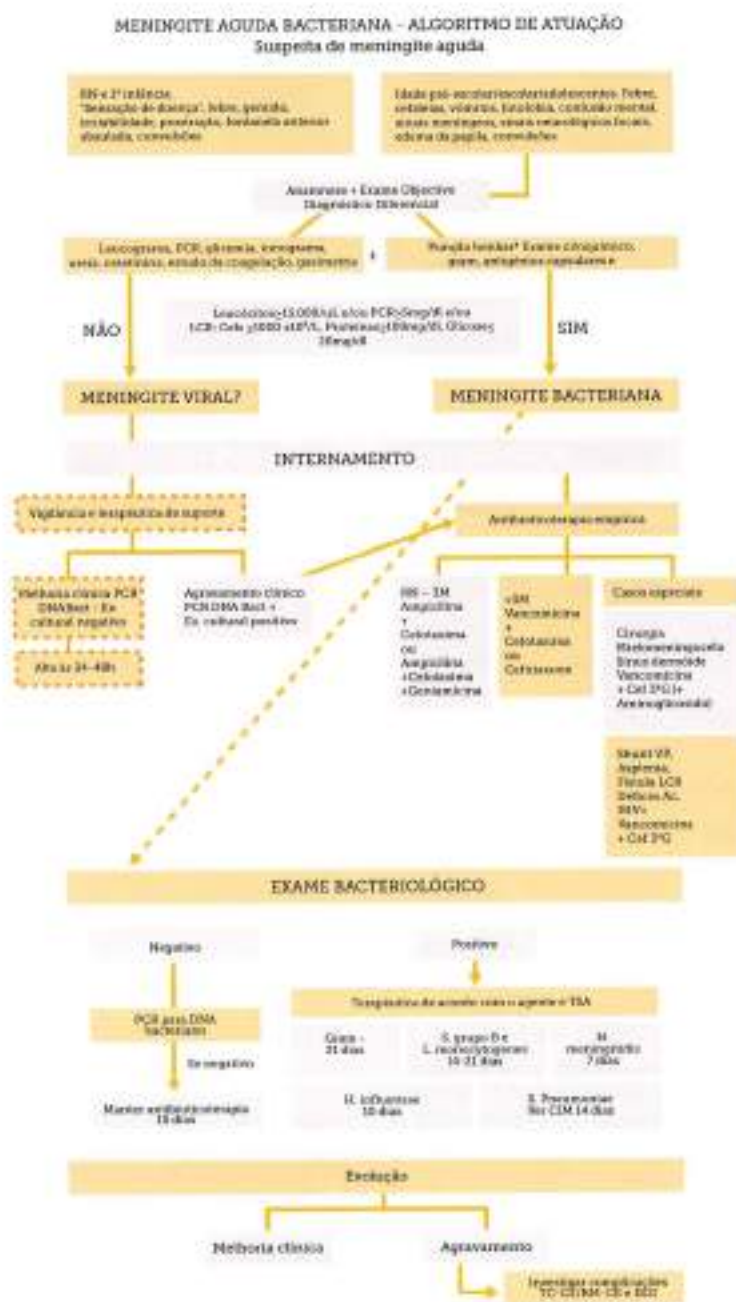
- Caso suspeito, se idade <2 anos ou membro de um agregado familiar com contato susceptível e tratado com outro antibiótico que não o ceftriaxone ou cefotaxima; a profilaxia é iniciada imediatamente antes da alta hospitalar.

aqueles que estão parcialmente vacinados devem completar o esquema vacinal.

Na meningite meningocócica, como podem ocorrer casos secundários semanas a meses após o início dos sintomas no indivíduo doente, a vacina anti-meningocócica administrada aos contatos de alto risco atua como medida adjuvante à quimioprofilaxia no caso de surto por serogrupo coberto pela vacina (serogrupo C).

## Vacinação

Os doentes não vacinados deverão ser vacinados;



Ata de contatologiação, instabilidade clínica, alteração da estado de consciência, sinais meníngeos locais, sinais de hipertensão intracraniana (edema da papila, hemorragias ópticas, HTA com incontinência), edema ciliar em local de punção, náuseas/vômitos.

*AM*

## ANEXO 1

ANTIBIÓ- TICO	DOSE	IDADE PÓS-NA- TAL	INTERVA- LO	
Ampicilina	100 mg/kg/ dose	≤ 7 dias	12/12 horas	
		8 - 21 dias	8/8 horas	
		> 21 dias	6/6 horas	
Cefotaxime	50 mg/kg/ dose	≥ 7 dias	12/12 horas	
		8 - 21 dias	8/8 horas	
		> 21 dias	6/6 horas	
Gentami- cina	2 a 2,5 mg/ kg/dose	≤ 7 dias	12/12 horas	
		> 8 dias	8/8 horas	
Penicilina G	250.000 a 450.000 U/kg/dia	≤ 7 dias	8/8 horas	
		500.000 U/kg/dia	> 7 dias	6/6 horas
		< 30 sem gestação	18/18 horas	
Vancomi- cina	20 mg/kg/ dose	30-37 sem gestação	12/12 horas	
		> 37 sem gestação	8/8 horas	
		> 3 meses	12/12 horas	
Meropen- nem	20 a 40 mg/ kg/dose	> 3 meses	12/12 horas	
		≥ 3 meses	8/8 horas	
Rifampi- cina	20 mg/kg/ dia		12/12 horas	
Cloranfe- nicol	75 a 100 mg/kg/dia	Max. 2 a 4 g/dia	6/6 horas	
			10 a 12 mg/ kg de TMP e	6/6 horas
Cotrimoxa- zol	50 a 60 mg/ kg de SMX		6/6 horas	
		30 mg/kg/ dia	< 12 anos	8/8 horas
Linezolide	600 mg	≥ 12 anos	12/12 horas	

## ANEXO 2

### ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)

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

### PNEUMONIAS AGUDAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CID10)

#### INTRODUÇÃO

Pneumonia é uma inflamação ou infecção dos pulmões que afeta as unidades de troca de gás como bronquíolos terminais, respiratórios, alvéolos e interstício pulmonar.

Geralmente é adquirida por aspiração de secreções infectadas das vias aéreas superiores, embora, as



vias hematogênica e por contiguidade possam ocorrer em algumas situações.

É uma das causas principais de óbito em crianças em países em desenvolvimento e é responsável por cerca de 14% dos casos atendidos em pronto-socorro pediátrico.

Nos recém-nascidos as pneumonias geralmente são de etiologia bacteriana e estão relacionadas a complicações como coriâmnionite materna e ruptura prematura de membrana com manifestações logo após o nascimento. Após 48 horas de vida, o parto prematuro e ventilação mecânica são fatores de risco importantes. *Streptococcus* do grupo B, principalmente, e bacilos gram-negativos (*Escherichia coli*, *Klebsiella sp* e, menos comumente, *Pseudomonas sp*) são implicados.

A *Chlamydia tracomatis* pode ser adquirida durante parto vaginal e causar pneumonia nos 4 primeiros meses, principalmente, nos dois primeiros meses de vida. Raramente causa quadros graves e sua prevalência em lactentes internados é muito baixa.

O *Ureaplasma urealyticum* é causa de pneumonia e é mais comumente visto em recém-nascido gravemente doente e tem baixa prevalência em lactentes normais de baixa faixa etária.

São poucos os estudos prospectivos recentes de investigação etiológica de pneumonias, sendo que a infecção mista viral e bacteriana tem sido documentada em 20% a 30% dos casos. As bactérias têm sido implicadas principalmente nas doenças graves.

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e o Adenovírus são mais frequentes em lactentes e crianças pré-escolares. Outros vírus, principalmente, fora dos períodos epidêmicos do VSR, incluem Adenovírus tipos 3,7,11 e 21, Parainfluenza tipos 1 e 3, Enterovírus, Influenza, principalmente tipo A e Rinovírus.

O *Streptococcus pneumoniae* ocorre em todas as faixas etárias. Um estudo em crianças finlandesas isolou

*Streptococcus pneumoniae* em 17% e *Haemophilus influenzae* cepas não tipáveis em 16% dos casos hospitalizados.

*Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae* podem causar desde casos leves a graves principalmente em crianças maiores de 4 a 5 anos de idade. Enterobactérias e *Staphylococcus aureus* podem causar infecção em pacientes imunocomprometidos e, embora, venha sendo pouco isolado em crianças normais é prudente incluí-lo como possível agente etiológico em lactentes, principalmente, nos de baixa faixa etária.

*Moraxella catarrhalis* tem sido ocasionalmente implicada como agente causal e *Legionella pneumophila* pode causar doença esporádica ou epidêmica, embora, seja mais frequentemente vista em adultos.

Em resumo, crianças com pneumonias graves que necessitem de internação após alta do berçário sem complicações e que não apresentem doenças subjacentes e cuja infecção tenha sido adquirida na comunidade (isto é, após, pelo menos 10 dias da alta do berçário) devem ser consideradas como portadoras de doenças bacterianas e de acordo com sua faixa etária, o tipo de envolvimento pulmonar (comumente infiltrados broncopneumônicos em lactentes e localizados em crianças maiores) e estado de imunização considerar os agentes prováveis;

- <1 mês: *Streptococcus* do grupo B, *Staphylococcus aureus*, Enterobactérias;
- 1 a 3 meses: *Streptococcus pneumoniae* e > *Staphylococcus aureus*;
- 3 meses a 2 anos: *Streptococcus pneumoniae* > *Haemophilus influenzae* não tipáveis > *Staphylococcus aureus*;
- 2 a 5 anos: *Streptococcus pneumoniae* > *Haemophilus influenzae*;
- >5 anos: *Streptococcus pneumoniae* >

AMU



## 1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

### Fatores de risco relacionados ao hospedeiro

- Idade menor de 2 meses;
- Desnutrição e outras imunodeficiências;
- Baixo peso ao nascer;
- Desmame precoce;
- Víruses sistêmicas graves pregressas;
- Doenças de base (como cardiopatias, anemia falciforme e encefalopatias);
- Cobertura vacinal insuficiente;
- Corticoterapia prolongada e outros estados com comprometimento imunológico;
- Doenças pulmonares que induzem a pneumonias de repetição como fibrose cística, asma, bronquiectasias, síndrome dos cílios imóveis;
- Doenças gastroentéricas, como refluxo gastro-esofágico.

### Fatores ambientais e socioeconômicos

- Tabagismo domiciliar;
- Poluição urbana;
- Condições desfavoráveis de moradia e saneamento básico.

Importante ressaltar que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde é fator que aumenta a mortalidade.

Início do quadro com infecção das vias aéreas superiores (obstrução nasal, coriza, espirros, tosse, febre e prostração nos períodos febris) que evolui de forma rápida ou insidiosa. A prostração acentua-se, os picos febris ficam mais altos, mais frequentes e resistentes a antitérmicos. Geralmente existe taquipnéia ou algum sinal de desconforto respiratório independente da febre, sendo que estas alterações geralmente precedem achados na ausculta pulmonar ou alterações radiológicas.

### Sinais sugestivos de pneumonia

- Aumento da frequência respiratória;
- Dor torácica em crianças maiores;
- Gemência em lactentes;
- Sintomas gerais como prostração, anorexia e fadiga.

Idade	FR
< 2 meses	> 60 rpm
2 a 12 meses	> 50 rpm
1 a 5 anos	> 40 rpm

### Entidades que diferem do curso geral descrito acima

- Pneumonia afebril do lactente – causada por vírus respiratórios ou *Chlamydia trachomatis*;
- O primeiro simula um episódio gripal mais arrastado, porém a tosse é mais intensa e existe taquí ou dispnéia. O estado geral é preservado e a aceitação alimentar é limitada pelo esforço respiratório;
- O segundo (*Chlamydia*), acomete lactentes jovens (< 4 meses) que nasceram por parto

Handwritten signature or initials in blue ink.





vaginal, frequentemente com história de conjuntivite, cuja mãe pode ter tido vulvo-vaginite por ocasião do parto;

- Nos dois casos a radiografia de tórax apresenta comprometimento intersticial bilateral tipo reticular, sinais de hiperinsuflação e espessamento brônquico;
- Pneumonia por *Mycoplasma* - acomete principalmente escolares e adolescentes.

Há tosse intensa e prolongada, normalmente cursa sem febre e com bom estado geral. Pode haver sinusite concomitante e outras pessoas que residem na mesma casa com quadro semelhante (crianças ou adultos). A radiografia de tórax evidencia opacidade perihilar, que lembra asas de borboleta.

## 2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Diagnóstico	Semelhança	Diferença
Pneumonias nosocomiais	Aspecto radiológico semelhante	História de hospitalização recente (<10 dias)
Tuberculose	Aspecto radiológico normalmente não é característico na infância e pode simular uma pneumonia ou estar associada a esta	Dados de epidemiologia e história clínica mais arrastada, normalmente com emagrecimento e tosse prolongada (> 4 semanas). Falha no tratamento habitual
Síndrome de Loeffler	Aspecto radiológico semelhante	História clínica, exame físico e protoparasitológico ajudam na diferenciação

Hemossiderose pulmonar	Aspecto radiológico semelhante	História, dados laboratoriais e biópsia pulmonar fazem o diagnóstico
Quadros fúngicos afetando pulmão	Aspecto radiológico semelhante	História de imunodeficiências e/ou hospitalização prolongada com procedimentos ou intervenções cirúrgicas, radiografia mostra infiltrado mais grosseiro, culturas fazem o diagnóstico
Envolvimento pulmonar nas colagenoses	Radiografia de tórax pode mostrar derrame pleural	História e exame físico evidenciam acometimentos de outros órgãos ou aparelhos, derrame pleural é um transudato (ver anexos)
Aspiração de corpo estranho	Imagem radiológica de hiperinsuflação e /ou atelectasia	História de engasgo e cianose
Atelectasia	Aspecto radiológico semelhante.	História de processos pulmonares de repetição
Seqüestro pulmonar *	Aspecto radiológico semelhante associado a sinais de perda de volume pulmonar.	Não existe história clínica. Exame físico não corresponde à imagem radiológica persistentemente alterada

*Handwritten signature or initials in blue ink.*



Abscesso pulmonar	Imagem radiológica pode simular pneumonia redonda ou nível hidro-aéreo na cavidade bem circunscrita	História de febre prolongada, estado geral bastante debilitado.
Pneumonia por Pneumocistis Carinii	Radiografia mostra opacidade grosseira	Antecedentes de outras doenças oportunistas, epidemiologia, estado geral mais debilitado, hipoxemia, sorologia para o vírus HIV auxilia no diagnóstico.
Bronquiectasia	Radiografia, história e o exame físico durante a agudização são semelhantes	História de quadros pulmonares de repetição, tomografia de tórax fecha o diagnóstico
Fibrose cística	Radiografia e história e exame físico na exacerbação aguda são semelhantes	Quadros pulmonares de repetição. Associação com histórico de síndrome de má-absorção intestinal, dosagem alterada de sódio e cloro no suor fecham o diagnóstico
Timo de grande tamanho	Aspecto radiológico semelhante	História e exame físico normais.

**Sequestro pulmonar** : massa de tecido pulmonar embrionário e por vezes cístico não funcionante. Pode se localizar de forma intra ou extra lobar. Recebe perfusão sanguínea, mas não ventila. Normalmente é acometido com infecção. Geralmente localiza-se nos lobos inferiores. A conduta é cirúrgica com ressecção da região acometida.

### 3 ANAMNESE

Deve ser completa, possuir cronologia no relato dos acontecimentos, ser clara e permitir que ocorra fácil distinção com os diagnósticos diferenciais listados acima.

Manifestações infecciosas e respiratórias

- Tosse - geralmente é produtiva;
- Febre - geralmente alta e de difícil controle (exceto nas pneumonias atípicas e afebril do lactente);
- Gemência - frequente nos lactentes;
- Dor torácica ou abdominal - frequente em crianças maiores e adolescentes;
- Desconforto respiratório - alterações da frequência e intensidade dos movimentos respiratórios são importantes indícios de pneumonia, associada aos sintomas acima;
- Dores abdominais, náuseas e vômitos - pneumonias e derrames pleurais fazem parte do diagnóstico diferencial de abdome agudo, principalmente em crianças maiores.

Outros dados que também são essenciais na anamnese

- Antecedentes de quadros pulmonares;
- Antecedentes neonatais;
- Condições de higiene, moradia e alimentação;
- Antecedentes familiares para doenças pulmonares e alérgicas;
- Esquema de vacinação e epidemiologia para

*Handwritten signature*



tuberculose.

#### 4. EXAME FÍSICO

Estado geral, dados antropométrica (peso, altura, etc.), avaliação nutricional, sinais vitais (T, FC, FR, etc.)<sup>2</sup>- Coloração das mucosas, hidratação, perfusão periférica, sinais de toxemia.

Exame físico dos diversos aparelhos - Propedêutica pulmonar:

- Inspeção estática (deformidades torácicas, abaulamentos, retrações e cicatrizes);
- Inspeção dinâmica (ritmo respiratório, frequência e mobilidade bilateral - nas grandes pneumonias e derrames haverá diminuição homolateral);
- Palpação (expansibilidade torácica diminuída no local correspondente ao acometimento nas grandes pneumonias e derrames, frêmito tóraco-vocal notado com melhor nitidez nas pneumonias que nos derrames);
- Percussão (som claro pulmonar no hemitórax não acometido, macicez nas áreas correspondentes a consolidação, submacicez nos derrames e timpânico nos pneumotórax);
- Ausculta (caracteristicamente sopro tubário, estertores crepitantes no início e no fim do quadro, roncocal e estertores subcrepitantes no meio do tratamento da pneumonia, nos derrames há abolição do murmúrio vesicular ou grande diminuição à ausculta).

O examinador comprime a mão do paciente por 15 segundos e, depois, verifica o tempo para o retorno da circulação.

#### 5. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS / INDICAÇÕES E

### FREQÜÊNCIA

Radiografia de tórax

- Na admissão, se há suspeita diagnóstica;
- Se com boa evolução: próximo à alta;
- Se com má evolução ou se semiologia indicar alteração para pior a cada 48 a 72 horas.

Hemograma (ver anexos)

- Na admissão se há suspeita diagnóstica, após boa hidratação clínica;
- Se houver piora clínica, suspeita de bacteremia ou má evolução.

Hemocultura

- Suspeita diagnóstica, antes de iniciar antibioticoterapia, na admissão - colher 3 amostras no 1º dia.
- Repetir se houver má evolução ou suspeita de bacteremia.

Gasimetria arterial

- Desconforto respiratório e depois, se necessário.

Bacterioscopia de escarro

- Suspeita de tuberculose, em pacientes que escarram - colher 3 amostras (ver protocolo sobre tuberculose).

Pesquisa de BK no lavado gástrico

- Suspeita de tuberculose em crianças que não escarram - colher 3 amostras (ver protocolo sobre tuberculose).
- Prova tuberculínica com PPD (Não fazer na vigência de corticoterapia sistêmica)

AI



- Suspeita de tuberculose, mesmo se vacinado com BCG (ver protocolo sobre tuberculose).

- Mortalidade por pneumonias bacterianas em países em desenvolvimento é bastante elevada.

#### Ultra-som de tórax

- Suspeita de derrame pleural, com controle evolutivo, se necessário.

#### Hidratação endovenosa indicações

- Desconforto respiratório com risco de aspiração;

#### Quimio citológico de líquido pleural (ver anexos)

#### (citologia com diferencial de leucócitos, pH, glicose, proteína, ácido láctico, DHL)

- Quando do diagnóstico do todo derrame pleural punccionável.

- Vômitos persistentes;

- Distensão abdominal intensa;

- Outras indicações de acesso venoso.

#### Bacterioscopia e cultura do líquido pleural

- Quando do diagnóstico do todo derrame pleural punccionável, antes de introduzir ou trocar antibiótico.

#### Fase de reparação, se desidratado

- Iniciar com SF - 20 mL/Kg em 20 min - repetir se necessário. Após melhora da perfusão periférica, continuar com SF e SG em partes iguais - 50 ml/Kg/hora até ficar sem sinais de desidratação e com diurese franca.

#### CIE ou Látex do líquido pleural

- Quando do diagnóstico do todo derrame pleural punccionável.

#### Fase de manutenção:

- Volume: 100mL/100Kcal necessárias/dia;

#### Tomografia de tórax

- Na interpretação radiológica nos casos com má evolução.

- Necessidade calórica: 100 Kcal/Kg até 10 Kg + 50 Kcal/Kg entre 10 e 20 Kg + 20 Kcal/Kg > 20 Kg;

## 6. CONDUTAS TERAPÊUTICAS

A terapia antimicrobiana empírica é uma prática aceita mundialmente, mesmo em países desenvolvidos onde a etiologia viral supera a bacteriana pois:

- Não se consegue excluir etiologia bacteriana concomitante;
- Custos para o isolamento de agentes virais causador da pneumonia são altos;
- Métodos para a detecção etiológica precisa são invasivos e o resultado pode demorar dias;

- Glicose: 5 mg/100Kcal/min (~8%);

- Sódio: 3 mEq/100 mL de solução;

- Potássio: 2,5 mEq/100 mL de solução;

- Fracionar em intervalos (6/6 hs, por exemplo) para evitar sobrecarga acidental de volume, principalmente em lactentes jovens, até melhora do estado geral e aceitação alimentar, em média 48 horas.

#### Inaloterapia

- • Fluidificação de secreções usando

AL



inalações com SF - 3 a 5 ml, 3 a 4 x ao dia. As máscaras devem ser adequadas ao tamanho da criança, ajustada à face (sem chupeta), com um fluxo de 6 litros/minuto.

#### Oxigenioterapia (ver anexo)

- Para crianças com mais de 28 dias de vida: PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg e/ou SatO<sub>2</sub> < 92% em ar ambiente.
- Para recém nascidos: PaO<sub>2</sub> < 50 mmHg e/ou SatO<sub>2</sub> < 90% em ar ambiente.

#### Antitérmicos

- Dipirona - 15 a 20 mg/kg até cada 6 hs ou;
- Acetaminofeno - 15 mg/kg até cada 4 hs ou;
- Ibuprofeno - 10 mg/Kg até a cada 6 hs.

Se a temperatura corpórea elevada causar desconforto (geralmente acima de 38°C, com diminuição da atividade; irritabilidade; diminuição da fome; aumento da sede; sensação de desconforto térmico)

#### Broncodilatadores e Corticoterapia

- Se com sibilância.

#### Antibioticoterapia inicial empírica

##### RNs:

- Ampicilina - 50 a 200 mg/Kg/dia, IM ou EV, 6/6 hs, conforme a gravidade do caso e Amicacina - 15 mg/Kg/dia, IM ou EV, 24/24 hs, por 7 a 10 dias.

> 3 meses, se em bom estado geral:

- Amoxicilina - 40 a 50 mg/Kg/dia, VO, 8/8 ou 12/12 hs, por 10 dias.

> 3 meses com desconforto respiratório, toxemia ou

má aceitação alimentar, internar e tratar:

- Penicilina cristalina (exceto quando existir suspeita ou evidência de etiologia estafilocócica) - 100.000 a 150.000 U/Kg/dia, EV, 6/6 hs, até melhora clínica = 24 a 48 horas afebril (média por 4 a 5 dias) ou Ampicilina (depednedendo da imunização anti-Haemophilus já recebida) e completar em domicílio com Amoxicilina, até completar 10 dias de tratamento.

Suspeita ou evidência de estafilococcia (toxemia):

- Oxacilina - 200 mg/Kg/dia, EV, 6/6 hs, por 10 a 21 dias.

Suspeita de S. pneumoniae com resistência intermediária à Penicilina (Uso de beta-lactâmico, permanência em creche ou hospitalização nos últimos 30 dias):

- Penicilina cristalina - 200.000 U/Kg/dia, EV, 6/6 hs, por 10 a 21 dias.

Nas falhas terapêuticas da penicilina, quando se suspeita de H. influenzae (2 meses a 5 anos):

- Cloranfenicol - 50 a 100 mg/Kg/dia, EV ou VO, 6/6 hs, por 10 a 14 dias ou Ceftriaxona (Cefalosporina de 3ª geração) - 50 a 75 mg/Kg/dia, 12/12 ou 24/24 hs, por 10 a 14 dias.

Pneumonia afebril do lactente (Clamídia tracomatis):

- Eritromicina - 30 a 50 mg/Kg/dia, VO, 6/6 hs, por 10 a 14 dias.

**Pneumonias atípicas por Mycoplasma, Clamídia pneumophila, Legionella:**

- Eritromicina - 30 a 50 mg/Kg/dia, VO, 6/6 hs, por 10 a 14 dias.

## 7. PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS - INDICAÇÃO; DOSE, FREQUÊNCIA E DURAÇÃO

AL



#### Indicações de drenagem pleural

- Empiemas;
- Exsudatos com pH menor que 7,2, glicose < 40 mg/dL (ver Anexos);
- Pio-pneumotórax.

#### Toracocentese

- Todo derrame pleural punçionável deve ser submetido a toracocentese esvaziadora.

#### Objetivos

- Melhorar o padrão respiratório;
- Encontrar o agente etiológico, por bacteriologia, cultura, CIE e/ou látex e, com isso, fornecer maior segurança para a troca ou manutenção da terapia empregada;
- Diferenciar empiemas, que devem ser sempre drenados, de derrames serosos e fluidos que devem ser somente esvaziados;
- Diferenciar exsudatos de transudatos, através do exame químicocitológico do líquido pleural;
- Levantamento epidemiológico das bactérias que mais frequentemente causam derrames após a vacinação da população contra *H. influenza*, empregada há quase 8 anos no calendário vacinal oficial.

#### Antibióticoterapia nos derrame pleural

- A etiologia mais frequente é o pneumococo, seguido pelo *H. influenzae* e pelo *S. aureus*, que evolui mal, com pneumonia extensa e derrame em criança < 6 meses com toxemia;
- Os picos febris não são parâmetro para a troca de antibióticos. Pneumonias extensas com derrames, de qualquer etiologia, evoluem com febre por vários dias (7 a 10),

mesmo com boa evolução.

#### Empírica, inicial:

- Iniciar com Penicilina cristalina - 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, EV, 6/6 hs;
- Se houver piora clínica nas 48 a 72 hs seguintes em crianças de 2 meses a 5 anos de idade nas quais a punção pleural foi efetiva ou está sob drenagem torácica, suspeitar de etiologia por *H. Influenzae* se a criança não foi vacinada, trocar para Ceftriaxona - 50 a 75 mg/Kg/dia, EV, 12/12 hs;
- Se houver suspeita de etiologia estafilocócica, usar Oxacilina - 200 mg/Kg/dia, EV, 6/6 hs;
- Se houver piora clínica nas 48 a 72 hs seguintes, reavaliar antibioticoterapia.

#### Pneumatoceles

- Estafilococcia é a causa mais frequente;
- Conduta cirúrgica se de grande tamanho (hipertensiva), causando hipoxemia não corrigida com oxigenioterapia;
- Conduta expectante nas demais.

#### Pneumotórax

- Pode ser devido a acidente pós-punção pleural;
- Drenar se for de grande monta, causando insuficiência respiratória.

#### Ventilação Mecânica Indicações (essencialmente clínicas)

- Parâmetros clínicos: taquipnéia, uso da musculatura respiratória acessória (retrações intercostais, subdiafragmática, de fúrcula ou esternal), batimento de asas



nasais, ortopnéia e cianose, com ou sem taquicardia e pulso paradoxal;

- Parâmetros gasométricos:  $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$  ou  $\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$  sob  $\text{FiO}_2 > 50\%$ , em pacientes previamente normais;
- Insuficiência respiratória crônica agudizada: acidose respiratória ( $\text{pH} < 7,25$  com  $\text{PaCO}_2$  acima do esperado para o  $\text{HCO}_3^-$  do paciente).  
→ Não usar VPM só por  $\text{PaCO}_2$  elevada;

Usar fórmula:  $\text{PaCO}_2 \text{ esperado} = \text{HCO}_3^- \times 1,5 + 8 \pm 2$ .

Parâmetros Iniciais (fisiológicos)

- PIP: suficiente para promover expansão torácica com amplitude visualmente adequada (geralmente entre 15 e 20 cmH<sub>2</sub>O);
- PEEP: 3 a 5 cmH<sub>2</sub>O;
- $\text{FiO}_2$ : suficiente para atingir uma  $\text{SatO}_2$  adequada para a situação clínica (geralmente entre 94 e 96%);
- Volume corrente: para o paciente é de 6 a 10 ml/Kg. A este volume deve ser acrescentado o volume desperdiçado no circuito do aparelho, o que pode resultar em volume corrente total de até 15 ml/Kg;
- $\text{Rel } \frac{1}{f} : \frac{1}{3}$ ;
- Fluxo de gases:  $\text{FR} \times \text{volume corrente} \times 3$ ;
- FR: normal para idade.

## 8. EQUIPAMENTOS

Oxímetro de pulso

- Indicação: Avaliação de sinais de hipoxemia, evitar coleta em demasia de gasometria, durante a internação até estabilização do quadro clínico sem desconforto respiratório, sem uso suplementar de  $\text{O}_2$  com  $\text{Sat O}_2 >$

94%.

Dreno torácico com selo d'água

- Indicação: Derrames pleurais, empiemas, pneumatoceles gigantes e pio-pneumotórax, no momento do diagnóstico e enquanto existir oscilação do dreno ou necessidade de drenagem de ar ou líquidos pleurais.

## 9. SERVIÇOS E INSTALAÇÕES / INDICAÇÃO E NÚMERO ESTIMADO DE DIAS

Pronto socorro, tratamento domiciliar

- Casos leves, sem desidratação ou desconforto respiratório. Reavaliar, no máximo em 3 dias.

Enfermaria pediátrica com disponibilidade para realização de hidratação, oxigênio e inaloterapia

- Com toxemia, má aceitação alimentar, desconforto respiratório, por 5 dias, em média.
- UTI pediátrica com todo aporte necessário
- Insuficiência respiratória grave, disfunção hemodinâmica grave ou choque, até a melhora dos parâmetros respiratórios e hemodinâmicos.

## 10. AVALIAÇÕES ESPECÍFICAS

Profissionais e Frequência

- Frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura corporal, estado geral, eliminações, aceitação alimentar - Enfermagem, mínimo 4 x/dia;
- Estado geral, frequência e ritmo respiratório, ausculta respiratória, hidratação, perfusão periférica, oxigenação sinais de bacteremia e toxemia - Médico pediatra, mínimo 2 x/dia;



- Idem a anterior - na insuficiência respiratória grave - Intensivista, sempre que necessário, mínimo 4x/dia;
- Derrame pleural de grande volume, empiemas, pneumatoceles com restrição torácica e pio-pneumotórax - Cirurgião, no momento do procedimento (drenagem) com acompanhamento diário até a retirada do dreno;
- Hipersecreção pulmonar - Fisioterapeuta, dependendo da necessidade, no mínimo 3 x/dia (na ausência de fisioterapeuta, orientar familiar acompanhante);
- Evolução não habitual, agente etiológico raro, ou falha terapêutica - Pediatra pneumologista, diariamente.

## 11. ATIVIDADES FÍSICAS

- Habitualmente autolimitadas;
- Repouso no leito: nos grandes derrames e nas pneumatoceles gigantes;
- Incentivar atividade física leve, para auxiliar na mobilização de secreções.

## 12. APOIO NUTRICIONAL

- Dieta geral para a idade, na grande maioria dos casos.
- Dieta hiper proteica e hiper calórica, nos desnutridos moderados e graves, enquanto durar a internação e no pós-alta. 3 Pausa alimentar com hidratação EV, enquanto durar desconforto respiratório moderado a grave.

## 13. ACOMPANHAMENTO

## CONJUNTO COM OUTROS PROFISSIONAIS

### Fisioterapeuta

- Quando há hipersecreção pulmonar, atelectasias, restrição no leito por condição clínica atual ou de base (neuropatas, por exemplo) e intubação traqueal.

### Médico pneumologista

- Pneumonias complicadas de evolução não usual ou falha na terapêutica convencional.

### Cirurgião pediátrico

- Grandes derrames pleurais, empiemas com indicação de drenagem cirúrgica, pneumatoceles gigantes com insuficiência respiratória.

## 14. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO HOSPITALAR

- Toxemia, mau estado geral;
- Pneumonia adquirida em hospitalização há menos de 15 dias;
- Pneumonia extensa ou pós varicela, sarampo ou coqueluche;
- Crianças menores de 2 meses;
- Falha no tratamento hospitalar;
- Sinais e sintomas de insuficiência respiratória;
- Histórico de apnéia ou cianose;
- Doença grave concomitante;
- Desnutrição grave;
- Imunodeficiências ;

AM



- Sinais radiológicos de gravidade (derrame pleural, pneumatocele, abscesso pulmonar).

#### 15. CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

- Melhora do estado geral, da aceitação alimentar, ausência de febre > 48 a 72 horas, ausência de sinais de insuficiência respiratória e derrames pleurais;
- Lembrar que a imagem radiológica pode demorar até 3 a 6 meses para se normalizar nas pneumonias extensas, grandes derrames e pneumatoceles, devendo ser acompanhadas no ambulatório. Normalmente não deixam sequelas.

#### 16. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UTI

- Sinais e sintomas de insuficiência respiratória moderada a grave, hipóxia (saturação de oxigênio menor que 90 em ar ambiente), necessidade de suporte ventilatório/intubação, diminuição do nível de consciência, sinais e ou sintomas de choque.

#### 17. CRITÉRIOS DE ALTA EM UTI

- Melhora da dinâmica respiratória espontânea, de preferência em ar ambiente;
- Estabilidade hemodinâmica e metabólica;
- Normalização do nível de consciência

#### 18. EDUCAÇÃO DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

- Explicar, em linguagem acessível, as possíveis causas, vias de transmissão, possibilidades de contágio, exames necessários para elucidação diagnóstica, tratamento proposto e evolução natural da doença;
- Esclarecer sobre o tempo previsto

para a recuperação e sobre os riscos de complicações;


- Crianças maiores também devem ser esclarecidas sobre sua doença, seu tratamento e sua evolução, bem como ser consultadas e informadas sobre as orientações a serem seguidas, inclusive após a alta hospitalar;
- Habilitar e orientar na observação da temperatura e da frequência e ritmo respiratório do paciente, já que estes sinais são de grande importância para o acompanhamento clínico e após a alta;
- Habilitar os pais e responsáveis nas técnicas de medicação (vias de administração, doses, horários), fisioterapia e drenagem de secreções;
- Orientar o acompanhamento da dieta a ser administrada e eventual correção de erros quanto à técnica, qualidade e quantidade de alimentos que estavam sendo oferecidos anteriormente.

## COVID – 19: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

### INTRODUÇÃO

No fim de 2019, 27 pacientes com pneumonia de causa desconhecida e ligada epidemiologicamente a animais selvagens vendidos em um mercado chinês

*Handwritten signature or initials.*



(Wuhan Seafood Wholesale Market) foram diagnosticados com um vírus RNA da subfamília Coronavirinae. O novo vírus foi denominado de SARS-CoV-2 e produz a doença denominada COVID-19. Posteriormente, o mundo se viu diante de uma pandemia declarada pela Organização Mundial de Saúde.

O primeiro caso descrito em criança foi relatado em Xiaogan, província de Hubei-China. Era uma criança de 3 meses de idade que teve febre por um dia e foi admitida em 26 de janeiro de 2020.

Os casos mais graves foram relatados em idosos, enquanto as crianças com a COVID-19, por razões ainda em investigação, parecem ter curso clínico mais leve e os relatos de morte são escassos. Entre 2.143 crianças com suspeita de COVID-19 na China, 731 (34,1%) foram confirmadas, dessas, mais de 90% apresentaram quadro assintomático, leve ou moderado; a média de idade foi 7 anos e não houve óbito em menores de 10 anos. Outra descrição em crianças, demonstrou 10 casos, com média de idade 6 anos (variando de 3 meses a 11 anos). No entanto, a população pediátrica pode desempenhar papel importante na disseminação da COVID-19 na comunidade.

As recomendações atuais baseiam-se muito mais na realidade apresentada pelos casos em adultos. De qualquer forma, o protocolo tem como objetivo auxiliar na condução dos casos que possam surgir dentro das unidades pediátricas. Cabe lembrar que a maior parte dos casos graves respiratórios em pediatria tem como principal causa outros vírus, como o vírus sincicial respiratório, por exemplo. Assim, o diagnóstico etiológico é de extrema importância para não haver desvios de condutas na maioria dos casos em pediatria.

## 1 AGENTE ETIOLÓGICO E MODO DE TRANSMISSÃO

O coronavírus é um RNA vírus da ordem Nido-

virales da família Coronaviridae. Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 são da subfamília Betacoronavirus que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal.

A transmissão do SARS-CoV-2 dá-se por meio de gotículas contendo o vírus, que são eliminadas ao falar, tossir ou espirrar a partir de uma pessoa contaminada, cerca de 1 a 2 metros de distância do indivíduo sadio. Outra forma de contrair a doença ocorre ao manipular objetos, brinquedos e superfícies contaminadas com gotículas contendo o vírus e, a seguir, tocar nos olhos, nariz ou boca com as mãos contaminadas. O risco de haver contaminação por SARS-CoV-2 por via fecal-oral parece ser baixo, embora investigações iniciais tenham identificado o vírus nas fezes em alguns casos. Como isso é um risco, serve como motivo de reforço para higienizar as mãos após usar o banheiro e antes de se alimentar. No entanto, a população pediátrica pode desempenhar papel importante na disseminação da comunidade, pois além da dispersão viral nas secreções nasais, há evidências de dispersão fecal por várias semanas após o diagnóstico, o que representa um desafio para o controle da infecção.

No que se refere aos pacientes assintomáticos, o risco de contrair COVID-19 é considerado baixo.

### Período de incubação:

O período médio de incubação da infecção pelo SARS-CoV-2 é de 5 dias, com intervalo que pode chegar até 14 dias.

### Período de transmissibilidade:

A transmissibilidade dos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 é em média de 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares sugerem que a transmissão pode ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não



há informação suficiente que defina quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

## 2. DEFINIÇÕES DE CASOS DE ACORDO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

### Caso suspeito de COVID-19

Pessoa que apresente febre e pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) e com histórico de viagem para país com transmissão sustentada ou área com transmissão local nos últimos 14 dias.

Viajante

Pessoa que apresente febre ou pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia). Já foi reconhecida a transmissão comunitária da doença, não havendo mais necessidade da correlação clínico-epidemiológica para considerar um quadro gripal como suspeito. E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias.

Contato próximo

### Caso provável de COVID-19

Contato domiciliar

Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias e que apresente febre ou pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia). Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/ artralgia, cefaleia, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

### Caso confirmado de COVID-19

Laboratorial

Caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real.

Clínico- epidemiológico

Caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente por COVID-19, que apresente febre OU pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

### Contato próximo de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

• PESSOA QUE TEVE CONTATO FÍSICO DIRETO (POR EXEMPLO, APERTANDO AS MÃOS);

• PESSOA QUE TENHA CONTATO DIRETO DESPROTEGIDO COM SECREÇÕES INFECCIOSAS (POR EXEMPLO, SENDO TOSSIDA, TOCANDO TECIDOS DE PAPEL USADOS COM A MÃO NUA);

• PESSOA QUE TEVE CONTATO FRENTE A FRENTE POR 15 MINUTOS OU MAIS E A UMA DISTÂNCIA INFERIOR A 2 METROS (SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE);

• PESSOA QUE ESTEVE EM UM AMBIENTE FECHADO (POR EXEMPLO, SALA DE AULA, SALA DE REUNIÃO, SALA DE ESPERA DO HOSPITAL ETC.) POR 15 MINUTOS OU MAIS E A UMA DISTÂNCIA INFERIOR A 2 METROS;

• PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE CUIDA

*Handwritten signature or initials.*

DIRETAMENTE DE PACIENTE COVID-19 OU TRABALHADORES DE LABORATÓRIO QUE MANIPULAM AMOSTRAS DE UM CASO COVID-19 SEM EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL RECOMENDADO (EPI) OU COM UMA POSSÍVEL VIOLAÇÃO DO EPI.

•PASSAGEIRO DE AERONAVE SENTADO NO RAIO DE DOIS ASSENTOS (EM QUALQUER DIREÇÃO) DE CASO CONFIRMADO DE COVID-19. SEUS ACOMPANHANTES OU CUIDADORES E OS TRIPULANTES QUE TRABALHARAM NA SEÇÃO DA AERONAVE EM QUE O CASO ESTAVA SENTADO.

Contato domiciliar de caso suspeito ou confirmado de COVID-19

•PESSOA QUE RESIDE NA MESMA CASA/ AMBIENTE. DEVEM SER CONSIDERADOS OS RESIDENTES DA MESMA CASA, COLEGAS DE DORMITÓRIO, CRECHE, ALOJAMENTO, ETC.

### 3. APRESENTAÇÃO E SÍNDROMES CLÍNICAS

**Doença Leve:** sintomas de infecção de vias aéreas superiores, incluindo febre, congestão faríngea, dor de garganta) e por um curto período de tempo ou infecção assintomática; RT-PCR para SARS-CoV-2 positivo; sem anormalidades radiológicas ou sepse.

**Doença Moderada:** pneumonia leve, sintomas como febre, tosse, fadiga, cefaleia e mialgia. Sem complicações e manifestações dos quadros graves.

**Doença Grave:** características da doença leve ou moderada associada a qualquer manifestação que sugiram progressão da doença, como:

- Taquipneia:  $\geq 70$  rpm para menores do que 1 ano;  $\geq 50$  rpm para crianças maiores do que 1 ano;
- Hipóxia;
- Perda da consciência; coma; convulsões;

- Desidratação; dificuldade para alimentação; disfunção gastrointestinal;
- Lesão miocárdica;
- Elevação de enzimas hepáticas;
- Disfunção da coagulação; rabdomiólise e
- Qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais.

**Doença Crítica:** Rápida progressão da doença associada a qualquer outra das seguintes condições:

- Falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica (SDRA, hipóxia persistente que não pode ser aliviada por oxigênio por cateter ou máscaras nasais);
- Choque séptico;
- Disfunções orgânicas que necessitem de monitorização em UTIP.

Síndromes clínicas associadas a COVID-19

Doença leve	Quadro compatível com infecção viral de vias aéreas superiores. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, tosse, dificuldade para respirar, dor de garganta, cefaleia, mal estar e mialgia. Mais raramente pode ocorrer diarreia, náuseas e vômitos.
Pneumonia	Infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade. Criança sem pneumonia grave tem tosse ou dificuldade para respirar + taquipneia (<2 meses: $\geq 60$ ipm/min; 2-11 m: $\geq 60$ ipm/min; 1-5a: $\geq 40$ ipm/min)

AM



Pneumonia grave	<p>Criança com tosse ou dificuldade para respirar + taquipneia (<math>\leq 2</math> meses; <math>\geq 60</math> ipm/min; 2-11 m: <math>\geq 60</math> ipm/min; 1-5a: <math>\geq 40</math> ipm/min), associada pelo menos um: cianose central, tiragem subcostal, inabilidade para se alimentar, estridor de repouso, alteração de nível de consciência ou convulsões.</p> <p>Início ou agravamento dos sintomas respiratórios, até uma semana do aparecimento da doença.</p> <p>Alterações radiológicas: opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar, nódulos.</p> <p>Edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiperhidratação.</p>
Síndrome de desconforto respiratório grave (SDRA)	<p>Oxigenação - (IO) = Índice de Oxigenação ou IOS = Índice de SaO<sub>2</sub>. Qdo PaO<sub>2</sub> não for disponível, diminuir FIO<sub>2</sub> para manter SaO<sub>2</sub> <math>\geq 97\%</math> para calcular IOS ou SaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilevel (VNI ou CPAP) <math>\geq 5</math> cmH<sub>2</sub>O por máscara facial: PaO<sub>2</sub> / FIO<sub>2</sub> <math>\leq 300</math> mmHg ou SaO<sub>2</sub> / FIO<sub>2</sub> <math>\leq 264</math></li> <li>• SDRA leve (ventilação invasiva): <math>4 \leq IO &lt; 8</math> ou <math>5 \leq IS &lt; 7,5</math></li> <li>• SDRA moderado (ventilação invasiva): <math>8 \leq IO &lt; 16</math> ou <math>7,5 \leq IS &lt; 12,3</math></li> <li>• SDRA grave (ventilação invasiva): <math>IO \geq 16</math> ou <math>IS \geq 12,3</math></li> </ul>
Sepsis	<p>Infecção suspeita ou comprovada + <math>\geq 2</math> critérios SIRS, dos quais um deve ser alteração da temperatura ou leucocitose /leucopenia (os outros 2 critérios são taquipneia e taquicardia ou bradicardia em <math>&lt;1</math> ano)</p>

Choque séptico	<p>Suspeita de infecção (hipotermia ou hipertermia) + sinais de hipoperfusão periférica: hipotensão (PAS <math>&lt;</math> percentil 5 ou <math>&gt; 2</math> DP abaixo do normal para a idade) ou 2-3 dos seguintes: alteração nível consciência; taquicardia ou bradicardia; enchimento capilar lentificado (<math>&gt; 2</math> segundos) ou evidência de vasodilatação: quente e pulsos amplos; taquipneia; pele manchada ou erupção petequial ou purpúrica; aumento de lactato, oligúria.</p> <p>Necessidade de drogas vasoativas ou inotrópicas para manter a pressão sanguínea e a perfusão adequadas após expansão com cristalóide adequadamente.</p>
----------------	---

Em revisão de 171 crianças com SARS causada por SARS-CoV-2, 15,8% apresentaram-se assintomáticas. Aquelas que exibiram sintomatologia foram observadas as seguintes frequências: infecção do trato respiratório inferior (19,3%); pneumonia (64,9%); tosse (48,5%); hiperemia de orofaringe (46,2%); febre (41,5%); diarreia (8,8%); fadiga (7,6%) e diminuição da saturação arterial de oxigênio abaixo de 92% (2,3%). A tomografia de tórax foi anormal em 51,4% das crianças. Em uma série de 10 casos de crianças admitidas no Hospital de Shanghai-China. A mediana de idade foi de 3-131 meses (média: 74 meses), sendo que 80% apresentaram febre, 60% tosse, 40% dor de garganta e 30% obstrução nasal.

A maioria das crianças com COVID-19 tem curso clínico favorável e suas manifestações clínicas diferem amplamente das dos adultos. Febre e sintomas respiratórios não devem ser considerados como um forte marcador de COVID-19 em pediatria. Assim, devemos ter muito cuidado no estabelecimento do diagnóstico, já que a maioria dos casos são leves ou moderados.

AM

## 4. DIAGNÓSTICO

**Clínico** - O quadro clínico inicial da doença é caracterizado por síndrome gripal, porém, casos iniciais leves e subfebris podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre pode persistir além de 3 a 4 dias. A partir de 03 de abril de 2020, o Ministério da Saúde reconheceu a transmissão comunitária da doença pelo SARS-CoV-2, não havendo mais necessidade da correlação clínico epidemiológica para considerar um quadro gripal como suspeito.

**Laboratorial** - A detecção do ácido nucleico do SARS-CoV-2 por reação em cadeia da polimerase-transcriptase reversa em tempo real (RT-PCR) é o principal exame de diagnóstico laboratorial. O vírus pode ser detectado em secreções do trato respiratório superior ou inferior (swab ou aspirado de nasofaringe, escarro, aspirado traqueal, lavado broncoalveolar), sangue, urina e fezes.

**Hemograma** - Pode se observar leucopenia, presente em até 33,7% dos pacientes, com progressiva linfopenia nos casos graves. Em crianças, a maioria dos estudos mostra contagem de leucócitos dentro da faixa normal, sendo que quando ocorre alteração predomina a leucopenia. A contagem de linfócitos também se encontra normal na maioria dos casos, quando ocorre alteração pode haver tanto linfopenia ou linfocitose. A contagem de plaquetas é normal na ampla maioria das crianças.

**Proteína C Reativa (PCR)** - Pode estar normal ou aumentada, com níveis medianos de 15,5 mg/dL em 25 casos e 7,5 mg/dL em 10 casos.

**Procalcitonina** - Quando elevada (>0,5 ng/mL) sugere coinfeção bacteriana. Há relatos de valores elevados em 50% de crianças. Enzimas hepáticas, enzimas musculares, mioglobina e D-dímero podem estar aumentados.

**Radiografia de tórax** - Geralmente as alterações estão ausentes no início da doença; 59% apresentam alterações radiológicas que consistem em vidro fosco periférico (20,1%), infiltrados alveolares focais (28,1%) ou bilaterais (36,5%) e infiltrados intersticiais (4,4%).

Tomografia de tórax (sem contraste):

Fase	Dias de doença	Normal	Característica
Inicial	0 - 2	50%	17% opacidades focais em vidro fosco 28% opacidades multifocais bilaterais 22% lesões com distribuição periférica 76% comprometimento bilateral, com distribuição periférica (64%) 9% opacidades reticulares 88% comprometimento bilateral, com distribuição periférica (72%) 20% opacidades reticulares
Intermediária	3 - 5	10%	
Tardia	6 - 12	5%	

**Ultrassonografia pulmonar** - Podem ser visualizados os artefatos chamados de Linhas B, únicos ou agrupados, bilaterais, geralmente, ou podem aparecer imagens de consolidação, principalmente nos casos avançados (regiões posteriores e basais).

**Diagnóstico diferencial:** Outras infecções virais:

- Vírus sincicial respiratório, influenza, parainfluenza, adenovírus e metapneumovírus;
- Pneumonia bacteriana;
- Pneumonia atípica: Mycoplasma pneumoniae e Chlamydia pneumoniae.



## 5. TRATAMENTO (Figura 1)

Quanto ao tratamento cabe a ressalva de que a maioria dos relatos de tratamentos são provenientes de estudos em adultos, alertando para que o bom senso deve prevalecer quando se trata de criança com suspeita ou infecção. Lembrar que entraremos no período de maior circulação do vírus sincicial respiratório, evitando-se, a todo custo, iatrogenia ao conduzir casos suspeitos de COVID-19. Em algumas situações há infecções conjuntas com outros agentes virais ou bacterianos.

É fundamental estabelecer-se o diagnóstico etiológico desses casos virais por meio da realização de painel viral rápido, sendo estabelecidas as seguintes prioridades:

- "identificação precoce", "isolamento precoce", "diagnóstico precoce" e "tratamento precoce".
- Manter em quartos individuais, seguindo-se as precauções para controle e prevenção de infecções, mesmo antes da confirmação laboratorial.

### Indicações de internação em UTI-pediátrica

- Insuficiência respiratória aguda, com necessidade de assistência respiratória (ventilação não invasiva, cateter nasal de alto fluxo ou ventilação mecânica invasiva);
- Choque séptico;
- Disfunção orgânica.

### Casos leves ou moderados

- Administrar sintomáticos, preferencialmente paracetamol ou dipirona, para o controle da febre, se necessário;
- Antivirais (oseltamivir): Sem benefícios comprovados. Sua utilização fica reservada até a confirmação etiológica da SRAG, ou

seja, a medicação deve ser mantida caso a etiologia seja o vírus Influenza.

### Casos graves

- Apresentam-se com desconforto respiratório e/ou hipóxia (síndrome respiratória aguda grave) e devem ser internados.
- Considerar Hidroxicloroquina/cloroquina (5 - 10 mg/Kg/dia de cloroquina base por 10 dias) + Azitromicina (10 mg/Kg no primeiro dia e, depois, 5 mg/Kg/dia por 4 dias - dose máxima total de 30 mg/Kg ou 1.500 mg.

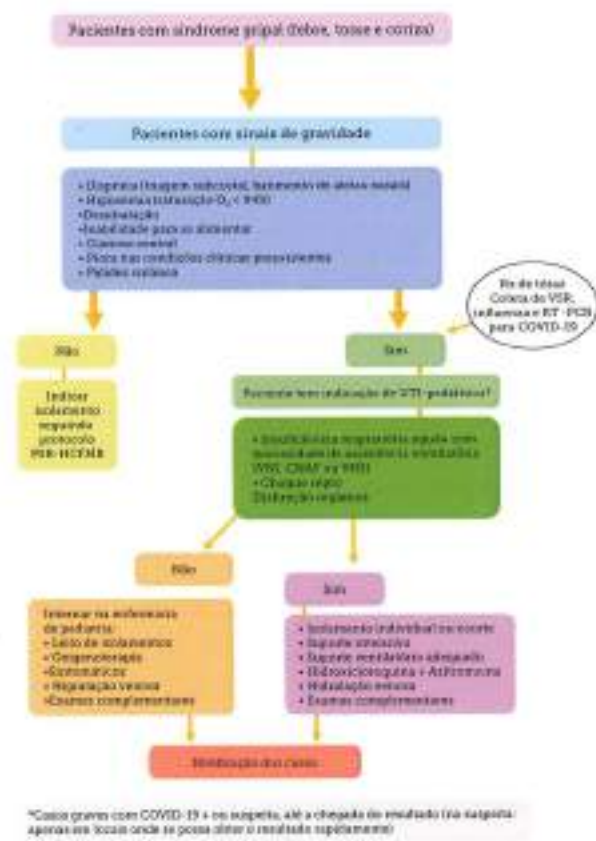


Figura 1. Fluxo do Manejo clínico pediátrico na Atenção Especializada da COVID-19. Adaptado do Ministério da Saúde 2020.

\*Casos graves com COVID-19 + ou suspeita, até a chegada do resultado (na suspeita apenas em locais onde se possa obter o resultado rapidamente)

AM



## 6. MONITORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

- Monitorar  $SpO_2/FiO_2$  em suporte respiratório não invasivo ( $Sp$  = saturação arterial depulso);
- Monitorar o índice de saturação de oxigênio (ISO) =  $FiO_2 \times Paw \times 100/SpO_2$  ou índice de oxigenação (IO) =  $FiO_2 \times Paw \times 100/PaO_2$ , em VM Invasiva;
- $FiO_2$  guiada para atingir  $SpO_2 \leq 97\%$  para validar a utilização da  $SpO_2/FiO_2$  e o ISO;
- Objetivos:  $SpO_2 \geq 88\%$ ; IO < 4 ou ISO < 5.

## 7. MÉTODOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

- CPAP ou VNI são preferidos ao CNAF quando  $SpO_2/FiO_2$  for > 221 e < 264;
- VNI: Helmet (capacete) é preferível; se indisponível, preferir VNI com full-face ou máscara oronasal.

### Indicações de intubação orotraqueal (IOT)

- Não retardar IOT:  $SpO_2$  92% - 97% e  $FiO_2$  < 0,6 em 60 - 90 minutos ou  $SpO_2/FiO_2$  < 221

### Outras indicações de IOT

- alteração do nível de consciência, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

### Orientação para IOT de paciente com COVID-19:

- A equipe deverá ser formada pelo menor número de pessoas: dois médicos, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, devidamente paramen-

tados;

- O paciente deverá ser intubado pelo profissional mais experiente da equipe;
- Bolsa de ventilação (AMBU®-evitar), filtro HMEF, sistema de aspiração fechada e máscara facial. A ordem de conexão é: AMBU® -> filtro HMEF -> sistema de aspiração fechada -> máscara facial. Observação: se houver capnógrafo disponível, ele deve ser conectado entre o AMBU® e o filtro HMEF. Usar técnica de 2 pessoas e cânula com balonete;
- A IOT deve ser precedida de sequência rápida de intubação com pré-oxigenação (cateter nasal até 5 L/min) ou máscara não reinalante com o menor fluxo possível para manter  $SaO_2 > 94\%$ ;
- A bolsa-valva-máscara deve ser evitada para prover ventilação, porém quando for utilizada, colocar o filtro HMEF;
- Sequência rápida de intubação: fentanil (1-2 mcg/Kg) ou cetamina (1-2 mg/Kg) + Rocurônio (0,6 - 1,2 mg/kg) ou succinilcolina 1mg/kg;
- Evitar ventilação não invasiva por pressão positiva; não é proibitiva, avaliar resposta rapidamente (30 minutos);
- Verificar posicionamento do tubo traqueal, prover insuflação do balonete e conectar o paciente ao ventilador, com filtro HMEF na saída do circuito expiratório do ventilador para o ambiente;
- Utilizar sistema de aspiração fechado (trach-care).

### Observação quanto aos filtros

Há três tipos de filtros:

1. HME - Heat and moisture exchanger





(trocador de calor e umidade)

Os HME são dispositivos colocados entre o tubo traqueal/traqueostomia e o conector em "Y" do circuito do ventilador e dependendo do fabricante possuem um filtro microbiológico. São capazes de aquecer e umidificar o gás inspirado, estão indicados para uso em praticamente todos os pacientes. Contraindicação é relacionada aos pacientes com retenção de gás carbônico, aos hiper secretivos extremos e aos pacientes com franco sangramento pulmonar.

2. HMEF - *Heat and moisture exchanger filter* (filtro + trocador de calor e umidade). Os filtros HMEF são dispositivos colocados entre o tubo traqueal/traqueostomia e o conector em "Y" do circuito do ventilador mecânico e possuem um filtro microbiológico. São capazes de aquecer e umidificar o gás inspirado, além de atuar como barreira microbiológica que previne a infecção cruzada entre o paciente, o ventilador mecânico e ainda o meio ambiente.

Com a utilização de apenas uma peça do filtro HMEF, protege-se as linhas inspira- tória e expiratória ao mesmo tempo.

Estão indicados para uso em praticamente todos os pacientes, sua contraindicação é relacionada aos pacientes com retenção de gás carbônico, aos hiper secretivos extremos e aos pacientes com franco sangramento pulmonar.

3. HEPA - *High Efficiency Particulate Arrestance* (filragem de ar de alta eficiência). O filtro HEPA normalmente possui um componente hidrofóbico com baixa resistência ao fluxo que se mantém estável tanto com gás seco quanto com a presença de umidificação, além de ter altíssimo poder de filtração (maior que 99,99%). Ele é indicado para uso em circuitos respiratórios de Aparelhos de Ventilação Mecânica e Anestesia, previne a infecção

cruzada entre o paciente e o equipamento de Ventilação Mecânica e pode ser utilizado no ramo expiratório e/ou inspiratório do circuito (proximal ao equipamento). Em alguns lugares ele é colocado apenas no ramo expiratório prevenindo o meio ambiente da infecção cruzada. Ideal para pacientes intubados por longos períodos.

#### Ventilação mecânica

- Modo: Sem recomendação. Assistido controlado a pressão, assistido controlado a volume ou pressão regulada - volume controlado com VC: 5 a 7 mL/Kg;
- Pressão de platô < 28 - 32 cmH<sub>2</sub>O com Driving pressure ≤ 15 cmH<sub>2</sub>O;
- PEEP inicial = ao redor de 8-10 cmH<sub>2</sub>O;
- Titular FiO<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> entre 92 - 96%;
- Hipercapnia permissiva (pH > 7,20).

#### Adjuvantes da Ventilação Mecânica

- Bloqueadores Neuromusculares: uso precoce e por 24 a 48 horas em SDRA moderada/grave (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 150; IO ≥ 12; ISO ≥ 10); descontinuar se PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≥ 150; IO < 12; ISO < 10;
- Posição Prona: precoce e prolongada em SDRA moderada/grave (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 150; IO ≥ 12; ISO ≥ 10); alguns casos podem precisar de prona por mais de 24h.

## 8. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

- **Máscara N95 ou PFF2** - deve ser utilizada em procedimentos que gerem aerossol (intubação ou aspiração traqueal, ventilação

AI

mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais), deverá ser colocada antes de adentrar o ambiente do paciente e retirada após a saída dele. Deverá estar apropriadamente ajustada à face.

Orientações para armazenamento - EXCEPCIONALMENTE, em situações de carência de insumos e para atender à demanda da epidemia da COVID-19, a máscara N95 ou equivalente poderá ser reutilizada pelo mesmo profissional, desde que cumpridos os passos obrigatórios para a sua retirada (retire-a pelos elásticos, tomando cuidado para não tocar na superfície interna e acondicione em um saco plástico, sem a contaminação do seu interior). Com objetivo de minimizar a contaminação, pode ser usado um protetor facial (face shield). Desta forma, pode ser armazenada por 7 dias em saco plástico transparente individual, identificando na embalagem com etiqueta contendo seu nome, data de início do uso e data do fim com validade de 7 dias. Desprezê-la antes deste período apenas quando estiver em mau estado de conservação, suja, úmida ou contaminada por fluidos corpóreos. Após o uso no plantão, guardar em local apropriado, não deixar a máscara exposta, dentro do quarto do paciente ou expurgo. A máscara não pode ser compartilhada entre colaboradores, mas pode ser utilizada para diferentes pacientes.

**Gorro** - utilizar em procedimentos que gerem aerossol. Deverá ser colocado antes de adentrar ao ambiente do paciente e retirá-lo após a saída dele.

**Máscara cirúrgica** - Utilizar máscara cirúrgica antes de entrar no quarto do sintomático respiratório.

Indicação de máscara cirúrgica: Pacientes com sintomas de infecção respiratória (febre, tosse espirros, dificuldade para respirar), profissionais de saúde

e profissionais de apoio que prestarem assistência a menos de 1 metro do paciente suspeito ou confirmado.

- **Óculos** - O uso é individual. Após o atendimento ao paciente, limpar com lenço umedecido com desinfetante.
- **Luvas e avental** - Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies, utilizar durante toda manipulação inclusive de cateteres e sondas, do equipamento ventilação mecânica e de outras superfícies próximas ao leito e, retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida. Não devem ser utilizadas duas luvas para o atendimento dos pacientes, esta ação não garante mais segurança à assistência.
- **Face Shield (Viseira)** - Utilizar em procedimentos com grande chance de exposição a gotículas. Exemplo: intubação, aspiração de vias aéreas em sistema aberto, estímulo da tosse, aspiração nasotraqueal.

Figura 2. Ordem de colocação dos equipamentos de proteção individual



Figura 3. Ordem de retirada dos equipamentos de proteção individual





## 9 CRITÉRIOS DE ALTA

Pacientes podem receber alta do isolamento ou serem transferidos para a enfermariapara continuar o tratamento se todos os seguintes critérios forem atendidos;

- A temperatura corporal voltar ao normal por mais de três dias;
- Os sintomas respiratórios melhoram obviamente;
- A detecção de ácido nucleico viral negativo por duas vezes consecutivas (com intervalo de amostragem de pelo menos um dia).

Pacientes suspeitos podem receber alta do isolamento quando a detecção de ácido nucleico viral negativo por duas vezes consecutivas (com intervalo de amostragem de pelo menos um dia).

### Bibliografia

Han Q, Lin Q, Jin S, et al. Coronavirus 2019-nCoV: A brief perspective from the front line. *J Infect.* 2020;80(4):373-377.

Lai CC, Shih TP, Ko WC, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents.* 2020 Mar;55(3):105924.

Lu X, Zhang L, Du H, et al. SARS-CoV-2 Infection in children. *New Eng J Med.* 2020;382:17. doi:10.1056/NEJMc2005073.

Sohrabi G, Alsafi Z, O'Neill N, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg.* 2020;76:71-76.

Dong Y, Mo X, Qi YHX, et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Pediatrics.* 2020. doi: 10.1542/peds.2020-0702.

J Cai, Xu J, Lin D, et al. A Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. *Clin Infect Dis.* 2020. 28. pii: ciaa198. doi: 10.1093/cid/ciaa198.

Chen Z, Fu J, Shu Q, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World J Ped.* 2020; https://doi.org/10.1007/s12519-

020-00345-5).

Guo YR, Cao QD, Hong ZS, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019(COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res.* 2020;7:11https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0

Li JY, You Z, Wang Q, et al. The epidemic of 2019-novel-coronavirus(2019-nCoV)pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. *Microbes Infect.* 2020 Mar;22(2):90-95. doi: 10.1016/j.micinf.2020.02.002. Epub 2020 Feb 20.

Ministério da saúde. Secretária da Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Coordenação: Adriana Melo Teixeira, Marcelo Oliveira Barbosa e Francisco de Assis Figueiredo. Disponível em [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs). Acessado em abril de 2020.

Singhal T. A Review of Coronavirus Disease -2019 (COVID-19). *Ind J Pediatr (April 2020)* 87(4):281-286.https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6.

Bouadma L, Lescure FX, Lucet JC, et al. Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intens Care Med.* 2020; https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x

World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance.13 march 2020.

Qiu H, Wu J, Hong L, et al. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *www.thelancet.com/infection* Published online March 25, 2020 https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30198-5.

Jiehao C, Daojiang L, Zhi Y et al. A Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. Downloaded from <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa198/5766430/abstract/>. 23 abril 2020

Lu X, Zhang L, Du H, et al. SARS-CoV-2 Infection in children. *New Eng J Med.* 2020. doi:10.1056/NEJMc2005073.

Gautret P, Lagier J, Parola P, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *Int J Antimicrob Agents.* March 2020; doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949.

Smith ER, Klein-Schwartz W. Are 1-2 dangerous? Chloroquine and hydroxychloroquine exposure in toddlers. *J Emerg Med.* 2005; 28:437- 443.

Kneyber MCJ. Practice recommendations for the management of children with suspected or proven COVID-19 infections from the Pediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC) and the section Respiratory Failure from the European Society for Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC). A consensus statement. Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference Section Respiratory Failure - European Socie-

AI

Gattinoni L. Preliminary observations on ventilatory management of UCI Covid-19 patients. March 2020. <https://sfar.org/preliminar-observations-on-the-ventilatory-management-of-uci-covid-19-patients/>.

Kruse RL. Therapeutic strategies in an outbreak scenario to treat the novel coronavirus originating in Wuhan, China [version 2; peer review: 2 approved] F1000Research 2020,9:72 (<https://doi.org/10.12688/f1000research.22211.2>).

Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota de Alerta. COVID-19 em Crianças: envolvimento respiratório. 02.04.2020

Anvisa - Nota técnica. GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2). atualizada em 21/03/2020.

Shen k, Yang Y, Wang T, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement World J Pediatr. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7>. Acessado em abril de 2020.

Ministério da saúde. Secretária da Vigilância em Saúde. Centro de Emergência em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico. Doença pelo Coronavírus. 06/03/04/2020.

## PROTOCOLO DE MANUSEIO MÍNIMO PARA RECÉM-NASCIDOS

### INTRODUÇÃO

Cuidados de manuseio mínimo são condutas padronizadas realizadas pela equipe multiprofissional para minimizar o manuseio dos recém-nascidos com maior risco de apresentar hemorragia intracraniana. Além disso, compreende a redução da manipulação do recém-nascido pré-termo (RNPT), possibilitando melhora do sono, alinhamento céfalo-caudal adequado, manutenção de temperatura corporal e melhora do padrão respiratório.

### 1. NORMAS GERAIS

A realização dos cuidados de manuseio mínimo é direcionada aos RNPT com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou nascidos com muito baixo peso (inferior a 1500 gramas). Os cuidados de manuseio mínimo podem ser iniciados no momento do nascimento propriamente dito e também na primeira hora de vida (Golden Hour), além do transporte adequado para a unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, possibilitando a estabilidade clínica do paciente e minimizando traumas neste período de transição. A prescrição de cuidados de manuseio mínimo poderá ser discutida com a equipe multiprofissional e promovida para outros recém-nascidos gravemente enfermos. O período estabelecido para manutenção dos cuidados de manuseio mínimo deverá ser de 72 horas (3 dias), no entanto, se houver indicação de interrompê-lo devido instabilidade clínica do RN, poderá ser relativizado e prescrito pelo médico ou enfermeira quais cuidados serão mantidos ou suspensos

### 2. CUIDADOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- Preparar a incubadora para a admissão do recém-nascido, organizando rolinhos para alinhamento, ninho e colchão piramidal, prevendo temperatura e umidificação adequadas, bem como, a colocação da plaquinha de alinhamento céfalo-caudal adequado (rotina da unidade);
- Orientar os pais sobre todos os cuidados de manuseio mínimo realizados e os objetivos dessa conduta, além de incluí-los no processo, quando possível;
- Manter o RN em decúbito dorsal nos primeiros 3 dias de vida, sempre alinhando a cabeça à linha mediana (ponta do nariz na linha do umbigo) com apoio de coxim/



rolinhos para posicionamento da cabeça e a flexão e adução de membros, envolto e dentro do ninho;

- Manter o RN sobre colchão piramidal. Enquanto o RN estiver em decúbito dorsal, para posicioná-lo deve-se deslocar delicadamente o lençol para baixo ou para cima. Não colocar coxim/rolinhos na região cervical do RNPT, para evitar diminuição da circulação sanguínea cerebral;
- Realizar a troca de lençol após o 3º dia de vida. Anterior a esse período, realizar a troca do lençol somente se houver umidade ou sujidade próximo ao corpo do RN. O Enfermeiro ou Fisioterapeuta deverá auxiliar nesta atividade;
- Manter lençol extra dentro da incubadora (afastado do RN) com objetivo de proteger o corpo do RN quando abertas as portinholas (evitando correntes de ar frio do ar condicionado);
- Evitar a abertura da porta da incubadora. Abrir e fechar as portinholas da incubadora com cuidado e somente quando necessário. Manter todos os orifícios da incubadora fechados, minimizando perda de calor;
- Não pesar o RN antes do 3º dia de vida e, após esse período, seguir a rotina de pesagem da unidade;
- Trocar fraldas a cada 6h (08,14,20,02) nos primeiros 3 dias de vida. Ao realizar a troca de fraldas, lateralizar o RN sem elevar membros inferiores, ou seja, sempre movimentando em bloco. Se visualização de eliminações vesicais e intestinais consideráveis, trocá-lo antes do horário previsto;
- Verificar a temperatura corporal através do medidor cutâneo do monitor até o 3º dia de vida e registrar a cada 3 horas. Aferir a cada 6 horas a temperatura axilar com termômetro clínico (08,14,20,02), registrar a axilar e a do medidor cutâneo e comparar com a temperatura do medidor cutâneo. Demais sinais vitais deverão ser analisados e registrados a cada 3 horas, ou seja, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura cutânea, escore da dor. Nos casos de prescrição médica para aferir pressão arterial, deverá ser seguido o horário indicado;
- Trocar o local do medidor de temperatura cutânea a cada 3 horas com o objetivo de prevenir lesões de pele;
- Aplicar placa fina de hidrocolóide nos MMII no primeiro dia de vida e realizar rodízio do sensor de oximetria a cada 3 horas. Lembrar que a placa deverá ser removida se houver sujidades ou umidade aumentada ou após 7 dias de uso;
- Respeitar a hora de descanso e garantir que o RN tenha um período de, no mínimo, 3 horas de descanso, agrupando os cuidados e procedimentos;
- Agrupar os procedimentos e executá-los de forma contínua, lenta e gentil, conforme a tolerância do RN. Promover suporte com auxílio de ninhos e rolinhos para o posicionamento adequado do RN;
- Utilizar o mínimo de adesivos sobre a pele do RN e retirar gentilmente com auxílio de óleo (AGE) ou removedor (após o uso do removedor, o local deverá ser higienizado com água destilada morna e seco suavemente com algodão). Colocar placa de hidrocolóide ou película transparente no local em que a necessidade de uso de adesivos não pode ser evitada (exceto na fixação do TOT que deverá ser utilizado o adesivo direto na pele, conforme a rotina da unidade);
- Sempre utilizar a bandeja embutida na incubadora e no berço para realizar



radiografia;

- Realizar procedimentos dolorosos e estressantes em dupla, promovendo medidas não farmacológicas de alívio da dor, como contenção e enrolamento. Administrar analgésico, se prescrito pelo médico, antes de realizar o manuseio do RN;
- Nos casos de inserção de cateter umbilical (venoso e/ou arterial) o RN deverá ser posicionado por um profissional de saúde de maneira alinhada e com contenção suave durante todo o procedimento (o RN não deverá ser mantido com os MMII ou MMSS em hiperextensão ou amarrações);
- Manter diafragma do estetoscópio dentro da incubadora com objetivo de mantê-lo aquecido;
- Manter um berço de calor radiante extra na sala de cuidados intensivos com o objetivo de aquecer fraldas de pano e lençóis (minimizando perda de calor, quando necessário realizar trocas do berço ou incubadora);
- A aspiração endotraqueal e de vias aéreas superiores deverá ocorrer somente quando clinicamente necessário, ou seja, quando verificada queda de saturação de oxigênio, expansibilidade torácica diminuída, ausculta pulmonar com roncos/estertores bolhosos, ou diminuída e/ou visualização da secreção subindo pelo tubo orotraqueal. Este procedimento será realizado pelo Enfermeiro ou Fisioterapeuta, salvo em situações de emergências ou quando estes profissionais não estiverem disponíveis;
- Higiene corporal durante o período de cuidados de manuseio mínimo deverá ocorrer somente na vigência de sujidades (sempre com água destilada estéril e morna);
- Sempre que possível, deverão ser extintos ou

reduzidos ruídos, bem como a luminosidade da unidade;

- Não tamborilar, escrever ou colocar objetos sobre a incubadora;
- Falar baixo e atentar prontamente aos alarmes dos equipamentos;
- Respeitar o horário do soninho (silêncio total na unidade), seguindo os seguintes horários: 10:00 às 11:00, 16:00 às 17:00, das 22:00 às 23:00, 04:00 às 05:00);
- Após o 3º dia de vida, realizar mudança de decúbito através da lateralização em bloco para os RN com IG inferior a 29 semanas (até completar 29 semanas);
- A posição pele-a-pele, preconizada pelo Método Canguru, poderá ser realizada após o 3º dia de vida e estabilização clínica do RNPT, após avaliação conjunta entre médico, enfermeiro e fisioterapeuta.

## BIBLIOGRAFIAS

- Ballabh P. Intraventricular Hemorrhage in premature infants: mechanism of disease. *Pediatr Res.* 2010; 67(1): 1-8, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 3. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p. Cardoso SMS et al . Newborn physiological responses to noise in the neonatal unit. *Braz. j otorhinolaryngol.* 2015; 81(6):583-588. Castrodale V, Rinehart S. The golden hour: improving the stabilization of the very low birth-weight infant. *Adv Neonatal Care.* 2014; 14(1):9-14. Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology.* 2015; 35(Suppl 1):S5-S8. El-Atawi K, Elhalik M, Kulkarni T, Abdelsamed A, Alexander L, Satyan A. Risk Factors, Diagnosis, and Current Practices in the Management of Intraventricular Hemorrhage in Preterm Infants: A Review. *Acad J Ped Neonatol.* 2016; 1(3): 555-561. Falcão FR, Silva MAB. Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2008; 7(2):123-31. Gaiva MAM, Marquesi MC, Rosa MKO. O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados

AM



## 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.

### PROTOCOLOS MÉDICOS PARA O BLOCO OPERATÓRIO, ANESTESIA E CLÍNICA CIRÚRGICA

#### ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

##### 1. OBJETIVO:

- 1.1 Recepcionar o paciente de modo humanizado;
- 1.2 Conferir a identificação do paciente, prevenindo potenciais erros quanto ao procedimento cirúrgico;
- 1.3 Verificar se o mesmo se encontra com parâmetros aptos para realização do procedimento cirúrgico indicado,
- 1.4 Implementar assistência de enfermagem de qualidade e sistematizada no Centro Cirúrgico

##### 1. RESPONSABILIDADE:

- 1.1 Enfermeiro, técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico.

##### 2. DEFINIÇÕES:

- 3.1 Admissão do paciente: Recepção do paciente no local de atendimento/intervenção, de modo humanizado, conferindo sua identificação e procedimento cirúrgico possibilitando a prevenção de potenciais erros quanto ao procedimento cirúrgico.

##### 3. TERMINOLOGIAS:

- 3.1 Não se aplica.

##### 4. ABRANGÊNCIA:

- 4.1 Clínica cirúrgica;
- 4.2 Transporte de pacientes,
- 4.3 Centro cirúrgico.

##### 5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 5.1 Prontuário do paciente adequadamente preenchido;
- 5.2 Formulário de Check-list de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde;
- 5.3 Formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem em centro cirúrgico;
- 5.4 Prescrição de Enfermagem do Centro Cirúrgico;
- 5.5 Prescrição Médica do Centro Cirúrgico;
- 5.6 Evolução do Centro Cirúrgico;



5.7 Descrição do Procedimento Cirúrgico;

5.8 Relatório Médico de solicitação de Sangue/ Hemocomponentes;

5.9 Formulário de Controle dos Antimicrobianos de controle restrito;

5.10 Requisição para solicitação de exames histopatológicos.

## 6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

7.1 Recepcionar todos os pacientes em pré-operatório no Centro Cirúrgico de forma humanizada;

7.2 Checagem de prontuário do paciente: dados de identificação; Cartão Nacional de Saúde (CNS); exames laboratoriais, de imagem, laudos, ECG, liberação do cardiologista; Avaliação anesthesiologista; Avaliação cirúrgica; Termo de consentimento cirúrgico; Termo de consentimento anestésico;

7.3 Confirmar se a cirurgia está agendada;

7.4 Acrescentar formulários do Centro Cirúrgico, tais como: check list cirurgia segura, impresso Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ficha de evolução, descrição cirúrgica, prescrição médica, prescrição de enfermagem, relatório médico solicitação de sangue/hemocomponentes, formulário de controle de antimicrobiano de uso restrito, requisição para solicitação de exame histopatológico.

7.5 Realizar anamnese do paciente, confirmando se há presença de alergias e tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado;

7.6 Checar se o paciente se encontra em jejum e se foram realizados todos os cuidados pré-operatórios, tais como: banho, tricotomia;

7.7 Conferir se há pedido de sangue ou hemocomponentes e solicitar ao Hemocentro;

7.8 Verificar nível de consciência, monitorar sinais vitais e demais parâmetros do paciente;

7.9 Observar aspectos de curativos, sangramento, presença de sondas e drenos;

7.10 Conferir prescrição médica e seguir horários de medicações;

7.11 Acompanhar o paciente na recepção e encaminhá-lo a sala determinada.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Segurança do Paciente: Protocolo para Cirurgia Segura. PROQUALIS, 2013. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos\\_CP\\_n6\\_2013.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf)> Acesso em: 07 set. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Desafio global para a segurança do paciente. Manual: Cirurgias Salvam Vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

*Handwritten signature or initials in blue ink.*



# DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE DO SÍTIO CIRÚRGICO

## 1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de demarcar o membro, órgão, região, lado ou nível de localização onde será realizada a cirurgia ou o procedimento terapêutico invasivo, em pacientes com Termo de Consentimento Esclarecido (TCE) previamente assinado.

## 2. RESPONSABILIDADE:

2.1 Equipe médica.

## 3. DEFINIÇÕES:

3.1 Não se aplica.

## 4. TERMINOLOGIAS:

4.1 Não se aplica.

## 5. ABRANGÊNCIA:

5.1 Clínica cirúrgica.

5.2 Centro cirúrgico.

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

6.1 Caneta dermatológica.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

7.1 Verifique na agenda de marcação de cirurgia ou de procedimento invasivo, o paciente e o procedimento a ser realizado, até 1 hora antes do horário

previsto para a sua realização.

7.2 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.

7.3 Verifique o prontuário do paciente e os exames necessários para a realização do procedimento.

7.4 Solicite a caneta dermatológica à equipe de enfermagem.

7.5 Higienize as mãos.

7.6 Apresente-se ao paciente e/ou responsável.

7.7 Confirme com o paciente/responsável:  
7.7.1 sua identificação (verbalmente, por meio da pulseira de identificação e do prontuário);

7.7.2 o procedimento a ser realizado;

7.7.3 o sítio cirúrgico: membro, órgão, região, lado ou nível de localização.

7.8 Esclareça a necessidade da demarcação e certifique-se que o paciente / responsável concorda com a demarcação do sítio cirúrgico.

7.9 Com a caneta dermatológica, marque o desenho de um alvo no membro, região, lado ou nível de localização onde será realizado o procedimento cirúrgico / invasivo.

7.10 Higienize as mãos

7.11 Anote na evolução multiprofissional a demarcação realizada.

7.12 Devolva a caneta dermatológica, guarde o prontuário e os exames do paciente em local apropriado (unidade de internação ou ambulatorial).

7.13 Observações: Todo procedimento cirúrgico





ou terapêutico invasivo possível de ter mais do que uma localização de abordagem deverá ser demarcado antes do paciente ser encaminhado para a realização do procedimento.

7.13.1 A marcação será realizada pelo cirurgião responsável ou outro médico cirurgião/anestesiologista, desde que esteja presente durante o procedimento.

7.13.2 Sempre que possível a demarcação deve ser realizada com a participação ativa do paciente e/ou responsável.

7.13.3 A marca padronizada será feita próxima ao local de abordagem cirúrgica, de forma a não deixar dúvidas e suficientemente permanente para continuar visível após preparação da pele.

7.13.4 Marcadores adesivos não são permitidos

7.13.5 A demarcação do sítio cirúrgico é obrigatória em diversos procedimentos cirúrgicos, exceto:

7.13.5.1 Cirurgia em órgão único;

7.13.5.2 Casos de intervenção nos quais o local de inserção do cateter/instrumento não é predeterminado. Exemplo: cateterização cardíaca, laparotomia exploradora.

7.13.5.3 Cirurgias em dentes, face e mucosas – escrever nome e local no Termo de Consentimento Informado (não usar abreviaturas),

7.13.5.4 Crianças prematuras – pelo risco de tatuagem definitiva, deve-se indicar órgão e lateralidade no Termo de Consentimento

Informado;

7.13.5.5 Recusa do paciente – escrever no prontuário a recusa, com data e assinatura do paciente ou responsável.

7.13.5.6 Cirurgias de emergência – o médico responsável deverá confirmar o local de intervenção em prontuário e a checagem ocorrerá antes da incisão (time out).

7.13.5.7 Em cirurgias com abordagem bilateral deve ser feito a demarcação em ambos os lados.

7.13.6 **Riscos Assistenciais:** Demarcação em paciente errado; Demarcação em local errado; Não demarcação.

7.13.7 **Riscos Legais:** Ação Cível e/ou Penal.

7.13.8 **Riscos Financeiros:** Prejuízo: aumento do tempo de internação e do custo do tratamento, por eventos adversos.

## 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

## 1. OBJETIVO:

- 1.1. 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.

## 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1. Equipe de enfermagem.

## 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1. Não se aplica.

## 4. TERMINOLOGIAS:

- 4.1. SO - Sala operatória.

## 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1. Centro cirúrgico.

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1. Aqueles padronizados para a SO (carrinho de anestesia, monitor multiparamétrico, entre outros);
- 6.2. Instrumental do arsenal,
- 6.3. Kits.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 7.1. Cheque a escala de serviço e verifique em que sala está escalado para trabalhar;

- 7.2. Verifique a cirurgia programada para a SO;

- 7.3. 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;

- 7.4. Higienize as mãos;

- 7.5. Providencie os materiais e equipamentos solicitados e encaminhe para a SO;

- 7.6. Teste o funcionamento das tomadas elétricas e de todos os equipamentos fixos da SO (bisturi elétrico, aspirador, foco, mesa cirúrgica, negatoscópio e outros que forem necessários);

- 7.7. Verifique se os materiais necessários para a realização do procedimento anestésico (anestesia geral, raqui, bloqueio) foram providenciados pelo auxiliar de anestesia;

- 7.8. Solicite o Kit de materiais descartáveis, medicações e soluções na farmácia e encaminhe para a SO;

- 7.9. Separe do Kit, os materiais destinados para o procedimento anestésico e coloque sobre a mesa auxiliar da anestesia.

- 7.10. Solicite no arsenal do CC o carro montado com campos, aventais, caixas de instrumentais, instrumentais avulsos e o que for necessário para a realização do procedimento;

- 7.11. Organize o material que será utilizado durante o procedimento de forma que fique fácil o acesso;

- 7.12. Deixe na SO os impressos que serão utilizados.

- 7.13. Deve-se verificar a data de



esterilização, a validade e a integridade das embalagens de todos os materiais processados pela Central de Material Esterilizado (CME) e dos outros materiais esterilizados.

## REFERÊNCIAS:

Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. Práticas recomendadas SOBECC, 5ª ed. São Paulo: SOBECC, 2009. p: 56-61.

AM



# DEGERMAÇÃO DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS

## 1. OBJETIVO:

- 1.1. Padronizar o procedimento que visa eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos, antebraços, até cotovelo, além de proporcionar efeito residual.

## 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1 Equipe médica,
- 2.2 Equipe de enfermagem.

## 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1 Degermação cirúrgica das mãos e dos antebraços: Procedimento que visa eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos, antebraços, até cotovelo, além de proporcionar efeito residual, integra as atividades de paramentação cirúrgica como uma medida de prevenção de infecção do sítio cirúrgico.

## 4. TERMINOLOGIAS:

- 4.1 Não se aplica.

## 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1 Centro cirúrgico.

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1 Clorexidina degermante 2%;
- 6.2 Escova descartável (ou escova descartável impregnada com Clorexidina degermante 2%);

- 6.3 Compressa estéril.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 7.1 Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios e outros).
- 7.2 Faça a degermação das mãos, antebraços e cotovelos, com escovação, por 5 minutos para a primeira cirurgia do dia e por 3 minutos para as cirurgias subsequentes, executando os seguintes passos:
  - 7.2.1 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;
  - 7.2.2 Limpe sob as unhas com as cerdas da escova;
  - 7.2.3 Escove as mãos, nos espaços interdigitais, palmas e dorsos, e prossiga pelos punhos e antebraços, mantendo as mãos em nível sempre acima dos cotovelos;
  - 7.2.4 Enxágue as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto;
  - 7.2.5 Feche a torneira, sem utilizar as mãos;
  - 7.2.6 Enxugue as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelos antebraços e cotovelos, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.
  - 7.2.7 Despreze as toalhas / compressas em recipiente apropriado.
- 7.3 Quando realizar degermação com escovação das mãos:



- 7.3.1 No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda a equipe cirúrgica);

#### 7.4 Orientações gerais:

- 7.4.1 As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após seu uso;
- 7.4.2 Evite utilizar água quente para higienização das mãos (risco de dermatites);
- 7.4.3 Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- 7.4.4 Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com pacientes;
- 7.4.5 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.

*Handwritten signature*

# PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

## 1. OBJETIVO:

- 1.1. Padronizar o procedimento de realização da paramentação cirúrgica para promover formação de barreira contra a invasão de microorganismos no sítio cirúrgico e proteger os profissionais envolvidos no ato cirúrgico contra fluidos corpóreos.

## 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1 Supervisão de enfermagem do Centro cirúrgico,
- 2.2 Equipe cirúrgica.

## 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1 **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 microorganismos nos locais cirúrgicos dos pacientes e para a proteção dos profissionais contra exposição a sangue, fluidos ou tecidos orgânicos aí presentes.

## 4. TERMINOLOGIAS:

- 4.1 Não se aplica.

## 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1 Centro cirúrgico.

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1 Roupa privativa do Centro Cirúrgico,

6.2 Gorro,

6.3 Propés,

6.4 Óculos de proteção,

6.5 Máscara,

6.6 Opa/capote cirúrgico,

6.7 Compressas estéreis,

6.8 Luvas estéreis.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

7.1 Vista-se com roupa privativa, propés, gorro e máscara ao entrar no Centro Cirúrgico;

7.2 Antes de realizar a degermação das mãos, coloque a máscara e os óculos de proteção;

7.3 Realize degermação das mãos na pia mais próxima a Sala de Operação;

7.4 Entre na sala operatória com os membros superiores fletidos para cima, sem encostá-los em áreas não estéreis;

7.5 Solicite o pacote de opas e compressas estéreis ao circulante de sala e aguarde sua abertura;

7.6 Solicite compressas estéreis ao circulante de sala e realize secagem das mãos, iniciando pelos dedos, unhas, espaços interdigitais, punho e por último o antebraço e, com movimentos compressivos;

7.7 Pegue a opa pela parte interna, pelas dobras do decote e abra-a com movimentos delicados e firmes, ficando em frente à posição certa para ser vestida. Não encoste a parte externa da opa em nenhuma área não estéril;

AM



7.8 Segure a opa com ambas as mãos e introduza-as ao mesmo tempo nas respectivas mangas, enquanto o circulante de sala traciona-a para trás, segurando pelo lado interno, e amarra os cordões posteriores;

7.9 Solicite luvas estéreis;

7.10 Calce as luvas estéreis;

7.11 Inicie o procedimento sem encostar-se às superfícies do ambiente e pessoas;

7.12 Use máscara, de maneira a cobrir toda a boca, nariz e pêlos da face, ao entrar na sala operatória quando a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto. Seu uso refere-se à prevenção de contato da mucosa dos integrantes da equipe cirúrgica com fluidos e sangue do paciente e à redução significativa de microrganismos eliminados no ambiente durante a fala, devendo ser trocada a cada quatro horas ou sempre que se apresentar úmida ou suja. A máscara não deve ser reaproveitada em outras cirurgias, mesmo que ainda aparente estar em boas condições de uso.

7.13 Os óculos são recomendados para todos os profissionais envolvidos no ato cirúrgico, em todos os tipos de procedimentos, devido ao risco de contato com partículas de sangue e fluidos corpóreos.

7.14 Utilize vestimentas impermeáveis por baixo da opa caso haja risco de molhar ou contaminar a mesma.

7.15 Troque as vestimentas que apresentarem-se visivelmente sujas, contaminadas ou rasgadas.

peração Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas. SOBECC, São Paulo, 2007.

## 8. REFERÊNCIAS:

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recu-

*Handwritten signature in blue ink.*





# ELETROCIRURGIA

## 1. OBJETIVO:

- 1.1. Padronizar a colocação da placa de eletrocautério para que se evite lesões ao paciente submetido a procedimento cirúrgico.

## 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1. Equipe de enfermagem.

## 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1. **Eletrocautério ou Bisturi Elétrico:** Se trata de um aparelho eletrônico que tem a capacidade de transformar a corrente elétrica de alta tensão, mas que apesar da intensidade, não ocasiona alteração orgânica nem excitação nervosa. Esta corrente de alta frequência de uma unidade de eletrocirurgia é usada para cortar e coagular tecidos. A corrente elétrica é conduzida do gerador eletrocirúrgico através de um circuito completo constituído de cabos isolados, eletrodo do paciente e do próprio gerador eletrocirúrgico. Os efeitos eletrocirúrgicos dependem de fatores como:

- Tipo do eletrodo;
- Modo de saída;
- Técnica cirúrgica.

Quando uma corrente de rádio frequência é aplicada através de um tecido, por meio da eletrocirurgia, três efeitos diferentes podem ocorrer. São eles, dissecação, corte e coagulação.

## 4. TERMINOLOGIAS:

- 4.1. Não se aplica.

## 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1. Centro cirúrgico.

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1. Compressa limpa;
- 6.2. Desinfetante bacteriostático;
- 6.3. Placa de retorno de eletrocautério descartável;
- 6.4. Cabo de placa, correspondente ao modelo da mesma;
- 6.5. Aparelho de eletrocautério;
- 6.6. Tricotomizador.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 7.1. Higienizar as mãos antes do procedimento.
- 7.2. Identificar o nome do paciente e a cirurgia proposta.
- 7.3. Confirmar com a equipe cirúrgica o local de incisão.
- 7.4. Aguardar o posicionamento adequado do paciente.
- 7.5. A intensidade do paciente no local da placa deve ser avaliada antes e depois da cirurgia particularmente nos pontos de pressão;
- 7.6. A placa dispersiva deve ser colocada só depois do paciente já está na posição definitiva para a cirurgia;
- 7.7. A placa dispersiva deve ser colocada em área limpa, sem pelos e seca;
- 7.8. Deve ser colocada (placa) mais perto

AI

possível do local da cirurgia e no mesmo lado da cirurgia;

7.9. Colocar a placa em ampla massa muscular evitando saliências ósseas, próteses de metal sobre a pele, pontos de pressão;

7.10. Também tecidos escarificados devem ser evitados quando colocar a placa pois diminui o contato com o corpo;

7.11. Contato regular e homogêneo da placa dispersiva com o corpo do paciente para permitir a boa distribuição da corrente;

7.12. Observar que não haja deslocamento da placa da região de contato, quando se fizer necessário mobilizar o paciente durante o ato cirúrgico.

### 7.13. LOCAIS PARA COLOCAÇÃO DA PLACA

7.13.1. Panturrilha;

7.13.2. Face posterior da coxa;

7.13.3. Região glútea.

### 7.14. Observações:

7.14.1. Evitar áreas com cicatrizes, por apresentar resistência aumentada para corrente elétrica.

7.14.2. Observar pedidos constantes de aumento de potência.

7.14.3. Não posicionar o paciente sobre a conexão da placa.

7.14.4. 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.

7.14.5. Não fixar os eletrodos de monitorização de ECG entre a placa e o local de incisão.

7.14.6. Em pacientes com marca passo, consultar o fornecedor do gerador para orientações.

7.14.7. Em caso de dúvida, deixar um ímã em cima do local do gerador para diminuir a probabilidade de descompasso do mesmo. Fixar a placa evitando deixar o gerador na linha entre a placa e o local da incisão.

7.14.8. 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.

### 7.15. OS RISCOS ELETROCIRÚRGICOS:

7.15.1. Choques;

7.15.2. Queimaduras;

7.15.3. Fumaça cirúrgica;

7.15.4. Incêndios;

7.15.5. Interferência eletromagnética em outros equipamentos.

7.15.6. Mau funcionamento do equipamento (operacional);

7.15.7. Mau funcionamento do equipamento (falta de manutenção e/ou calibração adequada);

7.15.8. Mau uso do equipamento



(desconhecimento do usuário);

7.15.9. Desatenção do usuário.

7.15.10. 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.

## 8. REFERÊNCIAS:

<http://pt.slideshare.net/micianyfreitas/eletrocirurgia-power-point>

[www.ebah.com.br/content/ABAAAgnQJAH/eletrocauterio-bisturi-eletrico](http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgnQJAH/eletrocauterio-bisturi-eletrico)

*M*

# ANALGESIA, SEDAÇÃO E BLOQUEIO NEUROMUSCULAR NA PANDEMIA COVID - 19

## INTRODUÇÃO

O gerenciamento da sedação e analgesia do paciente para aliviar a ansiedade e dor e facilitar a ventilação mecânica é um dos papéis-chave no cuidado do paciente criticamente enfermo.

Regras gerais de analgesia-sedação para o paciente criticamente enfermo devem ser observadas ao escolher o regime de analgesia mais adequado para o paciente COVID-19, num contexto em que poderá haver desabastecimento, há que se racionalizar o uso de analgésicos e sedativos, bem como introduzir na prática clínica algumas drogas não comumente utilizadas no contexto dos pacientes críticos.

Neste sentido a primeira regra é tratar a dor antes. Analgesia adequada é um componente essencial no tratamento / prevenção da agitação, mesmo antes do uso de sedativos, uma vez que a dor é um dos principais motivos de agitação nestes pacientes em múltiplos são os fatores que desencadeiam dor nesta população.

### 1. ANALGESIA

- 1.1. 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 capazes de se comunicar e de relatar a dor, o uso da Escala Numérica de Avaliação (NRS) de 0 a 10 verbal ou visualmente é uma escala

de dor válida e viável deve ser administrada durante a aferição dos sinais vitais, idealmente aplicada a cada 2 - 4 horas;

- Graduação: 4 dor moderada; 7 dor intensa.
- Recomendação; Pacientes que não têm queixa de dor deverão ficar com prescrição de analgésicos comuns, que são poupadores de opiáceos, como paracetamol ou dipirona a critério médico, ou eventualmente administrados preemptivamente com apazamento, 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 atopias prévias e broncoespasmo, pelo seu potencial em liberar histamina. Opiáceos fracos ou fortes deverão ser administrados em associação aos analgésicos comuns.

- 1.2. 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 CPOT após 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 analgésicos comuns.

1.3. 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 CPOT após 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,

hipertensão, assincronia com o ventilador etc..., administrar opiáceos fortes (morfina ou fentanil e análogos) em infusão contínua, de acordo com os perfis descritos acima.

- 1.4. 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 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 contra-indicação ao uso da morfina. Sempre mantendo os analgésicos comuns.



Strategy for designing multi-modal analgesic regimens. Steps 1-2 include agents which are most versatile and appropriate for the widest range of critically ill patients. Agents in Step 3 may be a bit more toxic, so they should be used more selectively with closer attention to specific indications and contraindications.

Sempre deverá ser iniciada a menor dose efetiva possível da droga escolhida.

- 1.5. Uso de neurolepticos como adjuvante

Uma das principais causas de agitação na UTI é a

AM

ocorrência do delírium. O uso de neuroléptico para controle dos sintomas de delírium, além do uso de analgesia regular, pode reduzir a necessidade de sedativos, reduzir tempo de internação e facilitar o desmame ventilatório.

- **Recomendação:** Monitoramento do delírium diariamente, sempre que possível, através de uma escala validada por exemplo: - CAM-ICU ou Intensive Care Delirium- ICDSC) e que terapias não-farmacológicas de prevenção do delírium sejam estabelecidas precocemente.

Os principais neurolépticos disponíveis 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.

## 2. SEDAÇÃO

INTENSIVA BRASILEIRA



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 hospita-

lar 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 paciente são: Pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) grave ( $P/F < 100$ ) e/ou com necessidade de curarização e/ou posição prona deverão ser sedados com alvo de RASS -4 a -5.

A sedação profunda deverá ser mantida pelo menos até a suspensão do BNM.

Após a suspensão do BNM, a redução da sedação deverá ser realizada conforme a melhora clínica do paciente.

### 2.1. Principais classes de Sedativos

Dentre as principais classes de sedativos, temos:

- **Benzodiazepínicos:** indutores do sono, diminuem a ansiedade e o tônus muscular, não produzem analgesia. Apresentam como efeitos adversos a depressão cardiorrespiratória. Inúmeros estudos têm associado sua utilização a risco independente de desenvolvimento de delírium.

A preferência é a utilização de benzodiazepínicos de meia vida mais curta, como o midazolam; mas em cenários de escassez eventualmente só estarão disponíveis de meia vida mais longa, como o diazepam.

- **Barbitúricos:** atualmente utilizados somente em situações especiais, como hipertensão intracraniana refratária e estado de mal epilético. Apresenta como efeitos adversos a depressão do sistema nervoso central,

*AM*



hipotensão arterial e diminuição da contratilidade miocárdica.

- Propofol: droga de meia-vida curta, largamente utilizada em terapia intensiva. Deve-se ter cautela em infusões superiores a 4 - 5mg/kg/hora, pela possibilidade da síndrome da infusão do propofol, caracterizada, dentre outras coisas, por insuficiência cardíaca, rabdomiólise e hipercalemia. Por ser um lipídio, deve-se incluir a infusão do propofol no cálculo calórico diário (1mL = 1,1kcal). Pacientes que recebem propofol por tempo superior a 48 horas, devem ter mensuradas enzimas hepáticas e triglicérides.
- Opióides: classe mais utilizada para sedação dentro do ambiente de terapia intensiva, com propriedades analgésicas e sedativas. Dentre os opióides 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 está relacionado à bradicardia.

Uma droga alternativa para a dexmedetomidina é outro alfa-2-agonista: clonidina.

## 2.2. Sedação para intubação orotraqueal

O procedimento de intubação orotraqueal possui elevado risco de disseminação de gotículas e aerossóis. A indicação precoce e a escolha do sedativo

adequado podem minimizar os riscos ocupacionais e garantir o rápido acesso a via aérea. Recomenda-se o uso da sequência rápida de intubação para todos os pacientes a não ser que haja preditores de intubação difícil.

A técnica associa a utilização de um sedativo de ação rápida a um bloqueador neuromuscular. Existem vários sedativos disponíveis, como principais agentes recomenda-se o uso de: dextrocetamina, etomidato, propofol, midazolam ou fentanil. Para os pacientes instáveis, dar preferência ao uso de dextrocetamina ou etomidato.

O tempo entre a indução do bloqueio neuromuscular e a manipulação da via aérea deve ser monitorado de forma a impedir a rápida queda de saturação e garantir o efeito adequado da droga, minimizando o risco de tosse. Se necessário ventilação por ambú, recomendamos utilizar o ajuste de máscara com as duas mãos e adaptar filtro entre a máscara e o ambú.

A lidocaína 2% na dose de 1 a 1,5 mg/Kg pode ser utilizada como adjuvante de forma a inibir o reflexo de tosse e atenuar o aumento da resistência nas vias aéreas secundária ao estímulo irritativo do tubo orotraqueal, principalmente durante a aspiração.

## 3. BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES

Os BNM bloqueiam a transmissão de impulsos na junção neuromuscular, assim paralisando a musculatura esquelética. Bloqueiam a ligação da acetilcolina (Ach) na placa motora, 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

*AA*



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 tônus muscular;
- Pode apresentar maior benefício nos casos de dessincronia com o ventilador mecânico (VM);
- Tremor no tratamento por hipotermia após parada cardíaca;
- Situações em que movimentos involuntários ou dessincronia com o VM possam ser deletérios:
- Tétano ou síndrome neuroléptica maligna
- Hemoptise severa ou sangramentos controlados
- Aumento grave da pressão intracraniana
- Síndrome do compartimento abdominal

## 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 utilizando escalas alvo de sedação e analgesia.
- Lembrar que opiáceos têm efeito sedativo.
- Sedação profunda apenas nas situações citadas anteriormente.
- Tentar evitar o uso de benzodiazepínicos, relacionados ao aumento de delírium, tempo de ventilação mecânica e mortalidade.
- Associação de sedativos para diminuir o uso de benzodiazepínicos em doses altas pode ser uma estratégia nos casos de necessidade de doses maiores para atingir o alvo.
- Clonidina é boa opção de sedação.

Anexo 1- Escala NRS no protocolo AMIB

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Zem a 10, sendo que 0 corresponde à "sem dor" e 10, "dor máxima".

Anexo 2- Escala BPS NO PROTOCOLO AMIB

Observação	Item	Pontuação
Espeleção facial	Relaxado	1
	Parcialmente relaxado + sobrancelhas fechadas	2
	Completamente relaxado + pálpebras fechadas	3
	Costa + nariz facial	4
Movimentos dos membros superiores	Sem movimentos	1
	Frouxamente flexíveis	2
	Muito flexíveis com flexão dos dedos	3
	Estivido, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	Tolerar a ventilação	1
	Tensa, mas tolerar a ventilação a maior parte do tempo	2
	Lado contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

Pontuação de BPS superior a 3 pontos são considerados intoleráveis, representando desconforto.  
Fonte: Adaptado de Barbra de la Torre. 2002.10.07.14

*Handwritten signature or initials.*





Anexo 3 - Escala CPOT no protocolo AMIB

Componente	Item/Item	Pontuação
Expressão facial	Restada	0
	Sorriso	1
	Choro	2
Movimentos corporais	Ausência de movimentos	0
	Movimentos de posição	1
	Involuntário	2
Tempo de resposta	Resposta	0
	Tempo de reação	1
	Muito lento ou muito rápido	2
Atenção ao ventilador/ventilação (qualidade do alívio)	Taxa e volume de movimento/fluxo em um tom normal ou um som	0
	Taxa, mas faltando o volume/fluxo ou gerido	1
	Lula aberta e ventilado/cheio	2

Fonte: Adaptado de Rev Bras Terapiáutica, 2008;21(4):571-81.

Anexo 4 - Escala RASS no protocolo AMIB

+4	Abertamente combativo, violento, agitação por completo para a maioria da unidade de terapia intensiva
+3	Pausa de ritmo lento ou combato, agitação
+2	Movimentos não intencionais frequentes, não com o ventilador
+1	Ansioso, mas os movimentos não são agressivos ou anormais
0	Sedado e calmo
-1	Não completamente desperto, mas consegue manter-se acordado; abertura dos olhos em resposta à voz (15 segundos)
-2	Acorda por breves períodos e estabelece contato visual em resposta à voz (> 15 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

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) Medicções 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) Medicções alternativas na falta de agentes opióides (utilizar as diluições da tabela abaixo).

## 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 opióides por via oral ou enteralMetadona 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

# TABELA 1 – SEDAÇÃO: APRESENTAÇÃO, POSOLOGIA E AJUSTES

	Midazolam	Propofol	Dexmedetomidina	Cetamina
Indicação	Sedativo/hipnótico	Sedativo/hipnótico	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/hipnótico	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/m )
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 80kg: 9 a 38	50kg: 6 a 30 60kg: 7 a 38 70kg: 9 a 44 80kg: 10 a 50
Dose (mL/h) 80 -109 kg	Uso intermitente	90kg: 10 a 42 100kg: 11 a 46 110kg: 13 a 50	90kg: 11 a 55 100kg: 12 a 60 110kg: 13 a 66
Dose (mL/h) 110 - 139 kg	Uso intermitente	120kg: 14 a 56 130kg: 15 a 60 140 kg: 16 a 64	120kg: 14 a 76 130kg: 16 a 82 140kg: 18 a 88
Dose (mL/h) 140 - 160kg	Uso intermitente	150kg: 17 a 70 160kg: 18 a 76	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 de acordo com a resposta terapêutica.	Não há informação	Não há informação
Reação adversa à medicação (RAM)	Bradipneia e hipotensão	Hipotensão	Hipotensão, depressão miocárdica, Contraindicado em Porfíricos

AM

**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.
Início 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 > 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 peso ideal.	Sobrepeso >20%: calcular dose com base no peso ideal.	Sobrepeso >20%: calcular dose com base no peso ideal.
Reação adversa à medicamento (RAM)	Hipotensão, prurido, dependência, broncospasmo e liberação de histamina	Bradycardia e dependência	Dor e desconforto ao interrupção abrupta. Neurotoxicidade pelo excipiente glicina	Hipertensão, bradicardia, taquicardia, náusea e vômito e apneia.	Hipotensão, náusea, cefaleia, prurido e tontura.

AM



**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 Desma- me de opióide - 10mg 6/6h ou de 8/8h - evoluindo re- dução da dose e intervalo a cada 24-48h	0,5 a 1mg/kg de 4/4h
Dose máxima	4g/d	4g/dia	360mg/d	8mg/kg ou 400mg/d	120mg/d	Não há dose máxima
Reação adversa à medicamento (RAM)	Prurido, anafilaxia, anemia aplástica	Reações alérgicas, insuficiência hepática	Náuseas, prurido, hipotensão	Náuseas, prurido, hipotensão	Hipotensão, prurido, constipação	Hipotensão, prurido, dependência, broncoespasmo e liberação de histamina

*Handwritten signature or initials in blue ink.*

**Tabela 5 – Neurolépticos e Antihistamínicos: Adjuvantes na sedação e controle de agitação**

	Haldololol	Propofolol	Quetiapilol	Risperidolol	Levonololololololol	Clorazololololololol
Apresentação	5mg/ml 1 ampola = 1ml	25mg/ml 1 ampola = 2ml	25 a 100mg/ cp	1 a 2mg/cp 1mg/ml solu- ção 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 Haldololol, porém com cautela - prolonga- mento do intervalo QT. Potencializa ação de outros seda- tivos	Maior potencial sedativo, tem ampla variabili- dade de posologia - conforme peso, idade e indicação. Controle agi- tação intensa: 200mg 8/8h	Menor poten- cial sedativo, antidepressivos aumentam sua concentração plasmática.	Contraindicado em insuficiência hepática grave e discrasias sangui- neas	Efeitos colaterais incluem sintomas extrapiramidais, hipotensão, discinesia. Pacientes idosos ou debilitados devem utilizar 1/3 a 1/2 da dose

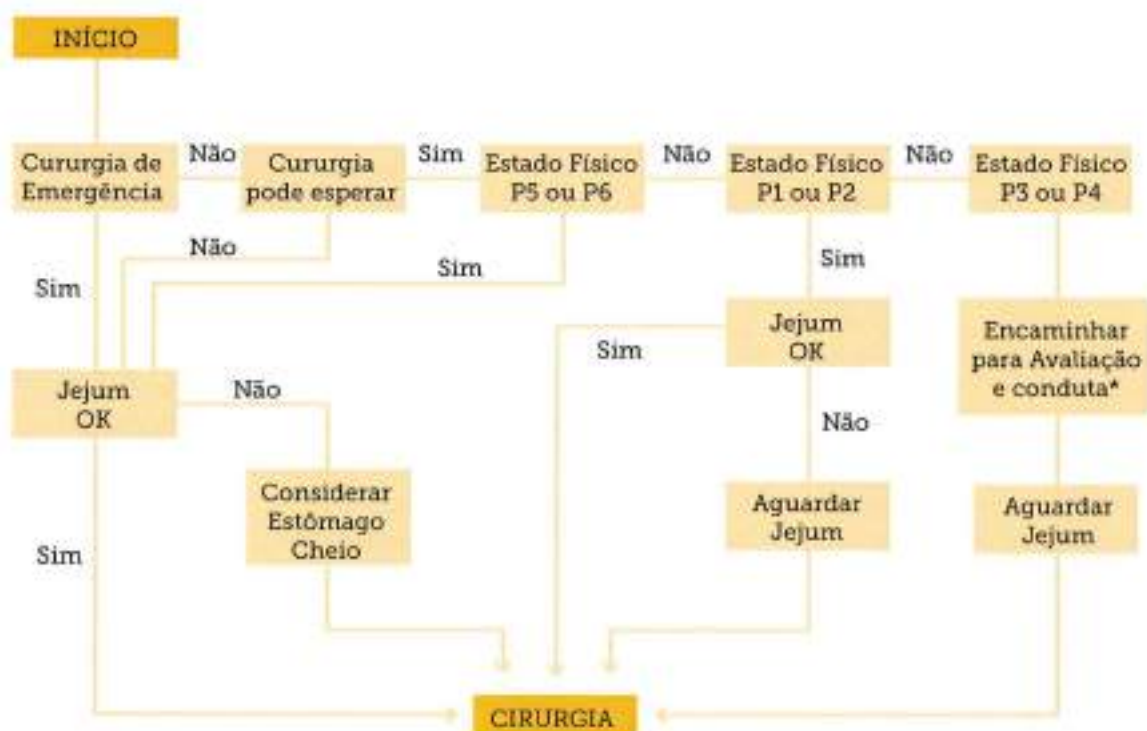
**Tabela 6 – Bloqueadores neuromusculares: Apresentação e Posologia**

	Pancurônio	Cisatracúrio	Vecurônio	Atracúrio
Indicação	Bloqueador Neuromus- cular	Bloqueador Neuromus- cular	Bloqueador Neuromus- cular	Bloqueador Neuromus- cular
Apresentação	2mg/ml Amp = 2ml	2mg/ml Amp = 5ml	10mg/ml Amp = 5ml	10mg/ml Amp = 5ml
Diluentes compati- veis	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 neuromuscular 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: 24 a 120 90kg: 27 a 135 100kg: 30 a 150	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: 33 a 165 120kg: 36 a 180 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: 38 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 de acordo 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	Containdado 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 CIRURGIAS DE EMERGÊNCIA



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

- HAS de difícil controle terapêutico
- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg
- PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
- Infarto prévio do miocárdio
- ICC classe funcional II e III
- Angina
- Cardiopatia congênita
- Valvopatia grave
- Revascularização miocárdica
- 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 com- pleta -gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDOCLARO
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



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

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



## Bibliografía

Devlin JW, Skrobák Y, Gélinas C, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/ sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med* 2018;46(9):e825-e873.

Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:126-34.

Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2000;342:1471-7.

Strøm T, Martinussen T, Toft P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet* 2010;375:475-80.

Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive 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 management 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 patients: validation of the Confusion Assessment 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 dexmedetomidine in 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 receiving 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.

AM



# TROCA DA CAL ABSORVEDORA DE CO<sup>2</sup>

## 1. OBJETIVO:

- 1.1. Normatizar a troca da Cal Sodada dos carrinhos de anestesia a fim de garantir a segurança do paciente, evitando que os gases anestésicos não tenham retorno ao paciente.

## 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1. Equipe de anesthesiologistas,
- 2.2. Equipe de enfermagem.

## 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1. **Cal absorvedora de CO<sup>2</sup>:** Os circuitos de anestesia em sistema fechado e semi-fechado requerem absorvedores de CO<sub>2</sub>. Tais absorvedores reagem com o gás carbônico formando água e calor, que aquecem e umidificam a mistura de gases frescos. Os principais absorvedores utilizados são a cal sodada e a cal de hidróxido de cálcio (também chamada de cal absorvedora).

## 4. TERMINOLOGIAS:

- 4.1. Não se aplica.

## 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1. Centro cirúrgico.

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1. Compressa Cal Absorvedora de CO<sup>2</sup> nova para reposição,
- 6.2. Saco de lixo químico.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 7.1. As atuais recomendações para troca do absorvedor são:

- 7.1.1. Uso contínuo por mais de 8 h do aparelho de anestesia;

- 7.1.2. Alteração da coloração do absorvedor até a metade inferior do compartimento superior do canister; (ou 2/3 do canister). Tais medidas denotam uma saturação de 75% do absorvedor.

- 7.1.3. Sinais clínicos de retenção de CO<sub>2</sub> (avaliados pelo anesthesiologista).

### 7.2. Procedimento para Troca:

- 7.2.1. Retirar o canister do carrinho de anestesia;

- 7.2.2. Desprezar a Cal Absorvedora de CO<sup>2</sup> no lixo destinado a químicos;

- 7.2.3. Encher o canister com a nova Cal Absorvedora de CO<sup>2</sup> e acoplá-lo novamente no carrinho de Anestesia.

- 7.2.4. Fixar etiqueta de identificação da troca com data e assinatura do responsável pela troca.

- 7.2.5. Fechar e encaminhar o saco de resíduo químico para o expurgo do centro cirúrgico.

**Observação:** Recomenda-se ainda, ao menos, 1 troca mensal dos absorvedores, geralmente realizada nas segundas-feiras, evitando a utilização de absorvedores ressecados. Tal ressecamento é mais provável após a inatividade dos aparelhos de anestesia.

## 8. REFERÊNCIAS:

[www.anestesiama.com.br](http://www.anestesiama.com.br)



# ALTA DO PACIENTE DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

## 1. OBJETIVO:

- 1.1. Otimizar a alta do paciente e orientar quanto aos cuidados pós operatórios.

## 2. RESPONSABILIDADE:

- 1.1. Enfermeiro, técnico de enfermagem da Sala de Recuperação Pós-Anestésica-SRPA, Anestesiologista, Circulante da Sala de Cirurgia.

## 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1. Sala de Recuperação pós anestésica: A sala de Recuperação pós Anestésica (SRPA) que também compõe o Centro Cirúrgico tem como objetivo prestar cuidados da enfermagem ao paciente até a sua alta autorizada pelo anestesista.
- 3.2. Alta do paciente: A alta do paciente da recuperação pós-anestésica (SRPA) se dá, dentre outros fatores, do retorno à normotermia e de normalização de sinais, definidos em escores definidos pelo serviço, avaliados e alcançados. Após esta estabilização o paciente é encaminhado a unidade de internação de origem.

## 4. TERMINOLOGIAS:

- 4.1. SRPA - Sala de Recuperação Pós Anestésica.

## 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1. Clínica cirúrgica;

- 5.2. Transporte de pacientes;

- 5.3. SRPA,

- 5.4. Centro cirúrgico.

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1. Leito equipado conforme Protocolo de montagem da Unidade de Recuperação Anestésica (SRPA);
- 6.2. Equipamentos de apoio disponíveis (monitor cardíaco, aspirador, ventilador mecânico, materiais para assistência respiratória de urgência);
- 6.3. Materiais e medicamentos necessários ao cuidado do paciente na SRPA;
- 6.4. Prontuário do Paciente;
- 6.5. Impresso de Sistematização da Assistência de Enfermagem em centro cirúrgico,
- 6.6. Escala de Aldrete.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 7.1 Identificar o paciente com a alta da SRPA;
- 7.2 Verificar o prontuário do paciente, checando se todos os impressos do centro cirúrgico foram preenchidos adequadamente e se a alta foi assinada pelo anestesiológico, caso contrário;
- 7.3 Desprezar e anotar no prontuário os débitos de drenos e sondas;
- 7.4 Registrar a alta do paciente e o destino do mesmo no prontuário eletrônico;
- 7.5 Identificar material a ser encaminhado para histopatológico juntamente com requisição





médica, conforme protocolo estabelecido.

7.11 Acompanhar o paciente na recepção e encaminhá-lo a sala determinada.

## 8. 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 Afilia-da, 2008. 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

### 1. OBJETIVO:

- 1.1 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.

### 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1 Enfermeiro;
- 2.2 Técnicos em Enfermagem.

### 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1 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.

### 4. TERMINOLOGIAS:

- 4.1 Não se aplica

### 5. ABRANGENCIA:

- 5.1 Central de Material e Esterilização

### 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1 Luvas de borracha (nitrílica) de cano longo;
- 6.2 Óculos de proteção;
- 6.3 Galão contendo detergente enzimático;
- 6.4 Protetor auricular;
- 6.5 Máscara, touca, roupa privativa;
- 6.6 Avental impermeável;
- 6.7 Calçado fechado (botas de borracha).

### 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 7.1 Diluir 02 ml do enzimático para cada 1litro d'água (ou conforme orientação do fabricante);
- 7.2 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;
- 7.3 Escovar os materiais, se necessário, com escovas específicas para este fim, utilizar escovas para lumens inclusive;
- 7.4 Enxaguar os materiais com água abundante
- 7.5 Secar o material com pano e ar comprimido;
- 7.6 Encaminhar os materiais para área de preparo.

### 8. REFERÊNCIAS:



## HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DE ARTIGOS

### 1. OBJETIVO:

- 1.1 Reduzir a carga microbiana natural dos artigos, remover contaminantes orgânicos e inorgânicos e sujidades visíveis.

### 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1 Enfermeiro;
- 2.2 Técnicos em Enfermagem.

### 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1 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.
- 3.2 É uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos médicos hospitalares, sejam críticos, semicríticos ou não críticos;

### 4. TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

### 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1 Central de Material e Esterilização

### 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1 Equipamentos de Proteção Individual: luvas de cano longo (nitrílica);

6.2 Óculos de proteção ou máscara de proteção facial;

6.3 Avental ou capote impermeável;

6.4 Calçado Impermeável e antiderrapante (preferencialmente botas de borracha);

6.5 Gorro;

6.6 Protetor auricular;

6.7 Escovas com cerdas macias;

6.8 Escovas para higienização de lumens de diversos tamanhos;

6.9 Esponja não abrasiva;

6.10 Detergente enzimático diluído;

### 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

7.1 Paramentar-se com os EPIs necessários;

7.2 Avaliar o tipo do material a ser lavado, em relação ao grau de sujidade, antes de iniciar o processo de limpeza;

7.3 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);

7.4 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;

7.5 Enxaguar em abundância os instrumentais/ materiais, eliminando completamente os resíduos da solução de limpeza;



7.6 Secar os artigos com compressa limpa e seca e/ou ar comprimido (materiais com lumens, canulados, etc.);

7.7 Fazer inspeção visual do artigo e encaminhar para a Área de Preparo;

## 8. 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

## 1. OBJETIVO:

1.1 Padronizar a limpeza manual de instrumentais para reduzir a carga microbiana natural dos artigos, remover contaminantes orgânicos e inorgânicos e sujidades visíveis.

## 2. RESPONSABILIDADE:

2.1 Enfermeiro;

2.2 Técnicos em Enfermagem.

## 3. DEFINIÇÕES:

3.1 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).

## 4. TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

## 5. ABRANGÊNCIA:

5.1 Central de Material e Esterilização

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

6.1 Equipamentos de Proteção Individual: luvas de cano longo (nitrilica);

6.2 Óculos de proteção ou máscara de proteção facial;

6.3 Avental ou capote impermeável;

6.4 Calçado Impermeável e antiderrapante (preferencialmente botas de borracha);

6.5 Gorro;

6.6 Protetor auricular;

6.7 Escovas com cerdas macias;

6.8 Escovas para higienização de lumens de diversos tamanhos;

6.9 Esponja não abrasiva;

6.10 Detergente enzimático diluído;

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

7.1 Lavar as mãos;

7.2 Paramentar-se com os EPIs necessários;

7.3 Separar os materiais necessários (Bandejas perfuradas, Escovas com cerdas macias, Esponjas macias, Solução enzimática);

7.4 Manipular os materiais cuidadosamente evitando danificar ou quedas;

7.5 Imergir em solução enzimática, (diluição e tempo de exposição de acordo com





orientações do fabricante);

7.6 O instrumental cirúrgico pontiagudo deve ser aberto e limpo com cuidado, sendo enxaguado abundantemente;

7.7 O instrumental cirúrgico pontiagudo deve ser aberto e limpo com cuidado, sendo enxaguado e novamente fechado;

7.8 Desmontar o instrumental cirúrgico sempre que possível, abrir os instrumentais articulados (tesouras, pinças, golva..) 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.);

7.9 Realizar pré lavagem dos instrumentais aplicando jatos de água corrente para a remoção da sujidade grosseira;

7.10 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;

7.1 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;

7.12 Realizar o enxágue rigoroso do instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações até remover a sujidade e o detergente enzimático;

7.13 Enxugar as peças com compressas ou comprimido;

7.14 Encaminhar para área de preparo;

## 8. 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

## 1. OBJETIVO:

1.1 Monitorar as cargas de materiais esterilizados. Com Teste Bowie Dick, Indicador Biológico e Pacote desafio com integrador químico;

1.2 Avaliar a performance da bomba de vácuo;

1.3 Detectar presença de ar residual, mensurar a penetrar do vapor, verificar todos os parâmetros críticos da esterilização, que corresponde à morte microbiana;

## 2. RESPONSABILIDADE:

2.1 Enfermeiro Supervisor

2.2 Técnico em Enfermagem

## 3. DEFINIÇÕES:

**3.1 Monitoramento Físico: Medir tempo, temperatura e pressão que devem ser registrados durante todo o processo de esterilização;**

3.2 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.

### 3.3 Classificação dos Indicadores Químicos:

3.3.1 **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 zebra.

3.3.2 **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);

3.3.3 **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.

3.3.4 **Classe IV** - Indicadores Multiparamétricos (consiste em reagir a dois ou mais parâmetros do processo de esterilização. RDC nº não recomenda sua utilização.

3.3.5 **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;

3.3.6 **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.

3.4 **Monitoramento Biológico:** verifica a eficiência dos esterilizadores são utilizados os indicadores biológicos (IB), que são ampolas com carga bacteriana (*Bacillus stearothermophilus*), em autoclave e sterrad, que serão submetidas à esterilização e depois

incubados em incubadora própria.

3.4.1 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;

3.4.2 Após qualquer reparo importante no equipamento, manutenções corretivas, onde houve troca de alguma peça;

3.4.3 É importante lembrar, no entanto, que se o indicador biológico apresentar crescimento microbológico positivo, cada pacote do lote deverá ser recolhido e reprocessado;

3.4.4 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;

3.4.5 No CME o processo de esterilização deve estar documentado de forma a garantir a rastreabilidade de cada lote processado.

## 4. TERMINOLOGIAS:

4.1 Não se aplica

## 5. ABRANGÊNCIA:

5.1 Central de Material e Esterilização

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

6.1 Epi's área limpa;

6.2 Autoclave;

6.3 Formulário de registro de material em cada carga e registro de carga teste subsequente;



6.4 Grampeador;

6.5 Pacote teste desafio Bowie Dick;

## 6.6 Integradores químicos;

6.7 Pacote desafio com integrador químico;

6.8 Pacote desafio com indicador biológico.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

### 7.1 Teste Bowie Dick (primeiro ciclo do dia):

7.1.1 Realizar um ciclo de pré-aquecimento da autoclave;

7.1.2 Colocar o pacote pronto de Bowie Dick de 10 a 20 cm acima do dreno na autoclave vazia, após o ciclo de pré-aquecimento;

7.1.3 Realizar um ciclo específico a 134 °C durante 3,5 a 4 minutos de esterilização (selecionar o ciclo Bowie & Dick no teclado no comando da autoclave);

7.1.4 Aguardar o pacote teste Bowie & Dick esfriar e em seguida abrir o pacote e avaliar o resultado conforme indicação do fabricante;

7.1.5 Arquivar os testes e registrar os resultados sempre que realizados;

### 7.2 Teste Biológico (segundo ciclo do dia):

7.2.2 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;

7.2.3 Deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, observando a monta-

gem da carga;

7.2.4 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 registro;

### 7.3 Pacote desafio com integrador químico:

7.3.1 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;

7.3.2 Processar o ciclo de esterilização programado na autoclave;

7.3.3 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 registrar os resultados grampeando o integrador químico no local correspondente a anotação dos artigos esterilizados no ciclo;

### 7.4 Esterilização propriamente dita:

7.4.1 Higienizar as mãos;

7.4.2 Realizar a montagem do carrinho;

7.4.3 Colocar o pacote desafio com integrador químico;

7.4.4 Selecionar o ciclo 121 °C para esterilização de materiais termossensíveis ou 134 °C para materiais de espessura (ex: instrumentais cirúrgicos);

7.4.5 Iniciar ciclo, registrar em formulário próprio, hora de início e nº do ciclo;

7.4.6 Aguardar resfriamento dos materiais;

7.4.7 Retirar pacote desafio;



7.4.8 Retirar o rack, e liberar a autoclave para o novo carregamento.

## 8. 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.

# PREPARO E EMPACOTAMENTO DE ARTIGOS

## 1. OBJETIVO:

- 1.1 Assegurar que os artigos esterilizados sejam transportados e armazenados com a garantia da manutenção da esterilidade até seu uso;
- 1.2 Permitir a remoção do artigo do pacote sem contaminação.

## 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1 Enfermeiro;
- 2.2 Técnicos em Enfermagem.

## 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1 É a preparação do artigo de acordo com sua classificação (crítico, semicrítico e não-crítico) e embalado em invólucro compatível com o processo de esterilização de cada artigo.
- 3.2 Todo artigo a ser esterilizado, armazenado e transportado, deverá ser ACONDICIONADO em embalagem criteriosamente selecionada, para a segurança do processo.

## 4. TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

## 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1 Central de Material e Esterilização

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1 EPI's área de preparo;
- 6.2 Rótulos e etiquetas para identificação dos pacotes;
- 6.3 Fita para autoclave (zebrada);
- 6.4 Fita adesiva hospitalar;
- 6.5 Integrador químico;
- 6.6 Canetas de tinta atóxica;
- 6.7 Envoltórios de algodão;
- 6.8 Luvas de vinil sem talco;
- 6.9 Cestos ou carros de rack;

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 7.1 Lavar as mãos;
- 7.2 Paramentar-se com os EPIs necessários;
- 7.3 Inspeccionar os artigos quanto à limpeza, à integridade e à funcionalidade;
- 7.4 Selecionar a embalagem (tecido de algodão, papel grau cirúrgico);
- 7.5 Colocar um integrador químico no interior das caixas e dos pacotes de instrumentais;



7.6 Utilizar embalagens duplas para todos os tipos de invólucro apenas nos materiais que vão para o Centro Cirúrgico;

7.7 Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico;

7.8 Observar se a selagem do papel grau cirúrgico está adequada;

7.9 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;

7.10 Apurar na etiqueta a data de validade pós esterilização de acordo com a tabela abaixo;

ENVOLTÓRIO	VALIDADE APÓS A ESTERILIZAÇÃO
Papel Grau Cirúrgico	03 meses
Tecido de Algodão	07 dias

7.11 Colar um pedaço, de no mínimo cinco (05) centímetros, de fita para autoclave (zebrada) nos pacotes, menos no papel grau cirúrgico;

7.12 Colocar os pacotes nos cestos ou carros de rack e arrumá-los nas autoclaves;

7.13 Manter a área limpa e organizada;

## 8. REFERÊNCIAS:

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro do Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 7 ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

## MONTAGEM DE CARGA NA

# AUTOCLAVE

### 1. OBJETIVO:

1.1 Montar a carga adequadamente para facilitar a penetração do agente esterilizante nas embalagens contendo os materiais cirúrgicos.

### 2. RESPONSABILIDADE:

2.1. Enfermeiro Supervisor

2.2. Técnico em Enfermagem

### 3. DEFINIÇÕES:

3.1. 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

### 4. TERMINOLOGIAS:

4.1. Não se aplica

### 5. ABRANGÊNCIA:

5.1. Central de Material e Esterilização

### 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

6.1. Epi's área limpa;

6.2. Autoclave;

6.3. Materiais embalados e rotulados



adequadamente;

6.4. Pacote desafio manual ou pronto com integrador químico;

6.5. Cestos Aramados;

6.6. Luvas Térmicas;

6.7. Formulário de Registro de Carga Subsequente;

6.8. Caneta.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

7.1. Lavar as mãos

7.2. Selecionar o ciclo, de acordo com a quantidade de materiais a serem processados;

7.3. Acoplar o carrinho a autoclave;

7.4. Deslizar a grade do interior da autoclave para fora. Casos a autoclave esteja quente utilizar as luvas térmicas;

7.5. Dispor as caixas cirúrgicas na posição vertical, paralelos um ao outro;

7.6. Esterilizar têxteis e materiais rígidos em cargas diferentes. Não sendo prático, coloque têxteis em cima e materiais rígidos embaixo, não ao contrário;

7.7. 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,

7.8. 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;

7.9. Posicionar o pacote desafio com integrador químico, na posição horizontal, na área do cesto que ficará sobre o dreno

7.10. Deixar um espaçamento de 25 a 30 mm entre os pacotes;

7.11. Os materiais e embalagens não devem tocar as paredes e teto da câmara;

7.12. Evitar compactar as embalagens, evitando amassar;

7.13. 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;

7.14. Identificar os materiais com número do ciclo;

7.15. Anotar no formulário de registro de carga subsequente todos os materiais a serem esterilizados, identificando em ciclo;

## 8. 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

## 1. OBJETIVO:

1.1. Definir quais os materiais que devem passar pelo processo de desinfecção química de alto nível com ácido peracético a 0,2%

## 2. RESPONSABILIDADE:

2.1. Equipe de Enfermagem;

AM



2.2. Equipe de Fisioterapia.

5.5. Unidade de Terapia Intensiva Adulto/  
Pediátrica / Neonatologia;

### 3. DEFINIÇÕES:

3.1. A desinfecção química pode ser classificada em alto nível, intermediário e baixo nível, conforme seu espectro.

5.6. Hospital Dia;

5.7. Ambulatório

#### 3.1.1. Desinfecção de Alto nível

- processo físico-químico capaz de eliminar todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos de artigos semicríticos.

### 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

6.1. Não se aplica

#### 3.1.2. 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.

### 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

#### 3.1.3. Desinfecção de Baixo Nível

- elimina apenas bactérias vegetativas, vírus lipídicos, alguns vírus não lipídicos e alguns fungos, não elimina microbactéria nem esporos.

Dispositivos Respiratórios	Limpeza	Desinfecção	Entaminhar/Armazenar
Traquéias e Máscaras de Macronebulização			
Umidificadores de Oxigênio	Emergir em detergente enzimático e proceder a limpeza com esponja e escovas própria.	Emergir no Ácido peracético 0,2% por 10 min. Enxágue e secagem.	Secar, embalar em sacos plásticos e identificar. Validade 30 dias
Máscara de Venturi			
Máscara de Ventilação não Invasiva (VNI)			
Kit de Nebulização e Espaçador	Enxaguar e secar.		
Máscaras de Traqueostomia			

### 4. TERMINOLOGIAS:

Não se aplica

### 5. ABRANGÊNCIA:

5.1. Central de Material e Esterilização;

5.2. Urgência e Emergência

5.3. Centro Cirúrgico;

5.4. Internação Médica/Cirúrgica/Obstétrica/  
Pediátrica;

### 8. 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.

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.

AM



# MONITORAMENTO DO ÁCIDO PERACÉTICO

## 1. OBJETIVO:

- 1.1. 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.

## 2. RESPONSABILIDADE:

- 2.1. Enfermeiro;
- 2.2. Técnico de Enfermagem.

## 3. DEFINIÇÕES:

- 3.1. **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 específica, 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.

## 4. TERMINOLOGIAS:

- 4.1. EPI; Equipamentos de Proteção Individual (capote impermeável, óculos de proteção, máscara, luvas, touca);

## 5. ABRANGÊNCIA:

- 5.1. Central de Material e Esterilização;
- 5.2. Urgência e Emergência
- 5.3. Centro Cirúrgico;
- 5.4. Internação Médica/Cirúrgica/Obstétrica/Pediátrica;
- 5.5. Unidade de Terapia Intensiva Adulto/Pediátrica / Neonatologia;
- 5.6. Hospital Dia;

## 6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

- 6.1. EPI's (capote impermeável, óculos de proteção, máscara, luvas, touca);
- 6.2. Recipiente com tampa;
- 6.3. Solução de ácido Peracético a 0,2% pronto uso;
- 6.4. Seringa de 20ml;
- 6.5. Compressas limpas;
- 6.6. Fita de teste específica de leitura de ácido peracético;
- 6.7. Embalagem própria para artigo;
- 6.8. Etiqueta para identificação.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

- 7.1. Higienização das mãos;
- 7.2. Paramentação com EPI's adequados;
- 7.3. Colocar o desinfetante no recipiente, identificar o produto com data do preparo e





validade do mesmo e nome do responsável;

- 7.4. Adicionar o inibidor de corrosão, esperar sua dissolução total;
- 7.5. Monitorar e validar sua concentração, diariamente, por meio da fita teste específica;
- 7.6. Desconectar os artigos;
- 7.7. Lavar os artigos de assistência ventilatória com detergente neutro;
- 7.8. Enxaguá-los e Secá-los com ar comprimido e compressas limpas;
- 7.9. 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;
- 7.10. Monitorar o tempo de imersão, que deve ser de acordo com a indicação do fabricante;
- 7.11. Se for artigo canulado e prolongamentos, preencher o interior do lúmen com auxílio de uma seringa;
- 7.12. Enxaguá-los em água abundante, secá-los com ar comprimido e compressas limpas;
- 7.13. Colocar em embalagem plástica atóxica com validade de 30 dias e acondicioná-los em vasilhas de plástico com tampa para dispensação.

## 8. 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/biosseguranca/manual\\_biosseguranca-servicos\\_saude.pdf](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manual_biosseguranca-servicos_saude.pdf). Acesso em: 15 mar. 2020.

# MANUAL DE NORMAS, ROTINAS E PROTOCOLOS DE CLÍNICA OBSTÉTRICA E GINECOLOGIA

## AMENORRÉIA

### INTRODUÇÃO

Amenorréia é a ausência ou suspensão anormal da menstruação em mulheres em idade reprodutiva. É dividida em primária e secundária, definidas como amenorréia antes ou após a menarca, respectivamente.

### 1. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID10

#### 1.1. 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:
  - o Há suspeita de desordem alimentar ou excesso de atividade física;
  - o Há sinais de hirsutismo;

- o Há suspeita de obstrução genital.

As causas mais comuns são disgenesia gonadal (50%), hipogonadismo hipogonadotrófico (20%), ausência de útero ou vagina (15%), hímen imperfurado (5%) e doença hipofisária (5%).

Os aspectos mais importantes a serem avaliados são:

- Presença ou ausência de caracteres sexuais secundários, principalmente o desenvolvimento de mamas (telarca), presença uterina e níveis de gonadotrofinas;
- Ausência de telarca: conclui-se que a paciente não tem ação estrogênica ovariana, e faz-se o diagnóstico diferencial entre atraso funcional do desenvolvimento (FSH normal ou baixo) e disgenesia gonadal (FSH elevado);
- Presença de telarca: existe ação estrogênica ovariana; o próximo passo é avaliar se existe útero e vagina;
- Presença de telarca, ausência de útero e vagina, ou vagina curta os prováveis diagnósticos são agenésia Mulleriana e insensibilidade androgênica. Deve ser realizado o cariótipo; caso seja normal (46XX), estamos diante da síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser; se cariótipo 46 XY, trata-se de insensibilidade androgênica;
- Presença de telarca, útero e vagina: má formação do trato útero vaginal, como ausência de colo, septo transversal de vagina ou hímen imperfurado. Nestes casos haverá hematométrio com ou sem hematocolpo.

#### 1.2. 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, alopecia, hirsutismo); histórico de procedimentos como curetagem uterina; distúrbios da dieta; práticas de atividades físicas extenuantes; uso de medicamentos (contraceptivos, andrógenos ou drogas que possam cursar com aumento da prolactina); avaliação do índice de Massa Corpórea (IMC);
- Realizar teste da progesterona: pode ser realizado concomitantemente aos exames; verifica a permeabilidade do trato genital e a presença de estrogênio. É oferecido o acetato de medroxiprogesterona 10mg/dia, por 5 a 10 dias.

Teste positivo: Caso ocorra sangramento de privação, podendo-se concluir que:

- O trato genital é patente;
- O ovário é funcionante, pois o endométrio prolifera em resposta ao estrogênio secretado ( $E_2 \geq 40\text{pg/mL}$ );
- O eixo hipófise-hipotálamo-ovariano atua adequadamente;
- O diagnóstico da amenorréia é anovulação.
- Teste negativo: Caso não ocorra o sangramento de privação, e pode ocorrer por alguns motivos:
- Gravidez;
- Obstrução no trato genital ou sinéquia uterina;

- 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

## 2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU LABORATORIAL

### 2.1. 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);

*Handwritten signature*

**Se Prolactina elevada:** recomenda-se sempre repetir a dosagem de prolactina caso venha alterada, pois ela pode estar transitoriamente elevada devido a estresse, alimentação e atividade física. Solicitar macroprolactina, função renal e hepática, investigar gravidez e uso de medicamentos relacionados. Seguir abordagem apropriada para hiperprolactinemia.

- TSH (excluir doenças tireoidianas);

**Se TSH aumentado ou diminuído:** seguir abordagem e tratamento para tireoidopatias. Caso haja sinais de hiperandrogenismo, solicitar SDHEA (excluir hiperplasia adrenal) e testosterona.

### 3. MANEJO

#### 3.1. 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.

#### 3.2. 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 ( $\leq 10\text{mm}$ ) ou macroadenomas ( $>10\text{mm}$ ). 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; bromocriptina) são o tratamento de escolha da hiperprolactinemia, com ou sem tumor.

### 3.3. Causas ovarianas

- **Disgenesia gonadal:** Condição em que ocorre um desenvolvimento anormal da gônada. Os níveis de estrogênio são baixos e os de FSH e LH são elevados. A forma mais comum é a Síndrome de Turner (45, X cariótipo), mas podem existir outras formas, como a disgenesia gonadal pura (cariótipo normal - 46,XX) e a Síndrome de Swyer (disgenesia gonadal - XY). Indivíduos geneticamente XY com falência gonadal terão genitália feminina devido à inibição do fator inibidor Mulleriano, e não será produzida testosterona. Os tumores gonadais ocorrem em 25% das mulheres com cromossomos Y. Estas gônadas não secretam hormônios e devem ser removidas ao tempo do diagnóstico;
- **Falência ovariana precoce (FOP):** Caracterizada por amenorréia, hipostrogenismo persistente e níveis elevados de FSH antes dos 40 anos. É uma

condição que afeta 1 - 5% das mulheres. Mulheres abaixo dos 30 anos devem ser investigadas com cariótipo para descartar translocações cromossômicas, deleções ou presença de cromossomo Y, o qual está associado a aumento no risco de tumores gonadais. Cerca de 40% das mulheres com FOP apresentam anormalidade autoimune (ooforite autoimune), mais comumente tireoidite autoimune. Não é indicada biópsia ovariana na prática clínica, mas como pode ser componente de uma síndrome poliglandular, pacientes devem ser avaliadas para outras anormalidades com TSH, autoanticorpos tireoidianos, glicemia de jejum e eletrólitos. Algumas causas como as iatrogênicas (quimioterapia e/ou radioterapia para doenças malignas), têm potencial para recuperação;

- Pacientes com falência ovariana devem ser tratadas com estrogênio e progesterona para promover e manter os caracteres sexuais secundários, e reduzir o risco de osteoporose. Em adolescentes o objetivo é estimular o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários com baixas doses de estrogênio, evitando progesterona até o desenvolvimento completo das mamas. Raramente mulheres com falência ovariana podem apresentar ovulação espontânea de algum folículo remanescente, e a concepção é possível.

### 3.4. 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 estrogênio-terapia para reepitelização endometrial.

#### 4.1. 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 (espirolactona, finasterida) dependendo do fenótipo da paciente.

## 4. SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

## 5. HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (HAC)

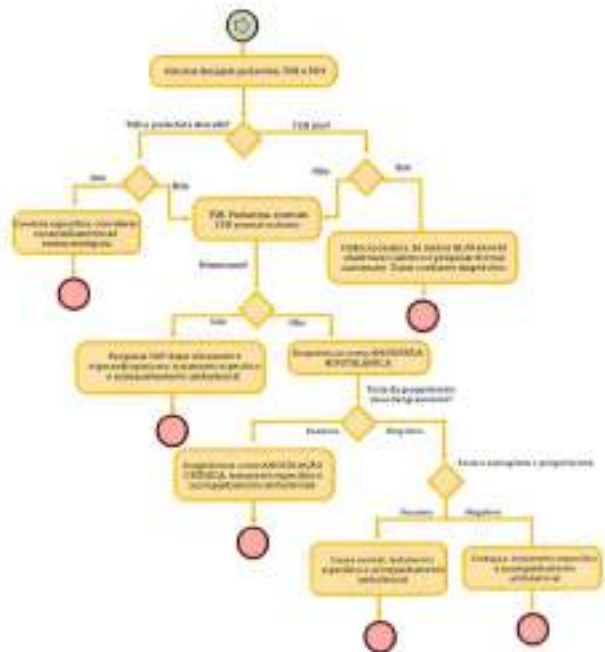
Cerca de 90% dos casos são causados por deficiência



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 hidroxisteroide.

## 6. 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 ML. 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 Health; 2011.

## CANCER DE COLO UTERINO

### INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é o terceiro tumor maligno mais frequente no sexo feminino no Brasil, perdendo em prevalência apenas para o câncer de mama e colorretal. Apesar dos avanços na saúde pública brasileira para detecção precoce através do exame preventivo (Papanicolaou), é responsável pela quarta causa de morte em mulheres por câncer no Brasil.

A infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) de alto risco persistente está associada ao câncer de colo uterino, por resposta imune do hospedeiro inadequada e interferência no ciclo celular. A prevenção do câncer primária (vacinação contra o HPV) ou secundária (rastreamento/tratamento de lesões pré-cancerosas) é a melhor estratégia. Quando diagnosticado em estágios precoce, o câncer de colo é curável na quase totalidade dos casos.

### 1. EPIDEMIOLOGIA

#### 1.1. Tipos histológicos

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

#### 1.2. Sintomas

Nos estágios iniciais, o tumor costuma ser assinto-

NI

mático, podendo haver, entretanto, queixa de corrimento aquoso, sinusorragia ou sangramento intermenstrual.

### 1.3. Exames de avaliação

- **Diagnóstico:** anamnese e Exame físico geral e ginecológico;
- **Citopatologia:** o diagnóstico precoce pode ser suspetado 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.

### 1.4. 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 retossigmoidoscopia em pacientes sintomáticas. Cistoscopia também é recomendada nos casos de crescimento endocervical em forma de barril e em acometimento da parede vaginal anterior. A suspeita de envolvimento vesical ou retal deve ser confirmada por biópsia.

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 cervical invade além do útero, mas não a parede pélvica ou terço inferior vaginal.





IIA	Envolvimento limitado aos dois terços superiores da vagina, sem envolvimento parametrial.
IIA1	Carcinoma invasivo menor 4cm em sua maior dimensão.
IIA2	Carcinoma invasivo 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	Metástase 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	Metástase para órgãos distantes.

Fonte: FIGO (2018).

## 2. 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:



*AI*

## Margens:

- Se margens negativas e inoperável - observação;
- Se margens negativas e operável - realizar histerectomia simples extra-fascial;
- Se margens positivas:
- Para neoplasia intraepitelial de alto grau: realizar histerectomia simples extra- fascial;
- Para carcinoma: histerectomia radical modificada + dissecação de linfonodos pélvicos (considerar mapeamento de linfonodo sentinela) OU repetir conização para melhor avaliar a profundidade da lesão.

## 3. 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/ Indíce	IB1	IB1 com EV* ou IB2	IB1, IB2 ou IB3, IB4 (sem selecionadas)	Carcinoma em situ IB1	IB1, IB2 ou IB3 (sem selecionadas)
Útero	Preservado	Removido	Removido	Preservado	Preservado
Oofitos	Função opcional	Função opcional	Função opcional	Preservado	Preservado
Colo uterino	Removido	Removido	Removido	Removido a maioria (plegado 3mm proximal para diagnóstico)	Removido a maioria (plegado 3mm proximal para diagnóstico)
Margem vaginal	Mínima	Margem de 2-3cm	1/4 a 1/3 superior de vagina	Mínima	Margem de 1-2cm
Acesso cirúrgico	Vaginal, laparotomia ou minilaparotomia	Laparotomia	Laparotomia	Vaginal, laparotomia ou minilaparotomia	Vaginal, laparotomia ou minilaparotomia

\* EV: 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  $\leq$  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.

## 4. 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\\_uterio/def\\_inicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/def_inicao)> 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.

## INTRODUÇÃO

Climatério é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. A menopausa é definida como a interrupção permanente da menstruação, sendo definida como o último sangramento menstrual seguido de doze meses de amenorréia e dosagem de hormônio folículo-estimulante (FSH) maior ou igual a 30 UI/mL, afastadas as causas patológicas ou fisiológicas. A média etária da menopausa no Brasil foi de 51, anos, ocorrendo geralmente entre os 40 e 55 anos. A menopausa pode ocorrer de forma natural ou de forma induzida que levem a parada da produção dos hormônios ovarianos.

## 1. DEFINIÇÕES

Menopausa	Diagnóstico retrospectivo, sendo o último sangramento seguido de 12 meses de amenorréia.
Menopausa espontânea	Menopausa que ocorre sem intervenção cirúrgica ou medicamentosa.
Perimenopausa	Período que precede a menopausa, caracterizada por alterações no ciclo menstrual relacionadas às alterações hormonais específicas do estágio reprodutivo fértil.
Climatério	Fase referente à transição do período reprodutivo para o período não reprodutivo fértil.
Síndrome climatérica	Estado de estresse e ansiedade que podem ocorrer no climatério.
Menopausa indutível	É a parada da menstruação resultante causada por intervenção médica/quimioterápica ou terapia de irradiação pélvica ou intervenção cirúrgica.
Menopausa precoce	Ocorrência da menopausa na idade inferior a 2 desvios-padrão da idade estimada para a população de referência.

Quadro 1: Definições de termos utilizados na fase do climatério

## 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.

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<sup>1</sup>. 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 sudorese, 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, sinuorragia, 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.



# 4. 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.

## 4.1. 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 oportunidade<sup>3</sup>. 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.

Contraindicações absolutas	Contraindicações relativas
Antecedentes pessoais de câncer de mama ou endométrio (E2+E3)	Tromboembolismo venoso
Tromboembolismo agudo	Doença coronariana
Suspeição hemorrágica de origem hipertensiva	Diabetes mellitus / Hipertensão arterial
Doenças hepáticas crônicas e graves	Mama sã ou o endométrio patológico
	Lupus eritematoso sistêmico


Quadro 2: Contraindicações à terapia hormonal.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
<b>VIA ORAL</b>	
Estrogênio conjugado equino (EEC)	0,5 - 0,6 - 0,625 - 1,25 mg/dia
17 beta estradiol micronizado (E2)	1 - 2 mg/dia
Valerato de estradiol (VE)	1 - 2 mg/dia
Enal (E3)	2 - 6 mg/dia
<b>VIA TRANSDÉRMICA</b>	
Estradiol transdérmico (E2)	25-37,5-50-75-100 mcg/dia cada 3 dias a mais
Estradiol gel (E2)	1,5 - 3,4 mg/dia
<b>VIA NASAL</b>	
Estradiol intranasal (E2)	1 mg/dia
<b>VIA SIBICUTÂNEA</b>	
Estradiol lipotênico (E2)	1,25 mg cada 6 meses
<b>Via vaginal</b>	
Estrogênio conjugado (EEC)	0,625 mg/dia
Enal (E3)	1,2 mg/dia
Progesterona	10 mg/dia

Quadro 3: Estrogênicos: doses e vias de administração.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
<b>VIA ORAL</b>	
Acetato de metilprogesterona (MPP)	1,5 - 2,5 - 5,0 - 10 mg/dia
Acetato de ciperionato (AC)	1-2 mg/dia
Acetato de norgestrel (NG)	0,35 - 0,5 - 0,7 - 1,0 mg/dia
Acetato de norgestrel (NG)	2,5 - 5,0 mg/dia
Delciperona	5,0 - 10 mg/dia
Disipirone	2,0 mg/dia
Norgestrel	50 mcg 3 dias sim / 3 dias de pausa
Gestodeno	20 mc/dia
Progesterona micronizada	100-200-300 mg/dia
Tenagestrel	0,25 - 0,5 mg/dia
<b>VIA TRANSDÉRMICA</b>	
Acetato de noretisterona (NETA)	100 - 170 - 260 mcg/dia cada 3 dias a mais
<b>VIA VAGINAL</b>	
Progesterona micronizada	100-100-200-300 mg

Quadro 4: Progestagênicos: doses e vias de administração.



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<sup>6</sup>. Os principais estrogênios e progestagênios empregados em TH na peri-menopausa e na pós-menopausa podem ser observados, respectivamente, nas tabelas 3 e 4.

#### 4.2. 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.

#### 4.3. 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.

#### 4.4. 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 alívio 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 frequentes 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.

<p>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.</p> <p>Mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fraturas.</p> <p>Mulheres na pós-menopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um dos seguintes aspectos da fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por qualquer causa ou uso de medicamento(s) de alta potência.</p> <p>Mulheres que sofreram fratura após os 50 anos.</p> <p>Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas.</p> <p>Indivíduos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como síndrome renal crônica ou uso de glicocorticóides ou dose de terapia de prednisona ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses.</p>
---

Quadro 5: Indicações para realização de densitometria óssea

<p>Doenças endócrinas (Hipoparatiroidismo, hipoparatiroidismo, hipotireoidismo, hipoadrenalismo, hipoparatiroidismo).</p> <p>Doenças gastrointestinais (Doença inflamatória intestinal, doença celíaca, doença biliar pancreática, cirurgia do trato gastrointestinal, gastrectomia).</p> <p>Doenças nutricionais (Deficiência ou insuficiência do vitamina D, deficiência de cálcio, ingestão excessiva de álcool, anorexia nervosa, nutrição parenteral).</p> <p>Doenças cardíacas (arteria coronária, aterosclerose angiosclerótica, insuficiência cardíaca sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome do tórax neural, hipertensão idiopática, síndrome do tórax conjunto, síndrome de Marfan, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter).</p> <p>Uso de medicação: glicocorticóides, antiandrogênicos (enofentanil, fentanil e, em menor escala, sufentanil e buprenorfina), agentes neuroquímicos (pilocarpina, tacrolimus, ciclosporina, tacrolimus, ciclosporina), antiagregantes (aspirina, ácido acetilsalicílico).</p> <p>Idade maior que 65 anos.</p> <p>Sedentarismo.</p> <p>Fratura osteopórica prévia (falco cefálico, longo período de imobilização ou restrição, fratura de Colles, fratura por queda, fratura de humerus, fratura de bacia, fratura de fêmur, fratura de tíbia e fíbula, fratura de punho, fratura de pé).</p> <p>Menopausa precoce.</p>
---

Quadro 6: Fatores de risco para osteoporose

## 5. CÂNCER COLORETAL

No Brasil segundo o 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 rastreamento, porém, é bem menos utilizado.

### 5.1. 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 macros-

somias, 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).

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

Quadro 7: 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 Obstetria*, [s.l.], v. 37, n. 4, p.152-158, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-720320150005282>.

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 TERAPÉUTICAS - OSTEOPOROSE. PORTARIA Nº 224, DE 26 DE MARÇO DE 2014. Ministério de Saúde.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio.

## DISTOPIAS GENITAIS

### INTRODUÇÃO

Dístopia genital, ou prolapso de órgãos pélvicos (POP), é definida como a descida de pelo menos um dos seguintes compartimentos: parede vaginal anterior, parede vaginal posterior ou ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal após histerectomia), segundo a Sociedade Internacional de Continência. É enfermidade comum que pode afetar intensamente a qualidade de vida das pacientes, causando impacto psicológico, social e financeiro.

### 1. 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.

### 2. FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO

A fisiopatologia do POP ainda não está totalmente esclarecida, mas sabe-se que a dístopia genital decorre de um desequilíbrio das forças de sustentação e suspensão que mantêm 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 fâscia pubocervical (defeito transversal), lateral (desinserção da fâscia no arco tendíneo) e central dando aspecto sem pregas da parede vaginal. Várias causas estão relacionadas aos prolapsos de órgãos pélvicos

nais e sexuais, que são frequentemente associados. Mulheres com prolapso avançado podem apresentar ulcerações vaginais ou da cérvix, 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.

## 4. 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

FATORES DE RISCO PARA PROLAPSO (POP)	
<b>Fatores de risco estabelecidos</b>	
• Elevado paridade: o número de partos vaginais é o fator de risco mais forte para POP em mulheres < 60 anos. Comparado com nulíparas, o risco relativo para desenvolvimento de POP foi 3,4 vezes maior em mulheres com dois partos e 10,5 vezes maior em mulheres com quatro ou mais partos.	
• Parto vaginal	
• História de ancaixa	
• Obesidade	
• Histerectomia prévia	
<b>Fatores de risco potenciais</b>	
• 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 peso peso	
• Conotação	
• Distúrbios de colágeno	
• História familiar de prolapso genital	

Tabela 1: Fatores de risco para prolapso do órgão pélvico

## 3. 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, intesti-

<b>Ponto Aa</b>	Localizado na Parede vaginal anterior, 1 cm acima do meato uretral externo (correspondendo à porção uretrovaginal). O valor descreve a posição deste ponto pode variar de -3 a no máximo +3 cm
<b>Ponto Ba</b>	Representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal anterior, localizado entre o ponto Aa e o ápice vaginal
<b>Ponto C</b>	Representa o ponto mais distal do colo do útero ou da cúpula vaginal (em mulheres histerectomizadas)
<b>Ponto D</b>	Representa a localização do freixo de saca de Douglas na paciente com colo uterino. É justamente o nível da fixação do colo uterino nos ligamentos uterinos. Este ponto não existe em mulheres histerectomizadas e, assim, essencialmente, para diferenciar o prolapso uterino da bexiga de cuxu
<b>Ponto Ap</b>	Localizado na Parede vaginal posterior, 1 cm acima da carúncula hímenal. Análogo ao Ponto Aa, também pode variar de -3 a no máximo +3 cm
<b>Ponto Bp</b>	Representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal posterior, localizado do ponto Ap à cúpula vaginal
<b>Hiato Genital (HG)</b>	Medida da distância de mais de meato uretral externo à fissura vaginal ou altura das carúnculas hímenais
<b>Corpo Perineal (CP)</b>	Medida da distância do ponto médio do ângulo à fissura vaginal na altura das carúnculas hímenais
<b>Comprimento Vaginal Total (CVT)</b>	Medida da distância da carúncula hímenal à cúpula vaginal na parede vaginal posterior, área avaliada feita ao 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"



AM

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.

## 5. TRATAMENTO

### 5.1. Tratamento conservador

Opções terapêuticas conservadoras para POP incluem treinamento dos músculos do assoalho pélvico e uso de pessários 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 prolapso estágio 1 e 2 e no pós-operatório de forma

adjuvante. Pode melhorar a sintomatologia, porém vários estudos demonstraram 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, estágio 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.

### 5.2. 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 estágio 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: estágio 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 as mais utilizadas.

### 5.3. Tratamento cirúrgico dos defeitos apicais

Lesões das estruturas que compreendem o complexo ligamentar dos paramétrios e uterossacos, 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 sacroespinal e abdominal: colposacro fixação e redução dos ligamentos uterossacos.

Fixação da cúpula vaginal nos ligamentos uterossacos (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-Espinal a cúpula vaginal é suturada ao ligamento sacroespinal, 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 sacroespinal, 2 cm mediais à espinha esquiática, evitando-se os nervos e vasos pudendos.

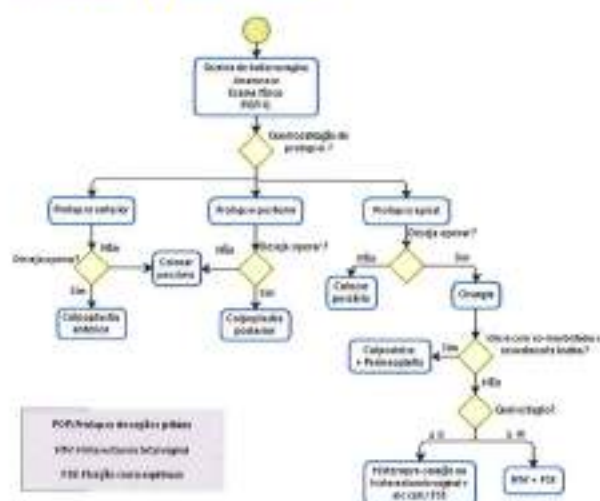
Recente ensaio randomizado e multicêntrico (OPTIMAL) mostrou que a fixação no ligamento uterossacro tem resultados anatômicos e subjetivos similares a fixação no ligamento sacro espinal em dois anos de seguimento.

Colposacrofixação pode ser realizada por laparotomia ou laparoscopia, com interposição 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 an-

terior 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



Obstetrícia - FEBRASGO, manual de orientação em ginecologia e cirurgia vaginal, 2010.

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

10. The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth: An Update. Hallock & Handa. *Obstet Gynecol Clin N Am* 43, 2014.

11. Sung VW, Hampton BS. Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009; 36:421-443.

## BIBLIOGRAFIA

1. Atlas de anatomia pélvica e cirurgia ginecológica. BAG-GISH KARRAM, 3ª edição, 2012.
2. 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.
3. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998; 25(4): 723-746.
4. 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.
5. Candido EB, et al. Conduta nos prolapso genitais. *Feminina*, v. 40, n. 2, 2012.
6. Clinical Updates - Pelvic organ prolapse. Barber MD. *BMJ* 2016.
7. DeLANCEY, J.O.L. Anatomy of the female pelvis. In: THOMPSON J.D, ROCK J.A. Eds. *Talinde's operative gynecology*. 7.ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1992.
8. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e

AM

# DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

## INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é processo inflamatório de natureza polimicrobiana que pode comprometer endométrio, tubas uterinas, ovários e/ou estruturas contíguas. Deve-se à ascensão de microorganismos do trato genital inferior, de forma espontânea ou devido a procedimentos como inserção de dispositivo intrauterino (DIU), biópsia de endométrio e curetagem.

Esta condição pode levar a complicações significativas na saúde reprodutiva da mulher, como gestação ectópica, dor pélvica crônica e infertilidade tubária.

## 1. EPIDEMIOLOGIA

Dados dos Estados 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 35 anos.

## 2. 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.

## 3. 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.

## 4. ETIOLOGIA

NI



A infecção geralmente é polimicrobiana, envolvendo organismos sexualmente transmissíveis. Os agentes etiológicos incluem principalmente *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Entretanto microorganismos que habitam a flora vaginal (anaeróbios, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, Gram negativos entéricos e *Streptococcus agalactiae*) também estão associados à DIP. Os anaeróbios mais comuns incluem espécies de *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* e *Peptococcus*.

Outros agentes como citomegalovírus (CMV), *M. hominis*, *U. urealyticum* e *M. genitalium* podem estar associados em alguns casos. As mulheres diagnosticadas com DIP aguda devem ser pesquisadas para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*, além de serem rastreadas para infecção por HIV. Como não é possível diferenciá-los clinicamente e é difícil fazer um diagnóstico microbiológico exato, os esquemas de tratamento devem ser eficazes contra esta vasta gama de agentes patogênicos.

## 5. 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 inicia-

do 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/hipogástrico;
- 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:

AM



- 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.

## 6. EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico de DIP é incorreto em até 1/3 das mulheres que o recebem. A laparoscopia é o padrão ouro, mas é impraticável como procedimento de rotina. Dentre os exames complementares utilizados na investigação, podemos citar:

- Hemograma (leucocitose com desvio à esquerda);
- Proteína C reativa ou VHS, urina tipo I e cultura, teste de gravidez e ultrassonografia (suspeitando de abscesso tubo-ovariano);
- Radiografia simples do abdome (diagnóstico diferencial do abdome agudo cirúrgico);
- Bacterioscopia (culturas para germes aeróbios e anaeróbios, pesquisa de clamídia por PCR, pesquisa de gonococo, ureaplasma e micoplasma utilizando de cultura ou PCR. Estes recursos podem ser utilizados no

intuito de demonstrar a presença de agentes em material obtido da endocérvice, do fundo de saco de Douglas ou das tubas e peritônio);

- Sorologias para HIV, sífilis e hepatites.

## 7. 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.

## 8. TRATAMENTO AVALIAÇÃO INICIAL

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite, e que não estejam incluídas nos critérios para tratamento hospitalar. Em mulheres com DIP leve ou moderada, regimes parenteral ou oral parecem ter eficácia similar.

Critérios para internação e antibioticoterapia 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.

Mulheres que não responderam à terapia ambulatorial em 72 horas poderão reavaliar a confirmação do diagnóstico e poderá ser feita a terapêutica EV. A melhor escolha da cefalosporina para este regime não é clara, embora cefoxitina tenha melhor cobertura para anaeróbios e a ceftriaxona tenha melhor cobertura para *N. gonorrhoeae*. Ensaio clínico têm demonstrado que dose única de cefoxitina é efetiva em obter reposta clínica a curto prazo em pacientes com DIP. Entretanto, as limitações teóricas na cobertura da cefoxitina para anaeróbios devem requerer a adição do metronidazol no regime terapêutico. Metronidazol é também efetivo contra BV, frequentemente associado à DIP. Azitromicina em um estudo à curto prazo demonstrou eficácia com 1 g/ 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.

### Tratamento endovenoso (hospitalar)

Se não houver melhora clínica em até 72 horas após o tratamento ambulatorial, hospitalização, avaliação do esquema de antibiótico e diagnóstico diferenciais (incluindo considerar a laparoscopia como alternativa diagnóstica) são recomendados. Vários estudos randomizados têm demonstrado a eficácia do tratamento parenteral. Em mulheres com abscesso tubo-ovariano, pelo menos 24 de internação é recomendada.

Quando se usa o regime com cefotetan ou cefoxitina, a terapia oral com doxiciclina 100mg 2x/dia pode ser iniciada 24-48h após melhora clínica até completar 14 dias de terapia. Para o regime com Clindamicina/Gentamicina, a terapia oral com clindamicina

(450mg 4x/dia) ou doxiciclina (100mg 2x/dia) pode ser feito até completar 14 dias de terapia.

### Seguimento 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 trabalho 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

## INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica (DPC) pode ser definida como dor intermitente ou constante na parte inferior do abdômen ou pelve de uma mulher, de pelo menos 6 meses de duração, não ocorrendo exclusivamente com a menstruação ou relações sexuais e não associada à gravidez. É um sintoma e não um diagnóstico. A etiologia não é clara e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, musculoesquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciado ainda por fatores socioculturais.

## 1. 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.

## 2. 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.<sup>8</sup> 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 impor-

tantes 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.

### 3. 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

#### 3.1. 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.

#### 3.2. 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 cadeira<sup>8</sup>. 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.

#### 3.3. 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 possível observar distensão abdominal nos casos com obstrução intestinal ou ascite;
- Na ausculta do abdome pode-se identificar sons intestinais hiperativos ou muito altos característicos 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 80°, 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 90° 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.

### 3.4. 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, fistulas, 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 pubococcigeo, iliococcigeo e obturador interno podem ser alcançados;
- Mais adiante, partimos para a palpação da vagina anterior, uretra e área do trigono 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. Míomatose, adenomiose, aderências pélvicas e endometriose podem tornar o exame doloroso, com útero de forma alterada, consistência endurecida. Nodulações nos ligamentos útero-sacos 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.

#### 4. 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 a cistoscopia com ou sem hidrodilatação 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.

## 5. 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.

### 5.1. 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.

### 5.2. 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 opióide leve, como codeína, propoxifeno ou hidrocodona. Se a dor persistir, opióides mais potentes, como morfina, metadona, fentanil, oxycodona e hidromorfina, podem substituir os mais brandos. É essencial manter a paciente sob acompanhamento próximo e regular. Uma alternativa aos opióides clássicos é o hidrocloreto de tramadol que, além do seu efeito opióide central, também inibe a serotonina e a receptação de norepinefrin;
- Supressão hormonal. Os contraceptivos orais combinados, progestogênicos, agonistas do hormônio liberador da gonadotrofina (GnRH) e alguns
- androgênicos 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 ilio-inguinais e ilio-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.<sup>11</sup> A dor crônica por espasmo de músculos do assoalho pélvico pode ser tratada também por bloqueio anestésico local, injeção de toxina botulínica,<sup>1</sup> 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

- All, 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.; Karouse, 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, R.V.; Oliveira, L.A.; Villafana, G.; Botelho, B.G.; Souza, R.C. 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.; Póli 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 for the 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](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* 3CD005454, 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.

AM



# ENDOMETRIOSE

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO

### INTRODUÇÃO

A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial (glândula endometrial e estroma) fora do útero, o que induz uma reação crônica, inflamatória. Enquanto algumas mulheres com endometriose podem experimentar sintomas dolorosos e /ou infertilidade, outras são assintomáticas. A prevalência exata da endometriose é desconhecida, mas as estimativas variam de 2 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, e 50% nas mulheres inférteis. O custo anual para a admissão hospitalar é estimado, na Europa, em torno de 54 milhões de euros. No Brasil esses dados são incertos. Há um atraso do diagnóstico em torno de 7 a 10 anos, e alguns estudos mostram que a endometriose, principalmente a profunda, inicia-se na adolescência.


A causa exata da endometriose continua a ser desconhecida. Nenhuma teoria pode explicar a variedade de apresentações clínicas da endometriose e, provavelmente, a etiologia é multifatorial. Várias características individuais (história familiar de endometriose, menarca precoce e exposição à circulação de hormônios esteróides, índice de massa corporal durante a infância tardia e início da adolescência), características do estilo de vida e fatores ambientais estão provavelmente relacionados com o desenvolvimento da endometriose. Uma história familiar positiva pode ser associada à endometriose, mas não está claro se esta associação pode ser explicada por mecanismos genéticos, elementos ambientais ou apenas uma maior consciência global.

### 1. 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, e é 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.

## 2. 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.

## 3. 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 vulvodínea;
- Sintomas urinários no período menstrual, como urgência, aumento da frequência urinária, disúria e, raramente, hematúria, simulando infecções do trato urinário baixo;
- Sintomas intestinais durante o período menstrual, como constipação, tenesmo, diarreia e disquezia;
- Infertilidade, em sua maioria primária.

É importante salientar que deve fazer parte de qualquer anamnese ginecológica o questionamento mínimo sobre dismenorreia e dispareunia. Para facilitar a classificação desses sintomas pode-se usar a escala visual da dor. Se acima de 7 provavelmente se trata de endometriose e deve-se prosseguir com investigação e tratamento clínico, além de acompanhamento com imagem. É importante indagar alguns questionamentos sobre qualidade de vida como: se há necessidade de faltar trabalho ou





evento social na vigência da dor, se há necessidade de uso corriqueiro de medicações analgésicas e necessidade de ir ao pronto-atendimento. Isso é importante para evitar o atraso diagnóstico (que por vezes pode ser dado na adolescência) e a progressão da doença. Durante o exame ginecológico, é importante uma abordagem ampla, procurando pontos dolorosos abdominais e pélvicos, assim como o exame neurológico sensitivo dos principais nervos pélvicos que podem ser acometidos pela endometriose profunda. Além disso é importante observar se há contratura do assoalho pélvico associada, síndrome miofascial e pontos de gatilho, para isso o exame abdominal de palpação e sinal de carnet (pressão de ponto doloroso com exacerbação após dorso flexão do tronco), além de massas pélvicas. No toque vaginal pode ser detectado uma massa na região retovaginal ou retrocervical, espessamento em uterossacos, bloqueio de fundo de saco, mobilidade uterina, dor à palpação de musculatura do assoalho e massas anexiais. O Toque retal é de extrema importância para avaliar presença de massas ou acometimento retal, além da melhor definição dos uterossacos. Embora essencial, o exame físico tem valor limitado na avaliação da endometriose profunda, devido à limitação da discriminação dos focos que envolvem a vagina, espaço retovaginal ou ligamentos uterossacos e lesões extensas ou em sigmóide, íleo, apêndice e sítios distantes da pelve.

O diagnóstico definitivo da endometriose é feito por confirmação histopatológica. Devido à invasibilidade do diagnóstico histopatológico laparoscópico, outros métodos podem ser empregados para detectar lesões e auxiliar no planejamento pré-operatório e de seguimento das pacientes, como a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e com o uso de protocolo específico para endometriose e a ressonância nuclear magnética. Alguns trabalhos mostram superioridade de detecção de lesão profunda pelos exames de imagem em comparação com a

laparoscopia diagnóstica, pois algumas lesões, que visualmente parecem superficiais, escondem lesões profundas maiores e infiltrativas, limitando esse método. Por isso não se deve mais realizar laparoscopia diagnóstica, apenas em falha terapêutica e que os exames de imagem se mostraram normais, sendo realizado o VER E TRATAR. Colonoscopia, tomografia computadorizada, ultrassonografia endorectal, urografia excretora são exames que devem ser selecionados caso a caso, mas não são usados de rotina.

A ultrassonografia transvaginal é o exame de primeira linha na suspeita de endometriose. Ela permite a detecção de lesões ovarianas, sub-peritoneais anteriores (parede da bexiga e inserção dos ligamentos redondos) e sub-peritoneais posteriores (ligamento uterossacro, fórnice vaginal, fundo de saco de Douglas, reto e junção retossigmoide).


Embora o nível sérico de CA 125 possa estar elevado na endometriose moderada a severa, a sua dosagem não é recomendada como parte da investigação.

#### 4. TRATAMENTO

O tratamento clínico da paciente sintomática não é curativo, e a dor recorre após o término do tratamento, sendo utilizado para remissão e controle de sintomas, assim como prevenção do aumento da doença. Pode ser feito com medicações hormonais, como contraceptivos, progestágenos ou agonistas do GnRH, levando em conta as preferências da paciente, efeitos colaterais, eficácia, custo e disponibilidade.

O uso de contraceptivos hormonais combinados deve ser considerado, por reduzir a dispareunia, dismenorreia e dor não menstruais. Deve-se optar pelo uso contínuo (nível de evidência A).

É recomendado o uso de progestágenos (medroxiprogesterona oral ou de depósito, dienogeste, ciprotero-



na, noretisterona, danazol) ou anti-progestágenos (gestrinona). Deve-se levar em consideração o perfil de efeitos colaterais, inclusive irreversíveis (trombose, efeitos androgênicos). O DIU de levonorgestrel também é uma opção na redução da dor pélvica. (nível de evidência A).

Não é recomendado o uso rotineiro de agonistas do GnRH (leuprolide, goserelina), devido o tempo de uso limitado e efeitos colaterais. Reserva-se o tratamento para alguns grupos de pacientes: após cirurgia não curativa, após cirurgia antes de procedimento 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.

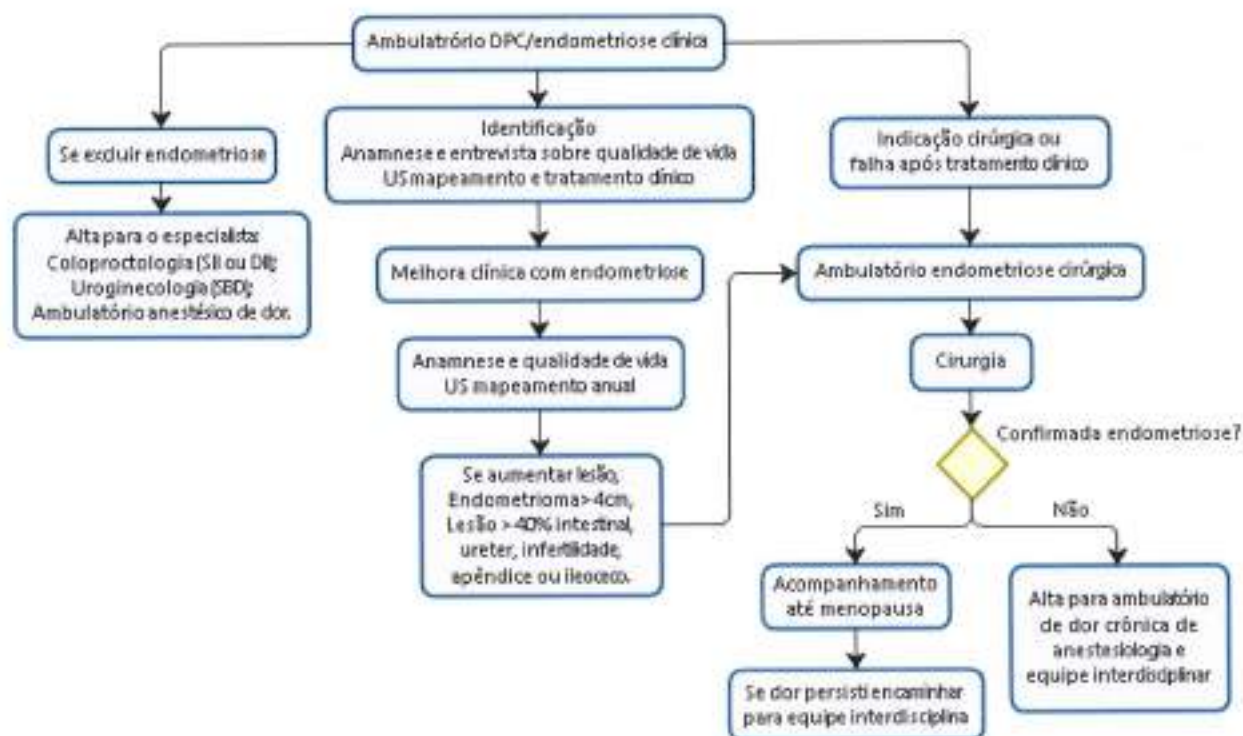
Se a paciente mantiver quadro álgico mesmo após a cirurgia deve-se encaminhar para equipe interdisciplinar, com acompanhamento com especialista de dor, fisioterapia, psiquiatria, psicologia e nutricionista, a fim de melhorar qualidade de vida da paciente.

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.63-76, 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

AA



# HIPERPLASIA ENDOMETRIAL E CANCER DE ENDOMÉTRIO

## INTRODUÇÃO

A hiperplasia endometrial (HE) frequentemente é lesão precursora para câncer de endométrio (CE). No Brasil, o câncer de endométrio é o segundo tumor pélvico mais comum. A incidência aproximada do câncer endometrial é de aproximadamente 6 a 8 casos por 100.000 mulheres por ano, com pico de incidência na década de 55 a 65 anos.

## 1. 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.

## 2. 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.

## 3. 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.



## 4. CLASSIFICAÇÃO

### 4.1. Hiperplasia Endometrial

Quadro 1: Classificação histológica da hiperplasia endometrial (OMS, 1994). Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol 19, No 5, September/October 2012

	HISTOLOGIA	RISCO DE PROGRESSÃO	TRATAMENTO
<b>Simplex</b>	Proliferação glandular	1%	Terapia hormonal
<b>Complexa</b>	Proliferação glandular com arquitetura revelando adensamento glandular	3%	Terapia hormonal ou cirurgia
<b>Simplex com atipia</b>	Arquitetura de HE simples com células individuais com atipias nucleares	8%	Cirurgia ou hormonioterapia para preservar fertilidade ou baixa condição cirúrgica
<b>Complexa com atipias</b>	Arquitetura de HE complexa com células individuais com atipias nucleares	29%	Cirurgia ou hormonioterapia para preservar fertilidade ou baixa condição cirúrgica

Quadro 2: Classificação neoplasia intraepitelial endometrial

Alteração	Topografia	Crítérios Diagnósticos	Categoria	Risco de Malignidade	Tratamento
<b>Hiperplasia Endometrial Benigna</b>	Difuso	Não avaliável	Benigno	0,6%	Terapia hormonal ou nenhum
<b>Neoplasia Intraepitelial Endometrial</b>	Focal, progressão para difuso	-Glândulas excedendo estroma, amontoadas e citologicamente diferentes -Lesões >1mm -Ausência de carcinoma	Pré-cancerígeno	19%	Terapia hormonal ou cirurgia
<b>Adenocarcinoma de endométrio</b>	Focal, progressão para difuso	Não avaliável	Câncer	Não avaliável	Cirurgia

## 5. 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.

### Quadro 3: Classificação Histológica dos tumores endometriais (Adaptação de Berek-Hacker, 2000).

Adenocarcinoma endometrióide	Adenocarcinoma não endometrióide
Típico	Carcinoma mucinoso
Adenoacantoma	Carcinoma papilar seroso
Carcinoma adenoescamoso	Carcinoma de células claras
Carcinoma papilífero	Carcinoma misto
	Carcinoma indiferenciado

## 6. ESTADIAMENTO

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 pe-

ritoneal, linfonodos, outros órgãos). Os locais de metástases mais comuns são pulmão e vagina.

### 6.1. Estadiamento FIGO 2009

**Estádio I:** O carcinoma está confinado ao corpo uterino.

**Ia -** Tumor limitado ao endométrio ou invasão me-



nor 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.

## 6.2. 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 endometriode grau 3), invasão superior a metade do miométrio, extensão istmocervical do tumor, e presença de doença extra-uterina.

## 7. 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 histológica 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.

## B. 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 cérvix (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.

## BIBLIOGRAFIA

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.

1. 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.

2. SILVERBERG SG, KURMAN RJ, NOGALES F, et al: Tumors of the uterine corpus [Epithelial tumors and related lesions]. In Tavassoli FA, Devilee P (eds) *World Health Organization Classification of Tumours*. Lyon, France, IARC Press, 2003, p 22.

3. 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 ESPORÃO

## INTRODUÇÃO

Incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo mais comum de incontinência urinária em mulheres, sendo responsável por aproximadamente metade dos casos, com a maioria dos estudos reportando prevalência de 10 a 39%. Cerca de 75% das mulheres portadoras de IUE a consideram como um transtorno importante e, nos EUA, aproximadamente 13,6% das pacientes optarão por tratamento cirúrgico.

A IUE é definida como perda involuntária de urina decorrente de atividade física ou esforço como tossir ou espirrar.

Dentre os fatores de risco para tal condição clínica, podemos citar: multiparidade, idade, distopias genitais, obesidade, doenças do colágeno, condições que levam à aumento da pressão abdominal (tabagismo, constipação crônica), hipoestrogenismo e cirurgias pélvicas prévias.

## 1. FISIOPATOLOGIA

Atualmente, a teoria mais aceita para explicar a IUE foi desenvolvida por Petros e Ulmsten em 1990, chamada "Teoria integral da incontinência urinária fe-



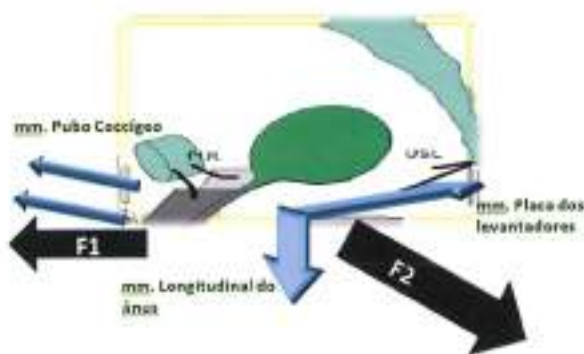


minina". Segundo esta teoria, os sintomas decorrentes da IUE seriam secundários, por diferentes razões, à frouxidão da vagina e de seus ligamentos de suporte, resultado da alteração do tecido conectivo.

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 fásia condensada lateral, o arco tendíneo da fásia 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).**



## 2. 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 hi-

permobilidade do colo vesical e IUE por deficiência esfínteriana intrínseca.

## 3. QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta-se com queixa de perda urinária involuntária durante esforço, como ao tossir, espirrar e ao exercer atividade física. Nos casos mais graves apresenta perda aos mínimos esforços, com necessidade de uso de forros vaginais ou absorventes.

Pode estar relacionada a distopias genitais e a alterações anatômicas. Importante pontuar que medicamentos como os benzodiazepínicos, podem conferir confusão mental e, conseqüentemente, levar a perda urinária. Inibidores da ECA podem levar a tosse crônica, aumento da pressão intra-abdominal e, conseqüentemente, perda urinária de esforço.

## 4. 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

*AM*



de perda, valores maiores que 90cmH<sub>2</sub>O sugerem hiper mobilidade do colo vesical e valores menores que 60cmH<sub>2</sub>O, defeito esfinteriano intrínseco. A realização do estudo urodinâmico é recomendada nas pacientes com dúvida diagnóstica, sintomas neurológicos, falha do tratamento inicial, suspeita de dificuldade miccional associada ou que necessitarão de procedimentos invasivos.

## 5. CONDUTA

### 5.1. 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.

### 5.2. 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 contra indicação a cirurgia.

Modificações de estilo de vida que levem a perda ponderal importante constituem quesito fundamental do tratamento, uma vez que temos dados na literatura que evidenciam a redução de aproximadamente 50% dos episódios de incontinência com a perda de 5-10% do peso corporal.

Fisioterapia direcionada para melhorar a função muscular pélvica constitui tratamento primário de longa data da IUE. Em 1948, Kegel relatou melhora dos sintomas da incontinência em mulheres que usavam exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Durante meio século subsequente, as instruções para as contrações do músculo pélvico foram complementadas com dispositivos de biofeedback, esti-

mulação 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.

### 5.3. Tratamento cirúrgico

Atualmente, o tratamento cirúrgico padrão-ouro para a IUE é a sustentação da uretra média com tela de polipropileno de dois tipos: sling transobturatório e retropúbico. As duas técnicas apresentam altas taxas de sucesso terapêutico, tanto em variáveis subjetivas (melhora das queixas da paciente) quanto em objetivas.

Resultados do estudo TOMUS e 20 ensaios clínicos adicionais que compararam sling retropúbico com transobturatório foram resumidos na revisão sistemática e metanálise da Society for Gynecologic Surgeons (SGS), incorporando dados de mais de 3000 mulheres. A metanálise favoreceu sling retropúbico para taxas de cura objetiva e subjetiva; no entanto, os achados não foram estatisticamente significativos (OR 1,18; IC 95% 0,95-1,47 e OR 1,17; IC 95% 0,91-1,51). Sintomas de bexiga hiperativa foram mais comuns após retropúbico, enquanto que as taxas de reoperação não diferiram, tanto para retenção urinária quanto para erosão da malha. Foi observado que dor na virilha ocorre após 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 uri-



nária) 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.

Colposuspensão 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 colposuspensão de Burch quando não dispomos de telas ou quando realizamos uma cirurgia abdominal aberta ou laparoscópica em conjunto com o procedimento anti-incontinência urinária.

## BIBLIOGRAFIA

Abrams P, Andersson KE, Birdler 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.

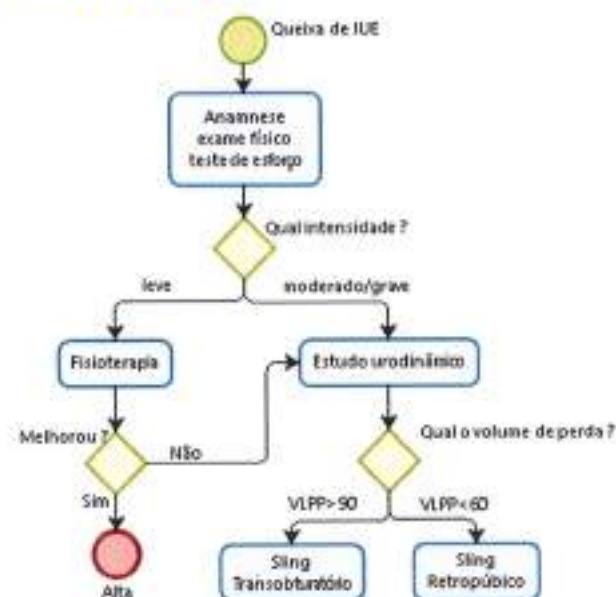
Ginecologia de Williams. Hoffman Et Al. Versão em Português. 2ª Edição. Porto Alegre: AMGH, 2014.

Kirby ACI, 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 MQ, Rahn DD, Wheeler TL, et al. Sling surgery for stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211(1):71.e1-

## ALGORITMO - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO



# INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - ULCERAS GENITAIS

## INTRODUÇÃO

As úlceras genitais são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que se manifestam de forma sindrômica como lesão ulcerativa, precedida ou não por pústulas ou vesículas, acompanhadas ou não por dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento e linfadenopatia regional. Os agentes etiológicos mais comuns são:

- *Treponema pallidum* (sífilis primária);
- HSV - 1 e HSV - 2 (herpes perioral e genital);
- *Haemophilus ducreyi* (cancroide);
- *Chlamydia trachomatis* sorotipos L1, L2 e L3 (linfogranuloma venéreo);
- *Klebsiella granulomatis* (donovanose).

A presença de úlceras genitais está associada a um elevado risco de transmissão e aquisição do HIV sendo, portanto, seu diagnóstico e tratamento imediato uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV.

Os tratamentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em especial a abordagem sindrômica, têm sido insuficientes para seu controle, resultando em excesso de tratamento bacteriano e quase ausência de tratamento para o agente viral, levando ao alto custo e baixa eficácia da terapia.

Os aspectos clínicos das úlceras genitais têm baixa

relação de sensibilidade e especificidade com o agente etiológico. Embora estejam fortemente relacionadas a IST, especialmente na população sexualmente ativa, essa queixa pode estar associada a infecções inespecíficas por fungos e bactérias, ou mesmo a doenças sistêmicas. Em pelo menos 25% dos pacientes com úlceras não há confirmação laboratorial.

## 1. SÍFILIS

Doença infecciosa sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, que no seu estágio 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.

### 1.1. Diagnóstico

Laboratorial: Microscopia de campo escuro (mobilidade em saca rolha), imunofluorescência 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).

## 1.2. 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 3°, 6° e 12° 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.

## 2. HERPES GENITAL

A principal causa de úlceras genitais em países desenvolvidos, o Herpes Genital é causado 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 acom-

panhado 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.

### 2.1. Herpes na gravidez

Major 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.

### 2.2. 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

*Handwritten signature or initials in blue ink.*

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.

### 3. 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.

#### 3.1. 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.

### 4. 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 ocorrer 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.

#### 4.1. 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.



# 5. 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.

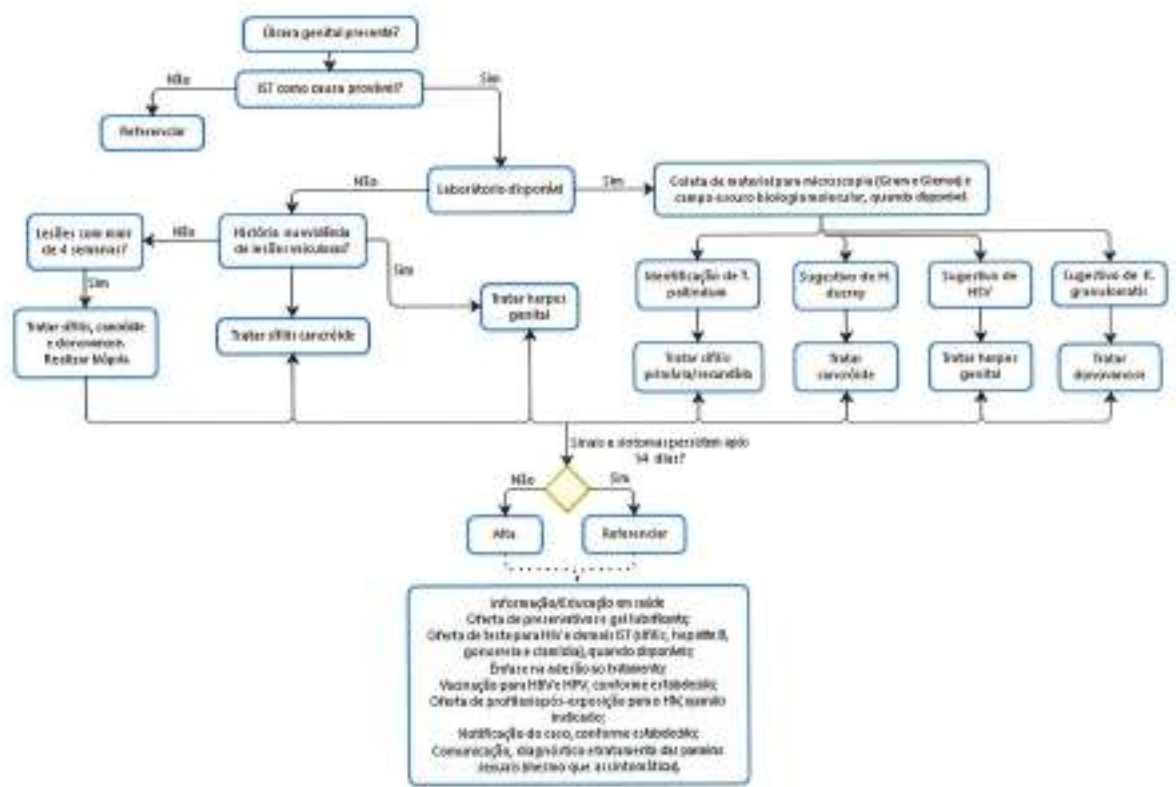
## 5.1. Tratamento

**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 Port 19, 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 ORGANIZATION. Guidelines for the Management of sexually Transmitted Infections. Suíça, 2013

# INFERTILIDADE

## INTRODUÇÃO

Não engravidar apesar de ter relações sexuais cuidadosamente cronometradas e sem proteção por um ano.

A causa da infertilidade pode ser difícil de determinar, mas pode incluir níveis inadequados de certos hormônios em homens e mulheres e problemas de ovulação nas mulheres.

O principal sintoma é a incapacidade de engravidar. Em muitos casos, não há outros sintomas. Muitos tratamentos melhoram significativamente as chances de engravidar.

Estes incluem tratamentos hormonais, medicamentos para a fertilidade e cirurgia. Além disso, a reprodução assistida utiliza várias técnicas médicas para fertilizar um óvulo.

## 1. INFERTILIDADE

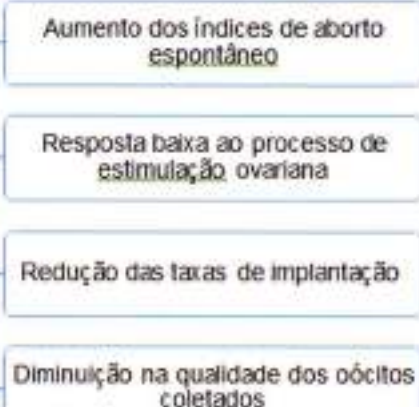
A infertilidade de um casal consiste em ausência de gravidez após um ano de atividade sexual regular e sem o uso de métodos anticonceptivos. Ela pode ser subdividida em:

- 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 fertili-

dade 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.

### Aumento da idade



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 progressiva 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.

## 2. CAUSAS DA INFERTILIDADE

- Anatômicas: relacionadas ao útero e às trompas (Pólipos, 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.

## 3. 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 relevante 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.

### 3.1 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;

*M*



- 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);

### 3.2. 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, sínequias, 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.

### 3.3. 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.

## 4. 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;
- Medicamentos 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 hora 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 <sup>6</sup> /ml)	15
Concentração total (x10 <sup>9</sup> )	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.

#### 4.1. Teste para verificar a capacidade de fertilização do espermatozoide

- Teste de migração espermática, avaliações da capacitação espermática, da reação acrossômica, e da ligação do espermatozoide (teste de ligação à zona pelúcida e teste de penetração na zona livre de óvulo de hamster), além do teste de hiposmolaridade 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.

*M*



**Quadro 2** Níveis basais de hormônios masculinos em várias patologias

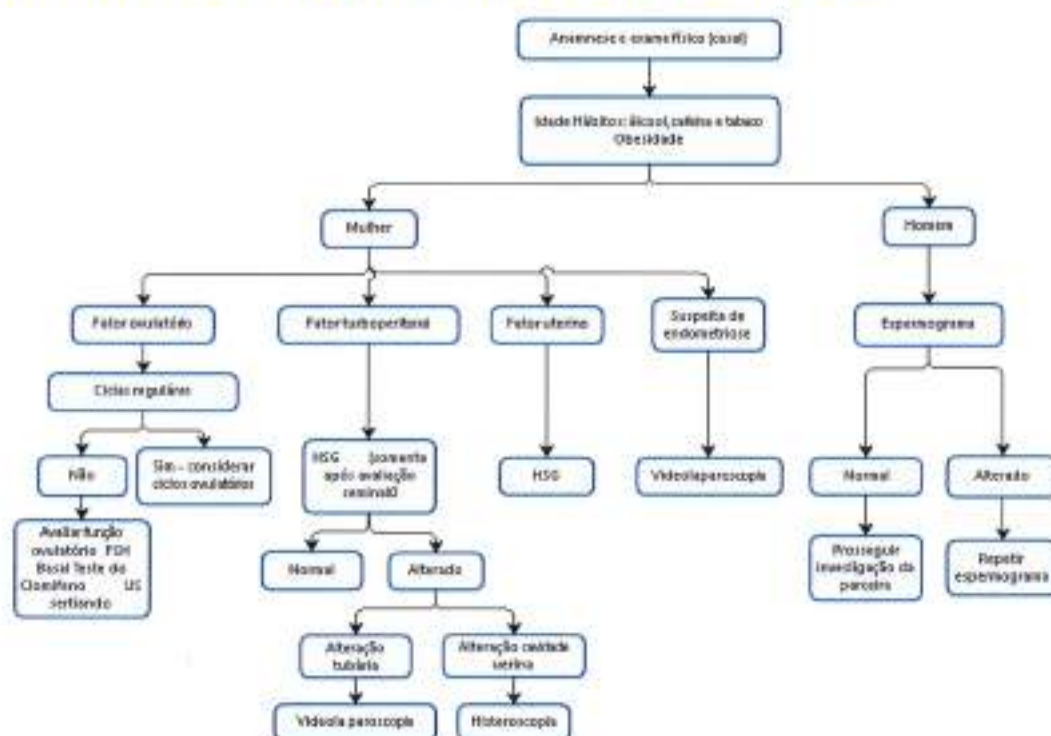
DOENÇA HORMONAL	FSH	LH	T	PRL
Espetrogênese normal	normal	normal	normal	normal
Hipogonadismo hipogonadotrófico	baixa	baixa	baixa	normal
Espetrogênese anormal	abnormal	normal	normal	normal
Falta testicular hipogonadotrófica hipogonadotrófica	alta	alta	normal/baixa	normal
Tumor do pituitário	normal/baixa	normal/baixa	baixa	alto

FSH (unidade de foliculo estimulante), LH (unidade luteinizante), T (testosterona), PRL (prolactina)

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.

## 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.

*Handwritten signature*



# INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO NO PÓS PARTO IMEDIATO

## INTRODUÇÃO

Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é um método contraceptivo reversível de longa ação (LARC-Long-acting reversible contraceptives) com elevada efetividade - superior a 99%, boa relação custo - benefício, não hormonal, sem efeito sistêmico, com rápido retorno a fertilidade após descontinuação do seu uso. Age provocando mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio, secundários a um processo inflamatório local devido a liberação de ions de cobre.

## 1. 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 delvramento;
- 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 vanta-

gens: 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.


Tabela 1. Critérios de Elegibilidade para uso do DIU de cobre pós-parto/aborto.

CONDIÇÕES	TIPO DE CUBRE
> 45 kg de delvramento	CATEGORIA 1
Entre 40kg e 4 semanas do parto	CATEGORIA 2
> 4 semanas pós-parto	CATEGORIA 1
Seja pariperal ou aborto eletivo	CATEGORIA 1

## 2. 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.

## 3. INDICAÇÕES

### 3.1. Critério de inclusão:

- Qualquer idade (inclusive adolescentes);
- Desejo da paciente em utilizar DIU de cobre como método anticoncepcional.

### 3.2. 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.

### 3.3. 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 dissecação.
- Certificar-se de que o DIU permanece no fundo do útero antes de proceder a histerorrafia.

## 4. 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 citoscova 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.

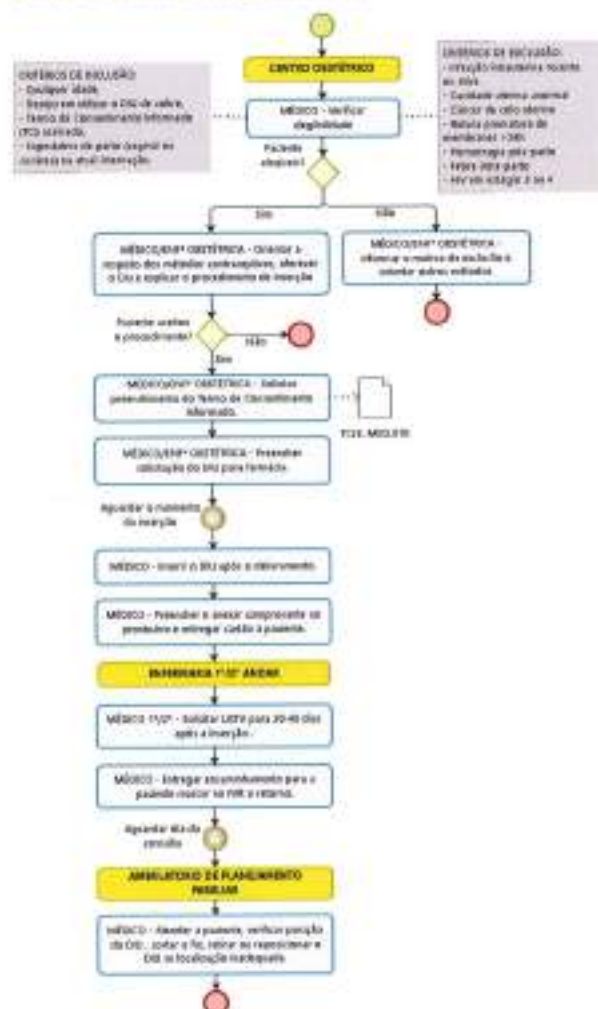
As pacientes devem ser instruídas sobre a necessidade de uma outra forma de contracepção em casos de expulsão do dispositivo. E devem ser informadas que só podem contar com o DIU como método anticoncepcional após a confirmação de que ele está normalmente inserido.

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 pa-

ciente 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. Committee 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.

NI

# MASTOLOGIA – CANCER DE MAMA

## INTRODUÇÃO

Apesar de a maioria das doenças mamárias serem benignas, o câncer de mama se destaca pela sua elevada incidência e mortalidade.

O impacto do seu diagnóstico à saúde feminina através dos diversos tratamentos necessários gera um alto custo financeiro para o sistema de saúde, além de grandes transtornos emocionais e psicológicos para as pacientes acometidas.

## 1. 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.

## 2. RASTREAMENTO





## 2.1. 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 Obstetria (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.

## 2.2. 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.

## 2.3. 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.

# 3. QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

O nódulo é considerado uma das queixas mais comuns, sendo responsável por até 60% das consultas com o mastologista, porém 70-75% dos casos são de

lesões benignas. A dor mamária ou mastalgia é causa frequente de consulta, porém só está associada ao câncer em 0,8 a 2% dos casos, sendo ela focal, acíclica e persistente em determinado ponto da mama. O fluxo papilar também pode ser suspeito, especialmente se unilateral, espontâneo, uniductal, hemorrágico/sero-hemorrágico, cristalino, seroquoso, 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.

AVULGAÇÃO	CONDIÇÃO	PROBABILIDADE DE CÂNCER
Categoria 0: incompleta (requer avaliação por imagem adicional ou exames anteriores para comparação)	Recomendação para aplicação de exames adicionais ou comparação com exames anteriores	
Categoria 1: negativa	Restabelecimento do rotina	Nenhuma
Categoria 2: achado benigno	Restabelecimento do rotina	Nenhuma
Categoria 3: achado provavelmente benigno	Seguimento em 6 meses (ou anterior por 2 anos, passar o seguimento anual)	0 a 2%
Categoria 4: achado possivelmente benigno	Exame anatomopatológico (biópsia por agulha ou lesão local em excisão)	2 a 95% de risco de malignidade
4a: baixa suspeita		4a: 2-12% de risco
4b: moderada suspeita		4b: 11-50% de risco
4c: alta suspeita		4c: 51-94% de risco
Categoria 5: achado altamente suspeito	Exame anatomopatológico	95% de risco de malignidade
Categoria 6: malignidade já comprovada por biópsia	Exame clínico quando clinicamente apropriado	

# 4. CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA E MUNOHISTOQUÍMICA

Os carcinomas podem estar confinados ao sistema ductoacinar (in situ), sem invadir o estroma, ou podem ser invasivos, quando as células tumorais invadem os tecidos adjacentes aos ductos mamários e apresentam tendência a metastatizar para linfonodos e órgãos à distância.





Os tumores exibem amplo espectro de fenótipos, com tipos histológicos específicos, que apresentam prognósticos diferentes e, por vezes, características clínicas próprias. O de tipo não especial, ou SOE (sem outra especificação) é o tipo histológico mais comum - 40 a 75% dos casos. Outros tipos menos comuns são o lobular, tubular, cribriforme, mucinoso, medular, apócrino, metaplásico, entre outros.

Uma vez confirmada a presença de carcinoma da mama, ele pode ser classificado de acordo com seu subtipo molecular através da imunohistoquímica (IHQ) em:

- Luminal: 75% dos casos. Apresentam receptores de estrogênio (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 1/3 dos cânceres relacionados à mutação do gene BRCA1. Eles não expressam RE, RP ou Her2, daí a referência ao termo triplo negativo (TN).

SUBTIPO MOLECULAR	PERFIL IMUNOHISTOQUÍMICO
Luminal A	RE e/ou RP+, Her2- e Ki67 <14%
Luminal B	RE e/ou RP+, Her2- e Ki67 ≥14%
Her2	RE e RP + ou -, Her2+, qualquer Ki67
Tripló negativo	RE, RP e Her2 -, qualquer Ki67

## 5. 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 primário
Tis (DCIS)	Carcinoma ductal in situ
T1	Tumor ≤ 2cm de maior dimensão
T1mi	Tumor ≤ 1cm de maior dimensão (patologicamente)
T1a	≤ 1cm e ≤ 5mm de maior dimensão
T1b	> 1cm e ≤ 5mm de maior dimensão
T1c	> 1cm e ≤ 20mm de maior dimensão
T2	> 20 e ≤ 50mm de maior dimensão
T3	> 50mm de maior dimensão
T4	Qualquer tamanho, com extensão direta para a parede torácica e/ou para a pele. ODS somente levando em conta não caracteres T4
T4a	Extensão para a parede torácica
T4b	Ulceração ou nódulo satélite macroscópico (palpável ou visível) incluído para o (câncer) da pele, que não preencha os critérios de carcinoma infiltrante
T4c	T4a + T4b
T4d	Carcinoma infiltrante (arbores e edema, apresentando ângulos reentrantes) fêlitas envolvendo 1/3 ou mais do polo da mama, associado ou não à massa subjacente, com ou sem tumor

Tabela 2: Estadiamento anatómico

N (Categoria)	N (Critérios)
Nx	LINF regionais não podem ser avaliados (previdente necessidade)
N0	Ausência de metástases em LINF regionais
N1	Metástases em LINF axilares, ipsilaterais, níveis I e II
N1mi	Microinfiltração (100 células, medida entre 0,2 e 2mm)
N2	Metástases em LINF axilares níveis I e II, mas no totalidade um ou mais satos ou a satos satelares
N2a	Metástases somente em linfonodo sentinela interna, na ausência de metástases em LINF axilar
N2b	Metástases em LINF axilares ipsilaterais
N2c	Metástases em LINF mamário interno E LINF axilar ipsilateral
N3	Metástases em LINF supraclavicular ipsilateral
M (Categoria)	M (Critérios)
M0	Sem evidências clínicas ou radiológicas de metástases à distância
M0 (a)	Presença de células tumorais ou depósitos de até 0,2mm detectados microscopicamente ou por técnicas moleculares no sangue, medula óssea ou outro tecido linfático não regional. Paciente sem sintomas e sem evidências clínicas ou radiológicas de metástase à distância.
M1	Metástases à distância detectada por meios clínicos e radiográficos, ouve histologicamente comprovadas metástases que ≥ 0,2mm.

Tabela 2: Estadiamento anatómico

*Handwritten signature or initials.*



Estádio	TNM
Estádio 0	TisN0M0
Estádio IA	T1N0M0
Estádio IB	T0N1miM0 T1N1miM0
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

## 6. 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
Neutro	RT da mama, considerar de axila se TU > 2cm E outros fatores de risco (paciente jovem ou invasão lobulociliar)
1-3 LNF positivos	RT da mama, considerar RT de cadeia (axilar)
≥ 4 LNF positivos	RT da mama E de cadeia <b>axilar</b> (categoria 1)

ACHADO	RADIOTERAPIA
BLS neg E TU < 5cm Enraizar > 1mm	Não fazer
BLS neg E TU < 5cm Enraizar < 1mm	Considerar RT de parede com ou sem RT axilar se TU > 2cm e outros FR
Margem comprometida	Se ampliação não positiva, RT de parede com ou sem RT axilar
BLS neg E TU > 5cm	Considerar RT de parede com ou sem RT axilar
1-3 linfonodos centrais BLS positivos	Considerar RT de parede + cadeia <b>axilar</b> + <b>axilar</b>
≥ 4 LNF positivos	RT de parede + cadeia <b>axilar</b> (categoria 1)

- Estádios IIIB e IIIC
- O tratamento se inicia pela terapia sistêmica (químico ou hormônio). A depender da resposta, segue-se com tumorectomia ou mastectomia, ambos com estadiamento axilar. ART 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.

## 7. TRATAMENTO SISTÊMICO

### 7.1. 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

*AA*

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 I, 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.

## 7.2. Hormonioterapia

O estrogênio desempenha papel fundamental no desenvolvimento do CA de mama, e o seu bloqueio se dá através da hormonioterapia. Estudos comprovam benefício na sobrevida global em pacientes com receptores hormonais positivos (RH+), associado a uma toxicidade leve e tolerável. Os agentes empregados são:

- **SERM (Moduladores Seletivos do Receptor de Estrogênio):** Tamoxifeno (TAM), Raloxifeno, Fulvestranto. TAM é o mais estudado. Inibe o crescimento das células tumorais por antagonismo competitivo nos receptores de estrogênio (RE) do tecido mamário. Se utilizado na dose de 20mg/dia por 5 anos, reduz a taxa de recidiva em 41%, de morte em 34% e a incidência de câncer na mama contralateral em 39%. Pode ser usado nas mulheres na pré-menopausa, e seu uso pode ser estendido até 10 anos se bem tolerado e na ausência de contraindicações.
- **IA (Inibidor da Aromatase):** inibem a conversão de androgênio em estrogênio nos tecidos periféricos e no tumor por meio da inibição enzimática. Devem ser empregados exclusivamente em mulheres na pós-menopausa ou que realizaram supressão ovariana, uma vez que a aromatização do androgênio constitui a principal fonte de estrógeno. O tratamento padrão é por 5 a 10 anos de Anastrozol 1mg/dia ou Exemestano 25mg/dia ou Letrozol 2,5mg/dia. Observou-se aumento do número de fraturas ósseas em pacientes que utilizam IA. Dessa forma, recomenda-se associar Ácido Zoledrônico 4mg semestralmente por 3 anos, além de suplementar Cálcio e Vitamina D.

## 8. 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 60 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 of Radiology. Breast imaging reporting e data system (BI-RADS). 5ed. Reston: American College of Radiology, 2013. Disponível em: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast.pdf](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. 2ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

4. Nazário, Afonso Celso Pinto, et. al. Mastologia: Conduções Atuais. 1 ed. Barueri: Manole, 2016.

# MIOMATOSE UTERINA

## INTRODUÇÃO

Leiomiomas são neoplasias benignas do músculo liso que com frequência originam-se no miométrio. Devido a seu conteúdo de colágeno, apresenta consistência fibrosa, e são erroneamente denominados fibromas. São tumores sensíveis ao estrogênio e à progesterona, desenvolvendo-se durante o menarca.

A atividade mitótica é rara, sendo um ponto-chave na diferenciação do leiomiossarcoma. A aparência característica pode ser alterada quando tecido muscular normal é substituído por várias substâncias degenerativas após hemorragia e necrose. Esse processo é chamado de degeneração<sup>4</sup>. A incidência varia grandemente na população mundial (de 5% a 80%), de acordo com o método diagnóstico utilizado.

## 1. FATORES DE RISCO

FATOR	EFEITO SOBRE O RISCO	MECANISMO PROVAVEL
Menarca precoce	Aumentado	Maior número de anos exposto ao estrogênio
IMC aumentado	Aumentado	Aumento na concentração de androgênios em estrogênio
Família afetada	Aumentado	Diferença genética na produção ou no metabolismo de hormônios
Alta estrogeneria	Aumentado	Diferença genética na produção ou no metabolismo de hormônios
SOB	Aumentado	Estrogênio sem oposição em razão de anovulação
Pós-menopausa	Diminuído	Hipostrogenismo
Paridade	Diminuído	Interrupção da exposição crônica ao estrogênio; remodelação uterina durante a involução pós-parto
Contraceptivos orais combinados	Diminuído ou inerte	Exposição ao estrogênio antagonizada pela progesterona
Tabaquismo	Diminuído	Relação com níveis séricos de estrogênio

Fonte: Gynecology de Wilkins

## 2. 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.



IM - Subserosa	0	Intracelular pedunculada
	1	<10% intramural
	2	<25% intramural
	3	Carilares endometrio, 100% intramural
	4	Intestinal
	5	Subserosa +100% intramural
	6	Subserosa +50% intramural
0 - Ovar	7	Subserosa pedunculada
	8	Outras localizações: serosa, corpo interno, peritúbica

Fonte: Sistema de subclassificação de miomas da FIGO16

## 3. 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 homeostasia 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 peritonal. Disfunção intestinal e sintomas vesicais, como frequência urinária e urgência, podem estar presentes com tumores maiores. Na mulher pós-menopáusicas que apresentou início da dor e/ou sangramento em fibróides novos ou existentes, leiomiossarcoma deve ser considerado. Outros sintomas menos comuns são: infertilidade e per-



da 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.

## 4. DIAGNÓSTICO

### 4.1. Clínico.

4.2. 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.

## 5. 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.

### 5.1. 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 progestogênicos - 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.

### 5.2. 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 procedimen-

*M*



tos 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 hemiseção. 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 contra-indicação específica. Se a laparoscopia for contra-indicada 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

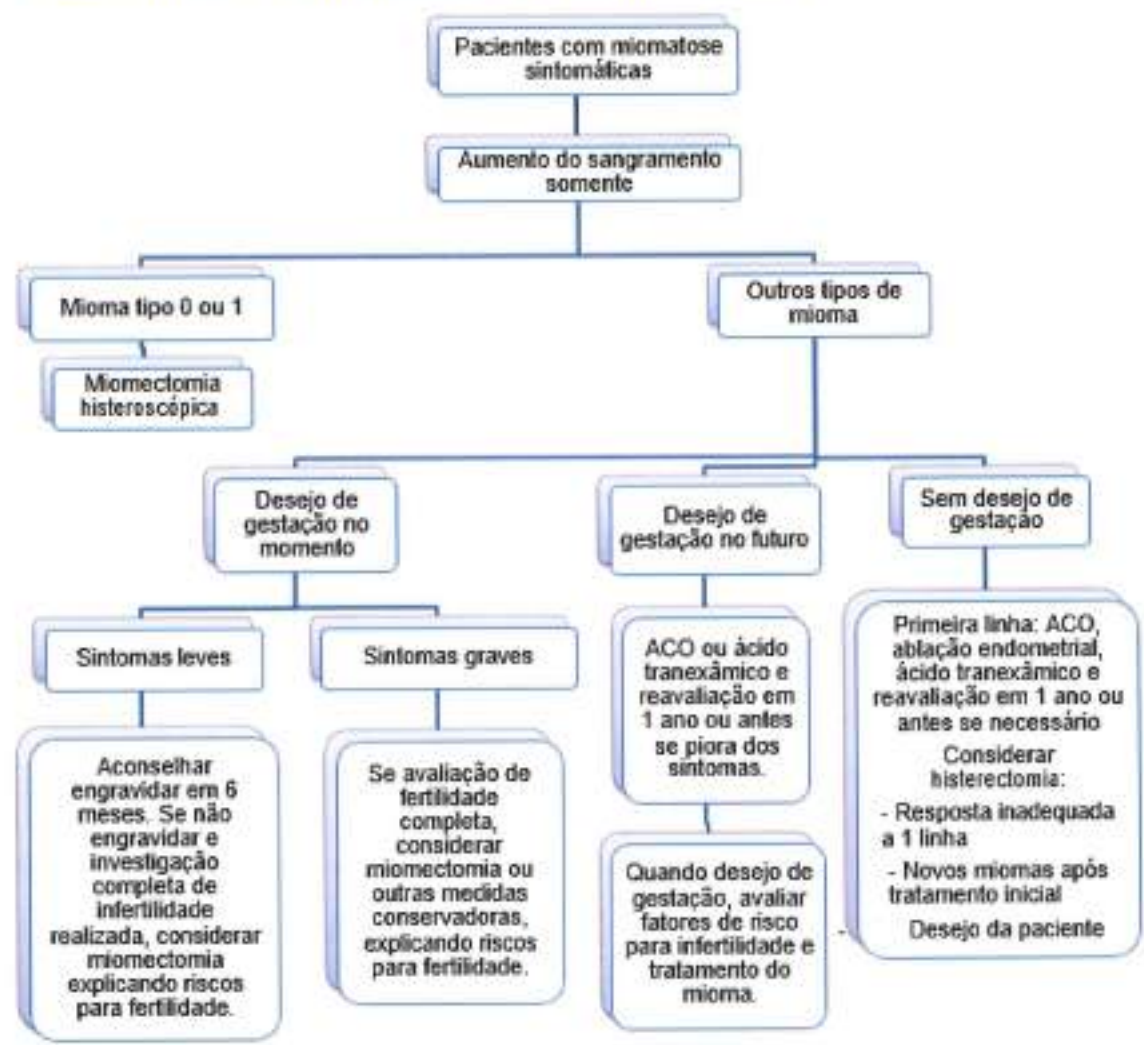
quantidade de analgesia necessária no pós-operatório com vaginal e assistência laparoscópica.

- Vaginal X vaginal com assistência laparoscópica: Tempo cirúrgico mais curto, menor perda de sangue transoperatório, menor tempo de ileo 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.





## 6. 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. Available from: <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, Gilbert-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



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, Böhm KR. Miomectomia. Tratado de videoscopia 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 Classification 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

### INTRODUÇÃO

A osteoporose é uma doença cuja patogênese inclui tanto a perda de massa óssea, quanto a alteração da microarquitetura trabecular, determinando, por conseguinte, fragilidade óssea, com o consequente aumento no risco de fraturas, mesmo aos mínimos traumas.

As complicações clínicas da osteoporose incluem não só fraturas, mas também dor crônica, depressão, deformidade, perda da independência e aumento da mortalidade. Estima-se que cerca de 50% das mulheres e 20% dos homens com idade igual ou superior a 50 anos sofrerão uma fratura osteoporótica ao longo da vida. As mais frequentes são as de vértebras, fêmur e antebraço. Estas têm grande importância na sociedade brasileira considerando o seu envelhecimento progressivo com graves consequências físicas, financeiras e psicossociais, afetando o indivíduo,

a família e a comunidade. Atinge homens e mulheres com predominância no sexo feminino com deficiência estrogênica e indivíduos idosos.

### 1. FATORES DE RISCO

Os fatores de risco incluem:

#### 1.1. 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.

#### 1.2. Fatores Hormonais/endocrinológicos:

- Deficiência de estrogênio proveniente da menopausa;
- Transtornos alimentares;
- Hiper cortisolismo (endógeno ou exógeno); Insuficiência suprarrenal;
- Hiperparatireoidismo primário ou secundário;
- Hipertireoidismo;
- Acromegalia;

### 1.3. 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.

#### 1.4. Uso de medicações:

- Corticoides;
- Quimioterapias;
- Suplementação excessiva da tireoide.

#### 1.5. 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.

## 2. 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/cm<sup>2</sup>). Quando a DMO do indivíduo é comparada à de adultos jovens normais do mesmo sexo, obtém-se o escore T; quando comparada com a esperada para pessoas normais da mesma idade e sexo, obtém-se o escore Z. A diferença entre a DMO do indivíduo e o padrão normal é expressa por desvios padrão acima ou abaixo do valor comparado.

A densitometria óssea está indicada nos seguintes casos:

- Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e homens com idade igual ou superior a 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco;
- Mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura;
- Mulheres na perimenopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamento (s) de risco bem definido;
- Adultos que sofrerem fratura após os 50 anos;
- Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas;
- Adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses.

*AM*



A OMS desenvolveu o Fracture Risk Assessment Tool (FRAX), uma ferramenta que tem por objetivo calcular a probabilidade de ocorrer, nos próximos 10 anos, uma fratura de quadril ou outra fratura osteoporótica relevante (definida como uma fratura clínica de vértebra, quadril, antebraço ou úmero).

O FRAX calcula o risco maior de fratura osteoporótica com base na validação internacional de fatores individuais de risco, incluindo idade, sexo, peso, altura, ocorrência de fratura prévia, história de fratura de quadril em mãe ou pai, tabagismo atual, uso de glicocorticoides (5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses), artrite reumatoide, outras condições clínicas associadas a osteoporose (por exemplo, hipogonadismo, doença hepática crônica, menopausa precoce), ingestão alcoólica de três ou mais doses/dia e DMO do colo femoral. Esse instrumento ainda não está validado para uso na população brasileira. Entretanto, estudo recente mostrou que a utilização dos dados de idade e o escore T são tão efetivos quanto o complexo modelo FRAX na identificação de pacientes em risco de fraturas.

Exames laboratoriais poderão ser feitos na dependência da gravidade da doença, idade de apresentação e presença ou ausência de fraturas vertebrais. Esses exames têm por objetivo a exclusão de doenças que possam mimetizar a osteoporose, como 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 co-

luna 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-telopeptídeo (NTx), C-telopeptídeo (C-CTx). Essas avaliações são solicitadas em protocolos de pesquisas clínicas e não devem ser utilizados rotineiramente na prática médica.

### 3. 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 neuro-





lógicos, 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.

#### 4. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A terapia farmacológica atual para osteopenia/osteoporose inclui:

**Bifosfonatos orais:** são os medicamentos de primeira escolha no tratamento da osteoporose. Embora não haja evidência de superioridade de um bifosfonato em relação aos outros na prevenção de fraturas ou em termos de perfil de efeitos adversos, a escolha de alendronato de sódio ou risedronato de sódio como representantes da classe baseia-se na maior experiência de seu uso e no menor custo.

Os efeitos adversos gastrointestinais frequentes são similares para todos os bifosfonatos orais e não diferem em incidência do grupo placebo. Sugere-se o tratamento por 5 anos, estendendo-se por mais 5 anos em pacientes com piora da massa óssea à DMO após o início do tratamento ou com escore T inferior a -3,5.

Para evitar o risco de ulceração esofágica, é importante que seja observada a orientação de evitar o decúbito por até 30 minutos após ingestão do medicamento. Os bifosfonatos registrados no Brasil para o tratamento da osteoporose são: o alendronato de sódio, o pamidronato de sódio, o risedronato de sódio, o ibandronato de sódio e o ácido zoledrônico.

Recomendações posológicas:

- Alendronato sódico: 10 mg/dia ou 70 mg/semanais, via oral (VO);
- Risedronato sódico: 5 mg/dia ou 35mg/semanal, via oral (VO);

- Ibandronato sódico: 150mg/mês, VO ou 3mg (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 contra-indicações 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 contra-indicação aos bifosfonatos, estrógenos conjugados e raloxifeno, estando, porém, contra-indicada 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

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 224, de 26 de março de 2014. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Osteoporose.
2. Consenso Brasileiro de Osteoporose - Rev Bras Reumatol - vol. 42 - nº 6 - Nov/Dez de 2002.
3. DECHERNEY, A.H.; A NATHAN, L.; LAUFER, N.; ROMAN, A.S. Current - Ginecologia e Obstetria 11ed: Diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Mcraw Hill Brasil, 2016.

# PATOLOGIA BENIGNA DO ENDOMÉTRIO

## INTRODUÇÃO

Pólipos endometriais são projeções localizadas do tecido endometrial, onde se observa uma distribuição irregular das glândulas endometriais, estroma hiperplásico denso e vasos sanguíneos com paredes espessadas, recobertas por epitélio pseudoestratificado atípico ou, na pós-menopausa, por epitélio plano e inativo. Podem ser moles e císticos ou firmes e fibrosos, pediculados ou sésseis. Variam também em tamanho: pequenos, com distorção mínima da cavidade uterina, ou grandes, preenchendo toda a cavidade.

## 1. 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%.

## 2. 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).

### 3. 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.

### 4. 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 condu-

ta 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.

### 5. INFERTILIDADE

Estudos observacionais sugeriram um efeito preju-

*AM*



dicial 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

## INTRODUÇÃO

Segundo a lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996, entende-se planejamento reprodutivo como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pelo indivíduo independentemente de orientação sexual e identidades de gênero. Orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

## 1. 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.

**Tabela 01:** Índice de Pearl: percentual de mulheres com gravidez inesperada com o uso perfeito e habitual do método em 1 ano, bem como taxa de continuidade do mesmo no primeiro ano.

Método Contraceptivo	Uso Perfeito (percentagem de gravidez)	Uso Habitual (percentagem de gravidez)	Continuidade %
Avulso	05	05	..
Espermicida	18	20	62
Comportamentais	04 - 3%	24	67
Barreira	4	22	86
Preservativo	5	21	61

Método	Índice de Pearl	Índice de Pearl	Índice de Pearl
Feminino			
Preservativo Masculino	2	18	63
Diáfragma	9	12	57
Oral	0,3	9	67
Pélvico	0,3	9	62
Anal Vaginal	0,3	9	67
AMDP	0,2	6	56
DIU Cabeça	0,6	0,8	76
DIU LHO	0,2	0,2	88
Implante	0,05	0,05	94
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
Esterilização Masculina	0,25	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).

## 2. IMPLANTE



## SUBDÉRMICO

### 2.1 Podem ser classificados de acordo com o progestágeno:

- Nomegestrol (Uniplant®);
- Levonorgestrel (Norplant®);
- Norprogesterona ST 1435 (Elcometrina®);
- Etonogestrel (Implanon®);
- Nomegestrol (Uniplant®).

### 2.2 Único liberado para uso no Brasil: Implano - duração de 3 anos após inserção com ação:

- Disfunção Ovulatória;
- Alteração endometrial;
- Modificação do muco cervical;
- Modificação da motilidade tubária - controverso.

### 2.3. 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.

### 2.4. 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;

### 2.5. 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;

### 2.6. 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 antifosfolípide 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.

- 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.

### 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.

#### 3.1. Quando evitar:

- Entre 48 horas e 4 semanas pós - parto: categoria 3;
- Sepses puerperal: categoria 4;
- Infecção Sexualmente Transmissível (IST) com cervicite purulenta/ gonorréia ou clamídia: categoria 4 para início;
- Infecção por HIV com quadro clínico de doença grave ou avançada (Estágios 3 e 4 da OMS): categoria 3.

#### 3.2. 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;

### 4 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.

#### 4.1. 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;

AI



- Como contraceptivo de emergência: até 5 dias da exposição.

#### 4.2. Quando Evitar:

- Gestação confirmada: categoria 4;
- 48 horas e menos de 4 semanas pós-parto: categoria 3;
- Sepses Puerperal ou pós abortamento: categoria 4;
- TVP/ TEP: quadro agudo - categoria 3;
- LES com anticorpo antifosfolípide: categoria 3;
- História atual ou progressiva 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;
- Infecção 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.

## 5 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 conceito, 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

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 eligibility 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=48\\_7-novas-opcoes-contraceptivas-v-3-n-7-2005-7&category\\_slug=uso-racional:-medicamentos-6856&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=48_7-novas-opcoes-contraceptivas-v-3-n-7-2005-7&category_slug=uso-racional:-medicamentos-6856&Itemid=965).

## SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

### INTRODUÇÃO

O sangramento uterino anormal (SUA) é uma condição comum que afeta até 40% de mulheres no mundo. Apresenta um impacto negativo importante na qualidade de vida das mulheres e associa-se a elevados custos econômicos diretos e indiretos. Historicamente, a nomenclatura atribuída ao SUA é heterogênea e confusa, e faltam ainda recomendações diagnósticas e terapêuticas padronizadas.

AM



O SUA é definido como perda menstrual excessiva com repercussões na qualidade de vida da mulher. Pode estar associado a perda menstrual anormal em duração, regularidade, volume e frequência. Evidências sugerem repercussões negativas quando a perda menstrual ultrapassa 80 mL por ciclo menstrual. Essa determinação objetiva é difícil de ser realizada fora do contexto da pesquisa clínica. Dessa forma, a definição de SUA associada à qualidade de vida é utilizada como critério diagnóstico para o SUA.

## 1. 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 1: Classificação do Sangramento Uterino Anormal (FIGO, 2010).

Causas estruturais do SUA (PALM)	Causas não estruturais do SUA (COEIN)
Pólipos	Coagúlopatias
Adenomiose	Ovulação disfuncional
Leiomiomas	Endometriose (incluindo presença dos receptores reguladores da hematopoiese endometrial) trombose
Malignidade e hiperplasia	Não especificada

Fonte: FIGO 2010

## 2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU LABORATORIAL

### 2.1. 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-chaves
Causa do sangramento menstrual está ou não óbvia?	1. Você tem a capacidade de identificar a fonte da perda do período menstrual? 2. Você se preocupa em ter algum sintoma relacionado ao sangramento?
Causa está 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 fazer abortivos de acordo com o acordo durante a noite para a falta de abortivos? 2. Durante os dias de maior sangramento, alguma vez você apresentou fadiga extrema ou algum sintoma de anemia severa (níveis de Hb < 7 g/dL)?

\* O relato do paciente a respeito do volume da perda menstrual já detémido e tempo de identificação

### 2.2. 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.

### 2.3. 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

*M*



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 propedéutica 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 propedéutica complementar, os esforços devem ser direcionados para o início do tratamento. SUA: Sangramento uterino anormal; TTOs: tratamentos.

### 3. TRATAMENTO

A terapêutica nos casos de SUA ou menorragia pode ser medicamentosa ou cirúrgica, a dependerá 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.

### 4. 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 progestágenos 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

AM



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 progestagênicos inibem a síntese de receptores de progesterona.

- Progestagênicos 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 esteróides (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.

## 5. 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 esteróides. 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.

## 6. 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.

*AM*

# SINDROME BEXIGA HIPERATIVA

## INTRODUÇÃO

Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) é definida como um complexo de sintomas que compreende urgência urinária, com ou sem incontinência urinária, geralmente acompanhada de aumento da frequência urinária e noctúria, na ausência de infecção do trato urinário comprovada ou outra patologia óbvia.

Estudos epidemiológicos da América do Norte têm relatado prevalência em mulheres de 16,9%. A prevalência aumenta com a idade, subindo para 30,9% naquelas com idade superior a 65 anos.

A SBH tem efeito negativo na qualidade de vida das pacientes, determinando profundo impacto psicológico e social. Mulheres com SBH adotam uma série de medidas comportamentais visando reduzir o impacto dos sintomas em seu cotidiano, tais como: uso constante de protetores, restrição da ingestão hídrica, limitação de atividades físicas e sociais.

## 1. 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 café.

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.

## 2. FISIOPATOLOGIA


A fisiopatologia da bexiga hiperativa não é totalmente conhecida. Provavelmente, existem vários mecanismos envolvidos. Quatro principais hipóteses tentam explicar a base fisiopatológica para a SBH: hipótese neurogênica, hipótese miogênica, hipótese aferente e teoria integral.

A hipótese neurogênica afirma que a alteração do controle neural induz hiperatividade vesical através do aumento da unidade eferente, redução da inibição central e alteração da atividade sensorial, desencadeando inadequadamente o reflexo da micção. Por exemplo, as lesões do lóbulo frontal podem reduzir a inibição supra-pontina que normalmente suprime o centro pontino da micção.

A hipótese miogênica é baseada na observação de que os miócitos de pacientes com SBH se comportam de forma diferente dos de pacientes normais. Atividade espontânea anormalmente aumentada combinada com o aumento da comunicação intercelular permite que a excitação se propague amplamente através da parede da bexiga.

A hipótese aferente centra-se sobre a base sensorial da SBH, sugerindo que as alterações na transdução ou transferência central sensorial levam ao aumento da transmissão aferente, conseqüentemente, aumento da consciência de enchimento vesical.

A teoria integral afirma que as terminações nervosas localizadas na base da bexiga são extremamente sensíveis e sua estabilização requer a integridade anatômica da vagina e de seus tecidos de sustentação. A



estimulação desses receptores causa o relaxamento reflexo do músculo pubococcígeo, com o consequente relaxamento da musculatura estriada periuretral. Simultaneamente, a uretra proximal é tracionada pósterio-inferiormente pela contração dos músculos levantadores do ânus e longitudinal do ânus, com a abertura do colo vesical. Cria-se um círculo vicioso de estimulação dos receptores e contração vesical.

### 3. 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.

### 4. 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.

### 5. 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  $\beta_3$  adrenérgicos predominam na bexiga e pensa-se que seja responsável pelo relaxamento muscular do detrusor durante o armazenamento da urina. Mirabegron é o único agonista  $\beta_3$  adrenérgico disponível. Este medicamento pode ser usado como uma terapia de segunda linha ou em pacientes que não toleraram os agentes antimuscarínicos.

Quando os pacientes não melhoram com a terapia de primeira e segunda linha, são considerados refratários, sendo elegíveis para o tratamento de terceira linha, que inclui neuromodulação sacral e toxina botulínica.

- Neuromodulação sacral: envolve a estimulação neural aferente que controla a função da bexiga através do plexo sacral, a fim de restaurar o armazenamento normal e a função de esvaziamento. Esta forma de neuromodulação sacral é realizada com um implante cirúrgico permanente. O primeiro passo neste tratamento é uma fase de teste, em que um eletrodo é implantado no 3º forame sacral sob anestesia local, conectado a um estimulador externo e deixado no local por 3- 4 semanas. Se os sintomas da paciente melhorarem pelo menos 50%, a paciente é candidata a se submeter à 2ª fase, na qual o gerador de impulsos permanente é implantado no tecido subcutâneo. Contraindicações a neuromodulação sacral incluem resposta inadequada à fase de teste, a necessidade de frequentes imagiologia por ressonância magnética, gestação ou planos de engravidar;
- Injeção intravesical de toxina botulínica: a toxina botulínica é derivada do Clostridium botulinum e atua na inibição da liberação de acetilcolina na junção neuromuscular pré-sináptica. Esta ação leva à paralisia das fibras musculares até que fibras novas cresçam, criando assim um efeito temporário nos miócitos na parede da bexiga. A aplicação

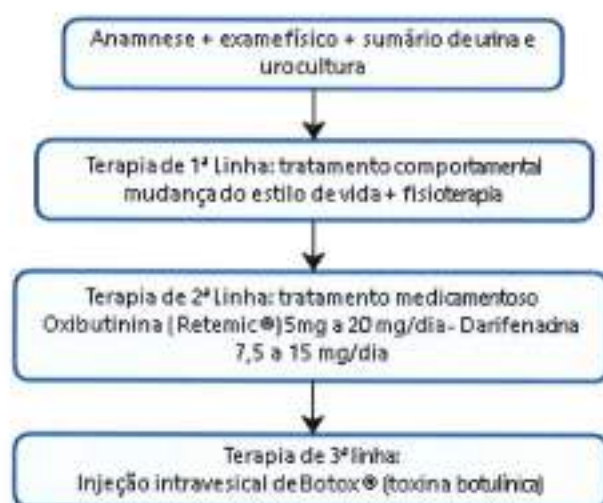
AA

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.

Willis-Gray et al. Evaluation and management of overactive bladder: strategies

## SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

### ALGORITMO – MANEJO DA SÍNDROME BEXIGA HIPERATIVA



## INTRODUÇÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é o distúrbio endócrino mais comum em mulheres em idade reprodutiva. As inúmeras variantes genéticas e ambientais interagem e contribuem para sua fisiopatologia. A morfologia dos ovários policísticos reflete o meio endócrino desordenado que resulta da anovulação crônica.

A prevalência de SOP varia de acordo com os critérios diagnósticos utilizados, com estimativas variando de 9% nas mulheres em idade reprodutiva, de acordo com critérios NIH (National Institute of Health), até 18% com os critérios de Rotterdam.

É caracterizada principalmente por disfunção ovulatória e hiperandrogenismo, sendo a apresentação clínica heterogênea, com manifestação de vários sinais e sintomas:

- Acne, hirsutismo, alopecia;
- Ciclo menstrual irregular, oligomenorréia/ amenorreia;
- Disfunção ovulatória e infertilidade;
- Risco aumentado para doença cardiovascular, incluindo obesidade, intolerância a glicose, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia, esteatose hepática não alcoólica, apneia do sono.

## 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 Bladder. *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): S66.



# 1. FISIOPATOLOGIA

## 1.1. 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 5 $\beta$  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.

## 1.2. 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.

## 1.3. 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.

# 2. 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)	Crterios de Rotterdam (2003) (2 dos 3 critérios)	Crterios de Sociedade de Excesso de Andrógenos (2006) (Hiperandrogenismo, mais 1 critério)
Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial	Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial	Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial**
Disfunção menstrual (oligo/amenorréia ou anovulação)	Oligomenorréia ou anovulação	Oligo/amenorréia ou anovulação
	Ovário policístico detectado ao ultrassom*	Ovário policístico detectado ao ultrassom

Quadro 1: Critérios diagnósticos para SOP

\*Presença de 12 ou mais folículos de 2-9 mm ou volume ovariano maior que 10 cm<sup>3</sup>

\*\*Critério obrigatório

**Importante:** Para todos os critérios diagnósticos, deve-se excluir outro distúrbio que curse com excesso

AM

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.

## 2.1. 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, alopecia, acantose nigricans.

## 2.2. Exames complementares

### 2.2.1. Imagem - Ultrassom (US) transvaginal

- Avaliar critérios para ovários policísticos: Ovários aumentados de volume ( $\geq 10 \text{ cm}^3$ ), 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.

### 2.2.2. 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:

- o TTGO 75g: avaliar intolerância à glicose; 35% das pacientes com SOP têm tolerância alterada à glicose, e 10% DM2;
- o Colesterol total/frações e triglicerídeos: a dislipidemia é a anormalidade metabólica mais observada na SOP; a resistência insulínica e a hiperinsulinemia favorecem o aumento de triglicerídeos e HDL;
- o 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.

### 3. TRATAMENTO

3.1. 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.

3.2. 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 desempenha um

importante papel na fisiopatologia da SOP. Ensaio 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.

3.3. 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 Etililestradiol (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.

3.4. Anti-androgênicos: Devem sempre ser usados em concomitância com contraceptivos para evitar pseudohermafroditismo 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

AM



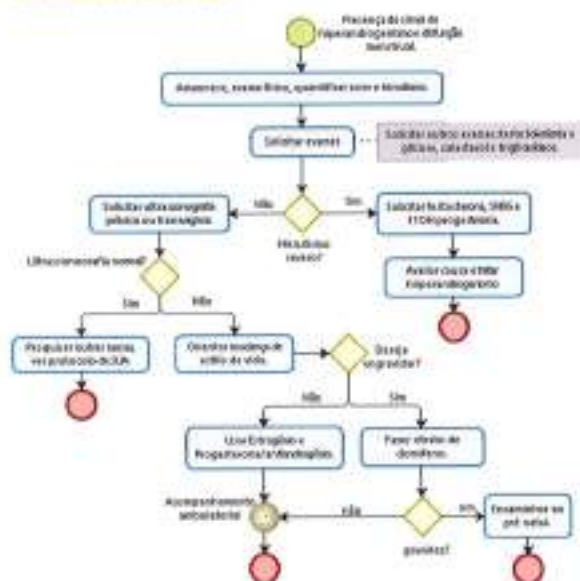
usadas são a ciproterona e a drospirenona. A Ciproterona é o antiandrogênico esteróide mais usado, e combinado ao Etinilestradiol (EE) 35mcg. A Drospirenona tem características antimíneralocorticóides e também antiandrogênicas. Estudos mostram que o tratamento por seis meses é efetivo na melhora do hirsutismo, 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 androgênicos. A dose varia de 50-200mg/dia. A finasterida (dose 5mg/dia) é um inibidor da 5 $\alpha$  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.

## 4. PACIENTES QUE DESEJAM GESTAR

- 4.1. 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.
- 4.2. 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.
- 4.3. 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 2<sup>o</sup> e 5<sup>o</sup> 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.
- 4.4. 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.
- 4.5. 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.
- 4.6. 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



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.

Frank 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=ec8f5a-8f-5d8b-45bf-8fd6-d658171ae122&source=contentShare>.

<https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathophysiology-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adolescents?csi=51912418-24c8-461c-aa8d-74af33508eac&source=contentShare>.

<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults?csi=abd-12cb0-8197-480d-b7bf-23e78f05497c&source=contentShare>

## 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.

# PROTOSCOLOS MÉDICOS PARA AMBULATORIO, HOSPITAL DIA E PLANTÕES SOBREAVISO

## 1. 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;

## 2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à todos os pacientes que requerem marcação para uma atenção especializada ambulatorial em Consultas e SADT/procedimentos ou Hospital Dia.

## 3. RESPONSABILIDADES

### 3.1. 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.

### 3.2. 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.

### 3.3. 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.

### 3.4. 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.

## 4. 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

AM



retornos podem ser:

- Retorno Excedente: Retorno com a mesma especialidade quando exista a indicação médica de que a consulta seja realizada num período determinado, numa data diferente à primeira data possível. A consulta será agendada de acordo com a indicação do médico solicitante responsável e será registrada no sistema de informação como "Agendamento excedente".
- Retorno Preferencial: Retorno com a mesma especialidade até 30 dias após a data da última consulta.
- Retorno Ordinário: Retorno com a mesma especialidade acima de 30 dias após a data da última consulta.
- Retorno Pós Alta: É a consulta em sequência de uma alta hospitalar ou intervenção cirúrgica da mesma especialidade.

Interconsulta: Consiste em uma primeira consulta em um ambulatório, originada do atendimento feito em ambulatório de outra especialidade médica, em casos urgentes, com potencial gravidade, que definitivamente não podem aguardar consulta marcada pelo gestor (agendamento via Secretaria de Saúde). Esta situação aplica-se em especial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias malignas. Esta é regulada internamente.

Não presencial: Consulta realizada pelo médico, por via telefônica, com o paciente ou pessoa responsável. Habitualmente são consultas para resultado de exames não alterados, em que não é necessária a presença física do paciente.

Bloqueio de agenda: é a inabilitação transitória de uma agenda ou de parte da mesma. Indicado em casos de férias, afastamentos, períodos de licenças autorizadas.

Sobrecarga de agendas: é o atendimento a pacientes acima da atividade previamente definida, autorizada pelo profissional assistente.

Anulação ou desprogramação de uma consulta agendada: É o cancelamento da mesma. Adequação da oferta / demanda: Nas agendas de primeiras consultas/exames, de acordo com a contratualização com o Gestor, pode haver a adequação dos encaminhamentos ao atendimento especializado. Em caso de haver necessidade pode haver um ajuste na oferta de consultas/exames.

Reprogramação: é a mudança da data da consulta, que compreende desprogramação, atribuição da nova data agendada e comunicação desta ao paciente.

Unidade funcional (ala/sala): É onde se localiza um determinado número de salas de atendimento ambulatorial.

Equipe: É composta pelos profissionais de cada especialidade e pessoal de apoio de diversas áreas.

## 5. GESTÃO DE CONSULTAS

A Unidade de Regulação Assistencial é responsável pela programação, configuração e gestão das grades de consultas ambulatoriais e Hospital Dia.

### 5.1 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

### 5.2 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".

### 5.3 PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTO DA INTERCONSULTA

A interconsulta consiste em uma primeira consulta originada do atendimento feito em ambulatório de outra especialidade médica, em casos urgentes, com potencial gravidade, que definitivamente não podem aguardar consulta marcada pelo gestor. Esta situação aplica-se em especial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias malignas. A solicitação de interconsulta deverá ser realizada pelo médico assistente no ato da consulta em formulário específico para solicitação de interconsulta, e deverá conter a justificativa da urgência do caso. A solicitação de interconsulta deverá ser entregue na Central de Marcação de Consultas e será avaliado pelo médico regulador ou pelo profissional da especialidade para posterior agendamento e comunicado ao paciente. Quando não for caracterizada situação de urgência, a solicitação será referenciada para a Secretaria de Saúde do município de origem do paciente, e este aguardará o agendamento desta via sistema

### 5.4 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

### 5.5 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.

### 5.6 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.

### 5.7 REPROGRAMAÇÃO DO PACIENTE QUE NÃO COMPARECEU

#### 5.7.1. Retornos:

- Uma falta: a reprogramação será feita via secretaria da saúde;

- Duas faltas consecutivas: perde o vínculo com a especialidade e retorna agendamento via sistema;
- Em até seis (6) meses da consulta programada: se o paciente não justificar e solicitar retorno em até seis meses da última consulta programada perde o vínculo com a especialidade e retorna agendamento via Sistema.

### 5.7.2. Interconsulta:

O não comparecimento do paciente nesta condição de atendimento será referenciado ao município de origem.

### 5.8 REPROGRAMAÇÃO NA FALTA DO PROFISSIONAL

Na falta do profissional, por afastamento legal programado, as consultas agendadas serão remarçadas pela Unidade de Regulação Assistencial para outras datas disponíveis, desde que cumpra as mesmas condições que teria asseguradas na data anterior: especialidade, tipo de consulta e profissional. Na falta do profissional, por afastamento legal não programado ou não comunicado, as primeiras consultas agendadas via sistema não poderão ser reagendadas, estas deverão ser atendidas por outro profissional da equipe. As demais consultas serão remarçadas pela Unidade de Regulação Assistencial para outras datas disponíveis, desde que cumpra as mesmas condições que teria asseguradas na data anterior: especialidade, tipo de consulta e profissional. Na falta do profissional, por desligamento legal, as consultas agendadas serão redistribuídas entre os profissionais da equipe da referida especialidade, Férias, licenças, atestados Exoneração, demissão podendo em alguns casos ter sobrecarga de agenda até a adequação completa dos pacientes que estavam na agenda do profissional desligado.

### 5.9 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".

### 5.10. 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.

### 5.11. EXAMES EXTERNOS

Para os exames que não estão disponíveis, o médico faz a solicitação no Sistema e os pedidos são encaminhados para a Divisão Médica que avalia e autoriza ou não sua realização. O paciente com solicitação ambulatorial autorizada realiza o agendamento no hospital ou centro indicado para o exame.

## 6. GESTÃO DE AGENDAS

### 6.1 PLANEJAMENTO DAS AGENDAS

O planejamento das agendas é necessário para evitar o mínimo de reprogramações. Por isso, nossa proposta de planejamento das agendas devem se ajustar aos seguintes critérios e prazos conforme quadro abaixo, ou seguindo o fluxo de encaminhamento da Secretária do Estado de Goiás.





Critério	Marco ou Período temporal recomendado
Planejamento de Agendas	Ativas durante os 12 meses seguintes e adequadas à demanda prevista.
Solicitações de asséncias programadas (bloqueio)	45 dias de antecedência (para garantir a estabilidade das agendas e a previsão das consultas comprometidas, sem repercussão na demanda).
Planejamento dos plantões	Adequado ao quadro temporário de definição da agenda ou, na falta deste, elaborado com 45 dias de antecedência.
Períodos ou alterações de férias	As menos dois meses antes do início desse período. A agenda não deve estar sujeita a variações por mudanças de períodos de férias de última hora.

A finalidade da estabilidade da agenda é promover uma assistência acessível, ágil e de qualidade. Em consequência, as alterações na programação da atividade de consultas não notificadas nos prazos estabelecidos deverão ser assumidas pela chefia do Serviço na adoção das medidas necessárias para manter a programação ou reorganizá-la aumentando a atividade nos dias prévios ou posteriores de acordo ao expressado no item seguinte. É de responsabilidade das chefias de cada serviço dos ambulatórios informar em tempo hábil, respeitando os prazos legais, quaisquer alterações, bloqueios e/ou reprogramações das grades/agendas ambulatoriais. As solicitações devem ser encaminhadas a Unidade de Regulação Assistencial para o e-mail.

Obs: As solicitações encaminhadas fora dos prazos legais e que acarretem prejuízo ao andamento dos serviços, não serão efetivadas no sistema e serão devolvidas ao solicitante para adequação.

## 6.2 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.

## 6.3 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.

## 6.4 GERAR GRADE

As grades das agendas devem estar ativas por um período mínimo de 12 meses.

## 6.5 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

*AM*

gestão operacional das grades/agendas realizando as alterações no sistema.

## 6.6 AVISO AO PACIENTE

Todos os pacientes deverão ser comunicados das marcações e alterações de datas e/ou horários de consultas, consideramos adequado definir os diferentes mecanismos de marcação e aviso ao paciente.

Referência aos deveres do paciente: compromisso de atualização dos dados administrativos de seu registro e outros que possam afetar à correta gestão de sua consulta (especialmente mudanças de endereço ou telefone, variações em sua decisão de se apresentar à consulta, etc.).

Programação: Primeiras consultas / Interconsulta: os responsáveis para avisar o paciente serão as Secretarias de Saúde dos municípios.

Retornos: Mediante critérios médicos, é responsabilidade de o paciente efetuar o agendamento na Central de Marcação de Consultas

## PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO E HOSPITAL DIA

### Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

### URGÊNCIA

São os encaminhamentos que não podem, em hipó-

tese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário;

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o Protocolo de Acesso para Atenção Especializada, e posteriormente à solicitação será classificada por cor conforme o Protocolo de Regulação utilizado pelo médico regulador na Regulação Estadual.

### PRIORIDADE

São aqueles encaminhamentos:

Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida

Cuja demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.

Todas as gestantes, se patologias relacionadas à gestação.

### ROTINA

Estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Am-

#### Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato
- Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
- Prioridade 2 - Prioridade não urgente
- Prioridade 3 - Atendimento rotineiro



Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO			
Grau de Prioridade	Encaminhamento	Motivos	Exemplos
Prioridade 1 (P1)	Urgência	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações.	Hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	Eletivo prioritário	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica.
Prioridade 3 (P3)	Prioridade não urgente	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatohepatite.
Prioridade 4 (P4)	Eletivo	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, diabetes compensado.

## PROTOCOLOS

### DRENAGEM DE ABSCESSO

Abscesso, por definição, constitui-se de coleção de pus na derme e tecidos profundos adjacentes. O furúnculo consiste na infecção de um folículo piloso, com material purulento se estendendo até as camadas mais profundas de derme e do tecido subcutâneo. O carbúnculo nada mais é do que a coalescência dos folículos severamente inflamados, resultando numa massa inflamatória com drenagem de secreção purulenta pelos vários orifícios.

Abscessos de pele, furúnculos e carbúnculos podem se desenvolver em pessoas hígidas, sem outras condições predisponentes, a não ser portar na pele ou na cavidade nasal o *Staphylococcus aureus*. Fatores de riscos incluem a presença de Diabetes mellitus e alterações imunológicas. Qualquer processo que resulta na quebra de solução de continuidade da pele ou alterações dermatológicas como traumas abrasivos,

escarificações ou picaduras de insetos pode resultar na formação de um abscesso.

### Manifestações clínicas

Geralmente há sinais flogísticos locais como calor, rubor, edema e dor, além de nódulos eritematosos com sinais de flutuação. Pode ocorrer drenagem espontânea de secreção purulenta e adenopatia regional. Febre, calafrios, sinais de toxicidade sistêmica são incomuns.

Diagnósticos diferenciais: Folliculite, hidradenite supurativa, miíase, leishmaniose, blastomicose.

### Indicações

O tratamento de escolha para o abscesso, independentemente da localização, consiste na drenagem cirúrgica, para eliminar a dor e resolver o processo infeccioso. Atentar para locais especiais como face, principalmente para o triângulo formado pelo nariz e pela extremidade do lábio, pela facilidade de de-

*AM*

envolver flebite séptica e promover extensão para a região intracraniana, por meio do seio cavernoso. Faz-se necessário o uso de antibiótico associado e, às vezes, de avaliação de um cirurgião.

Outro local que merece atenção especial é a região perianal. A drenagem nesse local se faz com urgência, não se espera apresentar sinal de flutuação, pois o risco de promover fascíte necrotizante (síndrome de Fournier) é elevado. Na dúvida quanto ao diagnóstico, encaminhe com urgência para a avaliação de um cirurgião.

### Material necessário para a realização do procedimento

- Solução de iodopovidina tópica ou clorexidina.
  - Lidocaína 1% sem vasoconstrictor
  - Campos estéreis.
  - Material para o procedimento
  - Pinça hemostática curva.
  - Lâmina de bisturi nº 11
  - Gaze
  - Dreno de Penrose
  - Fio de sutura nylon 3.0
  - Luva esteril.
  - Seringa de 5 ml.
  - Agulha 40 x 12
  - Agulha hipodérmica (de insulina)
  - Swab de cultura, se necessário.
- Máscara e óculos para proteção.

### Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Verifique se o abscesso possui flutuação.
3. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo esteril;
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.

M



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, deixando 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

AM



- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
  - Lidocaína 1% sem vasoconstrictor
  - Campos estéil
  - Dreno de Penrose
  - Pinça hemostática curva
  - Pinça dente de rato
  - Pinça anatômica
  - Tesoura reta
  - Tesoura curva
  - Porta-agulha.
  - Lâmina de bisturi nº 11.
  - Soro fisiológico 0,9% 250 ml
  - Gaze.
  - Luva estéril
  - Seringa de 5 ml.
  - Agulha 40 x 12
  - Agulha hipodérmica (de insulina).
  - Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
  - Máscara e óculos para proteção.
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
  3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o meio da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
  4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
  5. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar a cápsula do cisto.
  6. Ressecção do cisto, sem romper a cápsula. Se a cápsula for rompida durante o procedimento, retira-se todo o material interno e segue-se a sua total remoção.
  7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
  8. Hemostasia.
  9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento. Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
  10. Curativo com gaze.

## Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização

## Lipoma

Tumor benigno de células adiposas, podendo estar presente em qualquer área do corpo em que há tecidos

*Handwritten signature*



do 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 tópica ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstritor
- Campos estéril
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi 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, aspire-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.

AM



10. Curativo com gaze.

11. Enviar o material retirado para análise anatomopatológica

## Nevos

São manchas cutâneas compostas por depósitos de pigmento melânico. São vários os subtipos: pigmentados; epidérmicos; dérmicos; hipodérmicos; hipocrômicos. Encontram-se espalhados por todo o corpo. São lesões pré-cancerígenas em alguns casos e, por isso, a importância de sempre enviar o material para análise anatomopatológica.

## Materiais necessários para a realização do procedimento

- Solução de iodopovidina tópica ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstritor
- Campos estéreis.
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi 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 das pápulas. As lesões características do molusco contagioso são pápulas semiesféricas com centro umbilicado, peroladas, róseas ou da cor da própria pele, medindo de 3 a 6 mm, isoladas e bem delimitadas. São facilmente removíveis, eliminando material esbranquiçado com partículas virais

Usualmente as lesões são assintomáticas, mas podem apresentar eczema e prurido ao redor delas. A procura à Unidade Básica de Saúde costuma ser em função do incômodo estético.

### Tratamento

Em geral, nos indivíduos imunocompetentes, as lesões 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

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção.

Aplica-se espessa camada do creme anestésico\* com aproximadamente 2,5 g por 10 cm<sup>2</sup>. A aplicação deve ser feita sob bandagem oclusiva, com tempo de contato mínimo de 60 minutos.


Retira-se a bandagem e o creme anestésico e prepara-se a área afetada com um agente tópico disponível.

Procede-se à curetagem das lesões com uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, o que pode impedir o procedimento devido ao risco de infecção ou dor.

Após a curetagem, aplica-se álcool iodado em cada lesão.

\* Geralmente são utilizados cremes à base de lidocaína 25 mg isolada ou associada à prilocaína (25/25 mg/g). A mistura eutética de anestésicos locais parece ser especialmente útil em crianças e para procedimentos cirúrgicos superficiais. Em crianças entre 3 e 12 meses de idade, a dose total não deverá exceder a 2 g, nem a área total de aplicação na pele deverá exceder a 16 centímetros quadrados, por um tempo máximo de quatro

AA



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 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.

### Vidro

É visto mais frequentemente nas mãos e nos pés, resultado de acidentes com quebra de objetos de vidro. Nos acidentes automobilísticos, pode-se encontrá-lo estilhaçado em qualquer parte do corpo, geralmente na frente e na face. A menos que se possa vê-lo, palpá-lo ou demonstrá-lo na radiografia, em geral é prudente tratar a ferida primariamente como uma laceração. Depois da cicatrização, o vidro torna-se evidente pela dor causada quando é comprimido.





Nesse caso, pode-se fazer uma incisão sobre o ponto doloroso e removê-lo.

### Projéteis de arma de fogo

Esses corpos estranhos são radiopacos, portanto, facilmente visualizados por raio X. Só se deve retirar na UBS se houver possibilidade de fazer radiografia para precisar a localização dos projéteis, estiverem superficiais e provocando sintomas. Quando retirá-los, não suturar o ferimento; deixar a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

### Materiais necessários para o procedimento

- Solução de iodopovidina tópica ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstritor
- Campos estéril
- Pinça hemostática curva
- Pinça anatômica
- Pinça dente de rato
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Fio de sutura nylon 3.0.
- Soro fisiológico 0,9 % 250ml
- Gaze.
- Dreno de Penrose.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Máscara e óculos para proteção.

### Técnica

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização. 2. Determine o local do corpo estranho.

O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.

Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro do local do objeto. Cuidar com o edema que resulta, pois se podem perder os parâmetros da localização. Utiliza-se o orifício de entrada quando existente ou utiliza-se a cicatriz prévia como referência.

Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.

Uma vez realizada a anestesia, faz-se incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a retirada do objeto, com auxílio das pinças.

Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.

Se o ferimento permitir, e for necessário, pode-se confeccionar uma sutura com pontos simples como nylon 3.0.

- Curativo com gaze.

## Corpo estranho subungueal

As farpas que ficam sob as unhas podem ser retiradas com o auxílio de uma agulha rosa, sem anestesia local. Se houver insucesso ou for um objeto mais profundo, orienta-se fazer um bloqueio do dedo para promover ressecção segmentar da unha acima da farpa com um bisturi. Após a retirada, basta um curativo digital até que a ferida 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.

# NORMAS REGULAMENTARES PARA OS PLANTÕES DE SOBREVISO

## INTRODUÇÃO

*"Parecer CFM nº 09, de 16 de janeiro de 2003 - Os plantões de sobreaviso constituem prática usual da organização de serviços médicos, devendo obedecer a normas rígidas de funcionamento para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a segurança do médico. O sobreaviso deve ser remunerado."*

Os plantões de sobreaviso caracterizam-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados. O médico "de sobreaviso" está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado, para atender casos de emergência, realizar

cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Poucos hospitais, em geral localizados nos grandes centros urbanos, conseguem manter em seus plantões de emergência um contingente de 20 a 25 especialistas. Para a esmagadora maioria das unidades, uma decisão deste tipo tornaria inviável a prestação dos serviços, tanto do ponto de vista econômico quanto pela inexistência de profissionais disponíveis em todas as localidades.

## DEFINIÇÃO

A modalidade de plantão médico de sobreaviso ou em disponibilidade de trabalho é ato médico e, só pode ser exercido por profissional médico devidamente registrado no CRM.

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

## NORMAS

O médico em plantão de sobreaviso está disponível a qualquer momento em que for requisitado, mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, ele tem por obrigação estar à disposição para os atendimentos que, se não ocorreram, o impossibilitam de outras atividades.

Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a comparecer ao local de plantão, deve receber o valor correspondente ao plantão.

Não, poderá um profissional médico exercer de maneira concomitante o plantão de sobreaviso em duas



unidades pois há risco de necessidade momentânea de urgência nas duas, o que certamente colocaria em risco a saúde/vida do paciente. Constitui-se infração ética a simultaneidade dos plantões de sobreaviso em mais de uma Unidade

O plantonista de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, em até sessenta minutos, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

O médico plantonista de sobreaviso só pode ser acionado por determinação do Diretor Técnico, da equipe médica ou do médico plantonista da Unidade Assistencial.

Ao acionar o médico plantonista, o médico que tomou tal decisão permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência

O profissional escalado deve comunicar, com antecedência, ao Diretor Técnico sua impossibilidade de cumprir a escala de sobreaviso, para que seja possível sua substituição no período evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento,

A falta ao plantão reveste-se de características de infração ética.

A montagem das escalas de sobreaviso deve obedecer a parâmetros bem definidos que atendam perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não eletiva, que não acarretem prejuízo ou riscos aos pacientes.

O plantonista de sobreaviso é suporte à emergência, tendo em vista que ele atua somente num segundo momento após a ação do clínico ou do cirurgião, que dariam o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições mínimas hemodinâmicas, inclusive com medidas preparatórias para a realização do procedimento.

Os seguintes serviços que não podem trabalhar com plantões à distância:

- Obstetrícia,
- Trauma e,
- Medicina Intensiva.

AI

## 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.

O Imed irá informar mensalmente os **Resultados dos Indicadores de Produção**, que estão relacionados ao número de procedimentos (QUANTIDADE) executados na assistência oferecida aos usuários do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU)

A produção realizada será encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO).

Para a composição das metas, considerou-se o perfil epidemiológico da região, a demanda de atendimentos e serviços identificada, a dificuldade de acesso à região, bem como a infraestrutura local, além da capacidade instalada no hospital, o tempo médio de funcionamento dos diversos setores da unidade, o tempo médio para realização de consultas, Interconsultas, exames, sessões de quimioterapia, cirurgias, cirurgias ambulatoriais, e internações.

São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

### Internações Hospitalares

- a) Saídas de Clínica Médica
- b) Saídas Cirúrgica

- c) Saídas de Pediátricas
- d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas
- e) Saídas Oncológicas
- f) Saídas Obstetrícia
- g) Saídas Saúde Mental
- h) Internações em leitos de UTI adulto
- i) Internações em leitos de UTI pediátrico
- j) Internações em leitos de UTI neonatal
- k) Internações em leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal)

### Cirurgias Programadas

### Consultas Ambulatoriais

- a) consulta médica na atenção especializada

### Serviço de Quimioterapia:

- a) Sessões de quimioterapia.

AM



## SADT Externo

Hospital Dia

A seguir apresentaremos as metas definidas no Instrumento de Chamamento Público Nº 01/2021-SES/GO.

### Saídas hospitalares

META SAÍDAS HOSPITALARES - PRODUÇÃO MÉDICA	META MENSAL
Clínica Médica	388
Clínica Oncológica	91
Clínica Pediátrica	181
Clínica Cirúrgica	213
Cirúrgica Programada	155
Cirúrgica Oncológica	65
Obstétrica	310
Saúde mental	8

### Procedimentos Ambulatoriais

QUADRO 07. METAS DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS PARA O HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU

	Meta Mensal	Meta 12 meses
Cirurgias Ambulatoriais	176	2112

## Consultas Ambulatoriais.

QUADRO 08. METAS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS PARA O HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU

Ambulatório Meta	Meta Mensal
Clínica Médica na atenção especializada	2,000
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	2,000
Consulta Médica Oncológica	528

## SADT Externo

QUADRO 9. METAS DE EXAMES PARA O SADT EXTERNO

SADT	Meta Mensal
Análises Clínicas	192
Cicloergonomia ( Teste ergométrico )	100
Colangiopancreatografia retrograda endoscópica ( CPRE )	60
Colonoscopia	60
Ecocardiograma	200
Eletrocardiograma	600
Eletroencefalograma	40
Endoscopia Digestiva	100
Endoscopia da via urinárias	100
Endoscopia das vias respiratórias	100
Holter	20
Mapa	20
Mamografia	660
Raio X	2,400
Ressonância Magnética	600
Tomografia Computadorizada	700
Ultrassonografia	200
Ultrassonografia / Doplers	200

## Hospital Dia

### QUADRO 10. METAS DE ATENDIMENTOS PARA O HOSPITAL DIA DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU

Hospital Dia	Meta Mensal
--------------	-------------

Atendimentos	176
--------------	-----

## Serviço de Quimioterapia

### QUADRO 11. METAS DE ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA PARA O DO HOSPITAL ESTADUAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU

Serviço de Quimioterapia	Meta Mensal
--------------------------	-------------

Sessões de Quimioterapia	9,705
--------------------------	-------

Atendendo ao previsto no item 10.6 do 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.

### PRODUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE MÉDICA - AMBULATÓRIO

### META MENSAL

Clinica Médica	288
Hematologia	144
Infectologista (VVS)	144
Cuidado Paliativo - Paliativismo	24
Pediatria - Egressos de alto risco	48

Cardiologia - (Risco Cirúrgico)	144
---------------------------------	-----

Cirurgia Geral - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	144
--	-----

Gastrenterologia Geral - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	144
--	-----

Ginecologia - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	144
---	-----

Ortopedia e Traumatologia - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	144
---	-----

Neurocirurgia	72
---------------	----

Obstetrícia - Pré natal alto risco	144
------------------------------------	-----

Otorrinolaringologia adulto - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	144
---	-----

Otorrinolaringologia pediátrica - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	48
---	----

Proctologia Geral - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	72
---	----

Urologia - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	144
--	-----

Angiologia e Cirurgia Vascular - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	144
--	-----

Cirurgia Oncológica	72
---------------------	----

Dermatologia Oncológica - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	72
---	----

Gastrenterologia Oncológica - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	72
---	----

Mastologia - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	72
--	----

Oncologia Clínico	72
-------------------	----

Proctologia Oncológica - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	72
--	----

Pneumologia Oncológica - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	72
--	----

Urologia Oncológica - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	72
---	----

*AM*





PRODUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE MÉDICA - CIRURGIAS AMBULATORIAIS	META MENSAL
--	-------------

Cirurgia Geral	80
Cirurgia Vascular	80
Cirurgia Dermato Oncológica	64

Proctologista	32
Urologista	40
Cirurgião Vascular	80

PRODUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE MÉDICA - QUIMIOTERAPIA	META MENSAL
--	-------------

Oncologista	9705
-------------	------

PRODUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE MÉDICA - CIRURGIAS	META MENSAL
--	-------------

Cirurgião Geral	80	
Aparelho Digestivo	12	
Cirurgião Oncológico	Urologia	12
	Proctologia	12
	Ginecologia	12
	Mastologia	24
Gastrenterologia	32	
Ginecologista	80	
Neurologista	8	
Ortopedista	64	
Otorrinolaringologista - atendimento para pacientes adultos e pediátricos	32	

PRODUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE MÉDICA - SADI	META MENSAL
---	-------------

Colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE)	64	
Colonoscopia	64	
Endoscopia Digestiva	Medico Endoscopista	64
Endoscopia da via urinárias		64
Endoscopia das vias respiratórias		64
Mamografia		660
Raio X	Medico Radiologista	2400
Ressonância Magnética		600
Tomografia Computadorizada		700

AI



Cicloergonomia ( Teste ergométrico )		108
--------------------------------------	--	-----

Holter		20
--------	--	----

Mapa		20
------	--	----

Eletrocardiograma		600
-------------------	--	-----

Ultrassonografia		216
------------------	--	-----

Ultrassonografia / Doplers	Médico Ultrassonografista	216
----------------------------	---------------------------	-----

Ecocardiograma		216
----------------	--	-----

Eletroencefalograma	Laudo a distancia	40
---------------------	-------------------	----

Anestesiologia	Atuar em CPRE e RM e T.C.	128
----------------	---------------------------	-----

PRODUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE MÉDICA - HOSPITAL DIA

META MENSAL

Médico Cirurgião Geral	48
------------------------	----

Médico Cirurgião Oncológico	48
-----------------------------	----

Médico Cirurgião Vascular	48
---------------------------	----

Médico Ortopedista	48
--------------------	----

*AM*



### 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.

SETOR	PROFISSIONAL	TURNO	Qtde	JORNADA
Urgência e Emergência - CR - 03 Salas	Enfermeiro	Diurno	6	12x36h
Urgência e Emergência - CR - 03 Salas	Enfermeiro	Noturno	6	12x36h
Urgência e Emergência - Box de Reanimação - 07 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Urgência e Emergência - Box de Reanimação - 07 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Urgência e Emergência - Box de Reanimação - 07 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	8	12x36h
Urgência e Emergência - Box de Reanimação - 07 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	8	12x36h
Urgência e Emergência - Box de Reanimação - 07 Leitos	Técnico de Imobilização	Diurno	4	12x36h
Urgência e Emergência - Box de Reanimação - 07 Leitos	Técnico de Imobilização	Noturno	2	12x36h
Urgência e Emergência - Box de Reanimação - 07 Leitos	Fisioterapeuta	Diurno	3	12x30h
Urgência e Emergência - Box de Reanimação - 07 Leitos	Fisioterapeuta	Noturno	3	12x30h
Urgência e Emergência - Observação Adulto - 12 Leitos	Enfermeiro	Diurno	2	12x36h
Urgência e Emergência - Observação Adulto - 12 Leitos	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
Urgência e Emergência - Observação Adulto - 12 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	6	12x36h
Urgência e Emergência - Observação Adulto - 12 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	6	12x36h
Urgência e Emergência - Observação Pediatria - 6 Leitos	Enfermeiro	Diurno	2	12x36h
Urgência e Emergência - Observação Pediatria - 6 Leitos	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
Urgência e Emergência - Observação Pediatria - 6 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	4	12x36h

AA



Urgência e Emergência - Observação Pediátrica - 6 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	4	12x36h
Urgência e Emergência - Sala Terapia de Hidratação - 05 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	4	12x36h
Urgência e Emergência - Sala Terapia de Hidratação - 05 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	4	12x36h
Urgência e Emergência	Auxiliar Administrativo	Diurno	4	12x36h
Urgência e Emergência	Auxiliar Administrativo	Noturno	4	12x36h
Urgência e Emergência	Assistente Social	Diurno	3	12x30h
Urgência e Emergência	Assistente Social	Noturno	3	12x30h
Ambulatório - 20 Consultórios	Enfermeiro	Diarista	2	44hs
Ambulatório - 20 Consultórios	Técnico de Enfermagem	Diurno	4	44hs
Ambulatório - 20 Consultórios	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	44hs
Enfermaria A: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Supervisão de Enfermagem	Diurno	1	44Hs
Enfermaria A: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria A: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Enfermaria A: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria A: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h
Enfermaria A: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria A: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	0	12x36h
Enfermaria B: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria B: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Enfermaria B: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria B: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h





Enfermaria B: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria B: Maternidade/ ACON - 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	0	12x36h
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Diarista	1	44hs
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Diurno	4	12x36h
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Noturno	2	12x36h
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Técnico de Enfermagem	Diurno	16	12x36h
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Técnico de Enfermagem	Noturno	8	12x36h
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Instrumentador Cirúrgico	Diurno	16	12x36h
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Instrumentador Cirúrgico	Noturno	8	12x36h
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Auxiliar Administrativo	Diurno	4	44hs
Bloco Operatório - 07 Salas Cirúrgicas	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
Bloco Operatório - RPA - 08 Leitos	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Diurno	1	44hs
Bloco Operatório - RPA - 08 Leitos	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Noturno	2	12x36h
Bloco Operatório - RPA - 08 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	6	12x36h
Bloco Operatório - RPA - 08 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	4	12x36h
Bloco Operatório - Central de OPME	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Diarista	1	44hs
Bloco Operatório - Central de OPME	Técnico de Farmácia	Diarista	1	44hs
Bloco Operatório - Central de OPME	Técnico de Farmácia	Diurno	4	12x36h
Bloco Operatório - Central de OPME	Técnico de Farmácia	Noturno	2	12x36h
CME - Central Esterilização de Materiais	Supervisão de Enfermagem	Diarista	1	44hs
CME - Central Esterilização de Materiais	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Diurno	2	12x36h



CME - Central Esterilização de Materiais	Enfermeiro Centro Cirúrgico	Noturno	2	12x36h
CME - Central Esterilização de Materiais	Técnico de Enfermagem	Diurno	30	12x36h
CME - Central Esterilização de Materiais	Técnico de Enfermagem	Noturno	12	12x36h
CME - Central Esterilização de Materiais	Auxiliar Administrativo	Diarista	1	44hs
CME - Central Esterilização de Materiais	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
CEO - Centro Obstétrico - 03 Salas/PPP	Supervisão de Enfermagem	Diarista	1	44hs
CEO - Centro Obstétrico - 03 Salas/PPP	Enfermeiro Obstétrico	Diurno	4	12x36h
CEO - Centro Obstétrico - 03 Salas/PPP	Enfermeiro Obstétrico	Noturno	4	12x36h
CEO - Centro Obstétrico - 03 Salas/PPP	Técnico de Enfermagem	Diurno	12	12x36h
CEO - Centro Obstétrico - 03 Salas/PPP	Técnico de Enfermagem	Noturno	8	12x36h
CEO - Centro Obstétrico - 03 Salas/PPP	Auxiliar Administrativo	Diarista	1	44hs
CEO - Centro Obstétrico - 03 Salas/PPP	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
CEO - Centro Obstétrico - RPA- 06 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	4	12x36h
CEO - Centro Obstétrico - RPA- 06 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	4	12x36h
Central de Aleitamento Materno	Enfermeiro	Diarista	1	44hs
Central de Aleitamento Materno	Técnico de Enfermagem	Diurno	2	12x36h
Central de Aleitamento Materno	Técnico de Enfermagem	Noturno	2	12x36h
Enfermaria C - Pediatria- 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria C - Pediatria- 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Enfermaria C - Pediatria- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	16	12x36h
Enfermaria C - Pediatria- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	16	12x36h



Enfermaria C - Pediatria- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria C - Pediatria- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
Enfermaria D - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria D - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Enfermaria D - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria D - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h
Enfermaria D - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria D - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Supervisão de Enfermagem	Diarista	1	44Hs
UTI I- Adulto -10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Diurno	4	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Noturno	4	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diarista	1	44hs
UTI I- Adulto -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	10	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	10	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Fisioterapeuta	Diurno	3	12x30h
UTI I- Adulto -10 leitos	Fisioterapeuta	Noturno	3	12x30h
UTI I- Adulto -10 leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
UTI I- Adulto -10 leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
UTI II- Adulto -10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Diurno	4	12x36h
UTI II- Adulto -10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Noturno	4	12x36h
UTI II- Adulto -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diarista	1	44hs

*AM*



UTI II- Adulto -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	10	12x36h
UTI II- Adulto -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	10	12x36h
UTI II- Adulto -10 leitos	Fisioterapeuta	Diurno	3	12x30h
UTI II- Adulto -10 leitos	Fisioterapeuta	Noturno	3	12x30h
UTI II- Adulto -10 leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
UTI II- Adulto -10 leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
UTI Pediátrica -10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Diurno	4	12x36h
UTI Pediátrica -10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Noturno	4	12x36h
UTI Pediátrica -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diarista	1	44hs
UTI Pediátrica -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	10	12x36h
UTI Pediátrica -10 leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	10	12x36h
UTI Pediátrica -10 leitos	Fisioterapeuta	Diurno	3	12x30h
UTI Pediátrica -10 leitos	Fisioterapeuta	Noturno	3	12x30h
UTI Pediátrica -10 leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
UTI Pediátrica -10 leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	0	12x36h
UTI - Neonatologia 10 leitos	Supervisão de Enfermagem	Diarista	1	44Hs
UTI - Neonatologia 10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Diurno	4	12x36h
UTI - Neonatologia 10 leitos	Enfermeiro Intensivista	Noturno	4	12x36h
UTI - Neonatologia 10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diarista	1	44hs
UTI - Neonatologia 10 leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	10	12x36h
UTI - Neonatologia 10 leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	10	12x36h

AK





UTI - Neonatologia 10 leitos	Fisioterapeuta	Diurno	3	12x30h
UTI - Neonatologia 10 leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
UTI - Neonatologia 10 leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
UCIN - Neonatologia - 5 leitos	Enfermeiro Intensivista	Diurno	2	12x36h
UCIN - Neonatologia - 5 leitos	Enfermeiro Intensivista	Noturno	2	12x36h
UCIN - Neonatologia - 5 leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	4	12x36h
UCIN - Neonatologia - 5 leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	4	12x36h
UCIN - Neonatologia - 5 leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
UCIN - Neonatologia - 5 leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	0	12x36h
UCIN - Neonatologia - 5 leitos	Fisioterapeuta	Diurno	0	12x30h
Enfermaria E - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria E - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Enfermaria E - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria E - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h
Enfermaria E - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria E - Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
Enfermaria F- Oncologia -29 Leitos	Enfermeiro Especialista	Diurno	4	12x36h
Enfermaria F- Oncologia -29 Leitos	Enfermeiro Especialista	Noturno	4	12x36h
Enfermaria F- Oncologia -29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria F- Oncologia -29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h
Enfermaria F- Oncologia -29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h

AM



Enfermaria F- Oncologia -29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
Enfermaria G- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria G- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Enfermaria G- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria G- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h
Enfermaria G- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria G- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
Enfermaria H- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria H- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Enfermaria H- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria H- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h
Enfermaria H- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria H- Clínica Cirúrgica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
Enfermaria I- Clínica Médica- 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria I- Clínica Médica- 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h
Enfermaria I- Clínica Médica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria I- Clínica Médica- 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h
Enfermaria I- Clínica Médica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria I- Clínica Médica- 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
Enfermaria J- Clínica Médica 29 Leitos	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
Enfermaria J- Clínica Médica 29 Leitos	Enfermeiro	Noturno	4	12x36h



Enfermaria J- Clínica Médica 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Diurno	14	12x36h
Enfermaria J- Clínica Médica 29 Leitos	Técnico de Enfermagem	Noturno	14	12x36h
Enfermaria J- Clínica Médica 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Diurno	2	12x36h
Enfermaria J- Clínica Médica 29 Leitos	Auxiliar Administrativo	Noturno	2	12x36h
Enfermarias: Clínica Médica Cirúrgica/ Clínica Médica/ Oncologia	Fisioterapeuta	Diurno	36	12x30h
Enfermarias: Clínica Médica Cirúrgica/ Clínica Médica/ Oncologia	Fisioterapeuta	Noturno	6	12x30h
Enfermarias: Clínica Médica Cirúrgica/ Clínica Médica/ Oncologia/UTI	Fonoaudióloga	Diurno	4	44hs
Enfermarias: Clínica Médica Cirúrgica/ Clínica Médica/ Oncologia/UTI	Assistente Social	Diurno	4	30hs
Enfermarias: Clínica Médica Cirúrgica/ Clínica Médica/ Oncologia/UTI	Psicólogo	Diurno	11	30hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Emergência/ Urgência	Farmacêutico	Diurno	2	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Emergência/ Urgência	Farmacêutico	Noturno	2	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Emergência/ Urgência	Técnico de Farmácia	Diurno	4	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Emergência/ Urgência	Técnico de Farmácia	Noturno	2	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - UTI's Adulto/ Ped/Neo/CSI	Farmacêutico	Diurno	16	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - UTI's Adulto/ Ped/Neo/CSI	Farmacêutico	Noturno	4	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - UTI's Adulto/ Ped/Neo/CSI	Técnico de Farmácia	Diurno	4	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - UTI's Adulto/ Ped/Neo/CSI	Técnico de Farmácia	Noturno	2	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Oncologia	Farmacêutico	Diarista	1	44hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Oncologia	Farmacêutico	Diurno	4	12X36hs
Farmácia Central: Clínica/ Logístico - Enfermaria	Farmacêutico	Diarista	1	44hs
Farmácia Central: Clínica/ Logístico - Enfermaria	Farmacêutico	Diurno	4	12X36hs



Farmácia Central Clínica/ Logístico - Enfermaria	Farmacêutico	Noturno	4	12X36hs
Farmácia Central Clínica/ Logístico - Enfermaria	Técnico de Farmácia	Diurno	16	12X36hs
Farmácia Central Clínica/ Logístico - Enfermaria	Técnico de Farmácia	Noturno	8	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Centro Cirúrgico	Farmacêutico	Diurno	2	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Centro Cirúrgico	Técnico de Farmácia	Diurno	4	12X36hs
Farmácia Clínica/ Logístico - Centro Cirúrgico	Técnico de Farmácia	Noturno	2	12X36hs
NIR- Núcleo Interno de Regulação	Enfermeiro	Diarista	1	44hs
NIR- Núcleo Interno de Regulação	Enfermeiro	Diurno	4	12x36h
NIR- Núcleo Interno de Regulação	Enfermeiro	Noturno	2	12x36h
NIR- Núcleo Interno de Regulação	Auxiliar Administrativo	Diurno	6	44hs
Epidemiologia	Enfermeiro	Diarista	2	44hs
Epidemiologia	Técnico de Enfermagem	Diarista	2	44hs
CCIH	Coordenação de Enfermagem-CCIH	Diarista	1	44hs
CCIH	Enfermeiro	Diarista	2	44hs
CCIH	Técnico de Enfermagem	Diarista	4	44hs
Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Diarista	2	44hs
Qualidade	Gerente da Qualidade	Diarista	1	44hs
Qualidade	Enfermeiro	Diarista	2	44hs
Qualidade	Ensino e Pesquisa	Diarista	1	44hs
Qualidade	Estatístico	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Diretoria Assistencial	Diarista	1	44hs



Lideranças Multiprofissionais	Gerente Assistencial - RT - Enfermagem	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Coordenação NIR	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Coordenação Assistencial	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Coordenação Bloco de Operatório	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Coordenação Unidade Terapia Intensiva	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Coordenação Enfermaria	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Coordenação Oncologia	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Coordenação Multidisciplinar	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Coordenação Farmácia	Diarista	1	44hs
Lideranças Multiprofissionais	Supervisão de Enfermagem - Noturna	Noturno	4	44hs
ADM	Diretor Geral	Diarista	1	44hs
ADM	Diretor Administrativo	Diarista	1	44hs
ADM	Gerência Administrativa	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Farmácia Hospitalar	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação do Almoxarifado	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação do Serviço de Nutrição	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Eng Clin e Manut. Predial	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de TI	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Facilités	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Patrimônio	Diarista	1	44hs
ADM	Supervisor administrativo	Diarista	4	44hs



ADM	Coordenação do SAME e Faturamento	Diarista	1	44hs
ADM	Analista Administrativo	Diarista	9	44hs
ADM	Auxiliar Administrativo	Diarista	18	44hs
ADM	Assistente administrativo	Diarista	18	44hs
ADM	Assistente executiva	Diarista	1	44hs
ADM	Gerência de Recursos Humanos	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Recrutamento e Seleção	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Treinamento e EP	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Departamento Pessoal	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Saúde Ocupacional	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de Eventos Institucionais	Diarista	1	44hs
ADM	Analista de RH	Diarista	6	44hs
ADM	Assistente de RH	Diarista	12	44hs
ADM	Auxiliar de RH	Diarista	12	44hs
ADM	Gerência Financeira	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de tesouraria	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de contabilidade	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação controle interno	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de orçamento e planejamento	Diarista	1	44hs
ADM	Coordenação de compras e suprimentos	Diarista	1	44hs
ADM	Analista financeiro	Diarista	8	44hs



ADM	Auxiliar financeiro	Diarista	10	44hs
ADM	Assistente financeiro	Diarista	10	44hs
ADM	Enfermeiro do Trabalho	Diarista	1	44hs
ADM	Técnica de Enfermagem do Trabalho	Diarista	1	44hs
ADM	Técnico de Segurança do Trabalho	Diarista	5	44hs
ADM	Técnico de TI	Diurno	6	12x36
ADM	Técnico de TI	Noturno	6	12x36
ADM	Ouvidor	Diarista	3	44hs
ADM	Assistente de ouvidoria	Diarista	6	44hs
ADM	Comunicação	Diarista	1	44hs
ADM	Responsabilidade Social	Diarista	1	44hs
ADM	Motorista	Diarista	4	44hs

## 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.

### INTRODUÇÃO

O Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) será contemplado por unidades de internação com leitos críticos e semicríticos, abrangerá várias especialidades, tais como, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, Oncologia, Obstetrícia, Pediatria, com suporte de unidades críticas, Unidade de Terapia Intensiva (Adulto/ Pedlátrica/ Neonatologia) e Bloco Operatório e uma CME- Central de Material Esterilizado.

As demandas serão provenientes 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 HEMU será destinado pacientes graves e de risco que exijam assistência multiprofissionais, além de equipamento e recursos humanos especializados. Será composto por 40 leitos, sendo 20 leitos adultos, 10 pedlátricos e 10 neonatais cuja função será recuperar a saúde e dar suporte às funções vitais dos pacientes. Possui

irão aparelhos e equipamentos de alta tecnologia, que aliados ao conhecimento técnico da equipe multiprofissional e darão a assistência necessária até a recuperação dos pacientes.

Ressaltamos, a importância a CME do HEMU 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 HEMU, 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 indivíduos 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 HEMU será uma unidade especializada do Hospital, constituída por 10 salas de cirúrgicas, destinada à realização de procedimentos de diversas naturezas, que venha a require in-





tervenção cirúrgica, bem como à recuperação pós anestésico e pós operatória imediata, cuja capacidade será para 14 leitos. Devido as suas características é considerada uma unidade de alerta máximo, 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 endoscópicas e encaminhar o paciente à unidade de origem, na melhor condição possível 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU), 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 nível 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 princípios 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 (enfermarias) Clínica e Cirúrgica, UTI, CME e Bloco cirúrgico.

Os turnos de trabalho da Equipe de Enfermagem do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) serão distribuídos conforme necessidade de escala, da seguinte forma:

- Escala de 8 horas: 44hs semanais
- Escala de plantão diurno (12X36)
- Escala de plantão Noturno(12X36)

## ROTINAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMUNS AOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO/ ENFERMARIAS (CLÍNICA MÉDICA E CLÍNICA CIRÚRGICA, CLÍNICA ONCOLOGIA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E OBSTÉTRICA.

### 1.1 Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

- 1.1.1 Registrar entrada, intervalo e saída

no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;

1.1.2. 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;

1.1.3. 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;

1.1.4. 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;

1.1.5. Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;

1.1.6. As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;

1.1.7. O pessoal em serviço deverá estar vestido/paramentado de acordo com a padronização estabelecida;

1.1.8. 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;

1.1.9. Todos os profissionais do plantão

deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade;

1.1.10. 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;

1.1.11. Todos os membros da Equipe de Enfermagem de todas as unidades de internação do Hospital deverão zelar pelo patrimônio da instituição.

1.1.12. As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem deverão ser em datas previamente definidas pela chefia imediata;

1.1.13. 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;

1.1.14. 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;

## 1.1. Enfermeiro Coordenador:

1.1.1. Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;

1.1.2. Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;



- 1.1.3. Elaborar escala mensal do Serviço de Enfermagem, atentando-se para férias e licenças e encaminhar para a Gerência de Enfermagem em formato digital;
- 1.1.4. Providenciar substituições na escala quando se fizer necessário;
- 1.1.5. Supervisionar as anotações de enfermagem nos prontuários;
- 1.1.6. Ler os relatórios de enfermagem, revisar o censo diário, checar o comparecimento dos funcionários e observar os avisos para o dia;
- 1.1.7. Supervisionar as atividades equipe, observando suas respectivas funções e atribuições;
- 1.1.8. Elaborar, quando necessário, e avaliar periodicamente as ações de Enfermagem;
- 1.1.9. Manter contato direto com a Gerência de Enfermagem;
- 1.1.10. Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade de internação para a Gerência de Enfermagem;
- 1.1.11. Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc);
- 1.1.12. 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;
- 1.1.13. Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;
- 1.1.14. Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- 1.1.15. Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefia Médica das clínicas e outros, quando for convocado;
- 1.1.16. Estabelecer contato com outros setores e demais chefias sempre que se fizer necessário;
- 1.1.17. Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- 1.1.18. Prestar assistência de enfermagem de acordo com a necessidade do serviço;
- 1.1.19. Solicitar material permanente , quando necessário;
- 1.1.20. Requisitar aos setores competentes, o conserto do material permanente e instalações, quando necessário;
- 1.1.21. Supervisionar o cumprimento do cronograma para higienização das dependências da clínica;
- 1.1.22. Esclarecer junto a equipe problemas ocorridos durante a jornada de trabalho;
- 1.1.23. Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- 1.1.24. Participar do processo de supervisão contínua da unidade de internação e estimular relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde;
- 1.1.25. Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;



1.1.26. Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto e longo prazo pelo serviço;

1.1.27. Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;

1.1.28. Participar das resoluções e encaminhamentos realizados pela Gerência do Serviço;

1.1.29. Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem da Clínica Médica;

1.1.30. Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;

1.1.31. Participar da visita diária e passagem de plantão da equipe de enfermagem e de saúde;

1.1.32. Assessorar a Gerência na tecnovigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;

1.1.33. Supervisionar a ordem nas Clínicas assistenciais;

## 1.2. Enfermeiro Assistencial:

1.2.1. Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido, sapato fechado e sem adornos;

1.2.2. 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;

1.2.3. 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;

1.2.4. 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;

1.2.5. Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;

1.2.6. 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;

1.2.7. Planejar, prescrever, executar, avaliar e reavaliar o plano da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de cada paciente;

1.2.8. Realizar classificação de nível de dependência dos pacientes sob sua responsabilidade de acordo com portaria de dimensionamento de pessoal do COFEN, vigente no período;

1.2.9. Realizar a classificação do risco de queda e de lesão por pressão dos pacientes sob sua responsabilidade;

1.2.10. 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;

*AM*



vigente no período, considerando a necessidade de plantões de oito e de doze horas;

1.2.11. Utilizar o relatório geral para registrar as ocorrências do turno, mantendo rotineiramente, a cada troca de plantão, as seguintes informações:

- a) Os funcionários escalados para cada horário (presentes e ausentes), a respectiva escala de atribuição e a divisão dos horários de intervalo intrajornada;
- b) Os procedimentos realizados, os encaminhamentos dos pacientes para exames, procedimentos, consultas ou outras necessidades de saída do setor;
- c) O andamento dos preparos para exames, bem como os que não foram realizados, alegando o motivo;
- d) Material e/ou medicação em falta e quaisquer informações que se julguem relevantes;
- e) Registrar o número do laque do carro de urgência, no livro próprio;
- f) Protocolar e encaminhar pareceres, solicitações de hemoderivados e medicamentos psicotrópicos;
- g) Registrar em prontuário as observações relacionadas a alergias e outras de relevância, de forma destacada, inclusive a identificação dos leitos;

1.2.12. Registrar no prontuário de cada paciente a admissão de enfermagem e, em cada plantão, e 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;

1.2.13. 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;

1.2.14. 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;

1.2.15. Verificar com antecedência e orientar os pacientes e acompanhantes quanto ao preparo adequado de exames, procedimentos e outros tratamentos;

1.2.16. Supervisionar o Técnico e Auxiliar de Enfermagem em suas atividades, de modo especial na administração de medicamentos conforme prescrição médica, quando necessário;

1.2.17. Verificar o abastecimento adequado e suficiente dos kits de roupa limpa disponibilizados pelo setor responsável;

1.2.18. Supervisionar a solicitação de material esterilizado bem como o envio de material contaminado para processamento pelos Técnicos e Auxiliares de enfermagem;

1.2.19. Realizar a admissão do cliente dando orientação sobre as normas e rotinas do ambiente hospitalar, esclarecendo dúvidas e entregar impressos informativos, quando necessário;

1.2.20. Participar do planejamento de alta do cliente, realizando orientações específicas e preparando-o para a continuidade dos cuidados em sua residência, quando necessário;

AM



1.2.21. Acompanhar o transporte intra-hospitalar dos clientes de médio e alto risco, e em casos especiais, conforme protocolo institucional;

1.2.22. Registrar intercorrências na solicitação de transporte externos (ambulância) de pacientes e anotar nos prontuários;

1.2.23. Registrar admissões, altas e transferências dos usuários conforme normas e rotinas da unidade, em impressos próprios, sistema de informação hospitalar e quadros;

1.2.24. 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;

1.2.25. 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;

1.2.26. 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;

1.2.27. Realizar solicitações de medicamentos, materiais e insumos no Sistema de Informação Hospitalar, conforme necessidade do setor;

1.2.28. 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 hipodermoclise;

1.2.29. 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;

- 1.2.30. Solicitar a desinfecção concorrente e terminal conforme indicação;
- 1.2.31. Executar outras tarefas, dentro das atribuições do enfermeiro, quando designadas pelo Coordenador de Enfermagem;
- 1.2.32. Manter comunicação estreita com a equipe do centro cirúrgico;
- 1.2.33. Conferir o mapa cirúrgico diariamente, assim que receber o plantão e certificar de que os pacientes estão preparados para os procedimentos cirúrgicos;
- 1.2.34. Verificar se paciente em pré-operatório encontra-se sem pendências para o ato cirúrgico no momento da admissão;
- 1.2.35. Confirmar reserva sanguínea na unidade de hematologia antes do encaminhamento do paciente ao Bloco Cirúrgico;
- 1.2.36. Realizar orientações a pacientes e familiares quanto ao fluxo do serviço, uso de medicamentos prescritos e continuidade do cuidado pós-operatório em domicílio;
- 1.2.37. Fornecer orientações sobre e protocolar a entrega de peças anatômicas ao paciente ou familiar, se for o caso;
- 1.2.38. Conferir o check-list de requisição para o Almoxarifado, Farmácia e CME;
- 1.2.39. 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;

- 1.2.40. Supervisionar a desinfecção concorrente (em cada turno) das bancadas, equipamentos e leitos da unidade realizada pela equipe de enfermagem;
- 1.2.41. Cumprir o regulamento e regimento internos, ordens de serviço e portarias institucionais, protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;
- 1.2.42. Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Gerência de Enfermagem;
- 1.2.43. Participar de reuniões, quando solicitado, com os enfermeiros de todos os turnos e o Coordenador de Enfermagem da unidade, em datas previamente acordadas;
- 1.2.44. Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de enfermagem;
- 1.2.45. Participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado;
- 1.2.46. Cumprir o programa da Gerência de Enfermagem para recepção de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem admitidos e/ou transferidos das unidades;
- 1.2.47. 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;
- 1.2.48. Participar da avaliação de desempenho e auto avaliação por competência da equipe de Enfermagem sob sua supervisão;
- 1.2.49. Definir, elaborar e participar,



- em conjunto com o Coordenador de Enfermagem de programas educacionais a serem desenvolvidos na unidade;
- 1.2.50. Identificar as necessidades de educação permanente da sua equipe;
- 1.2.51. Em caso de impossibilidade de cobertura de pessoal, solicitar ajuda da Coordenação de Enfermagem para resolver a questão;
- 1.2.52. Realizar a cobertura de unidades afins, de acordo com solicitação do Coordenador de Enfermagem ou Gerente de Enfermagem;
- 1.2.53. 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;
- 1.2.54. Registrar em sistema específico (ou livros) o empréstimo de equipamentos para outras unidades;
- 1.2.55. Sensibilizar/orientar a sua equipe quanto ao uso racional dos insumos hospitalares ;
- 1.2.56. 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;
- 1.2.57. Realizar notificações de eventos adversos relacionados à segurança do paciente no sistema de informação hospitalar;
- 1.2.58. 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;
- 1.2.59. Executar as ações de prevenção das lesões por pressão, conforme o POP de Segurança do Paciente;
- 1.2.60. 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.
- 1.2.61. Monitorar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, os indicadores de qualidade em Enfermagem e propor/aplicar as medidas de intervenção;
- 1.2.62. Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- 1.2.63. Orientar e preencher formulários de acidente de trabalho, conduzir o funcionário para atendimento conforme rotina preestabelecida, em casos de acidente de trabalho;
- 1.2.64. Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de Enfermagem;
- 1.2.65. Participar do controle sistemático de infecção hospitalar;
- 1.2.66. Comunicar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica as suspeitas de doenças de notificação compulsória;
- 1.2.67. 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;

- 1.2.68. Participar de pesquisas técnicas e científicas na área da saúde;
- 1.2.69. Prestar cuidados diretos aos pacientes sob sua visão holística, atendendo integralmente as suas necessidades;
- 1.2.70. Ser responsável na assistência de enfermagem com ênfase ao paciente em estado crítico, acompanhando sua evolução e tratamento;
- 1.2.71. Supervisionar os procedimentos realizados pelos técnicos de Enfermagem;
- 1.2.72. 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.
- 1.2.73. Conduzir a unidade de trabalho sob sua responsabilidade, com competência técnica e abrangência científica para atingir o objetivo proposto pelo serviço;
- 1.2.74. Zelar pelo patrimônio da Instituição;

### 1.3. Técnico de Enfermagem:

- 1.3.1. 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;

1.3.2. Cumprir rigorosamente seu horário de trabalho de acordo com as normas e rotinas do setor;

1.3.3. Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem;

1.3.4. Participar e colaborar para o alcance de metas e objetivos assistenciais da unidade de internação;

1.3.5. Atender às solicitações do Coordenador de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;

1.3.6. 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;

1.3.7. 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;

1.3.8. Colaborar na capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade até sua adaptação, sempre que solicitado pelo Enfermeiro Assistencial ou Coordenador de Enfermagem;

1.3.9. Participar da Avaliação de Desempenho realizada pelo Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem;

1.3.10. Realizar cobertura de outros setores de acordo com solicitação da Coordenação de Enfermagem;

1.3.11. Cumprir escala de atribuição, pacientes e atividades diárias da unidade, conforme distribuição dos Enfermeiros Assistenciais;

Handwritten signature in blue ink.

**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 papagalos, 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.

1.3.12 Distribuir kits de roupa diariamente conforme atribuição;

1.3.13 Realizar limpeza, conferência de validade e organização dos materiais e equipamentos da unidade;

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

1.3.15 Realizar conferência da temperatura da geladeira de medicamentos, no início 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;

1.3.16 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;

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

1.3.18 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;

1.3.19 Esvaziar os coletores de diurese a cada passagem de plantão e anotar o débito;

1.3.20 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);

1.3.21 Verificar a integridade da pulseira de identificação e identificação do leito periodicamente e informar qualquer dano ou perda e comunicar ao enfermeiro;

1.3.22 Buscar equipamentos/materiais na Central de Material e Equipamentos conforme atribuição do enfermeiro;

1.3.23 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;

1.3.24 Comunicar ao Enfermeiro (a) as





irregularidades e defeitos apresentados dos equipamentos hospitalares;

- 1.3.25. Participar de treinamentos para manuseio de equipamentos e materiais adquiridos;
- 1.3.26. Manter a organização das enfermarias, recolhendo os materiais e equipamentos em desuso ou excesso;
- 1.3.27. Comunicar ao Enfermeiro(a) sempre que perceber a necessidade de reparos/ manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- 1.3.28. Colaborar com as medidas de prevenção de controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de enfermagem;
- 1.3.29. Verificar a necessidade de medicamentos no início do plantão e comunicar aos Enfermeiro Assistencial para solicitar à Farmácia;
- 1.3.30. Comunicar ao Enfermeiro Assistencial da unidade a ocorrência de acidente de trabalho para preenchimento da ficha de análise de acidentes, para devida notificação;
- 1.3.31. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade, dentro do horário estabelecido pela instituição;
- 1.3.32. Executar e checar a Sistematização da Assistência de Enfermagem conforme prescrito pelo Enfermeiro Assistencial;
- 1.3.33. 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 traqueostomos 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

AM



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;

AM



- 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.
- 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).

#### 1.4. Técnico de enfermagem responsável pelo material da unidade:

- 1.4.1. Apresentar-se para assumir o plantão de acordo com o seu horário estabelecido;
- 1.4.2. Revisar todo material estéril de uso na unidade e encaminhar para a CME o que estiver fora do prazo de validade, se for o caso;
- 1.4.3. Solicitar na CME o material estéril, nos horários pré-estabelecidos e quando necessário;
- 1.4.4. Armazenar o material estéril em local próprio;
- 1.4.5. Encaminhar o material usado para a CME, de acordo com o horário estabelecido;
- 1.4.6. Abastecer e rotular as almotolias quando necessário;
- 1.4.7. Manter organizados e abastecidos os armários de reserva;
- 1.4.8. Manter abastecidos as gavetas, caixas e armário do Posto de enfermagem;

**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;

AM



- 1.4.9. Abastecer os insumos da Sala de Procedimentos;
- 1.4.10. Zelar e manter a ordem da Sala de Procedimento, Repouso, Rouparia, Expurgo e Arsenal;
- 1.4.11. Comunicar ao Enfermeiro, a falta e/ou defeito de material permanente e de consumo;
- 1.4.12. Realizar controle diário do cilindro de oxigênio e providenciar substituição, quando necessário, através de ordem de serviço;
- 1.4.13. Realizar descongelamento de frigobar de medicação uma vez ao mês ou quando necessário;
- 1.4.14. Registrar a temperatura da geladeira diariamente, atentando para o horário e o preenchimento completo da folha de registro;
- 1.4.15. Encaminhar material e equipamentos com defeito para conserto, ou devolução;
- 1.4.16. Realizar pedido de material ao Almoxarifado e dispensá-lo ao setor;
- 1.4.17. Desempenhar outras tarefas quando designadas pela Coordenação de Enfermagem e/ou pelos Enfermeiros.
- 1.4.18. Colaborar com o Enfermeiro na conferência e reposição dos seguintes material: carinho de emergência; Ambú; kit de aspiração e circuito do respirador.
- 1.4.19. Cumprir escalas de serviço estabelecidas pela chefia ou seu substituto;
- 1.4.20. Participar das reuniões de equipe, quando solicitado;
- 1.4.21. Participar de treinamentos, cursos e eventos na área de Enfermagem;

- 1.4.22. Respeitar os princípios da ética e determinações legais de sua profissão;
- 1.4.23. Manter relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde.
- 1.4.24. Zelar pelo patrimônio da instituição;

## 1.5. 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.

# ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DA UTI DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU);

## 1.1. Rotinas comuns a toda equipe de enfermagem:

- 1.1.1. Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- 1.1.2. Iniciar as atividades laborais no horário pré-estabelecido conforme escala de trabalho, com uniforme privativo, sem adornos;



- 1.1.3. 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;
- 1.1.4. 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;
- 1.1.5. 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;
- 1.1.6. Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;
- 1.1.7. As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;
- 1.1.8. O pessoal em serviço deverá estar vestido/paramentado de acordo com a padronização estabelecida para as UTI's (uniforme privativo), sem adornos;
- 1.1.9. 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;
- 1.1.10. Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade;
- 1.1.11. 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;
- 1.1.12. Todos os membros da Equipe de Enfermagem deverão zelar pelo patrimônio da instituição, de modo especial aos aparelhos, equipamentos e materiais da UTI;
- 1.1.13. As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem serão em datas previamente definidas pela chefia imediata;
- 1.1.14. 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;
- 1.1.15. 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;
- 1.1.16. Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
- 1.1.17. Receber, conferir e guardar o material da CME, Almoxarifado, Farmácia e lavanderia atentando para validade dos produtos e correto acondicionamento de cada um;
- 1.1.18. Cumprir as normas de controle de infecção rigorosamente (higienização das mãos nos cinco momentos da assistência recomendados pela OMS, ANVISA e Protocolo institucional);

AM



1.1.19. 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;

1.1.20. 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;

## 1.2. Enfermeiro Coordenador:

1.2.1. Coordenar tecnicamente as atividades de enfermagem;

1.2.2. Estar atento e gerenciar junto ao médico do plantão as demandas do NIR (Núcleo Interno de Regulação) para viabilizar a liberação de vaga;

1.2.3. Elaborar conjuntamente com o Enfermeiro Assistencial, planos de trabalho, diagnóstico situacional, distribuição de pessoal, atendendo a demanda e manutenção da assistência nas 24 horas;

1.2.4. Fazer a checagem e registro na pasta de protocolo do carrinho de emergência (lacre do carrinho e laringoscópio);

1.2.5. Viabilizar espaços de discussões técnicas e éticas com a equipe de enfermagem e a chefias imediata, bem como com a Gerência de Enfermagem;

1.2.6. Fazer check list dos materiais hospitalares, de consumo e permanentes de uso no setor e providenciar semanalmente (e/ou quando necessário);

1.2.7. Avaliar conjuntamente com os Enfermeiros Assistenciais, a atuação da equipe de enfermagem;

1.2.8. Conferir a elaboração da escala mensal, validar e encaminhar à Gerência de Enfermagem;

1.2.9. Atualizar normas, rotinas e procedimentos que visam à melhoria da assistência de Enfermagem junto com toda Equipe de Enfermagem;

1.2.10. Articular junto setores internos e externos, as transferências, altas, exames e procedimentos necessário a assistência do paciente;

1.2.11. Avaliar periodicamente os registros de enfermagem, bem como a checagem correta e anotação correspondente da prescrição de enfermagem e médica;

1.2.12. Checar diariamente todos os equipamentos de sua unidade, solicitando formalmente os reparos, quando necessário;

1.2.13. Realizar a conferência e organização das Altas dos internos;

1.2.14. Preparar, acondicionar, controlar e informar ao setor de regulação sobre os prontuários sujeitos a quarentena;

1.2.15. Manter a Gerência de Enfermagem informadas quanto às ocorrências da UTI, solicitando providências cabíveis, quando se fizerem necessárias;

1.2.16. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe assistencial, através de comportamento ético profissional.

1.2.17. Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade de internação para a Gerência de Enfermagem;

1.2.18. Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc);

*Handwritten signature*





- 1.2.19. 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;
- 1.2.20. Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;
- 1.2.21. Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- 1.2.22. Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefe Médica das clínicas e outros, quando for convocado;
- 1.2.23. Estabelecer contato com outros setores e demais chefias sempre que se fizer necessário;
- 1.2.24. Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- 1.2.25. Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- 1.2.26. Participar do processo de supervisão contínua da unidade de internação e estimular relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde;
- 1.2.27. Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;
- 1.2.28. Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto e longo prazo pelo serviço;
- 1.2.29. Colaborar com o SCIH para o

cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;

- 1.2.30. Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem da UTI;
- 1.2.31. Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;
- 1.2.32. Participar da visita diária e passagem de plantão da equipe de enfermagem e de saúde;
- 1.2.33. Assessorar a Gerência na tecnovigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;
- 1.2.34. Supervisionar a ordem na UTI;

### 1.3. Enfermeiro Assistencial:

- 1.3.1. Receber e passar plantão, Em conformidade com o Procedimento Operacional Padrão de passagem de plantão, à beira leito, de maneira mais silenciosa possível;
- 1.3.2. Supervisionar as atividades de enfermagem do seu plantão, estabelecendo a escala diária de atividades, mantendo a programação estabelecida;
- 1.3.3. Realizar a avaliação de risco de quedas do paciente na admissão e diariamente;
- 1.3.4. Gerenciar a equipe de enfermagem para execução do que foi prescrito;
- 1.3.5. Orientar pacientes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de queda dos leitos, quando for o caso;
- 1.3.6. Participar da investigação e da

AM



elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;

- 1.3.7. Realizar a notificação de eventos adversos, incidentes, acidentes e queixa técnica em sistema próprio, assim como, incentivar as demais categorias que também notifiquem quando necessário;
- 1.3.8. Realizar divisão dos funcionários para cada paciente interno, conforme as atribuições do plano de trabalho, obedecendo a legislação vigente;
- 1.3.9. Realizar visita a todos 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;
- 1.3.10. Registrar as condições da pele na admissão no histórico de enfermagem/prontuário;
- 1.3.11. Aplicar a escala de BRADEN e MORSE;
- 1.3.12. Avaliar na admissão e diariamente, o risco para lesão por pressão através do instrumento de predição de risco ESCALA DE BRADEN;
- 1.3.13. Registrar o risco que o cliente está exposto na placa de identificação à beira do leito;
- 1.3.14. Instituir medidas de prevenção nos pacientes com risco moderado, elevado e muito elevado para lesão por pressão;
- 1.3.15. Realizar prescrição de enfermagem que contemple o plano terapêutico para prevenção e tratamento de lesões por pressão;
- 1.3.16. 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;

- 1.3.17. Capacitar/supervisionar/orientar/monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão das medidas de prevenção e tratamento da LPP;
- 1.3.18. 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.
- 1.3.19. Fazer o curativo em feridas em 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;
- 1.3.20. Participar diretamente da assistência à pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- 1.3.21. Informar ao setor de Nutrição e Dietética a necessidade de jejum, suspensão de dieta ou liberação de dieta pelo médico;
- 1.3.22. Acompanhar o médico em suas visitas clínicas;
- 1.3.23. Conduzir o paciente para realização de exames;
- 1.3.24. Acompanhar no transporte extra e intra hospitalar os pacientes que necessitam submeter-se a exames e/ou procedimentos fora da UTI;
- 1.3.25. Auxiliar a equipe de enfermagem no desempenho de suas atividades, orientando-



ase treinando-as no que se fizer necessário;

- 1.3.26. Atender a equipe multiprofissional em suas solicitações, no que compete a enfermagem;
- 1.3.27. Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- 1.3.28. Manter a Coordenação de Enfermagem informada sobre as intercorrências do plantão;
- 1.3.29. Comunicar a Farmácia sobre a retirada de materiais e medicamentos no carrinho de emergência para fazer a reposição do mesmo;
- 1.3.30. Conferir diariamente a integridade do lacre do carrinho de emergência, checar diariamente o funcionamento do desfibrilador e laringoscópio;
- 1.3.31. Providenciar a reposição do material necessário na unidade (farmácia, almoxarifado, CME, lavanderia);
- 1.3.32. Manter a organização do setor e supervisionar sua equipe para o mesmo;
- 1.3.33. Executar procedimentos privativos do enfermeiro, previsto no Código de Ética de Enfermagem;
- 1.3.34. Participar ativamente na prevenção, tratamento e controle da infecção hospitalar;
- 1.3.35. Orientar pacientes na admissão quanto às rotinas do setor;
- 1.3.36. Atuar juntamente com os médicos plantonistas durante as intercorrências;
- 1.3.37. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe assistencial, através de comportamento ético profissional;

1.3.38. 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;

1.3.39. Registrar no livro de relatório de enfermagem todas as intercorrências ocorridas no plantão;

1.3.40. Zelar pelo patrimônio do hospital.

#### 1.4. Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

1.4.1. Receber e passar plantão, em conformidade com o Procedimento Operacional Padrão desta atividade, à beira leito, de maneira mais silenciosa possível;

1.4.2. Prestar assistência integral ao cliente, sob supervisão do enfermeiro, priorizando as ações de maior urgência;

1.4.3. Fazer controle geral dos parâmetros do paciente a cada duas horas, comunicando ao enfermeiro ou ao médico intensivista quaisquer alterações;

1.4.4. Auxiliar o enfermeiro na assistência ao cliente grave, desenvolvendo atividades de sua competência;

1.4.5. Executar as prescrições de enfermagem (SAE) e médicas, checando-as ações no prontuário;

1.4.6. Administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica e fazer a checagem com a anotação correspondente, assinatura e COREN;

1.4.7. 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;
- 1.4.8. Realizar controle de glicemia capilar de acordo com a prescrição médica;
- 1.4.9. Auxiliar a equipe multiprofissional na realização de exames (posicionamento do paciente para RX, coletas de sangue entre outros);
- 1.4.10. Auxiliar o enfermeiro na realização de curativos de feridas em estágio II e IV e realizar aqueles classificados I e II;
- 1.4.11. 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;
- 1.4.12. Manter cuidado rigoroso com a pele do paciente relacionado a hidratação e medidas de proteção a lesões como umidade, pressão, fricção e cisalhamento;
- 1.4.13. Retirar roupas e materiais utilizados e encaminhá-los ao expurgo, colocando-os em recipientes adequados para posterior encaminhamento à lavanderia e CME;
- 1.4.14. Solicitar ao funcionário da higienização a limpeza do leito, tão logo seja possível;
- 1.4.15. Realizar a montagem dos leitos, conferindo todos os itens necessários para a admissão segura do paciente;
- 1.4.16. 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;
- 1.4.17. Realizar desinfecção das lâminas do laringoscópio, após o seu uso, e repô-las no recipiente específico para tal no carro de emergência;
- 1.4.18. Informar ao Enfermeiro sobre a necessidade de reposição de materiais utilizados na assistência;
- 1.4.19. Manter armários e toda estrutura limpa e organizada para repor os materiais da unidade, controlando pra que não falte;
- 1.4.20. 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;
- 1.4.21. Encaminhar os materiais utilizados no período para CME, a fim de serem esterilizados;
- 1.4.22. Buscar materiais esterilizados na CME e arrumá-los nos armários específicos;
- 1.4.23. Responsabilizar-se, conforme escala, pelos encaminhamentos, controle e arrumação dos materiais estéreis, obedecendo ao fluxo: CME-UNIDADE-CME;
- 1.4.24. Executar os cuidados de enfermagem com o corpo *pós mortem*;
- 1.4.25. Manter comportamento ético e respeitoso junto aos membros da equipe, familiares e outros setores do hospital;
- 1.4.26. Participar das reuniões, quando convidado;
- 1.4.27. Manter a organização e zelar pelo patrimônio da unidade.



## 1.5. Referências

ARONS, et al. Curativos e Coberturas, p. 283-286, in GAMBÁ, MA PETRILV. 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](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 Perreira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG/Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagens/1750.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2021.

## 2. ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME) DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU);

### 2.1. Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

2.1.1. Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;

2.1.2. Iniciar as atividades laborais no horário pré-estabelecido conforme escala

de trabalho, com uniforme privativo, sem adornos;

2.1.3. Executar todas atividades visando a profissional e a segurança do paciente respeitando os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;

2.1.4. 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;

2.1.5. 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;

2.1.6. Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;

2.1.7. As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;

2.1.8. 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;

2.1.9. 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 setores, comunicar o Enfermeiro para as providências cabíveis;

2.1.10. Todos os membros da Equipe de

Al



Enfermagem são responsáveis pelo registro de notificações de eventos adversos e queixas técnicas das não conformidades que possam acarretar danos ao serviço e usuários;

2.1.11. Todos os membros da Equipe de Enfermagem deverão zelar pelo patrimônio da instituição, de modo especial aos aparelhos, equipamentos e materiais da UTI;

2.1.12. As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem serão em datas previamente definidas pela chefia imediata;

2.1.13. Todas as atividades de Enfermagem na CME deverão ser registradas em impressos próprios (formulários, protocolos, livros) ou sistema informatizado;

2.1.14. 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;

2.1.15. Cumprir as normas de controle de infecção rigorosamente conforme estabelecido pela OMS, ANVISA, SCIH e Protocolos Institucionais;

## 2.2. Enfermeiro Coordenador:

2.2.1. Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;

2.2.2. Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;

2.2.3. Elaborar escala mensal do Serviço de Enfermagem, atentando-se para férias e licenças e encaminhar para a Gerência de Enfermagem em formato digital;

2.2.4. Manter contato direto com a Gerência de Enfermagem;

2.2.5. Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade de internação para a Gerência de Enfermagem;

2.2.6. Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc);

2.2.7. 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;

2.2.8. Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;

2.2.9. Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;

2.2.10. Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefia Médica das clínicas e outros, quando for convocado;

2.2.11. Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;

2.2.12. Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;

2.2.13. Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;

2.2.14. Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a

*Handwritten signature in blue ink.*



curto e longo prazo pelo serviço;

- 2.2.15. Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;
- 2.2.16. Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem da Clínica Médica;
- 2.2.17. Assessorar a Gerência na tecnovigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;
- 2.2.18. 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;
- 2.2.19. 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;
- 2.2.20. 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;
- 2.2.21. Propor e utilizar indicadores de controle de qualidade do processamento de produtos para saúde, sob sua responsabilidade;
- 2.2.22. Avaliar a qualidade dos produtos fornecidos por empresa processadora terceirizada, quando for o caso, de acordo

com critérios preestabelecidos;

- 2.2.23. 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;
- 2.2.24. 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;
- 2.2.25. Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;
- 2.2.26. 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;
- 2.2.27. Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- 2.2.28. Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- 2.2.29. Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;
- 2.2.30. 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;

MI



2.2.31. Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas ao processamento de produtos para saúde;

### 2.3. Enfermeiro Assistencial:

2.3.1. Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido, sapato fechado e sem adornos;

2.3.2. 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;

2.3.3. Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;

2.3.4. 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;

2.3.5. 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;

2.3.6. 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;

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

2.3.8. Manter comunicação estreita com a equipe do Centro Cirúrgico;

2.3.9. Conferir o mapa cirúrgico diariamente, assim que receber o plantão e certificar de todos os materiais necessários para os procedimentos cirúrgicos foram fornecidos;

2.3.10. Supervisionar a desinfecção concorrente (em cada turno) das bancadas, mesas e equipamentos da unidade;

2.3.11. Cumprir o regulamento e regimento internos, ordens de serviço e portarias institucionais, protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;

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

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

2.3.14. Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;

2.3.15. Participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado;

2.3.16. Cumprir o programa da Gerência de Enfermagem para recepção de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem admitidos e/ou transferidos das unidades;





- 2.3.17. 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;
- 2.3.18. Participar da avaliação de desempenho e auto avaliação por competência da equipe de Enfermagem sob sua supervisão;
- 2.3.19. Definir, elaborar e participar, em conjunto com o Coordenador de Enfermagem de programas educacionais a serem desenvolvidos na unidade;
- 2.3.20. Sensibilizar/orientar a sua equipe quanto ao uso racional dos insumos hospitalares;
- 2.3.21. 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;
- 2.3.22. Monitorar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, os indicadores de qualidade em Enfermagem e propor/aplicar as medidas de intervenção;
- 2.3.23. Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- 2.3.24. Orientar e preencher formulários de acidente de trabalho, conduzir o funcionário para atendimento conforme rotina preestabelecida, em casos de acidente de trabalho;
- 2.3.25. Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de

Enfermagem;

- 2.3.26. Planejar, controlar, supervisionar e avaliar o desenvolvimento das atividades de processamento dos artigos hospitalares executados pela equipe de enfermagem na CME;
- 2.3.27. Alimentar diariamente sistema de controle diário da CME;
- 2.3.28. 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 emergências;
- 2.3.29. 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;
- 2.3.30. Verificar temperatura e umidade do arsenal da CME;
- 2.3.31. Verificar e controlar possíveis desperdícios de produtos em geral usados no reprocessamento, bem como das embalagens;
- 2.3.32. Supervisionar e avaliar limpeza diária e a desinfecção terminal da CME;
- 2.3.33. 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;
- 2.3.34. Supervisionar o controle de entrada e saída de material do CME para outros setores do hospital;
- 2.3.35. Coordenar, planejar e executar

AM



treinamento com a equipe de Enfermagem em serviço e em processo de educação continuada;

2.3.36. Desenvolver habilidades e competências técnico-científicas em conjunto com a equipe de enfermagem e incentivar e promover a pesquisa científica em seu campo de atuação;

2.3.37. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

2.3.38. Coordenar, supervisionar e controlar os processos de limpeza, desinfecção e esterilização executados pela equipe de enfermagem;

2.3.39. Supervisionar a equipe pelo cumprimento das orientações quanto ao uso de EPI's e as normativas para dinâmica do serviço;

2.3.40. 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;

2.3.41. Zelar pelo patrimônio da instituição.

## 2.4. Técnico/Auxiliar de Enfermagem

2.4.1. 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;

2.4.2. Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;

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

2.4.4. 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;

2.4.5. Anotar a produção do turno na folha de estatística (impresso próprio) ou no sistema informatizado;

2.4.6. Realizar todos os testes previstos nos equipamentos da unidade (autoclaves, termodesinfectoras, lavadoras, pistolas de ar, incubadoras etc) e registrá-los em impresso próprio ou sistema de informação;

2.4.7. Comunicar ao enfermeiro do turno qualquer anormalidade com materiais e equipamentos;

2.4.8. Auxiliar na elaboração de rotinas técnicas e fluxos de trabalho;

AM



- 2.4.9. Participar de treinamentos, cursos e reuniões sempre que convidado;
- 2.4.10. Participar da implantação de novas técnicas e rotinas de trabalho;
- 2.4.11. Comunicar à chefia imediata a ocorrência de danos ou perda de material;
- 2.4.12. Realizar desinfecção concorrente e terminal da CME, conforme escala realizada pelo enfermeiro.
- 2.4.13. Acompanhar o enfermeiro nas visitas e vistorias dos setores;

## 2.5. 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, Hórcio 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.

# ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DO BLOCO CIRÚRGICO DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU);

## 3.1. Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

- 3.1.1. Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- 3.1.2. 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;
- 3.1.3. 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;
- 3.1.4. 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;
- 3.1.5. 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;
- 3.1.6. Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;
- 3.1.7. As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;
- 3.1.8. Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade e deverão zelar pelo patrimônio da instituição, de modo

AM



especial aos aparelhos, equipamentos e materiais do Bloco Cirúrgico;

permanecer junto ao paciente até o início da cirurgia;

3.1.9. 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;

3.1.10. As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem serão em datas previamente definidas pela chefia imediata;

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

3.1.12. 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;

3.1.13. Receber, conferir e guardar o material da CME, Almoxarifado, Farmácia, Lavanderia atentando para validade dos produtos e correto acondicionamento de cada um;

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

3.1.15. 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;

3.1.16. Transferir o paciente para a sala operatória e posicioná-lo na mesa cirúrgica,

3.1.17. Aplicar o Protocolo de Cirurgia Segura (checklist de cirurgia segura), orienta-se que uma única pessoa seja responsável por essa aplicação;

3.1.18. Proceder a monitorização cardíaca (FC, SPO2 e PA), o posicionamento do bisturi elétrico e auxiliar o paciente no posicionamento para a anestesia para o procedimento cirúrgico;

3.1.19. Realizar as anotações de enfermagem nos impressos próprios do setor;

3.1.20. Manter as portas da sala operatória fechadas durante todo o ato operatório;

3.1.21. Cobrir o paciente e transferi-lo da mesa cirúrgica para a maca e em seguida encaminhá-lo para RPA;

3.1.22. 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;

3.1.23. Manter arsenal do CC abastecido com os recursos necessários, conforme programação cirúrgica;

3.1.24. Realizar desinfecção terminal do CC, conforme rotina;

3.1.25. Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do HEMU, através de comportamento ético profissional;

3.1.26. Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos;

## 3.2. Enfermeiro Coordenador:



- 3.2.1. Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;
- 3.2.2. Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;
- 3.2.3. Elaborar escala mensal do Serviço de Enfermagem, atentando-se para férias e licenças e encaminhar para a Gerência de Enfermagem em formato digital;
- 3.2.4. Manter contato direto com a Gerência de Enfermagem;
- 3.2.5. Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade de internação para a Gerência de Enfermagem;
- 3.2.6. Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc);
- 3.2.7. 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;
- 3.2.8. Realizar a avaliação de desempenho periódica de todos os funcionários sob sua coordenação;
- 3.2.9. Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- 3.2.10. Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefia Médica das clínicas e outros, quando for convocado;
- 3.2.11. Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- 3.2.12. Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- 3.2.13. Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;
- 3.2.14. Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto e longo prazo pelo serviço;
- 3.2.15. Colaborar com o SCIH para o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;
- 3.2.16. Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem do Bloco Cirúrgico;
- 3.2.17. Assessorar a Gerência na tecnovigilância do serviço, inclusive com a emissão de parecer técnico;
- 3.2.18. Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas monitoramento dos indicadores de qualidade e gestão do Bloco Cirúrgico;
- 3.2.19. 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;
- 3.2.20. Avaliar a qualidade dos produtos fornecidos pela CME e por empresa processadora terceirizada, quando for o caso;
- 3.2.21. Acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do Bloco Cirúrgico;

AM

3.2.22. Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;

3.2.23. Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do setor;

3.2.24. Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no Bloco Cirúrgico;

3.2.25. Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no setor;

3.2.26. 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;

3.2.27. Elaborar termo de referência, ou emitir parecer técnico relativo à aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no Bloco Cirúrgico;

3.2.28. Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas a procedimentos cirúrgicos;

3.2.29. Provocar e estimular clima amistoso entre a equipe multiprofissional;

3.2.30. Zelar pelo patrimônio da instituição.

3.3.2. 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;

3.3.3. Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;

3.3.4. 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;

3.3.5. 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;

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

3.3.7. Manter comunicação estreita com a equipe da unidade de internação cirúrgica e CME;

3.3.8. Conferir o mapa cirúrgico diariamente, assim que receber o plantão e certificar de todos os materiais necessários para os procedimentos cirúrgicos foram fornecidos;

### 3.3. Enfermeiro Assistencial:

3.3.1. Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido, sapato fechado e sem adornos;



- 3.3.9. Cumprir o regulamento e regimento internos, ordens de serviço e portarias institucionais, protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;
- 3.3.10. Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Gerência de Enfermagem;
- 3.3.11. Participar de reuniões, quando solicitado, com os enfermeiros de todos os turnos e o Coordenador de Enfermagem da unidade, em datas previamente acordadas;
- 3.3.12. Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/rotinas e POPs de Enfermagem;
- 3.3.13. Participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado;
- 3.3.14. Cumprir o programa da Gerência de Enfermagem para recepção de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem admitidos e/ou transferidos das unidades;
- 3.3.15. 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;
- 3.3.16. Participar da avaliação de desempenho e auto avaliação por competência da equipe de Enfermagem sob sua supervisão;
- 3.3.17. Definir, elaborar e participar, em conjunto com o Coordenador de Enfermagem de programas educacionais a serem desenvolvidos na unidade;
- 3.3.18. Sensibilizar/orientar a sua equipe quanto ao uso racional dos insumos hospitalares;
- 3.3.19. 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;
- 3.3.20. Monitorar, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, os indicadores de qualidade em Enfermagem e propor/aplicar as medidas de intervenção;
- 3.3.21. Solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- 3.3.22. Orientar e preencher formulários de acidente de trabalho, conduzir o funcionário para atendimento conforme rotina preestabelecida, em casos de acidente de trabalho;
- 3.3.23. Acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com a Coordenação de Enfermagem;
- 3.3.24. Supervisionar e monitorar as atividades de enfermagem da unidade sob a sua responsabilidade;
- 3.3.25. Desenvolver habilidades e competências técnico-científica em conjunto com a equipe de enfermagem;
- 3.3.26. Alimentar diariamente o controle diário do CC e checar com antecedência a programação cirúrgica;
- 3.3.27. Realizar planos de cuidados de enfermagem e supervisionar a continuidade da assistência prestada aos pacientes cirúrgicos;
- 3.3.28. Prever recursos necessários ao atendimento em sala operatória (check-list

A



diário);

tanto para o paciente, quanto para equipe multiprofissional;

3.3.29. Supervisionar e orientar a desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de itens especiais aos seus respectivos setores;

3.3.40. Participar e executar, o cuidado ao atendimento direto ao paciente Crítico e Semicrítico;

3.3.30. Planejar, implementar e avaliar as rotinas assistenciais;

3.3.41. Fazer o controle da temperatura da geladeira e checar os carros de emergência em todos os plantões;

3.3.31. Planejar, implementar e executar as ações de educação permanente para a equipe do Centro Cirúrgico.

3.3.42. 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;

3.3.32. Planejar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, envolvendo todos os turnos de trabalho;

3.3.43. 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;

3.3.33. Orientar e conscientizar a equipe cirúrgica para uso e observância das precauções Padrão;

3.3.44. Elaborar a escala diária de atribuições da equipe de enfermagem observando o melhor funcionamento do setor;

3.3.34. Realizar avaliação pré-operatória dos pacientes, de acordo com as condições oferecidas pelo Setor;

3.3.45. Avaliar e ser receptivo à avaliação de desempenho periódico, oferecendo e recebendo "feedback" das orientações prestada ao servidor avaliado;

3.3.35. Verificar os materiais e equipamentos necessários ao ato anestésico-cirúrgico;

3.3.36. Realizar o controle dos carros de emergência, pilhas do laringoscópio, funcionamento do desfibrilador e materiais de uso em urgência/emergência;

3.3.46. 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;

3.3.37. 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;

3.3.47. 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.

3.3.38. Auxiliar na indução e a reversão do procedimento anestésico;

3.3.39. Manter o ambiente cirúrgico seguro,

*AM*





3.3.48. Participar do processo de planejamento, organização e controle de material de assistência adequado às necessidades do setor;

3.3.49. Realizar solicitação de soluções, materiais esterilizados e equipamentos à farmácia, central de materiais esterilizados/almoxarifado e central de equipamentos, respectivamente;

3.3.50. Solicitar ao serviço de hotelaria o fornecimento de enxoval em caso de insuficiência na unidade;

3.3.51. Conferir e solicitar os materiais de consumo ao almoxarifado, diariamente;

3.3.52. 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;

3.4.1. Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido/paramentado, sapato fechado, usando EPI's e sem adornos;

3.4.2. Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;

3.4.3. Participar de reuniões com o Enfermeiro da unidade quando solicitado;

3.4.4. Colaborar com o Enfermeiro nos treinamentos de funcionários;

3.4.5. Desenvolver procedimentos técnicos de sua competência e conforme orientação do enfermeiro;

3.4.6. Contribuir para que os ambientes do Bloco Cirúrgico permaneçam limpos e organizados;

3.4.7. Tomar ciência sobre as cirurgias agendadas para a sala de sua responsabilidade e conferir se todos os requisitos necessários ao bom andamento do procedimento estão presentes;

3.4.8. 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.

3.4.9. 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;

3.4.10. Checar o funcionamento de gases e equipamentos da sala operatória e de

#### 3.4. Técnico/Auxiliar de Enfermagem – Circulante de Sala:



recuperação anestésica;

- 3.4.11. Auxiliar na paramentação da equipe cirúrgica;
- 3.4.12. Abrir os materiais estéreis, obedecendo aos princípios de técnica asséptica;
- 3.4.13. Abrir os pacotes de compressas e solicitar ao instrumentador para contá-las;
- 3.4.14. Ligar e posicionar o foco central para o campo operatório;
- 3.4.15. Oferecer material (antisséptico) para a realização da antisepsia da pele equipe cirúrgica;
- 3.4.16. Aproximar da mesa cirúrgica, aparelhos e aspiradores e promover suas devidas conexões;
- 3.4.17. Estar atento às solicitações da equipe cirúrgica e do anestesiológico, permanecendo dentro da sala cirúrgica durante todo procedimento operatório;
- 3.4.18. Participar da checagem e contagem as compressas após o uso;
- 3.4.19. Desligar e afastar os aparelhos, retirando a placa universal de bisturi elétrico, ao término do procedimento;
- 3.4.20. Realizar limpeza do paciente, retirar lençóis sujos antes de transferi-lo para Unidade de Recuperação Pós Anestésica;
- 3.4.21. Manter uma boa relação interpessoal com a equipe interdisciplinar;
- 3.4.22. Zelar pelo correto manuseio dos equipamentos;

### 3.5. Técnico/Auxiliar de Enfermagem - Instrumentador cirúrgico

- 3.5.1. Apresentar-se para receber o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido/paramentado, sapato fechado, usando EPI's e sem adornos;
- 3.5.2. Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;
- 3.5.3. Executar atividades que envolvem preparo e acompanhamento da montagem da sala de cirurgia;
- 3.5.4. Auxiliar na organização do setor, na montagem e desmontagem das salas de cirurgia;
- 3.5.5. Auxiliar nas urgências e emergências, quando necessário;
- 3.5.6. Auxiliar na limpeza terminal do setor;
- 3.5.7. Conferir materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico necessários para o ato cirúrgico;
- 3.5.8. Paramentar-se, com técnica asséptica, cerca de 15 minutos antes do início da cirurgia;
- 3.5.9. Dispor o instrumental cirúrgico sobre a mesa, de acordo com sua utilização em cada tempo cirúrgico;
- 3.5.10. Preparar agulhas e fios de sutura adequadamente e de acordo com o tempo cirúrgico;
- 3.5.11. Auxiliar o cirurgião e os assistentes durante a paramentação cirúrgica e na colocação dos campos estéreis;



- 3.5.12. Prever e solicitar material complementar ao circulante de sala operatória;
- 3.5.13. Ser responsável pela assepsia, limpeza e acomodação do instrumental cirúrgico, durante toda a cirurgia;
- 3.5.14. Entregar o instrumental cirúrgico ao cirurgião e assistentes com habilidade e presteza;
- 3.5.15. Atender prontamente às solicitações da equipe cirúrgica e às necessidades do paciente durante o procedimento;
- 3.5.16. Desprezar adequadamente o material contaminado e os perfurocortantes;
- 3.5.17. Realizar a contagem de compressas, gazes e agulhas, em colaboração com o circulante, quando for indicado;
- 3.5.18. Auxiliar no curativo e no encaminhamento do paciente à devida unidade, quando solicitado;
- 3.5.19. Conferir o material e o instrumental após o uso;
- 3.5.20. Ajudar na retirada do material e do instrumental cirúrgico da sala operatória e no encaminhamento a Central de Material Esterilizado;
- 3.5.21. Realizar a organização e limpeza dos materiais cirúrgicos específicos de acordo com escala;
- 3.5.22. Realizar desinfecção/esterilização dos materiais de Vídeo.

plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente vestido/paramentado, sapato fechado, usando EPI's e sem adornos;

- 3.6.2. Garantir a continuidade da assistência de enfermagem repassando informações em cada troca de plantão e apresentando-se para receber o plantão no horário escalado;
- 3.6.3. Inteirar-se sobre programação de cirurgias para ajustar o material de acordo com às necessidades de cada paciente;
- 3.6.4. Realizar, no início do plantão, visita ao paciente na clínica de origem para início da SAEP;
- 3.6.5. Orientar, supervisionar e monitorar a montagem da RPA;
- 3.6.6. Realizar o controle dos carros de emergência, pilhas do laringoscópio, funcionamento do desfibrilador e materiais de uso em urgência/emergência;
- 3.6.7. Registrar e notificar condições de temperatura de geladeira que acondicionam medicamentos;
- 3.6.8. 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.
- 3.6.9. Fazer exame físico do paciente na admissão e alta do paciente;
- 3.6.10. Prestar assistência individualizada no período pós operatório imediato ao paciente assegurando a prevenção de riscos e complicações decorrentes ao ato cirúrgico-anestésico;
- 3.6.11. Avaliar as condições respiratória, neurológica, circulatória e psicológica;

### 3.6. Enfermeiro da Recuperação Pós Anestésica (RPA)

- 3.6.1. Apresentar-se para receber o



- 3.6.12. Acompanhar o índice de Aldrete e Kroulik e a escala de dor, durante permanência na unidade de recuperação pós anestésica;
- 3.6.13. Realizar passagem de sonda nasogástrica e cateterismo vesical de alívio de acordo com a prescrição médica;
- 3.6.14. Reconhecer as drogas mais usadas em anestésias e analgesias, bem como sua farmacodinâmica;
- 3.6.15. Instalar hemoderivados seguindo protocolo da instituição, assegurando-se da prescrição pelo cirurgião e/ou anestesiológico, assim como assinatura do termo de autorização da intervenção pelo paciente ou responsável;
- 3.6.16. Realizar notificação da hemovigilância;
- 3.6.17. Orientar pacientes e familiares, principalmente os que permanecerão na RPA;
- 3.6.18. Intervir e registrar intercorrências, cuidados e manobras no paciente durante permanência na RPA;
- 3.6.19. Elaborar prescrição de cuidados da enfermagem no protuário;
- 3.6.20. Comunicar sobre alta paciente para a unidade de internação;
- 3.6.21. Protocolar peças anatômicas, quando disponíveis, e entregá-las, com devida assinatura de recebimento;
- 3.6.22. Informar ao profissional da clínica de origem sobre condições clínicas e orientações de cuidados para o paciente;
- 3.6.23. Solicitar materiais, medicamentos e soluções para abastecimento da unidade, via

Sistema;

- 3.6.24. Supervisionar e delegar atribuições aos técnicos de acordo com sua competência;
  - 3.6.25. Atualizar Controle Diário de Cirurgias;
  - 3.6.26. Atualizar Controle Diário de Cirurgias;
  - 3.6.27. Informar à chefia imediata as ocorrências relacionadas aos pacientes e com técnicos sob sua responsabilidade;
  - 3.6.28. Participar de treinamentos e sugerir temas a serem abordados;
  - 3.6.29. Participar na melhoria dos processos realizados na unidade como parte do grupo de trabalho, emitindo opiniões e sugestões;
  - 3.6.30. Manter a ordem e a limpeza da sua unidade trabalho;
  - 3.6.31. Zelar pelo patrimônio da instituição.
- 3.7. Técnico de Enfermagem da Recuperação Pós Anestésica (RPA):
- 3.7.1. Informar - se sobre cirurgias programadas;
  - 3.7.2. Quando solicitado, auxiliar o enfermeiro na consulta pré-operatória;
  - 3.7.3. Prestar os cuidados conforme prescrição médica;
  - 3.7.4. Realizar preparo e manutenção da unidade para atendimento do paciente conforme planejamento e orientação do Enfermeiro;



- 3.7.5. Auxiliar o Enfermeiro no controle dos carros de emergência, pilhas do laringoscópio, funcionamento do desfibrilador e materiais de uso em urgência/emergência.
- 3.7.6. Verificar datas de validade do material esterilizado;
- 3.7.7. Montar equipamentos que tenham sido desmontados para limpeza e desinfecção, verificando seu funcionamento;
- 3.7.8. Montar os bicos de oxigênio e vácuo;
- 3.7.9. Organizar junto à equipe da sala operatória o transporte do paciente para RPA;
- 3.7.10. Atentar para informações sobre o paciente no momento da admissão;
- 3.7.11. Monitorizar e registrar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação, temperatura);
- 3.7.12. 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;
- 3.7.13. Monitorar e controlar temperatura corpórea e saturação de oxigênio;
- 3.7.14. Aplicar escala dedor;
- 3.7.15. Realizar e registrar resultado de teste de glicemia, quando necessário.
- 3.7.16. Mensurar e registrar débito urinário, se possível. Desprezá - lo, quando necessário.
- 3.7.17. 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;
- 3.7.18. Identificar acesso periférico e equipo com data e nome do colaborador, quando esse for realizado na RPA;
- 3.7.19. Identificar soluções que estejam sendo infundidas no paciente, bem como, administrar e checar medicações prescritas;
- 3.7.20. Descrever breve relato sobre condições de admissão, permanência e alta do paciente da RPA;
- 3.7.21. Realizar, com segurança, após prescrição médica a alta e a transferência dos pacientes;
- 3.7.22. Realizar checagem e a anotação de enfermagem de todos os cuidados prestados;
- 3.7.23. Limpar todos os aparelhos e superfícies com compressa e solução recomendada pelo SCIH;
- 3.7.24. Dedicar atenção especial à limpeza dos cabos, fios e tomadas;
- 3.7.25. Provisionar soros, medicamentos e materiais para unidade e comunicar ao enfermeiro;
- 3.7.26. Repor materiais de consumo: gazes, compressas, luvas estéreis e de procedimentos, esparadrapo, agulhas, scalp, cateteres intravenosos, seringas, algodão, sondas, soluções, etc;
- 3.7.27. Arrumar os leitos, após desinfecção dos colchões realizada pela funcionária da higienização;

All



- 3.7.28. Auxiliar médicos e enfermeiros em qualquer procedimento no paciente de sua responsabilidade;
- 3.7.29. Participar na melhoria dos processos realizados na unidade como parte do grupo de trabalho, emitindo opiniões e sugestões;
- 3.7.30. Participar de treinamentos e sugerir temas a serem abordados;
- 3.7.31. Manter a ordem e a limpeza da sua unidade trabalho;

## Rerreferências

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/imagens/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 esta 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) 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 pre-*

*ciso 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU), bem como discorrer sobre sua estrutura, suas 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 profissionais que farão parte dos profissionais de apoio técnico assistencial e atuarão na totalidade das ações e serviços oferecidos pelo Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) nas vinte e quatro horas do dia, de segunda a domingo em turnos de 6 horas, cumprindo jornada semanal 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

AM



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, temos que, 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, temos 82 pacientes no intervalo das 07:00hs - 19:00hs.

Dessa forma o serviço contara na parte da manhã, das 07:00hs com três Assistentes Sociais e, na parte da tarde 13:00 as 19:00hs com três profissionais e, nos plantões noturnos, com um plantonista por turno, (19:00hs as 01:00hs e das 01:00hs as 07:00hs).

Os requisitos mínimos para o exercício 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU), 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

**CARGO: ASSISTENTE SOCIAL**

2. Subordinação: Gerência Administrativa

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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU)

### 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 disponível 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

Locais de atuação:

Ambulatório: (7:00 às 19:00), no período noturno a unidade é atendida pelo plantonista, assim como nos finais de semana e feriados. Durante a semana o plantonista pode ser acionado através da telefonista. Finais de semana e feriados através da telefonista que entrará em contato com o assistente social;

SADT Externo: (7:00 às 19:00), no período noturno a unidade é atendida pelo plantonista, assim como nos finais de semana e feriados. Durante a semana





o plantonista pode ser acionado através da telefonista. Finais de semana e feriados através da telefonista que entrará em contato com o assistente social;

Quimioterapia: (7:00 às 19:00), no período noturno a unidade é atendida pelo plantonista, assim como nos finais de semana e feriados. Durante a semana o plantonista pode ser acionado através da telefonista. Finais de semana e feriados através da telefonista que entrará em contato com o assistente social;

Alojamento conjunto (Maternidade): a unidade conta com profissionais durante as 24 horas do dia.

Internação Clínica / 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 sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, proteção e ou recuperação da saúde.

A prática profissional dos Assistentes Sociais vem se desenvolvendo e a cada dia tem 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 Esta-

dual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) 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 das Assistentes Sociais, respeitando a 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 próprios 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 das Assistentes Sociais:
- Realizar o Trabalho Social de competência do Assistente Social;
  - Prestar orientação social aos usuários do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU);
  - Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) 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, perícias 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU), 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.
- Assumir a responsabilidade dos procedimentos técnicos realizados;
- Promover pesquisa científica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU);
- 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 Chefe 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, SADT e quimioterapia

**Objetivo:** Orientar conduta profissional nas unidades de atendimento externo, Ambulatórios, SADT e quimioterapia.

16. Acompanhar a início das atividades dos setores;
17. Estar disponível para atender os usuários que buscarem o Serviço;
18. Realizar acolhimento aos usuários,



familiares/rede de apoio social ou acompanhantes nos locais de atendimento externo;

informações pertinentes para socializar com a equipe multiprofissional;

19. 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;
20. Prestar atendimento aos familiares/rede de apoio social, compreendendo que a família vivencia juntamente com o usuário seu processo de saúde e doença;
21. Realizar contato com a rede de apoio e de proteção social do usuário quando necessário e prestar os devidos encaminhamentos.
22. Realizar contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;
23. Formalização do encaminhamento, quando necessário;
24. Acompanhar sistematicamente os usuários que estão se submetendo a seções de quimioterapia, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;
25. Articular, com a equipe multiprofissional, nas situações onde o paciente busca o serviço; as orientações necessárias ao tratamento;
26. 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;
27. Registrar no prontuário do usuário as

## 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. 1 Alta hospitalar;
2. 2 Óbito;
3. 3 Orientações previdenciárias e trabalhistas;
4. 4 Orientações/encaminhamentos quanto aos serviços sócio assistenciais;
5. 5 Situações emergenciais de violência;
6. 6 Atendimento a gestante ou puérpera usuária de substância psicoativas;
7. O plantão de Serviço Social atuará nos horários noturnos em situações emergenciais. Após a avaliação de cada caso, as situações avalladas em que não exista urgência do atendimento, os profissionais lotados 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 a 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

*Handwritten signature*



fornecido gratuitamente no cartório mais próximo no prazo máximo de 15 dias.

Observação:

- A comunicação do óbito não é atribuição específica 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**

9. Atender ao processo de assistência do SUS, de planejamento e gestão institucional;
10. Inserir-se de forma crítica positiva em processos coletivos de trabalho;
11. Trabalhar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a perspectiva de integralidade do SUS;
12. 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;
13. Identificar recursos e propor respostas imediatas às situações e necessidades apresentadas por indivíduos e famílias.
14. Ser dinâmico na articulação e acionamento dos recursos disponíveis nas redes de proteção social;
15. 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;

16. 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;
17. Planejar e acionar estratégias de referência e contra referência visando a atenção à necessidade de saúde apresentada pelo indivíduo;
18. Contribuir com a formação profissional através do processo de supervisão de estágio ou supervisionar estagiários de Serviço Social.

AK





## ITEM 3.4.2 - INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMA E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

### DO MODELO ASSISTENCIAL E LINHA DE CUIDADOS E SERVIÇOS OFERECIDOS

O modelo assistencial do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) 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 do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) são estruturados em Coordenações, ordenados considerando a condição clínica e grau de complexidade do cuidado ao paciente e áreas afins de especialidades.

Os serviços assistenciais possuem as seguintes atribuições gerais:

- I. Cumprir e fazer cumprir o presente Regulamento e as deliberações institucionais;
- II. Participar e cumprir as etapas do processo seletivo em consonância com as políticas e estratégias de Recursos Humanos;

- III. Atuar no sentido do melhor relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutive e humanizada junto aos pacientes;
- IV. Organizar o fluxo do serviço, garantindo acesso e ampliação da demanda;
- V. Aumentar a eficiência do serviço de admissão e reduzir custos;
- VI. Prover uma assistência de qualidade e segurança que atenda aos padrões e critérios legais e institucionais estabelecidos;
- VII. 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 critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- VIII. Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;
- IX. 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;
- X. Identificar os riscos dos processos de

AM



trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, detectar e mitigar a ocorrência de atos indesejados;

- XI. Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos;
- XII. Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;
- XIII. Participar da elaboração e atuar no sentido do cumprimento das diretrizes e ações definidas nas documentações institucionais;
- XIV. 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;
- XV. Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;
- XVI. Manter um ambiente de cooperação mútua de toda a equipe facilitando a execução dos processos;
- XVII. 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;
- XVIII. 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;
- XIX. Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso

nas emergências;

- XX. 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;
- XXI. Cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- XXII. Fazer cumprir as políticas, diretrizes e ações relacionadas à comunicação institucional;
- XXIII. Identificar, notificar e analisar os eventos adversos ocorridos, bem como os relatórios de não conformidades.

Para o funcionamento do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

A. Internação:

- - Clínica Médica
- - Clínica Cirúrgica
- - Pediatria
- - Cirúrgicas Oncológicas
- - Oncologia
- - Obstetrícia
- - Saúde Mental

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

AM



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.

- - Cirúrgico: 60 leitos
- - Obstétrico: 60 leitos
- - Pediátrico: 28 leitos
- - Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas): 10
- - Centro Cirúrgico (RPA): 14

## DA ORGANIZAÇÃO ESTRUTURA HOSPITALAR DE SUPORTE PARA O MODELO ASSISTENCIAL

O Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU possui total de 302 leitos, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

- - UTI Adulto: 20 leitos
- - UTI Neonatal : 10 leitos
- - UTI Pediátrico: 10 leitos
- - Clínico Adulto: 90 leitos

### Da Coordenação Multiprofissional

A Coordenação Multiprofissional é realizada pelo profissional Enfermeiro(a).

### Da Estrutura

Subordinam-se à Coordenação Multiprofissional as áreas:

- - Psicologia
- - Serviço Social
- - Fisioterapia
- - Fonoaudiologia
- - Terapia Ocupacional
- - Farmácia Clínica
- - Nutrição Clínica

### Das Atribuições

A Coordenação Multiprofissional:

- I. 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;

- II. Planejar as em conjunto com as lideranças das áreas sob sua coordenação as atividades, processos e resultados;
- III. Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;
- IV. Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;
- V. 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;
- VI. Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;
- VII. VII - Propor aperfeiçoamento na metodologia de execução dos processos de auditorias em sua área de atuação;
- VIII. VIII - Cumprir atribuições relacionadas presentes Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

### Das Competências

Ao Coordenador(a) Multiprofissional compete:

- I. Coordenar, orientar e supervisionar as atividades de apoio da Unidade e Áreas que lhes são subordinadas;
- II. Expedir normas internas referentes ao corpo de profissionais da Unidade e Áreas que lhes são subordinadas;
- III. Cumprir e fazer cumprir as determinações e

políticas institucionais;

- IV. Monitorar os indicadores de processo e de resultados assistenciais;
- V. Determinar a forma de regular o acesso aos serviços da instituição segundo critérios legais, médicos e assistenciais;
- VI. Atender às competências relacionadas presentes Regimento Interno.

### Do Funcionamento

A Coordenação Multiprofissional subordina-se à Gerência Assistencial.

- I. Atuar de segunda a sexta-feira, no período das 8 (oito) às 17 (dezesete) 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:

- I. Cumprir e fazer cumprir o presente Regulamento e as deliberações institucionais;
- II. Participar e cumprir as etapas do processo seletivo em consonância com as políticas e estratégias de Recursos Humanos;
- III. Atuar no sentido do melhor relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;
- IV. 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

*Handwritten signature*



- Paciente;
- V. Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;
  - VI. 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;
  - VII. Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos;
  - VIII. Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;
  - IX. Participar da elaboração e atuar no sentido do cumprimento das diretrizes e ações definidas nas documentações institucionais;
  - X. 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;
  - XI. Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;
  - XII. Manter um ambiente de cooperação mútua de toda a equipe facilitando a execução dos processos;
  - XIII. 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;
  - XIV. 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;
  - XV. Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;
  - XVI. 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;
  - XVII. Fazer cumprir as políticas, diretrizes e ações relacionadas à comunicação institucional;
  - XVIII. Cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
  - XIX. Identificar, notificar e analisar os eventos adversos ocorridos, bem como os relatórios de não conformidades.

## DA ENFERMAGEM

### Do Enfermeiro Assistencial

#### Das Atribuições

- I. Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;
- II. Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;
- III. Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;
- IV. Implementar ações para a promoção da saúde;

AM



- V. 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;
- VI. 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;
- VII. Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar, garantindo uma assistência de qualidade e segura;
- VIII. Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causadas aos usuários durante a assistência de enfermagem;
- IX. Participar de projetos de construção ou reforma de unidades assistenciais;
- X. 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;
- XI. Elaborar escala mensal, de férias e diária de serviço da unidade e turno sob sua responsabilidade;
- XII. Promover interação da equipe multidisciplinar, objetivando o cuidado centrado no usuário;
- XIII. Suprir a unidade de materiais necessários aos trabalhos, mantendo o respectivo controle de uso, reposição, guarda e conservação;
- XIV. Manter a ordem e limpeza do ambiente de trabalho, solicitando ao órgão competente todos os reparos que se fizerem necessários;
- XV. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Profissional.
- XVI. Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

## Do Técnico de Enfermagem

### Das Atribuições

- I. Assistir ao enfermeiro em todas as suas atividades;
- II. Prestar cuidados integrais a usuários em unidades de maior complexidade técnica, sob a supervisão do Enfermeiro;
- III. Executar tratamentos prescritos e de rotina, nas unidades de internação sob supervisão do enfermeiro da unidade;
- IV. 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:

- I - 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;
- II - Planejar as atividades de enfermagem, proporcionando satisfação das necessidades biopsíquicas, identificando as atividades, qualificando e distribuindo-as pelos

AM



- elementos da equipe e pelos turnos;
- III - 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;
  - IV - 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;
  - V - Executar as prescrições dos diversos profissionais assistentes dos usuários, no que for de competência da enfermagem;
  - VI - Registrar a admissão e evolução do quadro clínico do usuário no prontuário, pelo enfermeiro, bem como a nota de alta;
  - VII - O enfermeiro deve planejar toda e qualquer atividade administrativa de funcionamento e pessoal, visando a melhoria da unidade;
  - VIII - Colaborar com os serviços de apoio no sentido de facilitar o desenvolvimento de suas atividades junto ao paciente ou para os mesmos;
  - IX - 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;
  - X - Garantir a qualidade e segurança da assistência de enfermagem ao usuário internado.

### Do Serviço de Enfermagem da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia, compete:

- I - Realizar acolhimento e classificação de risco às pacientes que são atendidas na unidade;

- II - Atender à mulher com ênfase nos aspectos clínicos e cirúrgicos ginecológicos e obstétricos, e seus conceitos, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - Prestar assistência de enfermagem a gestante, parturiente e puérpera em todas as fases do ciclo gravídico puerperal;
- IV - Proporcionar medidas conforto a todas as pacientes atendidas na unidade;
- V - Realizar procedimentos e técnicas específicas em enfermagem ginecológica, obstétrica e neonatal;
- VI - Prestar assistência de enfermagem em sala de pré-parto e parto, com **ênfase no acompanhamento da evolução do trabalho de parto**;
- VII - Prestar assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro, a termo e pós-termo;
- VIII - Identificar prioridades e agravos assistenciais;
- IX - Identificar complicações e intercorrências clínicas e cirúrgicas neonatais e obstétricas;
- X - Proporcionar condições e ambiente que facilitem o desenvolvimento das atividades específicas do setor;
- XI - Desenvolver trabalho multiprofissional, atentando para o cumprimento de cuidados prescritos;
- XII - Executar as prescrições médicas e de enfermagem;
- XIII - Manter estoque de materiais e equipamentos necessários para o bom funcionamento do serviço, incluindo aqueles destinados aos



atendimentos de urgência e emergência da unidade;

XIV - Orientar a família e incentivando-os a co-participação nos cuidados prestados ao binômio mãe/filho;

XV - Realizar cuidados de enfermagem às pacientes ginecológicas durante o pré e pós operatório;

XVI - Identificar complicações e intercorrências ginecológicas durante o pré e pós operatório;

XVII - Realizar atividades de educação em saúde;

XVIII - Promover, incentivar, orientar o aleitamento materno;

XIX - 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;

XX - 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 Neonatal compete:**

- I - Recepcionar a criança, diagnosticando imediatamente suas necessidades essenciais através de critérios pré estabelecidos;
- II - Planejar as atividades de enfermagem, proporcionando satisfação das necessidades biopsicosociais da criança, identificando as prioridades;

III - Prestar assistência/cuidado de enfermagem integral à criança;

IV - Proporcionar condições e ambiente que facilitem o restabelecimento, a manutenção e melhoria dos níveis de saúde e em última instância, a morte digna;

V - Fornecer aos demais profissionais da área de saúde, através do registro escrito dos fatos observados, informações que facilitem o diagnóstico de cada área distinta;

VI - Realizar a prescrição de enfermagem e executar as prescrições dos diversos profissionais assistentes da criança no que for de sua competência;

VII - Manter estoque de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o bom funcionamento do serviço, em especial àqueles destinados ao atendimento de urgências dentro da unidade;

VIII - Promover orientação contínua da equipe de enfermagem no que diz respeito à técnica, procedimento de enfermagem e manuseio de aparelhos médico hospitalares;

### **Do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, compete:**

- I - Admitir o paciente na Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- II - Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;
- III - Atender a equipe médica e multidisciplinar no desempenho de suas atividades;
- IV - Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;





- V - Apresentar relatórios anuais das atividades realizadas;
- VI - Colaborar com a formação de acadêmicos das áreas de saúde;
- VII - Colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;
- VIII - Colaborar com ações de Educação Permanente;
- IX - Cooperar com os demais Serviços do Hospital;
- X - Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

### **Do Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico, compete:**

- I - Proporcionar assistência de enfermagem integral aos usuários no trans e pós-operatório imediato para tratamento e diagnóstico;
- II - Processar todo o material de esterilização utilizado na instituição;
- III - Realizar periodicamente os testes de controle da eficácia da esterilização;
- IV - Manter sem preconceito, os direitos, a dignidade e o respeito ao usuário;
- V - Verificar o funcionamento de aparelhos utilizados na área de enfermagem, solicitando reparos e/ou substituições;
- VI - Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como o do local de trabalho;
- VII - Colaborar com equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações

que facilitem o tratamento do usuário;

### **Do Serviço de Enfermagem da Oncologia compete:**

- I. Executar ações de Enfermagem a usuários submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico, sob a supervisão do Enfermeiro, conforme Lei no 7.498/86, artigo 15 e Decreto nº 94.406/87, artigo 13, observado o disposto na Resolução COFEN-168/93;
- II - Participar dos protocolos terapêuticos de Enfermagem na prevenção, tratamento e minimização dos efeitos colaterais em usuários submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico;
- III - Participar de programas de garantia da qualidade em serviço de quimioterapia antineoplásica de forma setORIZADA e global;
- IV - Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes às áreas de atuação;
- V - Promover e participar da integração da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao usuário e familiares;
- VI - Registrar informações pertinentes à assistência de Enfermagem, objetivando o acompanhamento de projetos de pesquisa e de dados estatísticos com vistas à mensuração da produção de Enfermagem;
- VII - Manter a atualização técnica e científica da biossegurança individual, coletiva e ambiental, que permita a atuação profissional com eficácia em situações de rotinas e emergenciais, visando interromper e/ou evitar acidentes ou ocorrências que possam causar algum dano físico ou ambiental;
- VIII. Participar de programas de orientação



e educação de usuários e familiares com enfoque na prevenção de riscos e agravos, objetivando a melhoria de qualidade de vida do usuário.

## DA UNIDADE DE PSICOLOGIA

### Das Atribuições

A Unidade de Psicologia tem as seguintes atribuições:

- I - 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;
- II - Integrar-se às demais unidades por meio de programas conjuntos, a fim de assegurar a assistência biopsicossocial ao paciente e familiares;
- III - 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;
- IV - Manter entrosamento com recursos da comunidade para assuntos relativos à saúde mental, para garantir o sistema de referência e contrarreferência, quando necessário;
- V - 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;

- VI - 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;
- VII - Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;
- VIII - 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;
- IX - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

### Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Psicologia compete:

- I - Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos preestabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;
- II - Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;
- III - Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;



- IV - Cumprir e fazer cumprir as determinações da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;
- V - 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;
- VI - Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;
- VII - alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;
- VIII- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;
- IX - Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;
- X - Coordenar e supervisionar o treinamento de empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;
- XI - 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;
- XII - 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;
- XIII - 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;
- XIV - Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;
- XV - Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;
- XVI - Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;
- XVII - Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;
- XVIII - Sugerir aos Diretoria Assistencial e de Corpo Clínico medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;
- XIX - Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;
- XX - Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;
- XXI - Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;
- XXII - Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XXIII - responder pelas ações

All

administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;

XXIV - coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;

XXV - organizar a estrutura funcional da Unidade;

XXVI - estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;

XXVII - representar a Unidade de Psicologia;

XXVIII - atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

## Do Funcionamento

A Unidade de Psicologia subordina-se à Coordenação Multidisciplinar.

A Unidade de Psicologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - 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;

II - Participar de programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família;

III - emitir relatórios, disponibilizando-os na forma eletrônica, em tempo hábil para uso de toda equipe de saúde as atualizações das ações e orientações decorrentes do acompanhamento psicológico;

IV - Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;

V - Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;

VI - Facilitar a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, de enfermagem e multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;

VII - manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com rotina estabelecida;

VIII - manter banco de dados de recursos em saúde mental da comunidade para encaminhamento quando se fizer necessário;

IX - Apresentar relatório mensal e anual de atividades;

X - Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessário;

XI - viabilizar as etapas previstas para a execução com qualidade dos planos de ensino e projetos de pesquisas;

XII - 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;

XIII - manter, acompanhar e atualizar banco de



dados referentes a projetos de pesquisa em andamento;

XIV - observar e cumprir prazos para envio de controle e outras ações administrativas interpostas pelas agências reguladoras tanto de ensino quanto de pesquisa;

XV - 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 SERVIÇO SOCIAL

### Das Atribuições

A Unidade de Serviço Social tem as seguintes atribuições:

- I - Escutar, acolher e apoiar o paciente e familiar em situação advinda do processo de adoecimento no Ambulatório (Ambulatório Geral e Especializado), Emergência (Observação e Internação) e Internação (Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva);
- II - Desenvolver ações educativas para propor alternativas em situações que possam interferir no processo do tratamento médico e na reabilitação do paciente;
- III - participar da equipe multiprofissional para discussão e definição da proposta terapêutica;
- IV - Desenvolver Planos, Projetos e Programas

alinhados às políticas institucionais;

- V - Emitir parecer social de acordo com a pertinência;
- VI - Realizar estudo socioeconômico e cultural do paciente/familiar no Ambulatório, Emergência e Unidade de Internação para definir estratégia de intervenção;
- VII - realizar atividades grupais com pacientes e familiares para reflexão do processo saúde-doença;
- VIII - realizar atendimento ao paciente dos Programas preestabelecidos;
- IX - Esclarecer e interpretar ao paciente/familiar, normas e rotinas institucionais;
- X - Esclarecer e refletir com o paciente e familiar as possíveis intercorrências que envolvam a sua participação e adesão ao tratamento médico proposto;
- XI - identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;
- XII - interpretar ao paciente/familiar, os programas de atendimento do hospital, visando otimizar a utilização dos recursos oferecidos;
- XIII - levantar situação que indique maus tratos e/ou negligência e conduzir conforme necessidade;
- XIV - participar de reunião em equipe multiprofissional das Unidades Clínicas;
- XV - Participar de grupos interativos, discussões de casos e visitas médicas;
- XVI - orientar e encaminhar o paciente/familiar à rede sócioassistencial com



objetivo de viabilizar Direitos Sociais;

XVII - realizar contatos com as Secretarias Municipais e Estaduais, e outros, quando necessários;

XVIII - realizar visitas domiciliares para identificar a realidade social do paciente/familiar para definir estratégia de atuação, se necessário;

XIX - elaborar/divulgar material institucional socioeducativo (folder, cartilha, vídeo e outros) para orientar sobre a proposta terapêutica, direitos e deveres do paciente;

XX - Analisar com o paciente/familiar, as implicações sociais do diagnóstico e prognóstico médico quanto à programação de alta e/ou transferência de acordo com os princípios do Programa de Referência e Contrarreferência;

XXI - orientar o paciente sobre Direitos e Legislações: Previdenciárias, Trabalhistas e Assistenciais (Tratamento Fora do Domicílio, Benefícios Previdenciários, Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha, entre outros);

XXII - realizar atendimento ao paciente com prognóstico limitado (cuidados paliativos) para desenvolver ações que visem melhorar a qualidade de vida, e dar apoio aos familiares;

XXIII - viabilizar e agilizar juntamente com a equipe multiprofissional o acesso do usuário aos serviços complementares: Hospital-Dia, Terapia Substitutiva Renal (hemodiálise), Oxigenioterapia, Núcleo de Assistência Domiciliar (NADI), Cuidados Paliativos, entre outros;

XXIV - promover e participar de ações voltadas ao Programa de Humanização;

XXV - participar dos programas de responsabilidade social, realizando ações diretas à comunidade;

XXVI - participar de projetos de pesquisa da Unidade de Serviço Social e do InCor;

XXVII - participar dos Programas de Ensino: Estágio Curricular, Capacitação em Serviços, Visitas Institucionais, Aprimoramento Profissional e Residência Multiprofissional;

XXVIII - promover e manter sistema de educação continuada aos empregados públicos, servidores e funcionários para atualizar, capacitar, aprimorar e disseminar conhecimentos;

XXIX - participar das Comissões Institucionais;

XXX - disseminar as informações institucionais;

XXXI - supervisionar a atualização dos arquivos referentes ao Expediente, aos Programas de Ensino e Pesquisa, estatísticas e documentos afins;

XXXII - supervisionar a atualização de cadastro dos empregados públicos, servidores e funcionários da Unidade e os documentos pertinentes;

XXXIII - participar de reuniões técnicas e administrativas;

XXXIV - alimentar os dados dos indicadores no Sistema Informatizado;

XXXV - elaborar e registrar o relatório social no prontuário eletrônico;

XXXVI - cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando

AM



pertinentes à sua área de atuação.

## Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Serviço Social compete:

- I - Elaborar Plano Estratégico Anual da Unidade, compatível com as diretrizes institucionais;
- II - definir critérios e prioridades para execução dos planos de trabalho;
- III - organizar e monitorar o desenvolvimento das atividades específicas da Unidade, avaliando o nível técnico, a qualidade e a produtividade da Unidade;
- IV - Elaborar e atualizar os Procedimentos Operacionais Padrão, sempre que necessário;
- V - Propor e implantar medidas que visem à capacitação profissional e à melhoria da qualidade dos trabalhos desenvolvidos;
- VI - Orientar e supervisionar o atendimento do assistente social, pautado nos princípios éticos, políticos, técnicos, operativos, teóricos e metodológicos da profissão;
- VII - emitir pareceres técnicos e administrativos, quando necessário;
- VIII - coordenar e encaminhar os processos administrativos relacionados à evasão de crianças/adolescentes internados no InCor e os demais processos administrativos que se fizerem necessários;
- IX - Monitorar os indicadores de processos e dos resultados e realizar os ajustes necessários;
- X - Promover e coordenar reuniões técnicas e administrativas da Unidade;
- XI - promover a integração da equipe e incentivar o desenvolvimento profissional, conforme programas oferecidos e programas externos que sejam de interesse da Unidade;
- XII - supervisionar e estabelecer sistemática de execução de trabalhos administrativos da Unidade;
- XIII - proceder a revisão periódica do Manual de Organização do Serviço Social;
- XIV - deliberar sobre assunto de interesse da Unidade em conformidade com o Código de Ética Profissional do Serviço Social;
- XV - Defender assunto de interesse da Unidade em conformidade com o Código de Ética Profissional do Serviço Social;
- XVI - articular com as estruturas organizacionais com o objetivo de facilitar a integração dos processos de trabalho;
- XVII - ouvir, acolher e mediar as ocorrências relacionadas à reclamação do usuário referente à Unidade;
- XVIII - cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multiprofissional;
- XIX - prestar assessoria e consultoria a Órgãos da Administração do Hospital ou às entidades externas, quando designado pelo Gestor Administrativo;
- XX - Promover e coordenar reuniões técnicas e administrativas da Unidade;
- XXI - promover e participar de ações voltadas ao Programa de Humanização;
- XXII - participar dos Programas de responsabilidade social, realizando ações



diretas à comunidade;

relacionadas presentes no Regimento Interno.

XXIII - estabelecer diretrizes e critérios para orientar as atividades didáticas e de pesquisas desenvolvidas na Unidade;

XXIV - participar das Comissões Institucionais;

XXV - participar da Coordenadoria de Atividades do Serviço Social - CASS, representada pelos Gestores de Serviço Social dos Institutos do HCFMUSP, para condução de ações técnico-administrativas;

XXVI - participar de atividades de Sociedades Científicas, Congressos, Simpósios e Eventos de representação profissional;

XXVII - planejar e supervisionar os profissionais nas atividades de Ensino e Pesquisa;

XXVIII - coordenar e supervisionar processo de seleção, treinamento, capacitação e avaliação dos empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;

XXIX - organizar o quadro de pessoal e sua distribuição de acordo com as demandas, alocando os recursos necessários;

XXX - participar do processo de seleção/ contratação, treinamento e avaliação dos empregados públicos que ingressam na Unidade;

XXXI - padronizar a documentação específica da Unidade;

XXXII - supervisionar e prestar contas dos recursos financeiros gerenciadas pela Unidade;

XXXIII - atender às competências

## Do Funcionamento

A Unidade de Serviço Social subordina-se à Coordenação Multidisciplinar.

A Unidade de Serviço Social, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Realizar o atendimento ao paciente/familiar, conforme diretrizes e programas previamente estabelecidos;

II - Realizar o atendimento ao paciente/familiar, conforme critérios do assistente social;

III - realizar o atendimento ao paciente/familiar encaminhado pela equipe multiprofissional, em conformidade com os princípios éticos da profissão;

IV - Realizar o atendimento ao paciente/familiar, conforme a demanda espontânea;

V - Participar de Programas de Ensino;

VI - Participar de Programas de Pesquisa;

VII - realizar rotinas conforme escala preestabelecida;

VIII - atender às necessidades administrativas da Unidade.

AA





# DA UNIDADE DE FISIOTERAPIA

## Da Estrutura

Subordinam-se à Unidade de Fisioterapia:

**I - Área de Fisioterapia na Internação Geral e Ambulatório;**

**II - Área de Fisioterapia nas Terapias Intensivas Clínicas e Cirúrgicas;**

**III - Área de Fisioterapia na Pediatria;**

### Das Atribuições

A Unidade de Fisioterapia tem as seguintes atribuições:

**I -** 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;

**II -** identificar, planejar e coordenar ações de treinamento e desenvolvimento de pessoas, necessárias ao aprimoramento, manutenção e inovação do padrão de excelência na assistência fisioterapêutica, de acordo com as diretrizes institucionais;

**III -** promover o estudo e a padronização de técnicas compatíveis com o desenvolvimento de novas tecnologias;

**IV -** identificar, promover e coordenar ações de ensino e capacitação profissional na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas educacionais internas e externas;

**V -** Desenvolver ações de pesquisa e produção de conhecimento técnico-científico na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas internas e externas;

**VI -** Participar de projetos de pesquisa que requeram o suporte da Fisioterapia;

**VII -** promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras e gestão dos sistemas de qualidade;

**VIII -** observar os procedimentos definidos pela legislação pertinente;

**IX -** Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

**X -** Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

## Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Fisioterapia compete:

**I -** 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;

**II -** Alocar recursos necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

**III -** 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;

**IV -** Promover programas que assegurem a melhoria da capacitação e aperfeiçoamento técnico-profissional do corpo funcional;

**V -** Promover a integração da equipe,

Al

incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

VI - Organizar e acompanhar, por meio de assessoria específica, o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

VII - realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos, garantindo a melhoria contínua das atividades desenvolvidas na Unidade de Fisioterapia;

VIII - incentivar a elaboração de projetos técnico-científicos, visando ao aprimoramento em sua área de atuação;

IX - Elaborar e organizar programas de divulgação das práticas assistenciais e do conhecimento técnico-científico à comunidade externa;

X - Garantir o cumprimento das diretrizes, normas, padrões e procedimentos em alinhamento com a Gerência Assistencial;

XI - atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

## Do Funcionamento

A Unidade de Fisioterapia subordina-se administrativamente à Coordenação Multidisciplinar;

A Unidade de Fisioterapia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Realizar a assistência fisioterapêutica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;

II - 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:

I - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial da instituição;

II - Cumprir e fazer cumprir as determinações técnico-assistenciais da Divisão de Fonoaudiologia;

III - orientar e dar apoio aos responsáveis pelo processo de atendimento aos pacientes institucionais nas suas solicitações e em eventuais demandas de pacientes e/ou familiares em sua área de atuação;

IV - Operacionalizar fluxos, rotinas, protocolos e critérios para o atendimento 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;

V - Executar as tarefas, atendendo a Norma Regulamentadora 5.32 e promovendo a saúde e segurança ocupacional, dentro das diretrizes corporativas;

VI - Fazer a interface com outros processos identificados na Divisão;



- VII - promover a gestão da qualidade na prática operacional e assistencial;
- VIII- 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;
- IX - Planejar, executar e controlar a produção e demais atividades técnicas das áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- X - Garantir a regularidade das atividades técnicas na Área;
- XI - promover e apoiar as atividades de ensino e pesquisa na Área, de acordo com padrões estabelecidos pela Divisão;
- XII - garantir o uso das tecnologias disponibilizadas para as rotinas diagnósticas dentro das especificações dos fabricantes;
- XIII- 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;
- XIV - participar de comissões internas onde for designado;
- XV - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.
- II - Divulgar, orientar e implantar as mudanças de rotina às equipes sob sua liderança;
- III - 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;
- IV - identificar e classificar os riscos das atividades da Área de Fonoaudiologia, as ações de tratamento, conforme o impacto previsto;
- V - 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;
- VI - Enviar relatórios periódicos de indicadores ao Coordenação Multidisciplinar;
- VII - 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;
- VIII- promover reuniões periódicas com as equipes para detecção das necessidades e definir ações para a resolução rápida de problemas;
- IX - Comunicar à Coordenação sobre a situação de infraestrutura da sua Área e controlar a correção dos problemas detectados;

## Das Competências

Ao Supervisor da Área de Fonoaudiologia compete:

- I - Executar as ações definidas nas reuniões e orientadas pela Coordenação Multidisciplinar;
- X - Garantir que o prontuário do paciente seja preenchido de forma completa e acessível para consulta e verificações;
- XI - adequar a oferta de atendimento ambulatorial à capacidade do serviço e necessidade de ensino;

AM



- XII - garantir o tratamento com cordialidade e respeito entre os colegas do Corpo Clínico, bem como entre os membros da equipe multiprofissional, empregados públicos, servidores, funcionários, alunos e demais profissionais;
- XIII - planejar e integrar as atividades da Unidade alinhadas às necessidades;
- XIV - fazer a gestão da utilização dos serviços técnicos e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis;
- XV - Avaliar as necessidades assistenciais fonoaudiológicas das áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- XVI - participar da elaboração dos planos e programas, bem como implantá-los;
- XVII - identificar problemas e propor soluções de ordem técnica da sua Área;
- XVIII - executar a gestão de inovações no âmbito da Fonoaudiologia nas áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- XIX - executar a gestão por processos na sua área de atuação;
- XX - Representar a sua Área junto aos órgãos e comissões;
- XXI - elaborar plano de contingência para situações de emergência que afetem as áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- XXII - participar da consultoria, auditoria e emissão de parecer na compra de materiais e equipamentos dentro dos padrões institucionais;

- XXIII - atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

## Do Funcionamento

A Área de Fonoaudiologia subordina-se administrativamente à Coordenação Multidisciplinar.

A Área de Fonoaudiologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- I - Realizar a assistência fonoaudiológica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;
- II - Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;
- III - prestar atendimento diário, semanal, incluindo fins de semana e feriados;
- IV - 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;
- V - Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;
- VI - Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse;
- VII - 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

*Handwritten signature in blue ink.*



gerenciais;

VIII- participar de reuniões institucionais para planejamento de ações conjuntas de acordo com as políticas corporativas;

IX - Participar da reunião interna semanal para discussão de casos clínicos ou rotinas relativas à atuação fonoaudiológica em terapia intensiva;

X - Participar de reuniões multiprofissionais e/ou visitas clínicas;

XI - fazer constar as condutas fonoaudiológicas no prontuário médico;

XII - atender pacientes recebidos provenientes de fluxos firmados com a Secretaria Estadual da Saúde, observando os critérios estabelecidos pela Direção;

XIII- atender pacientes mediante agendamento prévio;

XIV - realizar o atendimento com o uso de programas terapêuticos fonoaudiológicos, baseados em evidência e com acompanhamento dos resultados;

XV - Utilizar os protocolos e procedimentos operacionais padrão estabelecidos para todas as rotinas e processos assistenciais ambulatoriais;

XVI - 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:

I - 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;

II - Executar métodos e técnicas terapêutico ocupacionais, objetivando promover o desempenho ocupacional satisfatório do paciente, restaurando, desenvolvendo e conservando sua funcionalidade em todas as áreas de ocupação;

III - realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes, utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;

IV - Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;

V - Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;

VI - Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;

AM



VII - participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;

VIII - elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacionais padrão relacionados a sua área de atuação;

IX - Desenvolver e participar de orientações, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal por meio de programas de educação continuada e/ou de cursos de aperfeiçoamento/especialização voltados à comunidade profissional;

X - Desenvolver e participar de projetos de pesquisa na sua Unidade específica e/ou conjunta com outras disciplinas/unidades, visando à consecução dos objetivos da Unidade de Terapia Ocupacional;

XI - Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;

XII - Propor e observar normas para a utilização da Unidade no campo de ensino, primordialmente no desenvolvimento após a graduação, de profissionais psicólogos nas formas de aprimoramento, especialização e residência, participando da execução de programas de ensino;

XIII - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

II - Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;

III - Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

IV - Cumprir e fazer cumprir as determinações da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

V - 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;

VI - Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;

VII - alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

VIII - Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;

IX - Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

X - Coordenar e supervisionar o treinamento de empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;

XI - Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para

## Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Terapia Ocupacional compete:

I - Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos preestabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;



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;

XII - 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;

XIII - 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;

XIV - Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;

XV - Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;

XVI - Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;

XVII - Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;

XVIII - Sugerir aos Diretoria Assistencial e de Corpo Clínico medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;

XIX - Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;

XX - Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;

XXI - Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;

XXII - Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;

XXIII - responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;

XXIV - coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;

XXV - organizar a estrutura funcional da Unidade;

XXVI - estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;

XXVII - representar a Unidade de Psicologia;

XXVIII - atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

## Do Funcionamento

A Unidade de Terapia Ocupacional subordina-se à Coordenação Multidisciplinar.

## Da Unidade de Farmácia Clínica

A Área da Farmácia Clínica tem as seguintes atribuições:

I - Desenvolver e monitorar os processos da

ALL



## Assistência Farmacêutica Clínica;

- II - Cumprir Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e os Protocolos Clínicos das Comissões Hospitalares;
- III - promover ações de prevenção e gerenciamento de eventos adversos;
- IV - Gerenciar a demanda de atendimento de pacientes frente aos protocolos de assistência farmacêutica;
- V - Participar das ações de programação para aquisição de medicamentos e dos materiais médico-hospitalares pertinentes;
- VI - Participar de ações de ensino e pesquisa;
- VII - elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;
- VIII - identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de Farmacovigilância e Tecnovigilância;
- IX - Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;
- X - Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar o atendimento das solicitações da Ouvidoria;
- XI - realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas;
- XII - 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:

- I - coordenar e monitorar a realização dos processos da Assistência Farmacêutica Clínica;
- II - monitorar a utilização de medicamentos de acordo com os protocolos clínicos;
- III - monitorar a demanda de atendimento dos pacientes frente aos protocolos de assistência farmacêutica;
- IV - responder às manifestações recebidas dos pacientes e da Ouvidoria;
- V - coordenar e manter o funcionamento da Área frente às exigências legais, normas estabelecidas pela Instituição e determinações da Unidade;
- VI - realizar ações de gestão de pessoas e dos programas de educação permanente, ensino e pesquisa;
- VII - elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;
- VIII - monitorar a incorporação de novas tecnologias;
- IX - cumprir e fazer cumprir as normas de uso e conservação de instrumentos, equipamentos e materiais;
- X - monitorar o cumprimento dos serviços contratados;
- XI - monitorar a cobertura de estoque de medicamentos e dos materiais médico-hospitalares pertinentes;





- XII - participar de Comissões Hospitalares e reuniões técnicas;
- XIII - participar da análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas;
- XIV - acompanhar as auditorias internas e externas nas áreas;
- XV - atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

### Do Funcionamento

A Área de Farmácia Clínica subordina-se à Coordenação Multidisciplinar.

A Área da Farmácia Clínica, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- I - trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;
- II - realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes;
- III - participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;
- IV - realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional.

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;

II - Realizar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica, adequando-a de acordo com a avaliação nutricional do paciente;

III - 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;

IV - 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;

V - 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;

VI - Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;

VII - Realizar projetos de pesquisa, visando atender aos objetivos da Área, da Unidade, da Instituição;

VIII - Prestar assessoria e consultoria técnica às demais estruturas organizacionais e órgãos externos;

IX - Atender às solicitações para ministração de aulas, palestras e entrevistas para a mídia em geral previamente autorizadas pela

## DA ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

### Das Atribuições

A Área de Nutrição Clínica tem as seguintes atribuições:

- I - Prestar assistência nutricional integral a pacientes, adultos e pediátricos, internados

AM



direção;

- X - Colaborar na formação e desenvolvimento profissional da equipe;
- XI - Participar da execução de programas de ensino;
- XII - Cumprir atribuições relacionadas presente Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

### Das Competências

Ao Supervisor da Área de Nutrição Clínica compete:

- I - 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;
- II - 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;
- III - 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;
- IV - 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;
- V - 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;

- VI - 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;
- VII - 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;
- VIII - 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;
- IX - Planejar, coordenar e orientar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Área;
- X - Participar dos processos seletivos para preenchimento de vagas da Unidade de Nutrição e Dietética;
- XI - Avaliar o desempenho, realizar reuniões periódicas e incentivar o desenvolvimento profissional dos funcionários da Área;
- XII - 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;
- XIII - Monitorar os indicadores de processos e de resultados e propor planos de ações para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;

AI



- XIV - Participar da revisão dos manuais de Organização, de Boas Práticas e de Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;
- XV - Buscar atualização constante na área científica e tecnológica, bem como nos aspectos relativos à gestão de pessoas e de processos;
- XVI - Planejar, orientar e realizar trabalhos técnico-científicos e de pesquisa aplicada à Área;
- XVII - 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;
- XVIII - Colaborar na execução de eventos e nas publicações destinadas ao público em geral sobre promoção da saúde e prevenção de doenças;
- XIX - Prestar serviços de auditoria, consultoria e de assessoria nas áreas de sua atuação;
- XX - Interagir com os demais líderes de áreas e supervisor de unidade para o bom desenvolvimento dos trabalhos e solução de intercorrências;
- XXI - Participar de comissões e grupos de trabalhos relacionados às suas áreas de atuação;
- XXII - Elaborar as escalas de trabalho da equipe;
- XXIII - Planejar e ministrar disciplinas específicas de nutrição clínica dos programas de aprimoramento e residência multiprofissional e uniprofissional, se aplicável;
- XXIV - Atender às competências relacionadas presentes no Regimento

Interno.

### Do Funcionamento

A Área de Nutrição Clínica subordina-se à Unidade de Nutrição e Dietética da Diretoria de Assistência Multiprofissional.

### A Área de Nutrição Clínica, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- I - Prestar assistência nutricional integral e especializada a pacientes adultos e pediátricos;
- II - 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 INSTRUÇÕES E DISPOSIÇÕES GERAIS

- I - Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na área de Recursos Humanos, em cumprimento a determinação da Diretoria Geral;
- 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

AM



autorização do Diretor Geral,

definidos pela chefia;

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

- 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.

AL



# 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU.

### 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, contínua, transparente e eficaz.

Ela se pauta pelas seguintes normas:

- Seu responsável maior - Diretor 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 HEMU;
- 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 Diretor Administrativo apresentar mensalmente ao Diretor Geral um relatório das atividades desenvolvidas, seus avanço e seus óbices;
- O setor deve manter registro de todos os fatos administrativos que gerem despesas ao HEMU;
- O Gerente Financeiro deve fiscalizar a execução dos recursos financeiros repassados à unidade;
- 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 veículo.

R.ADM.07 - Compra de material.

R.ADM.08 - Prestação de contas de suprimento de fundos.

Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu			Área: Adm. Geral
Rotina: Identificação de pessoas p/ acesso à unidade			Código: R.ADM.01
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 Geral e Maternidade de Uruaçu			Área: Adm. Geral
Rotina: Revista e guarda de bolsas e acessórios			Código: R.ADM.02
Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Revistar pertences	Agente de Portaria	Livro Ata	Toda 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.

*ALL*



Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu			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 fora da mesma. Toda e qualquer alteração ou excepcionalidade deve ser registrado pelo agente no livro de ocorrência que é diariamente analisado pela Administração Geral.

Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu			Área: Adm. Geral
Rotina: Cópias de documentos			Código: R.ADM.04
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.

Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu			Área: Adm. Geral
Rotina: Condução de veículos			Código: R.ADM.05
Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Condução de veículos	Motorista	Formulários para controle de quilometragem	Conduzir o veículo; Conferir combustível, óleo, água; Anotar 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.

Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu      Área: Adm. Geral  
Rotina: Compra de materiais      Código: R.ADM.07

Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Comprar materiais	Assistente Administrativo/ Comprador e Coordenador Administrativo	Memorando e cotação de preços.	Analisar o memorando de solicitação e a real necessi- dade do pedido; É feito cotação de preços com três fornecedores para análise de preços; Efetuar a compra tendo como base o menor preço.

Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu      Área: Adm. Geral  
Rotina: Prestação de contas de suprimento de fundos      Código: R.ADM.08

Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Prestação de contas	Analista de Compras	Formulários de suprimen- tos 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 hs e término as 17:00 hs, de segunda a sexta-feira.

### EQUIPE MÍNIMA (vínculo de trabalho, carga horária)

1. Cargo: Assistente Administrativo

2. Subordinação: Diretor Adm./Financeiro

3. Área: Administração Geral

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.

1. Cargo: Motorista

2. Subordinação: Diretor Geral

3. Área: Administração Geral

4. Categoria:

5. Objetivo: Conduzir veículos automotor para atender a demanda dos diversos setores da unidade de saúde, inclusive pacientes para exames externos.

*Handwritten signature*





**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;  
Inspeccionar diariamente as condições do veículo, zelando pelo mesmo.

7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo

8. Experiência Necessária: Apresentar CNH categoria "B" profissional.

1. Cargo: Analista Financeiro

2. Subordinação: Gerente Financeiro

3. Área: Administração Geral

4. Categoria:

5. Objetivo: Assessorar a Direção 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

1. Cargo: Analista de RH

2. Subordinação: Gerente de RH

3. Área: Administração Geral

4. Categoria:

**5. Objetivo:**

Ser o profissional responsável por orientar a unidade de saúde e auxiliá-la nos assuntos referente à gestão de pessoas, analisar os de 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

1. Cargo: Assistente de compras

2. Subordinação: Gerente Financeiro

3. Área: Administração Geral

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.

AL

## 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

1. Cargo: Técnico em Segurança do trabalho

2. Subordinação: Diretor Geral

3. Área: Administração Geral

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 CARGOS

1. Cargo: Coordenador de Almoarifado

2. Subordinação: Gerencia Administrativa

3. Área: Almoarifado

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 almoarifado, 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 almoarifado.

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 HEMU.

Executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.

7. Escolaridade Necessária: 2º Grau

8. Experiência Necessária:

## DESCRIÇÃO DE CARGOS

1. Cargo: Coordenador de Custos e Orçamentos

2. Subordinação: Gerencia Financeira

3. Área: Custos e Orçamentos

4. Categoria:

5. Objetivo:

Coordenar, supervisionar e responder pelo setor de Custos e Orçamentos.

Alcançar resultados com comparações mensalmente para uma análise da diretoria com os gastos em geral do HEMU.

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.

NI

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: Gerência de RH

3. Área: RH - Desenvolvimento Humano

4. Categoria:

5. Objetivo: Supervisionar, controlar e dinamizar as ações do setor.

#### 6. Atribuições:

Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade.

Fazer cumprir as normas e regulamentos do HEMU

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 Departamento 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 HEMU.

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 HEMU 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.

#### D DESCRIÇÃO DOS CARGOS

1. Cargo: Farmacêutico

2. Subordinação: Gerência Administrativa

3. Área: Farmácia

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 HEMU.
- Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita 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 HEMU e elaborar uma solicitação geral 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 DOS CARGOS**

- 1. Cargo: Engenheiro - Setor de Manutenção
- 2. Subordinação: Gerencia Administrativa
- 3. Área: Manutenção
- 4. Categoria:
- 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 HEMU.
- 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 CARGOS**

- 1. Cargo: Aux. Administrativo - Arquivista
- 2. Subordinação: Coordenador SAME
- 3. Área: SAME
- 4. Categoria:

AI

5. Objetivo:

Manter a integridade dos prontuários, seguindo critérios de guarda e controle da circulação de forma adequada, mantendo o sigilo no que se refere ao conteúdo.

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 da chefia imediata

7. Escolaridade Necessária: 2º Grau

8. Experiência Necessária: Um ano de experiência do setor

Equipe Mínima - Diretoria Administrativa

Área de Atuação	Profissionais	Cargo	Carga horária	Horário	Vínculo
Diretoria Administrativa	1	Diretor Administrativo	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Diretoria Administrativa	1	Gerente Administrativo	44hs	8 h /dia / turno	CLT
Diretoria Administrativa	1	Analista Administrativo	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Diretoria Administrativa	1	Motorista	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Diretoria Administrativa	1	Auxiliar Administrativo	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Farmácia	4	Farmacêutico	44 h	8 h /dia / turno	CLT
Farmácia	8	Auxiliar de Farmácia	44 h	8 h /dia / turno	CLT
Almoxarifado	1	Almoxarife	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Almoxarifado	4	Auxiliar Administrativo	44 h	8 h /dia / turno	CLT
SND	3	Nutricionista	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Manutenção Predial	1	Coordenador	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Engenharia Clínica	1	Coordenador	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
TI	1	Coordenador	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
TI	1	Técnico de Redes	44 hs	8 h /dia / turno	CLT





TI	1	Analista de Suporte	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Facilites	1	Coordenador de Facilites	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Faturamento	1	Enfermeira Faturista	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Faturamento	4	Analista de Faturamento	44 h	8 h /dia / turno	CLT
Patrimônio	2	Analista Administrativo	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
SAME	1	Analista Administrativo	44 h	8 h /dia / turno	CLT
SAME	3	Auxiliar Administrativo	454h	9 h /dia / turno	CLT
Lavanderia	1	Auxiliar Administrativo	44 h	8 h /dia / turno	CLT
RH	1	Gerente de RH	44 h	8 h /dia / turno	CLT
RH	3	Analistas de RH	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
RH	1	Tec. Seg. Trab.	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Gerencia Financeira	1	Gerente Financeiro	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Gerencia Financeira	1	Tesoureiro	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Gerencia Financeira	1	Contador	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Gerencia Financeira	1	Analista Administrativo	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Gerencia Financeira	1	Analista Financeiro	44 hs	8 h /dia / turno	CLT
Gerencia Financeira	1	Comprador	44 hs	8 h /dia / turno	CLT

## 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 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 com-

pra; 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 contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

**Compra de emergência:** insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

**Compra de itens não padrão:** insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantem em estoque.

## 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, contínuo, 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.

- - Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.

### Documentos necessários por ramo de atividade

- Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.

- Prestadores de Serviços

### Obrigatórios:

- - Autorização de Funcionamento emitida pela ANVISA;
- - Alvará Sanitário Municipal;
- - Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos
- aplicáveis;

### 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.

### 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;

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 Mi-

*Al*



nistério 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, Skype, fax 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 solici-

tante, 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;
- Oferecer hospitalidade, presentes, brindes ou ofertas que possam influenciar as decisões de negócio.

## 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	Segunda a	07:00hrs às
	Quinta	16:30hrs
	Sextas feiras	07:00hrs às 15:30hrs

### 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

*AM*



(embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujeira, 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 sujeiras, 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.
- Notas fiscais chegam em bom estado de conservação? Chegam rasgadas, sujas ou molhadas?

### 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 atribuído 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:

$$\text{Nota de Recebimento} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pontos obtidos}}{\text{N}^\circ \text{ de pontos possíveis}} \times 100$$

$$\text{N}^\circ \text{ de Entregas}$$

LEGENDA

N° de pontos obtidos: Soma da pontuação adquirida por check-list N° de pontos possíveis: Pontuação máxima que poderá ser obtida N° de entregas: Total de entregas realizadas no período

### 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 específica para o tipo de produto

*Handwritten signature*



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 Definir período de adequação dos itens não conforme.
Sob avaliação	entre 75% e 25%	Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses Bloquear fornecedor
Não qualificado	menos de 25%	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 ARMAZENAMENTO DOS 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

*AV*



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 detetização 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 rea-

lizar 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

AL





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.

## 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 instrumento 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 públi-

ca 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 PGR-SS - 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. Elenca-mos 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.

## ANEXOS

- Anexo I - Check List para Cadastro de Fornecedores.

- Anexo II - Check List para Recebimento de Mercadorias.
- Anexo III - Formulário de Avaliação de Fornecedores.

AL



LOGO	ANEXO I – Check List para Cadastro de Fornecedores	Código: XXX-XXX-XXX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

**Orientação:** A documentação para cadastro de fornecedores é solicitada pelo setor de Qualidade ao setor de compras que solicita ao fornecedor. O setor de compras deverá preencherá este Check list para cadastro de fornecedor, a fim de garantir a entrega e conferência de toda documentação necessária para cadastro.

Documentos obrigatórios para todos os fornecedores	Conforme	Não se aplica
Ficha Cadastral da Empresa	[ ]	[ ]
Contrato Social (última alteração)	[ ]	[ ]
Cartão CNPJ	[ ]	[ ]
Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.		[ ]
Autorização de Funcionamento emitida 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: \_\_\_\_\_

*ML*



LOGO

**ANEXO II - Check List para  
Recebimento de Mercadorias**

Código: XXX-XXX-XXX

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 sujeidade, 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 sujeidades, rasuras, rasgos?	[ ]	[ ]

Calculo para Pontuação:



N° de pontos obtidos

Nota de Recebimento =  $\frac{\text{N° de pontos possíveis}}{\text{N° de Entregas}} \times 100$

LEGENDA

N° de pontos obtidos: Soma da pontuação adquirida por check-list N° de pontos possíveis: Pontuação máxima que poderá ser obtida N° de entregas: Total de entregas realizadas no período

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: \_\_\_\_\_

*AL*



LOGO	ANEXO III - Formulário de Avaliação de Fornecedores	Código: XXX-XXX-XXX
		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: Possui 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 APLICÁVEIS	9
	PONTUAÇÃO EM %	



RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
<input type="checkbox"/> Qualificado	mais de 75%	Visitar após 01 ano, se aplicável.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Não qualificado	menos de 25%	Bloquear fornecedor Impossibilitada comercialização até agendamento de nova visita

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura      Responsável      pelo      serviço:

-----





## ITEM 3.4.5 - APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES - HEMU.

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 ressurgimento 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 HEMU, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas.

AN



O corpo assistencial do HEMU 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.

### 1. 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.



## 2. 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.

## 3. 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.

## 4. 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

AN



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 PADRONIZADOS DE USO HOSPITALAR PELA CLASSIFICAÇÃO ANATÔMICA TERAPÊUTICA QUÍMICA (ATC)

Contempla os medicamentos selecionados e padronizados no HEMU, 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 antisepsia.

Os fármacos listados foram descritos considerando a nomenclatura genérica de acordo com a Denomina-

ção 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Handwritten signature in blue ink.*

## 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 \_\_\_\_\_

#### JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO/EXCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO

#### 6. O PRINCÍPIO ATIVO SUGERIDO SUBSTITUI COM VANTAGENS OUTRO MEDICAMENTO PADRONIZADO?

( ) sim ( ) não

Qual(is) medicamento(s) já padronizado(s) poderá(ão) ser excluído(s)?

#### 7. REFERÊNCIAS

Fica a critério do solicitante apenas indicar a referência ou anexá-la. Em caso de indisponibilidade de consulta on-line será obrigatório seu envio.

Referências de estudos clínicos: publicadas em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais que tenham política editorial seletiva e arbitrada pelos pares, preferencialmente de nível de evidência 1, grau A (revisões sistemáticas, metanálises ou ensaios clínicos randomizados).

Estudos farmacoeconômicos: preferencialmente estudo de custo-efetividade quando comparado com tratamentos **consagrados**.

Indicação de Diretrizes e Consensos Nacionais e Internacionais: Caso haja, o solicitante deverá informar o nome de cada sociedade de especialistas e a recomendação de utilização do medicamento com o nível de evidência.

#### 8. SOLICITANTE



Nome completo/nº registro profissional: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**9. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE:**

Declaro não apresentar conflito de interesses na recomendação acima.

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura e carimbo Chefe do Serviço: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

**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 CPMI
-------------------------	--

*Handwritten signature*



## 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

*Handwritten signature*





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, contra-indicações, 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
-------------------------	--

*AI*

## ANEXO IV

PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DO HOSPITAL ESTADUAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU.

### Medicamentos que atuam no trato alimentar e metabolismo.

- Medicamentos para úlcera péptica e doenças de refluxo gastroesofágico.

Omeprazol 20 mg, cápsula ou comprimido

Omeprazol 40 mg, cápsula ou comprimido

Omeprazol 40 mg, pó liofilizado em frasco-ampola + diluente

- Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais

Atropina 0,25 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL

BromoPRIDA 4 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 20 mL

BromoPRIDA 10 mg, comprimido

Domperidona 1 mg/mL, suspensão pediátrica em frasco 100 mL

Domperidona 10 mg, comprimido

Escopolamina 20 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL

Escopolamina 10 mg + Dipirona 250 mg, comprimido

Escopolamina 4 mg + Dipirona 500 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL

Metoclopramida 4 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 10 mL

Metoclopramida 10 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

Simeticona 75 mg/mL, emulsão oral em frasco gotejador 10 mL

- Antieméticos e antinauseantes

Dimenidrinato 30 mg + Piridoxina 50 mg + Dextrose 1000 mg + D-frutose (levulose) 1000 mg/10 mL, solução injetável em ampola 10 mL

Ondansetrona (R) 4 mg, comprimido sublingual

Ondansetrona 8 mg, comprimido revestido

Ondansetrona 2 mg/mL, solução injetável em ampola 4 mL



- **Terapia biliar**

Ácido Ursodesoxicólico 150 mg, comprimido

- **Medicamentos para constipação**

Bisacodil 5 mg, drágea ou comprimido revestido

Fosfato de Sódio monobásico 16 g + Fosfato de Sódio dibásico 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 utilizados em diabetes

Glibenclamida 5 mg, comprimido

Insulina Regular 100 UI/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

Insulina NPH 100 UI/mL, suspensão injetável em frasco-ampola 10 mL

Metformina 500 mg, comprimido

Metformina 850 mg, comprimido

## Vitaminas

CalciTRIOL (Vit D3) 0,25 mcg, cápsula gelatinosa mole

CalciTRIOL (Vit D3) 1 mcg, solução injetável em ampola 1 mL

Polivitamínicos para Pediatria (Vit A 10.000UI + Vit D 800 UI + Vit B2 5 mg + Vit C 500mg + nicotinamida (niacinamida) 100 mg + Vit B6 15 mg + dexpanthenol (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

*Handwritten signature or initials in blue ink.*

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<sup>+</sup>)/mL, xarope em frasco 150 mL

Cloreto de Potássio 600 mg (315 mg K<sup>+</sup>), 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

DipirRIDAMOL 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

AM

- **Antianêmicos**

Ácido Fólico 5 mg, comprimido

Eritropoietina Humana 4000 UI, solução injetável em frasco-ampola ou seringa

Eritropoietina Humana (R) 10000 UI, solução injetável, em frasco-ampola ou seringa

Sacarato de Hidróxido Férrico 100mg Fe III, solução injetável em ampola 5 mL

Sulfato Ferroso 125 mg/mL (25 mg/mL de Fe<sup>++</sup>/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 Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 250 mL

Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 500 mL

Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 1000 mL

Cloreto de Sódio 20%, solução injetável em ampola 10 mL

Concentrado para Hemodiálise, fração ácida em bombona 5 litros

Concentrado para Hemodiálise, fração básica em bombona 5 litros

Fosfato de Potássio 2 mEq/ml, solução injetável em ampola 10 mL

Gelatina 3,5% + Cloreto de Sódio 0,85% + Cloreto de Potássio 0,038% + Cloreto de Cálcio 0,07%, solução injetável em bolsa 500 mL

Glicose 5% + Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 500 mL

Glicose 5%, solução injetável em bolsa 100 mL

Glicose 5%, solução injetável em bolsa 250 mL

Glicose 5%, solução injetável em bolsa 500 mL

AL

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

Hidroxiethylamido 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 + Lipídios + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 1300 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídios + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídios + Eletrólitos), solução injetável periférico em bolsa com aproximadamente 1300 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídios + Eletrólitos + Zinco), solução hiperprotéica injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL

NPT 2:1 (Aminoácidos + Glicose + Eletrólitos), solução injetável em bolsa com aproximadamente 1000 mL

Ringer com Lactato, solução injetável em bolsa 500 mL

Solução de Collins, solução para perfusão e preservação de órgãos em frasco 1.000 mL + ampola de eletrólitos com 20mL

Sorbitol 27 mg + Manitol 5,4 mg/mL, solução injetável em bolsa 1000 mL

Sulfato de Magnésio 50%, solução injetável em ampola 10 mL

## Medicamentos que atuam no sistema cardiovascular terapia cardíaca

Adenosina 3 mg/mL solução injetável em ampola 2 mL

Alprostadil 20 mcg, pó solúvel injetável EV em frasco-ampola

AmioDARONA 200 mg, comprimido

AmioDARONA 50 mg/mL, solução injetável em ampola 3 mL

Deslanosídeo 0,4 mg, solução injetável em ampola 2 mL

Digoxina 0,05 mg/mL, elixir em frasco 60 mL

Digoxina 0,25mg, comprimido

DOBUTamina 12,5 mg/mL, solução injetável em ampola 20 mL

DOPamina 5 mg/mL, solução injetável em ampola 10 mL

EFEDrina 50 mg, solução injetável em ampola 1 mL

EPINEfrina 1 mg, solução injetável em ampola 1 mL

ETILEfrina 10 mg, solução injetável em ampola 1 mL

Isossorbida 5 mg, comprimido sub lingual

Isossorbida 10 mg, comprimido

Lidocaína 2%, solução injetável em ampola 5 mL

NitroGLICERINA 50 mg, solução injetável em ampola de 10 mL

NOREPinefrina 2 mg/mL, solução injetável em ampola 4 mL

Sildenafil 5 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 10 mL

AM



## 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

Nifedipina 20 mg, comprimido de ação retardada

Verapamil 80 mg, comprimido revestido

Verapamil 2,5 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

- Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina

Captopril 12,5 mg, comprimido

Captopril 25 mg, comprimido

Enalapril 5 mg, comprimido

Enalapril 10 mg, comprimido

Losartana 50 mg, comprimido

### 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 Etilíco 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

*AL*



## 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

PredniSONA 5 mg, comprimido

PredniSONA 20 mg, comprimido

## Terapia tireoídiana

LevoTIROXina 25 mcg, comprimido

LevoTIROXina 50 mcg, comprimido

LevoTIROXina 100 mcg, comprimido

Propiltiouracil 100 mg, comprimido

## Medicamentos antimicrobianos de uso sistêmico

AM



- Gliciciclinas

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 4ª geração

Cefepíme (R) 2 g, pó para solução injetável em frasco ampola

- Carbapenêmicos

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

AM



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

- Oxazolidínonas

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

AI

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

*AM*



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	

AK

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 monoclonais

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

*Handwritten signature*





## 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

BU pivacaína 0,5% + glicose 8%, solução injetável hiperbárica em ampola 4 mL

BU pivacaína 0,5%, solução injetável isobárica em ampola 4 mL

BU pivacaína 0,5%, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

BU pivacaína 0,5% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

BU pivacaína 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 bismaga 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

Prilocaina 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

*MJ*



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

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/mL, solução injetável em ampola 1 mL

*Handwritten signature*

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

Ciprofloxacina 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

Vitellinato 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

Poliestirenosulfonato 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

*AM*



### 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 Etilico 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 E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU.

- Abaixador língua espátula de madeira. Descartável - pct
- Absorvente feminino em abas - pct
- Agulha de puncao de fistula arterio-venosa 16g - unidade
- Agulha de puncao de fistula arterio-venosa 17g - unidade
- Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 13 x 4.5. Estéril - unidade
- Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 20 x 5.5. Estéril - unidade
- Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 7.0. Estéril - unidade
- Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 8.0. Estéril - unidade
- Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 30 x 8.0. Estéril - unidade
- Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 40 x 12.0 estéril - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 17g x 3.1/2 polegadas - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 18g x 3.1/2 polegadas - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 22g x 3.1/2 polegadas - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 25 g. 3.1/2 polegadas - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 27g x 3.1/2 polegadas - unidade
- Algodão hidrófilo rolo com 500 gramas - unidade
- Algodao hidrófilo, em bolas, pacote com 100 gramas - unidade
- Almotolia em plástico rígido âmbar. 500 ml bico reto longo - unidade
- Almotolia em plástico rígido transparente 500 ml bico reto longo - unidade
- Aparelho de tricotomia descartável - unidade
- Atadura tipo algodão ortopédico. 10cm x 1.0m - unidade
- Atadura tipo algodão ortopédico. 12cm x 1.0m - unidade
- Atadura tipo algodão ortopédico. 15cm x 1.0m - unidade
- Atadura tipo algodão ortopédico. 20cm x 1.0m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 06cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 08cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 10cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 12cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 15cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 20cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo gessada rápida. Medindo 10cm x 3m - unidade
- Atadura tipo gessada rápida. Medindo 12cm x 3m - unidade
- Atadura tipo gessada rápida. Medindo 15cm x 3m - unidade
- Atadura tipo gessada rápida. Medindo 20cm x 3m - unidade

AM





Avental descartável em não tecido - unidade  
Bolsa de colostomia adulto peça única drenável - unidade  
Bolsa de colostomia descartável 30mm - unidade  
Bolsa de colostomia descartável 50mm - unidade  
Bolsa de colostomia infantil peça única drenável - unidade  
Bolsa de colostomia para neonatologia - unidade  
Cadarço sarjado achatado branco 12mm x 10m - unidade  
Cal sodada em granulos alta capacidade de absorção de co2 - unidade  
Caneta eletrocirúrgica descartável - unidade  
Cânula de guedel. 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 nº 10 3,5mm - unidade
- Dreno de kher nº 12 4,0mm - unidade
- Dreno de kher nº 14 4,5mm - unidade
- Dreno de kher nº 16 5,5mm - unidade
- Dreno de kher nº 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  $\gamma$  - unidade

Equipo microgotas. Câmara graduada de capacidade igual ou acima de 150 ml e injetor lateral - unidade

Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível - unidade

Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível - infantil - unidade

Equipo para medida de pressão venosa central com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral - unidade

Equipo para transfusão sanguínea - unidade

Escova dupla face para antisepsia das mãos e antebraços, com pvpi - unidade

Escova dupla face para antisepsia das mãos e antebraços, sem pvpi - unidade esfigmomanômetro adulto - unidade

Esfigmomanômetro infantil - unidade

Eletrodo descartável, pacote com 50 unidades - pacote

Esparrapado 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 vírus - unidade  
Filtro de ar para incubadora vision 2186 - unidade  
Fio cirúrgico algodão branco (fita) diam. 0 comp. 0,35 x 80cm - unidade  
Fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 0/0 sem agulha - unidade  
Fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 2/0 sem agulha unidade fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 3/0 sem agulha - unidade  
Fio cirúrgico catgut cromado 1/0 70cm ag.1/2 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 cirúrgico monosyn incolor 5/0 comp. 45cm ag. 3/8 triang - unidade  
Fio cirúrgico monosyn incolor 5/0 comp. 70cm agulha 1/2 circ - unidade  
Fio cirúrgico nylon monofilamentar preto diam. 10/0 comp. 30 c/ ag 3/8 círculo espátula 6,2 mm - unidade  
Fio cirúrgico nylon preto 0/0 comp. 45cm agulha 3/8 triang - unidade  
Fio cirúrgico nylon preto 2/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade  
Fio cirúrgico nylon preto 3/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade  
Fio cirúrgico nylon preto 4/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade  
Fio cirúrgico nylon preto 5/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade  
Fio cirúrgico nylon preto 6/0 comp. 45cm agulha 1/2 circ triang - unidade  
Fio cirúrgico nylon preto 8/0 comp. 30cm agulha 1/4 circ - unidade  
Fio cirúrgico polipropileno azul diam. 10/0 comp. 30cm com 2xag reta espátula 16mm - unidade  
Fio cirúrgico premicron poliester verde 5/0 75cm ag.1/2 cir - unidade  
Fio cirúrgico premilene azul 0/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ - unidade  
Fio cirúrgico premilene azul 2/0 comp. 50 ag 3/8 circular - unidade  
Fio cirúrgico 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 quineck 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 agulha - unidade  
Fio cirurgico seda preta diam. 2/0 comp. 10x75cm sem agulha - unidade  
Fio cirurgico synthofil poliéster verde 1/0 75cm ag. 1/2 triang. - unidade  
Fio cirurgico synthofil poliéster verde 2/0 75cm ag 1/2 triang. - unidade  
Fio cirurgico vicryl incolor diam. 7/0 comp. 45cm com 2xag 3/8 circulo espátula 65mm, - unidade  
Fio de aço diam. 0, c/ ag. 26mm 1/2 circulo cilíndrica - 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 cilínd. - 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

AM



Fralda descartável infantil tamanho g - unidade  
Fralda descartável infantil tamanho m - unidade  
Fralda descartável infantil tamanho p - unidade  
Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 300ml - unidade  
Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 500ml - unidade  
Grampeador circular curvo 33mm (verde) - unidade  
Grampeador linear cortante tlc 75mm (c/ carga azultecido normal) - unidade  
Haste flexível em polipropileno. Com algodão hidrófilo nas extremidades - caixa hemostático absorvível aproximadamente 5,5cm x 7,5cm - unidade  
Infusor 2 vias com clamp unidade infusor neo 2 vias com clamp - unidade  
Isolador condutor de pressão para hemodiálise - unidade  
Kit cateter para nefrostomia em silicone, 5ml 4,0mm, nº12fr - 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 específica 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 órbito tamanho grande 0.90cm x 2.10m - unidade  
Saco para órbito tamanho médio 0.60cm x 1.50m - unidade  
Saco para órbito tamanho neo 0.30cm x 0.60cm - unidade  
Saco para órbito tamanho pequeno 0.50cm x 1.00m - unidade  
Sapatilha descartável pacote c/ 100 und - pct  
Scalp 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 gígle. 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

AM





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 alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 180mm - unidade  
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 250mm - unidade  
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 180mm - unidade



Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 250mm - unidade  
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 180mm - unidade  
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 250mm - unidade  
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 180mm - unidade  
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 250mm - unidade  
Tampa para recirculação unidade termômetro clínico analógico - unidade  
Termômetro clínico digital - unidade  
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.

**E**ste 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 Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU, 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 prestado-

res, 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 HEMU

- 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 suas 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 nº 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.

Realizações assíduas e periódicas de Dedetização, Desratização, Descupinização e Limpeza dos reservatórios de água (inferior e superior), com a disponibilização de produtos saneantes hospitalares e domissanitários, sabonetes, papel toalha, lixeiras e

AM



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

*AM*



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 contínua sobre processos de limpeza e desinfecção de superfícies e conservação;
- Planejar supervisão contínua 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.

Todo paciente hospitalizado ocupa necessariamente uma unidade que deverá ser limpa diariamente, sendo constituída basicamente por cama, mesas (refeição e cabeceira), 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;

## CUMPRIMENTO DE RESPONSABILIDADES DEFINIDAS



- 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, semi-críticas 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;
- 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;
- 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 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;
- Apresentar semestralmente laudo com os resultados dos testes bacteriológicos do meio ambiente e da água de abastecimento do serviço de saúde;
- 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 específica 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

*Handwritten signature*





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 estacionamento 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 a 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:
  - A. Planos de Inspeção Visual;
  - B. Planos de Manutenção Preventiva;
  - C. Planos de Manutenção Preditiva;
  - D. Planos de Manutenção Corretiva;
  - E. Planos de Inspeção Elétrica;
  - F. Planos de Inspeção Hidráulica;
  - G. Planos de Inspeção Climatização;
- Plano de Manutenção, Operação e Controle do Sistema de Climatização (PMOC).
- Telefonia
- TV
- Som
- Controle e Segurança - CFTV.
- Sistema de proteção contra incêndio
- Tapeçaria
- Marcenaria
- Serralheria
- Oxigênio
- Ar comprimido
- Vácuo

#### **Edificação**

- Estruturas
- Alvenarias
- Lajes e Pisos
- Tetos e Forros
- Painéis solares (se houver)
- Fachadas
- Muros
- Pavimentação Externa
- Esquadrias e vidros
- Telhado

#### **Instalações**

- Elétricas
- Hidráulicas
- Gases
- Informática
- Climatização



- 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, Montagem-Carga, Câmaras Frigoríficas, Bombas d'água, Bombas de recalque, Aquecedores de água, Transformadores, Cabines de energia, Bombas de vácuo, Compressores, Equipamentos de refrigeração e demais estão incluídas 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.

AI

## ITEM 3.5 - POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS



### 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, 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 qua-



lidade 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU, 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 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 contínuas 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 GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, através das seguintes iniciativas:

## PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE LÍDERES



AM





Desenvolvimento, capacitação contínua 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, quanto mais preparados os gestores estiverem, maiores também serão as chances de conquistar bons resultados com suas equipes.

## 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, conseqüentemente, contribuir com a performance dos hospitais geridos pelo Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - IMED.

*Handwritten signature or initials.*

## 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.

## INCENTIVO AO AUTODESENVOLVIMENTO



Incentivaremos os colaboradores do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU, através dos nossos canais internos a buscarem o desenvolvimento pessoal, com o objetivo de

AM



alcançar vantagens para o indivíduo e organização.

Auxiliaremos as equipes na busca de cursos gratuitos e custearemos alguns deles, estendemos convites de palestras, simpósio e eles escolherão os temas que trará valor agregado para o desenvolvimento de suas carreiras no HEMU.



## 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 as 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.

## RESPEITO



Faremos do elogio uma ação constante para que ele não ocorra somente no processo de feedback formal, compartilharemos conhecimento e atuaremos como um líder educador.

Encararemos o erro como processo de aprendizado e não permitiremos a exposição de qualquer colaborador, seja qual for o cargo, a qualquer tipo correção desrespeitosa, seja sozinho ou diante dos demais colegas.

AM

# 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 a torne "pública" à todas as equipes o feito e resultado.

## HRL INFORMA

### DIA DE GRATIDÃO E GENTILEZA

A gratidão é um dos sentimentos mais nobres que existem. Pessoas que sabem reconhecer o verdadeiro significado da vida e que são gratas por cada pequena conquista são mais felizes. Pensando nisso, decidimos instituir em nosso hospital um dia dedicado a esse sentimento tão essencial. O IMED Gratidão será uma ação mensal para sempre obtidas positivas, como gratidão e gentileza.

Todo dia 15 de cada mês um mural será disponibilizado em nossa unidade para que vocês possam agradecer um ato ou um gesto de um colega de trabalho.

Participe! Exprese sua gratidão com palavras e atitudes e sua vida mudará positivamente. Vamos tornar nosso hospital ainda mais humano e acolhedor.

#### Mural da Gratidão



Hospital Regional de Luziânia

## HRL INFORMA

### GRATIDÃO POR TUDO, HEMYLLINI

O nosso hospital possui uma energia que emana amor, abstração, fé e esperança. Sentimentos que reverberam diariamente nos corredores, leitos, salas de atendimento e no mural da gratidão instaurado para compartilharmos gestos e atos de bondade dos colegas de trabalho. Neste mês, a nossa querida assistente administrativa Hemyllini Soares da Silva recebeu inúmeras menções positivas pelo excelente trabalho e pelo ótimo relacionamento com todos os colaboradores.

Hemyllini, somos gratos por tê-la conosco diariamente. Suas ações servem como combustível para continuarmos exercendo nossas missões da melhor maneira possível.



Continuem exercendo a gratidão. Em abril nosso mural será reaberto para que vocês possam compartilhar um dos sentimentos mais nobres que existem. **PARTICIPEM!**



Hospital Regional de Luziânia

# 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, em eventos onde a participação dos profissionais da saúde seja importante.



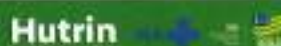
#HUTRINCONTRACORONAVÍRUS

DOAÇÃO DE SANGUE NO HUTRIN



No sábado (11) o Hemocentro de Goiás estaciona sua unidade móvel no Hospital de Urgências de Trindade. Vem coletar sangue para o estoque estadual que vem caindo desde o início das medidas de isolamento. A parceria com o Hutrin é uma garantia a mais para os doadores, que estarão sendo recebidos por meio de agendamento prévio feito por telefone do hospital. Vai funcionar assim: a pessoa liga, agenda seu horário entre as 8 da manhã e as 4 da tarde e no sábado vai fazer uma boa ação sem risco de estar num lugar cheio de gente.

Participe dessa ação você também. O agendamento é feito pelo telefone do HIR: (62) 99824-0860.



ASSISTÊNCIA SOCIAL INTERNA



Cuidar de quem cuida das pessoas é uma importante ferramenta de auxílio 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 Terapêutica para os colaboradores do HOSPITAL ESTADUAL

Handwritten signature or initials.

GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, que em parceria com o RH praticarão o atendimento humanizado também para as equipes que atuarão no HEMU.

**PROJETO ESCUTA TERAPÊUTICA: ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO PARA TODOS OS COLABORADORES DO HOSPITAL.**

Escuta Terapêutica

LIGUE OU MANDE MENSAGEM PARA: **(64) 9 9975-9900**

Hutrin Hospital de Referência de Goiânia

SUS

GOIAS



## 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.

saudegoias

Árvore da Vida



Curtido por imedinstituto e outras pessoas

saudegoias Quatro unidades do @governogoiás receberam uma iniciativa para homenagear e dar visibilidade aos que venceram à Covid-19. Representando vitalidade, força e a capacidade de superar adversidades, os hospitais receberam uma Árvore da Vida com nomes dos pacientes que tiveram alta das unidades.

Geridas pelo Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento (Imed), os Hospitais de Urgência de Trindade (Hutrin), Regionais de Luziânia (HRL), de Formosa (HRF) e de São Luís de Montes Belos – Dr. Geraldo Landó (HRSLMB) incluirão a partir desta semana o nome dos pacientes que tiveram alta no painel artístico, como objetivo fortalecer e valorizar ainda mais o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde que se revezam 24 horas, sem descanso, todos os dias da semana para atender as pessoas

**IMED LANÇA PRÊMIO 3i'S PARA RECONHECER INICIATIVAS INOVADORAS E INCLUSIVAS.**



ALU



## QUALIDADE DE VIDA

### IMED 3'Is

O Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento (IMEC) por meio do Departamento de Recursos Humanos apresenta o Prêmio IMED 3I's, uma iniciativa elaborada para reconhecer os profissionais que desenvolverem ações inovadoras que beneficiem a performance da corporação e, consequentemente, o atendimento oferecido à população. São ideias capazes de contribuir para a melhoria das práticas, processos, tecnologias, métodos de inclusão e gestão no setor da saúde.



A premiação dos projetos será baseada em três características, sendo elas: Inovação, Inovação e Inclusão (3 I's). Os profissionais vencedores serão contemplados por meio de bonificação e certificação de Profissional Inovador.



## 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.



Viabilizaremos através de parcerias internas, com o auxílio dos médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, iniciativas e suporte aos colaboradores por meio de ações que o conscientizem, sobre a importância de cuidar da saúde

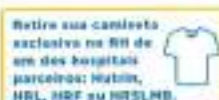
## PARABÊNS! SUA INSCRIÇÃO FOI REALIZADA COM SUCESSO

### Atente-se aos próximos passos:

Realize o percurso escolhido entre os dias 17 e 18 de dezembro.

Envie o componente para [participimedrun2020@gmail.com](mailto:participimedrun2020@gmail.com) até 15 de dezembro, seguindo as orientações:

- > Corrida/Caminhada indoor - Foto do painel da esteira com a quilometragem percorrida e um papel escrito #IMEDRUN.
- > Corrida/Caminhada externa com uso de aplicativo - Editar o nome da corrida/caminhada para #IMEDRUN, sinalizando dia e horário em que ela foi realizada.
- > Corrida/Caminhada externa com uso de smartwatch - foto do aparelho com o percurso da corrida ao lado de um papel escrito #IMEDRUN.



Compartilhe seu percurso nas redes sociais utilizando a #IMEDRUN2020



*Handwritten signature or initials.*



## 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 atuarão nos hospitais serão capazes de compreender as metas estipuladas, onde poderão contribuir para alcançá-las, bem como manter seus índices de excelência.



## 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.







## VOCÊ É IMPORTANTE PARA NÓS!



A pandemia exigiu de todos nós muita dedicação e solidariedade. São meses de muito trabalho e poucas comemorações. Por isso, qualquer comemoração virá uma grande festa, lógico respeitando todos os cuidados e higiene que o momento pede.

Tomando risco, a área de Recursos Humanos em parceria com o pessoal de Reabilitação preparou uma bela homenagem para os aniversariantes de novembro, que trabalham e colaboram no dia a dia do hospital. Toda a área do refeitório foi decorada e um cardápio especial foi oferecido a todos os homenageados. Eles também ganharam um mural com seus nomes e uma carta lembrando a comemoração.

As comemorações do aniversário acontecerem toda a última quinta-feira do mês! Com carinho, reforçamos que o IMED é uma instituição parceira que presta e se preocupa com seus colaboradores.



## 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

Al

As pessoas são o ativo mais importante no IMED e o desempenho de cada um deles no HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU 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 índices 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.

Uso das informações da pesquisa de clima:

- Apurar os pontos fortes do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE

URUAÇU- HEMU e criar ações específicas para sua valorização e melhoria, tirando proveito de seus efeitos;

- Identificar os pontos críticos, 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

ACU

em relatório próprio.

Os resultados serão 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, a preocupação do IMED em ouvi-los e, a partir daí, propormos ações de melhoria nos índices considerados insatisfatórios, gerando um ambiente de trabalho favorável ao bom desempenho da instituição.

Ressaltamos que um clima organizacional bem trabalhado proporcionará aos colaboradores do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU 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 colabo-

radores 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 Confeção dos gráficos
- Apresentação dos resultados



## INDICADORES

Os indicadores definidos para este programa serão:

- N° 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.



Nosso Jeito, Nossa Atitude!



# MODELO DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA:

	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXX
		Data: XXXXXX
		Revista: 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

*AI*



	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXX
		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

*AM*



	<b>Pesquisa de Clima Organizacional</b>	Codigo: XXXXXX
		Data: XXXXXXXX
		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 sei

*NI*



	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXX
		Data: XXXXXX
		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

*Handwritten signature*





	Pesquisa de Clima Organizacional	Código: XXXXXX
		Data: XXXXXX
		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						

AM



	<b>Pesquisa de Clima Organizacional</b>	Código: XXXXXX
		Data: XXXXXX
		Revisão: XX
		Página: XX

--	--	--	--	--	--	--

**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 o 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 política de gestão de pessoas busca contemplar os aspectos relacionados à produção de saúde por meio do estabelecimento de políticas 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU, será definida, respeitando as características próprias da unidade, visando o pleno atendimento de sua vocação.

As atividades pertinentes à gestão de pessoas, adotarão a concelutação 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 política 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU.

### NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL

#### CAPÍTULO I – Do 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.

#### CAPÍTULO II – Do Procedimento de Recrutamento e Seleção

AM



#### Art. 1 - MOTIVO DA SELEÇÃO:

- I. Substituição de colaborador: desligamento, remanejamento, promoção, afastamento (superior a 30 dias), licença maternidade, falecimento e aposentadoria.
- II. 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.

#### Art. 3 - ABERTURA E ANÁLISE DA VAGA:

- I. 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.
- II. 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.
  - 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.

#### Art. 5 - PROCESSO SELETIVO:

- I. 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.

- II. A responsabilidade de aprovação do candidato no processo seletivo deverá 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.

#### Art. 6 - ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO:

As etapas do processo seletivo serão as seguintes, considerando o perfil de complexidade de cada vaga:

- I. Captação de candidatos e triagem por meio de análise curricular (etapa obrigatória e eliminatória);
- II. Avaliação/Prova Teórica (etapa classificatória e eliminatória);
- III. Avaliação/Prova Prática (quando for possível, etapa classificatória e eliminatória);
- IV. Dinâmica de Grupo (etapa opcional e eliminatória):
  - Visa analisar o comportamento em grupo do candidato. Realizada pela profissional de RH com a participação do Gestor requisitante.
- V. Entrevista Individual (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo de todas as funções)
- VI. Realizado pela Analista de R&S responsável pela área, podendo ter a participação do Gestor requisitante.
- VII. Entrevista Técnica (etapa obrigatória e eliminatória):
  - Realizada pelo Gestor requisitante, podendo ter participação do





## Analista de RH.

VIII. 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.

IX. 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.

X. Exames Admissionais (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo):

- 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.

XI. Entrega de Documentação (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo).

- 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.

### Art. 7 - RECRUTAMENTO E SELEÇÃO INTERNO:

I. Tem como objetivo valorizar os colaboradores do Instituto, oferecendo oportunidade de desenvolvimento de carreira;

II. O recrutamento interno deverá ser uma das modalidades, e não a regra, para o

preenchimento de vagas conforme sua especificidade, urgência e necessidade;

III. A divulgação deverá ser realizada através de e-mail corporativo, murais da unidade, jornais institucionais e demais meios de comunicação existentes;

IV. O colaborador deverá procurar o RH para inscrição mediante preenchimento do formulário de Seleção Interna, que deverá ser aprovado pelo Gestor Imediato.

V. Após a inscrição, os candidatos internos são submetidos as etapas do processo seletivo, conforme descrito no item anterior;

VI. Condições/requisitos para participação do processo seletivo interno:

- O colaborador deve ter vínculo CLT com o Instituto (contrato de prazo indeterminado);
- Ter preferencialmente, no mínimo um ano na função atual;
- Não ter participado de processo seletivo interno para vagas na mesma função em um prazo inferior a seis meses;
- Estar em dia com os exames periódicos e ter baixo índice de absenteísmo;
- Não ter recebido penalização disciplinar (advertências ou suspensões) nos últimos 2 anos;
- Ser aprovado nos exames médicos para a mudança de função, caso necessário;
- O colaborador aprovado em seleção interna deverá ser liberado

AL



para a nova área dentro do prazo de 30 dias, independente de já ter sido substituído;

- O colaborador ao ser promovido para a nova função não poderá mais retornar à função anterior;

VII. Havendo candidato aprovado:

- 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;
- A área descoberta, deverá preencher o formulário de Requisição/Movimentação de Pessoal, para a abertura de vaga de substituição;

VIII. O RH procederá com a divulgação do resultado da seleção interna, seguindo prazo e meios divulgados no edital.

Art. 8 - RECRUTAMENTO E SELEÇÃO EXTERNO:

- I. Tem como objetivo contratar profissionais que possam agregar valor ao Instituto.
- II. Processo efetuado através de seleção pública mediante ampla divulgação das vagas.
- III. 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.
- IV. 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.

V. Outros meios de comunicação, poderão ser utilizados sempre que a administração julgar conveniente.

VI. Nos processos seletivos ofertados pelo IMED fica vedado (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;
- 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;
- 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.

VII. 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.

esses: Coordenação, Gerência e Diretoria.

- VIII. Após o recrutamento, os candidatos externos são submetidos as etapas do processo seletivo, conforme descrito acima.
- IX. 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.
- X. 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.
- XI. Os cargos estratégicos de Coordenação, Gerência e Diretoria não estão considerados nesse critério, pois podem exigir tempo superior, dependendo da complexidade e exigências.
- XII. A participação de ex-colaborador é permitida no processo seletivo externo desde que sejam respeitados os seguintes critérios:
  - Histórico profissional positivo, não devendo ter faltas disciplinares ou alto absenteísmo;
  - 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;
  - As exigências previstas no processo de recrutamento e seleção não se aplicam aos cargos de gestão (considerados de confiança), sendo

### CAPÍTULO III – Do Procedimento de Contratação

#### Art. 1 - FORMAS DE CONTRATAÇÃO:

As formas possíveis de contratação de colaboradores no Instituto serão as seguintes:

- I. CLT contrato de prazo indeterminado - Lei Nº 5.452/1943
- II. 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.
- III. Jovens Aprendizizes (CLT) - Lei Nº 10.097/2000.
- IV. Estagiários - Lei Nº 11.788/2008.

#### Art. 2 - 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

AM



permanência deles no Instituto, visando um melhor rendimento interno.

preferencialmente por outro PCD.

#### Art. 3 - 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 N° 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.

#### Art. 4 - 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.
  - Qualquer vaga poderá ser preenchida por PCD, desde que atendidos os requisitos mínimos do cargo.
- III. A substituição de PCD deverá ocorrer

#### Art. 5 - RESPONSABILIDADES DA ÁREA SOLICITANTE:

- I. Dimensionar o impacto financeiro da contratação e verificar a existência de recursos orçamentários, junto ao RH.
- II. 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.
- III. Receber os candidatos encaminhados pela área de RH para realização de entrevista técnica.
- IV. Registrar em formulário específico 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.
- V. 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.

#### Art. 6 - CONVOCAÇÃO DE CANDIDATO PARA ADMISSÃO E FECHAMENTO DA VAGA:

- I. 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.
- II. 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.

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.

#### Art. 7 - PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO:

- I. O procedimento de contratação deverá respeitar a legislação vigente à época da admissão do colaborador.
- II. As admissões somente poderão ocorrer após o candidato ser aprovado no processo de seleção e no exame médico admissional.
- III. 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.
- IV. 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.
- V. 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.

- II. As áreas poderão solicitar integrações específicas para seus novos colaboradores, principalmente de cunho técnico.
- III. 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.
- IV. 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.

#### Art. 2 - PERÍODO DE EXPERIÊNCIA:

- I. 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.
- II. 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.
- III. 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.

### CAPÍTULO IV – Do Procedimento de Integração e Controle de Experiência

#### Art. 1 - INTEGRAÇÃO DO NOVO COLABORADOR:

- I. 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

*AM*



- IV. 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.
- V. O RH deverá realizar o acompanhamento dos prazos e disponibilizar o Formulário de Avaliação do Período de Experiência para o Gestor responsável pela avaliação.
- VI. A entrega da avaliação para o setor de Administração de Pessoal deve respeitar o prazo estipulado no formulário, a fim de evitar impactos financeiros.
- VII. Sendo satisfatória a avaliação aos 90 dias, o colaborador será efetivado no Instituto. Caso contrário, será realizado o seu desligamento.

## **CAPÍTULO V - Do Procedimento e Diretrizes para Desligamento**

### **Art. 1 - 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:

*AM*



## FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I

FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I			
Atividades	Descrições das Atividades	Áreas envolvidas	Responsabilidade
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 Requiritante e Diretoria de RH	Gestor
2	Avaliar os motivos do desligamento	Diretoria Requiritante 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 estabilidade existentes, e em casos de dispensa sem justa causa o colaborador é indenizado	RH, SESMT e Jurídico	RH

FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I			
	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		

**FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I**

4*	Comunicar à gerência requisitante a existência de estabilidade ou impossibilidade de desligamento, se aplicável	Gerência Requisitante, RH e Jurídico	RH
5**	O RH deve definir e informar a gerência solicitante a data do desligamento	RH e Gerência Solicitante	RH

**FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I**

Atividades	Descrições das Atividades	Áreas envolvidas	Responsabilidade
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
	Realizar conferência dos valores calculados para rescisão do colaborador		
	Disponibilizar arquivos necessários para pagamento da rescisão do colaborador		
9***	Gerar GRRF e enviar para pagamento	Contabilidade e Financeiro	Contabilidade e Financeiro
	Emitir recibo para pagamento da rescisão do colaborador		
10***	Agendar e formalizar homologação na própria empresa, para assinatura dos	RH	RH

*ALU*



- I. 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.
- II. 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.
- III. 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.
- IV. 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.
- V. 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 I:*

- VI. O pagamento de multa no momento da rescisão ou a não autorização do desligamento dar-se-á nos seguintes casos:
  - Estabilidade adquirida através de CIPA ou diligência sindical;
  - 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;
  - Em gozo de férias;
  - Auxílio-doença ou acidente de trabalho;
  - Retorno de afastamento por acidente de trabalho nos últimos 12 (doze) meses; e
  - Período que antecede em 30 (trinta) dias o Acordo Coletivo na projeção do aviso prévio.
- VII. 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

AI

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.

VIII. 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 I - 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).*

IX. O RH Local deverá, na data da homologação de rescisão contratual ter os documentos assinados, conforme lista abaixo:

- 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;

- GRRF em 2 (duas) vias, sendo 1 (uma) para o colaborador, 1 (uma) para o RH Local que arquiva no prontuário do colaborador desligado;
- Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS atualizada, não sendo permitido mencionar o motivo do desligamento do colaborador pela legislação vigente; e
- Seguro-Desemprego, para desligamento sem justa causa e término de contrato de trabalho por prazo determinado, exceto menor aprendiz.

## CAPÍTULO VI – Das Definições Gerais

- I. Bens de Uso: Crachás, equipamentos, EPI's, uniformes, celular, notebook, veículo etc., utilizados pelo colaborador em suas atribuições do dia-a-dia.
- II. 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.
- III. Dispensa sem Justa Causa: Ocorre quando o empregador dispensa o colaborador, sem justo motivo.
- IV. Pedido de Demissão: Ocorre quando o próprio colaborador deseja rescindir o contrato sem justo motivo.
- V. Gerência Requisitante: Diretoria ou Gerência.



- VI. GRRF: Guia de Recolhimento Rescisório FGTS e Contribuição Social
- VII. 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.
- VIII. Triagem: análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no currículo cadastrado e os requisitos publicados da vaga.
- IX. Seleção: toda atividade desenvolvida para a escolha, dentre os candidatos triados, do profissional que melhor atende aos requisitos da vaga de trabalho oferecida.
- X. Pessoal: todos os profissionais que desempenham atividade vinculada aos objetivos da Instituição, com vínculo empregatício direto, não terceirizado.
- XI. 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.
- XII. Função: conjunto de tarefas ou de atribuições, sistemáticas e reiteradas.
- XIII. Remanejamento: movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, no mesmo cargo.
- XIV. Promoção: alteração de cargo ou função, em linha ascendente, de profissional já empregado da Instituição.
- XV. Recrutamento externo: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos externos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.
- XVI. Recrutamento interno: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.
- XVII. 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 Políticas 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 GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.



# 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 nº/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 **EMPREGADORA**, desde que compatíveis com a condição pessoal do **EMPREGADO**, nos termos do art. 458, 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 íntegra a obrigação do **EMPREGADO** de cumprir o horário/tumo 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 Parágrafo, 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

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

Endereço: Rua Itapeva, nº 202, conj. nº 35, Bairro Bela Vista, São Paulo/SP  
[www.imed.org.br](http://www.imed.org.br) - [administrativo@imed.org.br](mailto:administrativo@imed.org.br)

1





## 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

TESTEMUNHA


\_\_\_\_\_  
IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

Endereço: Rua Itapeva, nº 202, conj. nº 35, Bairro Bela Vista, São Paulo/SP  
[www.imed.org.br](http://www.imed.org.br) - [administrativo@imed.org.br](mailto:administrativo@imed.org.br)

3

# MODELOS DE FORMULÁRIOS:

## Requisição/Movimentação de Pessoal

	<b>FORMULÁRIO</b>	Código: FM.HUTRIN.GEP.004
	<b>REQUISICÃO/MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL</b>	Data: 05/05/2021
		Revisão: 00
		Página: 1 de 1

### ORIENTAÇÕES

- Neste documento os campos de REQUISICÃO DE PESSOAL e MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL devem ser preenchidos eletronicamente no excel no programa compatível.
- O documento deve ser impresso e para sua devida validação deve ser assinado no campo AUTORIZAÇÃO. Se após deverá ser encaminhado a área de RH.
- As movimentações de pessoal devem ser programadas com antecedência. Toda movimentação ocorrerá exclusivamente no dia 1 (um) de mês posterior a sua comunicação.

### REQUISICÃO DE PESSOAL

Unidade:		Data da Solicitação:	26/10/2021	Área Solicitante:	
Solicitante:		Cargo do Solicitante:			
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A VAGA</b>					
Modelo de Contratação:		Motivo:			
Vaga Solicitada:		Turno:			
Vaga Sigilosa?		Colaborador Substituído:			
Existe Descrição de Cargo?	Não	Status:	<b>Antes de seguir, procure o RH para realizar a descrição do cargo</b>		
<b>USO EXCLUSIVO DO RH</b>					
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 Autorizado: ( ) Sim ( ) Não Data: ____/____/____ Assinatura: _____	Diretoria Local Autorizado: ( ) Sim ( ) Não Data: ____/____/____ Assinatura: _____	Diretoria de Recursos Humanos Autorizado: ( ) Sim ( ) Não Data: ____/____/____ Assinatura: _____
--	---	---

*AM*



## Seleção Interna

	<b>FORMULÁRIO</b>	Código: FMLHUTRIN.GEP.005
	<b>SELEÇÃO INTERNA</b>	Data: 12/04/2021
		Revisão: 00
		Páginas: 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



## Avaliação de Experiência

	FORMULÁRIO	Código: FM.HUTRIN.GEP.006
		Data: 12/04/2021
	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO - EXPERIÊNCIA	Revisão: 00
		Páginas: 1 de 1

COLABORADOR: \_\_\_\_\_  
 FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

ADMISSÃO: 1/7/2020  
 SETOR: \_\_\_\_\_  
 PERÍODO: 30 Dias

### INSTRUÇÕES GERAIS

- Esta é avaliação do período de experiência, que deve ser aplicada antes do colaborador completar 30/45 ou 60/90 dias
- É importante que você procure ser objetivo e imparcial, avaliando as competências com base nas descrições e escala abaixo
- Escolha apenas uma opção para cada competência, marcando a pontuação que julgar mais adequada
- Só deverá ser efetivado(a) o(s) colaborador(a) que alcançar nota igual ou superior a 70, cabendo ao gestor justificar exceções
- Esta avaliação deverá ser realizada e devolvida ao setor de RH até o dia **26/7/2020**

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 GISTÃO 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 pontualmente e pontualmente ao trabalho.				10
3 COMPROMETIMENTO: Cumpre os prazos, datas e horários estabelecidos. Postura-se com sua participação em situações adversas: fora das 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 cliente. Respeita, ouve e resolve as necessidades dos clientes e propõe soluções de acordo com suas necessidades.				10
8 PROATIVIDADE: Demonstra capacidade de buscar e encontrar diversas maneiras para resolver um problema ou executar 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 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.				10
10 TRABALHO EM EQUIPE: Sabe interagir com os demais membros da equipe e lidar com posições contrárias. Busca alternativas e contribui para a atuação 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**

**COLABORADOR**

Assinatura/carimbo

Assinatura

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Solicitação de Desligamento

	<b>FORMULÁRIO</b>	Código: FM.HUTRIN.GEP.005
	<b>SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO</b>	Data: 05/05/2021
		Revisão: 00
		Página: 1 de 1

INFORMAÇÕES GERAIS			
<i>Preenchimento obrigatório pelo solicitante</i>			
Unidade:	Hospital de Urgências de Trindade	Área Solicitante:	
Solicitante:		Cargo do Solicitante:	
Colaborador Desligado:		Cargo do Colaborado:	
Have rá Substituição?	Sim	Status:	<b>Você deve preencher o formulário de Requisição de Pessoal</b>
Motivo do Desligamento:		Aviso Prévio:	
Data da Solicitação:		Data do Desligamento:	

AVALIAÇÃO GERAL			
<i>Preenchimento pelo RH. Não preencher em caso de pedido de demissão.</i>			
Possui estabilidade?	<input type="checkbox"/> Sim ou <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Estabilidade:	<input type="checkbox"/> CIPA <input type="checkbox"/> Membro de Sindicato <input type="checkbox"/> Período Gestacional
Data Base:	<input type="checkbox"/> Sim ou <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Pré-apoentado <input type="checkbox"/> *Outros
É PCD?	<input type="checkbox"/> Sim ou <input type="checkbox"/> 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; a página devida validação deve ser assinada no campo AUTORIZAÇÃO. Só após, deverá ser encaminhado a área de RH.
3. Os desligamentos por iniciativa da empresa devem ser propostos preferencialmente aos 1 (um) dia de antecedência.

OBSERVAÇÕES

AUTORIZAÇÃO		
Gerência Solicitante Autorizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data: ____/____/____	Diretoria Local Autorizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data: ____/____/____	Diretoria de Recursos Humanos Autorizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data: ____/____/____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____



# AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO



Utilizaremos no HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, 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 líderes analisam o comportamento de seus colaboradores, para identificar pontos fortes e pontos a desenvolver, sendo possível, 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU;

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 cascadeadas 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):

Gestores	Documentos recebidos dos gestores		
	Metas contratadas Prazo 28/fev	Avaliação Anual Prazo 31/dez	Acompanhamento Anual Prazo 31/dez
Gestor A			
Gestor B			

ACU



- 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	- Cascadeamento 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU 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 definir os principais macro-objetivos do ano seguinte.

Após essa definição, esses macro-objetivos serão convertidos em ações tangíveis para serem cascadeados aos seus diretos.

No início do ano, os demais Diretores definirão suas próprias metas e cascadeá-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.



AM



# 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

Tem 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 alternativas 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.

AG





Compartilha as informações e conhecimentos sobre métodos, processos e recursos para o benefício de todos.

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

Tem 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU. 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;

Ouçã 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.

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;

Ouçã 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



## FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO ANUAL

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.

### 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

	<b>FORMULÁRIO</b>	Código: FM.HEMA.GEP.XXX
	<b>AVALIAÇÃO ANUAL</b>	Data: 12/04/2021
		Revisão: 00
		Páginas: 1 de 3

Nome: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Diretoria: \_\_\_\_\_  
Área: \_\_\_\_\_  
Gestor Imediato: \_\_\_\_\_  
Ano: \_\_\_\_\_

### Metas

#### Meta 1: (Nome da Meta 1)

Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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 ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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 ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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 ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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%.)

AM



	<b>FORMULÁRIO</b>	Código: FM.HEMU.GEP.XXX
	<b>AVALIAÇÃO ANUAL</b>	Data: 12/04/2021
		Revisão: 00
		Páginas: 2 de 3

Meta 5: (Nome da Meta 5)

Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU no 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%.)

### 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)



	<b>FORMULÁRIO</b>	Código: FM/HEMU/GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	<b>AVALIAÇÃO ANUAL</b>	Revisão: 00
		Páginas: 3 de 3

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:

### AVALIAÇÃO FINAL

Metas:

Competências:

\_\_\_\_\_  
*Colaborador*

\_\_\_\_\_  
*Gestor*

\_\_\_\_\_  
*Gestor de RH*

*AM*



# 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.

*Handwritten signature*



## Modelo de Acompanhamento Anual

	<b>FORMULÁRIO</b>	<b>Código:</b> FM/HEMU/GEP/XXX
		<b>Data:</b> 12/04/2021
	<b>ACOMPANHAMENTO ANUAL</b>	<b>Revisão:</b> 00
		<b>Páginas:</b> 1 de 2

Nome: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Diretoria: \_\_\_\_\_  
Área: \_\_\_\_\_  
Gestor Imediato: \_\_\_\_\_  
Ano: \_\_\_\_\_

### Metas

Meta 1: (Nome da Meta 1)

Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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 ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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 ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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 ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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%.)

AM





	<b>FORMULÁRIO</b>	Código: FM/HEMU.GEP.XXX
	<b>ACOMPANHAMENTO ANUAL</b>	Data: 12/04/2021
		Revisão: 00
		Páginas: 2 de 2

Meta 5: (Nome da Meta 5)

Meta Vinculada: (Macro-objetivo do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEM, 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%.)

### 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU.

## ANEXOS DO PROCESSO DE PLANO DE CARREIRA

## MATRIZ DA GESTÃO DE TALENTOS

### Objetivo

Visualizar todos os colaboradores do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU 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.

## Modelo da Matriz

	GAP	ESPERADO	DIFERENCIADO	DESTAQUE
COMPETÊNCIAS	Performance com gap, comportamento destacado	Performance esperada, comportamento destacado	Performance diferenciada, comportamento destacado	Performance excepcional, comportamento destacado
	Performance com gap, comportamento esperado	Performance esperada, comportamento esperado	Performance diferenciada, comportamento esperado	Performance excepcional, comportamento esperado
	Performance com gap, comportamento com gap	Performance esperada, comportamento com gap	Performance diferenciada, comportamento com gap	Performance excepcional, comportamento com gap
METAS				

## 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 específicos.

### 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	LÍDER
		ANALISTA	
	TÉCNICO	TÉCNICO	
OPERACIONAL	OPERACIONAL	ASSISTENTE	OPERADOR
		AUXILIAR	AUXILIAR

## DISTRIBUIÇÃO DAS CARREIRAS

### Carreira de Gestão

Formação profissional voltada para tornar-se um líder de equipe. Aplica-se aos seguintes cargos, do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU:

CARGO ATUAL	POSSIBILIDADE DE CRESCIMENTO	OBSERVAÇÃO
DIRETOR ADMINISTRATIVO	DIRETOR-GERAL	O CRESCIMENTO NÃO É POSSÍVEL SE O CANDIDATO PRESSIONAR TODOS OS DEPARTAMENTOS DA VAGA E FOR APROVADO O PROCESSO DE RECRUTAMENTO INTERNO.
DIRETOR ASSISTENCIAL		
DIRETOR TÉCNICO		
GERÊNCIA ADMINISTRATIVA	DIRETOR ADMINISTRATIVO	
GERÊNCIA OPERACIONAL		
GERÊNCIA FINANCEIRA		
GERÊNCIA ASSISTENCIAL		
COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	GERÊNCIA ADMNISTRATIVA, GERÊNCIA DE SA, GERÊNCIA FISIOTERAPIA, GERÊNCIA ASSISTENCIAL, GERÊNCIA DE QUALIDADE	
COORDENAÇÃO FINANCEIRA		
COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL		
ANALISTA	ANALISTA OU COORDENAÇÃO	
ASSISTENTE DE TÉCNICO	ANALISTA OU ESPECIALISTA	
AUXILIAR	ASSISTENTE	

\*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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU.

### Utilização

Este processo deverá ser realizado anualmente, após

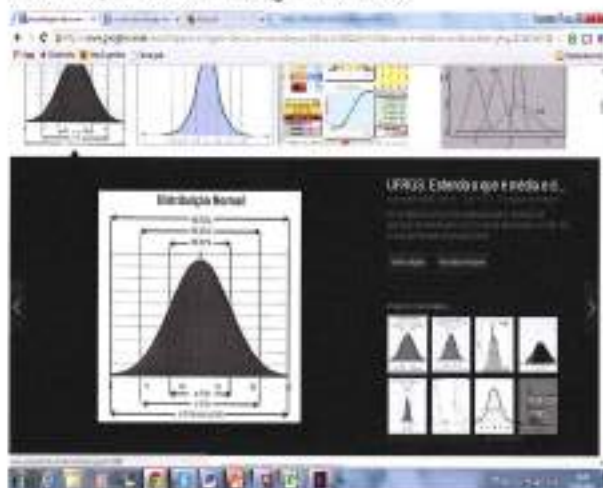
*M*



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 Parêl de Resultados (item 2.9 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 2.3 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;

*AM*



- 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

	<b>FORMULÁRIO</b>	<b>Código:</b> FM/HEMU/GEF.XXX
		<b>Data:</b> 12/04/2021
	<b>PLANO DE DESENVOLVIMENTO</b>	<b>Revisão:</b> 00
		<b>Páginas:</b> 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*

*AM*



# 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

ESTRATEGICO	GESTÃO	CARREIRA DE GESTÃO	CARREIRA TÉCNICA
		DIRETOR	ESPECIALISTA
		GERENTE	
TÁTICO	LIDERANÇA	SUPERVISOR	
		ANALISTA	LÍDER
	TÉCNICO	TÉCNICO	
OPERACIONAL	OPERACIONAL	ASSISTENTE	OPERADOR
		AUXILIAR	AUXILIAR

- 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU:

- Especialistas
- Enfermeiros
- Nutricionistas
- Fisioterapeutas
- Assistente Social
- Farmacêuticos
- Técnicos
- Analistas
- Assistentes
- Auxiliares

# DISTRIBUIÇÃO DAS CARREIRAS

## Carreira de Gestão

Formação profissional voltada para tornar-se um líder de equipe. Aplica-se aos seguintes cargos, do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU:

- Diretor Administrativo
- Diretor Assistencial



## 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.

#### Utilização

Semestralmente, durante a realização do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback, após os itens: Feedback Semestral – Colaborador.

**Observações:** os campos entre parênteses deverão ser alterados de acordo com cada situação.

ACU





## 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 ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU, 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 ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU

Al

## PAUTA DA REUNIÃO ESTRATÉGICA

### Objetivo

Manter no HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, 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 3.2 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 GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.

### 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	Processo de Recrutamento e seleção
Carta de reconhecimento	Feedback trimestral e acompanhamento semestral	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores	Semestral	Processo de avaliação desempenho e feedback Processo de reconhecimento por resultados Processo de avaliação desempenho e feedback
Apresentação de trabalho na secretaria de saúde	Matriz de gestão de talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores Operacional	Anual	Processo de reconhecimento por resultados Processo de plano de cargos e carreira Processo de avaliação desempenho e feedback
Publicação de artigo	Matriz de gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor operacional	Anual	Processo de reconhecimento por resultados Processo de plano de cargos e carreira Processo de avaliação desempenho e feedback
Palestras para estudantes	Matriz de gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor operacional	Anual	Processo de reconhecimento por resultados Processo de plano de cargos e carreira

*Handwritten signature or initials in blue ink.*



Ben- chmarking em outro hospital de referência	Matriz de gestão de Talentos	Todos os níveis hierár- quicos, exceto Diretor operacional	Anual	Processo de avaliação desempenho e feedback
--	------------------------------------	---	-------	--

Mérito	Matriz de gestão de Talentos	Todos os níveis hierár- quicos, exceto Diretor operacional	Anual	Processo de reconheci- mento por resultados
--------	------------------------------------	---	-------	--

Movimenta- ções	Matriz de gestão de Talentos	Todos os níveis hierár- quicos, exceto Dire- tores	Anual	Processo de reconheci- mento por resultados
--------------------	------------------------------------	--	-------	--

Participação em treina- mentos	Matriz de gestão de Talentos	Todos os níveis hierár- quicos, exceto Dire- tores	Anual	Processo de reconheci- mento por resultados
--------------------------------------	------------------------------------	--	-------	--

Participação em Congres- sas	Matriz de gestão de Talentos	Todos os níveis hierár- quicos, exceto Dire- tores	Anual	Processo de reconheci- mento por resultados
------------------------------------	------------------------------------	--	-------	--

Esquema diferenciado de Escala e plantões	Matriz de gestão de Talentos	Todos os níveis hierár- quicos, exceto Dire- tores	Anual	Processo de avaliação desempenho e feedback
--	------------------------------------	--	-------	--

Processo de plano de cargos e carreira	Processo de avaliação desempenho e feedback	Processo de reconheci- mento por resultados	Processo de plano de cargos e carreira	Processo de avaliação desempenho e feedback
--	--	--	--	--

Processo de plano de cargos e carreira	Processo de avaliação desempenho e feedback	Processo de reconheci- mento por resultados	Processo de plano de cargos e carreira	Processo de avaliação desempenho e feedback
--	--	--	--	--

Processo de plano de cargos e carreira	Processo de avaliação desempenho e feedback	Processo de reconheci- mento por resultados	Processo de plano de cargos e carreira	Processo de avaliação desempenho e feedback
--	--	--	--	--

Processo de plano de cargos e carreira	Processo de avaliação desempenho e feedback	Processo de reconheci- mento por resultados	Processo de plano de cargos e carreira	Processo de avaliação desempenho e feedback
--	--	--	--	--

## INDICADORES DE RECONHECIMENTO

### Objetivo

Visualizar em um painel os principais indicadores de reconhecimento utilizados como fonte para o reconhecimento dos colaboradores do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.

### Utilização

Este material deverá ser utilizado como fonte de consulta sempre que necessário. Para compreender como avaliar cada um desses indicadores, consultar o item 2.6 Indicadores de Resultados do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback.

### Indicadores de Reconhecimento

INDICADORES	FONTE	PÚBLICO PERIODICIDADE PROCESSOS RELACIONADOS
Elogio formal dos pacientes e/ou acompanhantes	Relacionamento humanizado	Processo de avaliação desempenho e feedback
Competência Relacionamento humanizado	Avaliação anual e acompanhamento anual	Processo de avaliação desempenho e feedback
Competência Sistêmica	Avaliação anual e acompanhamento anual	Processo de avaliação desempenho e feedback
Competência, planejamento sistêmico e resultados	Avaliação anual e acompanhamento anual	Processo de avaliação desempenho e feedback

MUC

## Gestão do Processo de Plano de Carreira

Este processo tem por objetivo estabelecer as diretrizes de como funciona o plano de carreira dos colaboradores.

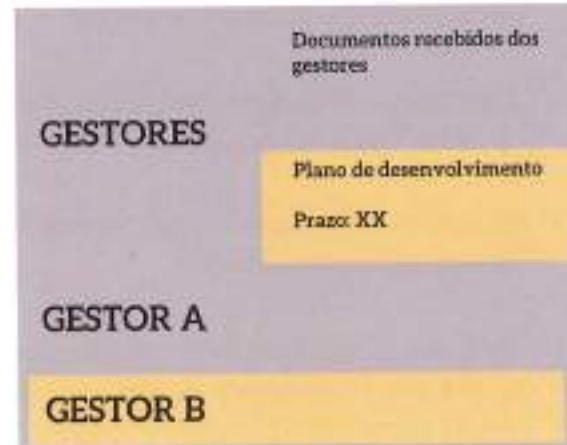
O detalhamento do processo encontra-se nos documentos citados abaixo, bem como em seus fluxos e anexos:

### 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 GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU;
- 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);



##### 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 de Gestão de Talentos
Maior	- 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E

AM



## MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU;

- 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 4.3 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.

Mai	- 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, 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 desestimula as ausências ao trabalho através de práticas gerenciais e culturais que privilegiarão o engajamento, ao mesmo tempo em que buscam combater atitudes e comportamentos nocivos ao HEMU.

Como primeiro passo para combater o absenteísmo no HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU, 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 HEMU, 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU. Assim, propomos o combate a esse tema tão desafiador através de alguns direcionadores:

### Medição:

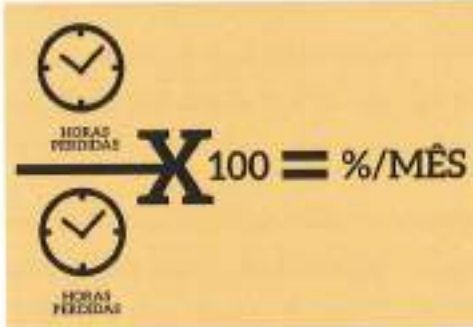
O absenteísmo será medido através de indicadores adequados. Planilhas de controle e gráficos ajudarão na análise das causas e motivações, facilitando assim a definição de ações efetivas de combate.

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 sequ-

ência resolvem os problemas mais comuns.

### Um exemplo de cálculo de indicador de absenteísmo:

## CÁLCULO ABSENTEÍSMO



O diagrama mostra a fórmula para o cálculo do absenteísmo. No topo, há um ícone de relógio com um checkmark e o texto 'HORAS PERDIDAS'. Abaixo dele, há uma barra horizontal. À esquerda da barra, há outro ícone de relógio com um checkmark e o texto 'HORAS PERDIDAS'. À direita da barra, há um grande 'X' seguido de '= %/MÊS'. O texto 'HORAS PERDIDAS' aparece novamente abaixo do segundo ícone de relógio.

$$\frac{\text{HORAS PERDIDAS}}{\text{HORAS PERDIDAS}} \times 100 = \%/MÊS$$

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 impedi-

AM

mento que não lhe permita chegar ao local de trabalho.

### 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.

### 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.

### 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.

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.

### 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.

**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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU, 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU, que se revezarão 24 horas, todos os dias da semana para atender nossas pessoas e multiplicar as práticas e atitudes de acolhimento.



AC



**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 os familiares receberão 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 tranças 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.

**Hutrin**  
Hospital de Referência em Traumatologia

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO**  
Para receber atitudes melhores, precisamos saber o que você acha e nos ajudar a melhorar nossos serviços.

Nome: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qual é seu nível de atendimento:

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	PÉSSIMO
1 - O Atendimento de Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - A Qualidade e Quantidade de Exames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - As informações fornecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - A hospitalização para cura e diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - A Atendimento ao cliente médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - O Atendimento ao cliente de enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - A Qualidade de Exames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - O Espaço do Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - O Atendimento geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recomendo este hospital de acordo com o IMED: SIM  NÃO

Por que você é IMED? Qualidade  Segurança  Inovação  Outros

Estamos em busca de ideias para melhorar o melhor atendimento e para nos ajudar com sua opinião. Sugestões, Críticas ou elogios?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quem precisa de informações:  Paciente  Acompanhante/responsável

Assinatura: \_\_\_\_\_

Aplicamos sua contribuição, obrigado(a) pelo seu apoio!



AL



**GOVERNIA SUS**

De: Cristiane M. Martins  
Tipo de Atendimento: Presencial

**CARTA ELOGIO**

Recebemos o seguinte elogio: paciente nos relata que se sentiu muito bem acolhida desde o atendimento na emergência até a internação na clínica, elogia os funcionários da cozinha, os funcionários da limpeza, os médicos, e cita a técnica em enfermagem Brenda, dizendo ser atenciosa tanto no cuidado para aplicar as medicações, como na cordialidade com os pacientes. Diante da oportunidade finaliza dizendo:  
"todos os funcionários estão de parabéns e muita gratidão a todos."

Trindade (GO), 12 de maio de 2021.

**Hutrin** Hospital de Cirurgias de Trindade

**IMED**



**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.

**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.



AK



**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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.



*ACU*



## Nosso Jeito IMED de Atender



O Jeito IMED de Atender, culturalmente parte do DNA da instituição e disseminado entre todos os colaboradores. De acordo com a Política 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 vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Assim, disseminaremos no HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEM, a humanização como 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 científicas 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, física, administrativa e humana de praticar o respeito à dignidade de cada sujeito, esteja ele em qualquer um

dos pontos da cadeia de stakeholders.

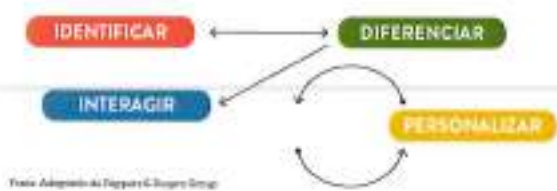
Quando se acredita que propósitos maiores devam reger uma relação que se quer duradoura, é importante que seja reforçado um contexto de cooperação e coparticipação para que os resultados sejam os melhores que aquele grupo de pessoas, naquele momento de suas vidas, possam fazer acontecer.

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:

All



Fonte: Adaptação do Paper & Design Group

**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 GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- HEMU.

**2ª ETAPA:** Diferenciar o stakeholder por meio de seu histórico de relacionamento com o HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU-HEMU. 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 HEMU preste um serviço de excelência a todos os públicos com que se relaciona.

A eficácia de nossas 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 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 práticas de mercado.

*Handwritten signature*



## 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 vínculo 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 HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU, utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente 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 estará 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 1º e o dia 30º do mês da troca,

AM

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.



*Handwritten signature*





## Modelo para escala de trabalho

IMED		Modelo de Escala - Geral																																		
SETOR:		GERÊNCIA: XXX																										Mês:		ANO:						
<b>Diurno A</b>		Coord.	Carga	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		Dir.	7:00 às 19:00		P	P																														
Beltrano		Tec Dir.	7:00 às 19:00		P	P																														
Ciclano		Tec Dir.	1:00 às 19:00		P	P																														
Fulano		Tec Dir.	7:00 às 19:00		P	P																														
Beltrano		Tec Dir.	7:00 às 19:00																																	
<b>Diurno B</b>		Coord.	Carga	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			1:00 às 19:00		P	P																														
Beltrano		Tec Dir.	7:00 às 19:00		P	P																														
Ciclano		Tec Dir.	1:00 às 19:00		P	P																														
Fulano		Tec Dir.	7:00 às 19:00		P	P																														
Beltrano		Tec Dir.	7:00 às 19:00		P	P																														
Fulano		Tec Dir.	7:00 às 19:00																																	
<b>Nocturno A</b>		Coord.	Carga	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		Dir.	19:00 às 7:00		N	N																														
Beltrano		Tec Dir.	19:00 às 7:00		N	N																														
Ciclano		Tec Dir.	19:00 às 7:00		N	N																														
Fulano		Tec Dir.	19:00 às 7:00		N	N																														
Beltrano		Tec Dir.	19:00 às 7:00		N	N																														
<b>Nocturno B</b>		Coord.	Carga	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																														
Beltrano			19:00 às 7:00		N	N																														
Ciclano			19:00 às 7:00		N	N																														
Fulano			19:00 às 7:00		N	N																														
Beltrano			19:00 às 7:00																																	

**LEGENDA**  
 A = Atestado Médico  
 P = Plantão Diurno  
 N = Plantão Noturno  
 LM = Licença Médica  
 D = Diarista

Assinatura do Responsável \_\_\_\_\_ Assinatura do RH \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_


## Formulário de Tratamento do Ponto

IMED		FORMULÁRIO		Código: FM/HR/TRN/GEP/08	
		TRATAMENTO DE PONTO		Data: 02/03/201	
				Mês: 03	
				Página: 1 de 1	
DADOS DO COLABORADOR					
Colaborador:		Cargo do Colaborador:			
Horário do Plantão:		<input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Diarista		Data de Justificativa:	
JUSTIFICATIVA					
<i>Qualquer uma das situações abaixo deve ser validada pelo gerente médico</i>					
<input type="checkbox"/> Despertado <input type="checkbox"/> Faltou com Doença <input type="checkbox"/> Faltou na Bonificação <input type="checkbox"/> Saúde Antecipada <input type="checkbox"/> Atividade <input type="checkbox"/> Outros					
<i>As situações abaixo devem ser validadas pelo gerente hospitalar e diretoria local</i>					
<input type="checkbox"/> Faltou Rotina <input type="checkbox"/> Compensação de Horas <input type="checkbox"/> Pagamento de Horas					
Início: ____ h ____ min		Fim: ____ h ____ min		Total: ____ h ____ min	
Justificativa:					
AUTORIZAÇÃO			VALIDAÇÃO		
Gerência Solicitante		Diretoria Local		Recursos Humanos	
Autorizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Autorizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Autorizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Assinatura: _____		Assinatura: _____		Assinatura: _____	

ACI



## Formulário Troca de Plantão

	<b>FORMULÁRIO</b>	Código: FM, HUIFIN, GEP.002
	<b>TROCA DE PLANTÃO</b>	Data: 12/04/2021
		Revisão: 00
		Páginas: 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.

AL



# RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS COM CARGA HORÁRIA E REMUNERAÇÃO

QUANTITATIVO ESTIMADO, POR CATEGORIA, QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS, CARGA HORÁRIA DE TRABALHO E SALÁRIO TOTAL

QTD.	CARGO	SALÁRIO	PERFIL	HORÁRIO DE TRABALHO	Semanal	DIA DA SEMANA						
						SEG.	TER.	QUA.	QUI.	SEX.	SAB.	DOM.
4	Almoxarife	R\$ 1.289,09	Organizar a estocagem dos materiais, de forma a preservar a sua integridade física e condições de uso, de acordo com as características de cada material, bem como para facilitar a sua localização e manuseio; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
9	Analista Administrativo	R\$ 2.388,54	Coordenar ou executar estudos relativos a processos administrativos financeiros; Planejar, organizar e controlar as atividades relacionadas à administração; Orientar na elaboração de relatórios e registros de proposições de soluções provenientes das reuniões de análise crítica de resultados; Reestruturar atividades administrativas; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Analista de Indicadores II	R\$ 4.600,82	Analisar os indicadores, organizar os dados e averiguar os resultados em interface com as áreas do Hospital; Identificar e definir necessidades de informações locais e institucionais representando os interesses da área de negócios (dados consumidos e produzidos); Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F

*AM*



6	Analista de RH	R\$ 3.077,16	Analisar, implantar e aplicar políticas e procedimentos de recursos humanos; Planejar e controlar junto a gerência da área, políticas de cargos e salários; Supervisionar e estabelecer condições para o processo de integração de novos colaboradores; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Analista de TI	R\$ 2.920,11	Desenvolver sistemas informatizados; Coordenar projetos em ambiente informatizado; Oferecer soluções para ambientes informatizados; Pesquisar tecnologia em informática; Utilizar recursos de Informática; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
8	Analista Financeiro	R\$ 4.030,13	Processar contas a pagar e a receber; Analisar operações financeiras da organização; Confeccionar relatórios financeiros; Garantir simulações e projeções estratégicas de faturamento; Controlar fluxos econômico-financeiros; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
18	Assistente Administrativo	R\$ 1.569,57	Elaborar planilhas de controle; Distribuir material de expediente; Controlar expedição de maletas e recibos; Controlar execução de serviços gerais (limpeza, transporte, vigilância); Atualizar dados para a elaboração de planos e projetos; Participar de projetos de melhoria contínua; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
4	Assistente Administrativo Almocearia	R\$ 1.302,37	Dar suporte administrativo na área de atuação; Elaborar planilhas de controle; Utilizar recursos de informática; Participar das ações de controle de estoque; Realizar contato com fornecedores externos; Conferir e monitorar patrimônios entregues à unidade; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



2	Assistente Administrativo Farmácia	R\$1.302,37	Organizar arquivos; Registrar a entrada e saída de documentos; Triar, conferir e distribuir documentos; Verificar documentos conforme normas; Conferir notas fiscais e faturas de pagamentos; Conferir cálculos; submeter pareceres para apreciação do chefe; Dar suporte às rotinas gerais da farmácia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Assistente Administrativo Ovidória	R\$1.302,37	Organizar arquivos; Registrar a entrada e saída de documentos; Triar, conferir e distribuir documentos; Encaminhar reclamações, elogios e sugestões dos clientes para análise e tratamento das áreas; Elaborar relatório mensal de SAU; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
2	Assistente de Compra	R\$1.213,15	Monitorar níveis de estoque e identificar necessidades de compra; Pesquisar fornecedores em potencial; Monitorar pedidos e garantir entregas no prazo; Manter registros atualizados de faturas e contratos; Realizar o follow-up com fornecedores, conforme necessário, para confirmar ou alterar pedidos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
8	Assistente de Farmácia	R\$1.339,15	Atender clientes internos; Executar a fabricação de kits com base nas prescrições médicas; Manter organizado os prateleiras e expositores de remédios e outros produtos; Conferir mercadorias da farmácia; Organizar documentação da área e fazer envio para outras áreas conforme orientação do chefe imediato; Estabelecer contato com fornecedores; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



12	Assistente de RH	R\$ 1.761,79	Controlar férias/licenças remuneradas; Controlar licença prêmio; Controlar frequência; Integrar pessoal; Atender ao cliente interno e externo; Analisar apontamentos na folha de pagamento; Apoiar as rotinas e processos das áreas de recursos humanos e departamento pessoal; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Assistente Executiva	R\$ 1.852,09	Preparar relatórios, formulários e planilhas; Confeccionar organogramas, fluxogramas e cronogramas; Elaborar textos para correspondência; Dar apoio operacional para elaboração de manuais técnicos; Executar atividades administrativas cumprindo prazos estabelecidos; Atualizar cadastros; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
10	Assistente Financeiro	R\$ 1.536,90	Manter controle de contas a pagar e receber; Realizar cobranças; Manter controle do fluxo de caixa; Emitir e lançar notas fiscais; Enviar registro de títulos bancários; Atualização de planilhas; Elaborar cartas de correção; Realizar avaliação de custos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
3	Assistente Social	R\$ 1.316,61	Orientar pacientes e familiares sobre temas relativos ao amparo assistencial; Atuar de acordo com a realidade social local; Analisar perfil dos usuários, características da área de atuação; Desenvolver, implementar e participar de ações sociais/humanizadas conforme HumanizaSUS; Providenciar documentação oficial, cadastrar usuários, entidades e recursos, conforme exigências do contrato; Controlar fluxo de documentos e dados estatísticos do serviço social; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12X36 - Diurno	44 HS	D	D	D	D	D	D	D
2				12X36 - No-turno	44 HS	D	D	D	D	D	D	D
4	Assistente Social	R\$ 1.316,61	Orientar pacientes e familiares sobre temas relativos ao amparo assistencial; Atuar de acordo com a realidade social local; Analisar perfil dos usuários, características da área de atuação; Desenvolver, implementar e participar de ações sociais/humanizadas conforme HumanizaSUS; Providenciar documentação oficial, cadastrar usuários, entidades e recursos, conforme exigências do contrato; Controlar fluxo de documentos e dados estatísticos do serviço social; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



20	Auxiliar Administrativo	R\$ 1.221,74	Organizar arquivos; Verificar documentos conforme normas; Conferir notas fiscais e leturas de pagamentos; Conferir cálculos; submeter pareceres para apreciação da chefia; Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos; Arquivar documentos conforme procedimentos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
42	Auxiliar Administrativo Enfermagem	R\$ 1.211,74	Organizar prontuários; Atender telefonemas; Arquivar documentos conforme procedimentos; Solicitar estoque de materiais e medicamentos; Organizar e manter organizado o ambiente de trabalho; Realizar demais atividades inerentes ao cargo	Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
34				Nocturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
7				Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
2	Auxiliar Administrativo Enfermagem CME	R\$ 1.439,67	Organizar prontuários; Atender telefonemas; Arquivar documentos conforme procedimentos; Solicitar estoque de materiais e medicamentos; Organizar e manter organizado o ambiente de trabalho; Realizar demais atividades inerentes ao cargo	Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
1				Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
6	Auxiliar Administrativo - NIR	R\$ 1.111,69	Organizar arquivos; Registrar a entrada e saída de documentos; Realizar cadastro de todos os pacientes; Realizar liberação de vagas para os pacientes internados; Triar, conferir e distribuir documentos; Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos; Arquivar documentos conforme procedimentos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F





27			Atende clientes internos; Executar a fabricação de kits com base nas prescrições médicas; Dar baixa do medicamento em sistema; Inserir dados no sistema para controles de medicamentos; Participar das atividades de controle de estoque da farmácia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
14	Auxiliar de Farmácia	R\$ 1.634,84		12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
1				Diurista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
2	Auxiliar - Sane/ Faturamento	R\$ 1.231,74	Organizar arquivos; Registrar a entrada e saída de documentos; Triar, conferir e distribuir documentos; Verificar documentos conforme normas; Arquivar documentos conforme procedimentos; Elaborar planilhas de acordo com check-list; Atender clientes internos; Emitir espelho de DDD's para serem anexadas no prontuário médico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
12	Auxiliar de RH	R\$ 1.320,80	Controlar frequência de pessoal; Lançar dados no sistema; Preencher controles diversos; Coletar dados diversos; Auxiliar nos processos de recrutamento e seleção e treinamento e desenvolvimento; Entregar documentos do setor às áreas de interesse; Atender ao público interno; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
10	Auxiliar Financeiro	R\$ 1.497,26	Manter controle de contas à pagar e receber; Realizar cobranças; Manter controle do fluxo de caixa; Emitir e lançar notas fiscais; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Coordenador(a) Clínica Cirúrgica	R\$7.110,95	<p>Coordenar e gerir o dia a dia das equipes; Admitir os pacientes na Clínica Cirúrgica (chegar exames - pré-operatório e pós-operatório); realizar cirurgias eletivas e de emergência dos pacientes das clínicas e UTI; Realizar procedimentos cirúrgicos menores; Encaminhar e ou acompanhar o paciente para a SPPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica) ou UTI; responder pareceres; Realizar as atribuições do Médico e demais atividades inerentes ao cargo.</p> <p>Planejar, gerir e controlar todos os processos de compras; Realizar o desenvolvimento e homologação de novos fornecedores; Fazer a gestão do cadastro de fornecedores, realização de visitas técnicas e resolução de conflitos; Acompanhar as grandes tendências no mercado de fornecimento; Ajustar o planejamento de compras e as necessidades da empresa; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p> <p>Analisar e controlar as contas contábeis do balanço; Controlar os elementos necessários ao controle e apresentação da situação patrimonial, econômica e financeira da instituição; Efetuar revisão de conciliações contábeis; Acompanhar o atendimento das obrigações acessórias; preparação das demonstrações financeiras e notas explicativas; Realizar auditoria interna e externa atendendo solicitações de órgãos fiscalizadores e pericia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>	Diarista	30 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) de Compras e Suprimento	R\$8.374,69	<p>Planejar, gerir e controlar todos os processos de compras; Realizar o desenvolvimento e homologação de novos fornecedores; Fazer a gestão do cadastro de fornecedores, realização de visitas técnicas e resolução de conflitos; Acompanhar as grandes tendências no mercado de fornecimento; Ajustar o planejamento de compras e as necessidades da empresa; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p> <p>Analisar e controlar as contas contábeis do balanço; Controlar os elementos necessários ao controle e apresentação da situação patrimonial, econômica e financeira da instituição; Efetuar revisão de conciliações contábeis; Acompanhar o atendimento das obrigações acessórias; preparação das demonstrações financeiras e notas explicativas; Realizar auditoria interna e externa atendendo solicitações de órgãos fiscalizadores e pericia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) de Contabilidade	R\$6.489,90	<p>Analisar e controlar as contas contábeis do balanço; Controlar os elementos necessários ao controle e apresentação da situação patrimonial, econômica e financeira da instituição; Efetuar revisão de conciliações contábeis; Acompanhar o atendimento das obrigações acessórias; preparação das demonstrações financeiras e notas explicativas; Realizar auditoria interna e externa atendendo solicitações de órgãos fiscalizadores e pericia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F

AM



1	Coordenador(a) de Departamento Pessoal	R\$ 7.012,80	Supervisionar e elaborar relatórios e estatísticas internas e os exigidos pela legislação; Supervisionar e elaborar relatórios e estatísticas internas e os exigidos pela legislação; Avaliar os resultados dos programas, consultando os colaboradores; setor de pessoal, para identificar falhas e estabelecer ou propor as modificações necessárias; Informar a direção geral sobre o processamento dos trabalhos e resultados alcançados, por meio de relatórios, indicadores, reuniões e outros, para possibilitar a avaliação geral das políticas aplicadas e sua conjugação com as diretrizes estratégicas; Coordenar, acompanhar e prestar suporte as lideranças no processo de disciplina; Gerir indicadores dos processos sob sua gestão; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44HS	D	D	D	D	D	F	F
5	Coordenador(a) de Enfermagem	R\$ 7.110,56	Elaborar escala 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; 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 contínuo e realizar reuniões periódicas com os departamentos assistenciais; Monitorar o desempenho e a produtividade da equipe; Coordenar e acompanhar atividades da equipe técnica; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F

Promover assistência de enfermagem nas cirurgias realizadas no hospital; Atuar nas demais atividades do hospital para que a assistência ao paciente seja de qualidade; Cumprir e fazer cumprir as instruções sobre o funcionamento das diversas atividades sob sua responsabilidade, emanadas pela divisão de enfermagem; Manter plantão permanente de acordo com a escala, visando as condições para o atendimento ao paciente. Elaborar e coordenar a escala de pessoal de acordo com o movimento de cirurgias; Coordenar a equipe de técnicos e enfermeiros do centro cirúrgico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Organizar e supervisionar a rotina de atividades dos auxiliares, enfermeiros e técnicos de enfermagem do setor. Registrar e transcrever informações, atendendo a necessidades do cliente interno e externo. Realizar busca ativa para o efetivo monitoramento dos pacientes desde a sua chegada à instituição, processo de internação, movimentação, alta, óbito e transferência; Manter o fluxo de informação entre o hospital e a central de regulação, referente às solicitações realizadas; Apresentar mensalmente à gerência de enfermagem e a diretoria geral, relatórios e indicadores das atividades dos processos sob sua responsabilidade; Verificar a disponibilidade de vagas e outros serviços na instituição; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

1 Coordenador(a) de Enfermagem Centro Cirúrgico

R\$ 7.110,96

Diarista

44 HS

D

D

D

D

D

F

F

1 Coordenador(a) de Enfermagem NIR

R\$ 5.679,36

Diarista

44 HS

D

D

D

D

D

F

F

AM



1	Coordenador(a) de Fábricas	R\$ 7.303,20	Liderar processos de caráter técnico; Realizar produção e aperfeiçoamento de instalações, máquinas, motores e demais equipamentos; Responder pelas indicações de manutenção; Liderar as rotinas e atividades de manutenção e monitoramento; Interagir com fornecedores; Escrever relatório de performance de manutenção; Acompanhar/monitorar atividades da equipe e do setor quanto ao atendimento das demandas de serviços e reportá-las à sua gerência. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) de Farmácia	R\$ 7.303,20	Supervisionar a dispensação e entrega dos materiais e medicamentos para pacientes em turnos, através das prescrições médica e de enfermagem; Supervisionar a dispensação dos materiais e medicamentos para procedimentos médicos, de enfermagem e cargo de urgência, através de solicitações dos setores; Receber solicitação de compras de todos os setores do hospital e elaborar uma solicitação geral de compras. Proceder ao controle de psicofrâcos, registrando-os em livro próprio, na forma da legislação vigente; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F

Condir equipe de faturamento / SAME; Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas, estudos, pesquisas, auditoria; Recolher, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saíram de alta; Arquivar e custodiar os prontuários; Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela Diretoria; Apoiar e fornecer informações para as Comissões (Comissão de Prontuário, Comissão de Óbitos, Núcleo de Segurança do Paciente); Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

1 Coordenador(a) de Faturamento / SAME R\$ 3.915,28 Diarista 44 HS D D D D D F F

Organizar, direcionar, supervisionar os serviços e equipe de Manutenção; Supervisionar e elaborar tarefas em equipamentos médicos hospitalares; Realizar controle e manutenção predial de caráter técnico sobre os projetos; Produzir e aperfeiçoar instalações, máquinas, motores, e demais equipamentos; Programar e supervisionar as atividades de manutenção corretiva, preventiva e preditiva, visando manter os equipamentos em condições adequadas de funcionamento; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

1 Coordenador(a) de Manutenção R\$ 5.308,72 Diarista 44 HS D D D D D F F

Organizar, direcionar, supervisionar os serviços e equipe de Patrimônio; Controlar a movimentação dos bens, incluindo a baixa dos ativos obsoletos ou fora de uso; Classificar os bens por espécie e com a contábil; Garantir a padronização da descrição e codificação dos bens; Controlar a depreciação e processamento de dados para cálculos da vida útil econômica dos ativos; Garantir o controle e arquivar a documentação patrimonial; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

1 Coordenador(a) de Patrimônio R\$ 5.308,72 Diarista 44 HS D D D D D F F

*AM*



1	Coordenadoria de Pediatria	R\$ 9.000,00	Coordenar a gestão de equipes; Acompanhar o desenvolvimento da criança; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	12 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenadoria de Prestação de Contas e Controle Interno	R\$ 8.374,69	Exercer fiscalização contábil e realizar auditorias financeira, orçamentária, operacional e patrimonial no que se refere à legalidade, legitimidade, economicidade; Fiscalizar e analisar a legitimidade dos gastos com folha de pagamento; Verificar a regularidade dos procedimentos licitatórios; Elaborar documentos de prestação de contas anuais do ordenador de despesas para atendimento das determinações estatutárias; Apoiar o controle externo na cumprimento de sua missão institucional; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenadoria de Recrutamento e Seleção	R\$ 7.394,11	Realizar a divulgação, captação e entrevistas com os candidatos, dar feedback, alinhar os perfis, entre outras atividades inerentes a função; Elaborar laudos a partir dos testes psicológicos aplicados; Apoiar processos seletivos; Confeccionar relatórios gerenciais de resultados; Realizar análise das entrevistas de desligamento; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Coordenador(a) de Saúde Ocupacional	R\$ 7.032,80	Gestor(a) equipe de saúde ocupacional cooperativa; Definir, implementar, acompanhar os programas de saúde ocupacional e qualidade de vida, além de ações e campanhas orientadas e preventivas em conjunto com a equipe de segurança do trabalho, de remuneração e benefícios; Inspeccionar as áreas de trabalho, visando à detecção de locais insalubres e/ou inseguros de modo a eliminar os riscos; Gestão do sistema de gerenciamento de saúde ocupacional; Gestão das ações de SST para o projeto de implantação do atendimento do E-Social; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) de SCIH	R\$ 5.076,40	Manter controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades desenvolvidas no setor; Direcionar ações/atividades para os membros da equipe de acordo com respectivas atribuições; Elaborar escalas de trabalho da equipe do SCIH; Representar/Assessorar a diretoria quando solicitado; Elaborar o PCRAS - Programa de Controle de Infecção Hospitalar atual (CCH); Definir estratégias junto à equipe do SCIH para implantação do PCRAS e alcance de metas; Implantar e avaliar o PCRAS mensalmente; Analisar indicadores de processos, de estrutura e de resultados relacionados ao controle de infecção; Revisar rotinas internas do SCIH (Sistema de Gestão da Qualidade); Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F

Ass





1	Coordenador(a) de Serviço de Nutrição	R\$ 5,308,72	Organizar, direcionar, supervisionar os serviços e equipe de Nutrição; Prestar assistência nutricional aos pacientes; Promover a padronização de dietas e cardápio elaborados para saúde e enfermagem; Controlar a quantidade e qualidade das dietas preparadas; Providenciar coleta de amostra de alimentos para análise; Orientar, supervisionar e avaliar a qualidade dos cuidados dietéticos dispensados aos pacientes; Manter relacionamento funcional da nutrição com as demais áreas do hospital; Cooperar com as instituições de ensino e pesquisas no que se refere à nutrição e dietética; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44hs	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) de Tesouraria	R\$ 6,442,07	Coordenar e supervisionar equipe e processos; Elaborar orçamentos e relatórios mensais; Processar contas a pagar e a receber; Analisar e controlar custos, gastos e despesas; Controlar pagamentos de impostos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) de TI	R\$ 7,303,20	Organizar, direcionar, supervisionar os serviços e equipe de TI; Desenvolver sistemas informatizados; Coordenar projetos em ambiente informatizado; Oferecer soluções para ambientes informatizados; Pesquisar tecnologias em informática; Utilizar recursos de informática; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Coordenador(a) de Treinamento e Educação Permanente	R\$ 7.134,65	Coordenar a execução de planos anuais de treinamento para os diferentes níveis da organização; Planejar e desenvolver programas de treinamento (focetizados e/ou internos); Usar princípios consagrados de educação e estar atualizado sobre novas técnicas e técnicas de treinamento; Planejar, preparar e solicitar auxílio e materiais educacionais; Manter atualizados o banco de dados de currículos de parceiros e registros de treinamento; Realizar sessões para treinar os instrutores internos; Gerir indicadores dos processos sob sua gestão; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) de UTI	R\$ 9.000,00	Organizar, direcionar, supervisionar os serviços e equipe de Enfermagem; Trabalhar com estreita cooperação com a coordenação das atividades interativas, criando uma cultura intensa de parceria no grupo, bem como equipe de outra especialidade; Atender o paciente com eficiência para uma recuperação menos traumática e mais tranquila; Interagir-se de todas as necessidades da unidade e conduzi-las para chegar a um resultado desejado; Acompanhar o desempenho operacional no cuidado e limpeza do setor; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	30 HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Coordenador(a) de UTI Neonatal	R\$ 7.110,96	Organizar, direcionar, supervisionar os serviços e equipe de Pediatría; Prestar assistência médica específica às crianças no primeiro ano de vida, examinando-as e prescrevendo cuidados pediátricos ou tratamentos, para avaliar, prescrever ou recuperar sua saúde; Realizar e orientar cuidados intensivos a crianças em estado crítico; Planejar e executar atividades de cuidado paliativo; Organizar os serviços de saúde de acordo com as atribuições do cargo; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	30 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) de UTI Pediatría	R\$ 7.110,96	Organizar, direcionar, supervisionar os serviços e equipe de UTI Pediatría; Análise, evolução, prescrição e procedimentos em nível de emergência pediátrica e terapia intensiva; Fazer e participação em atendimento a pacientes pediátricos internados no emergência Pediatría e UTI Pediatría; Organizar os serviços de saúde de acordo com as atribuições do cargo; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	30 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) Emergência / Urgência	R\$ 9.000,00	Coordenar a gestão de equipes; Clinicar e medicalizar pacientes dentro de sua especialidade; Diagnosticar e realizar cirurgias vasculares em pacientes quando necessário; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Cumprir e zelar pelo cumprimento das normas, rotinas e regulamentos da instituição; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	12 HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Coordenador(a) Eventos Institucionais	R\$ 4.870,20	Aplicar técnicas e estratégias de participação; Participação nas reuniões internas e externas; Comunicar e controlar permanentemente com o currículo; Coordenar tarefas operacionais; Planejar eventos e datas comemorativas; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) Fisioterapia	R\$ 5.308,72	Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia; Elaborar, aprovar e atualizar as normas e rotinas dos serviços; Elaborar as escalas de serviço e fazer o controle de ponto dos colaboradores; Cooperar e facilitar o treinamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais; Proporcionar um ambiente de cordialidade e de motivação dos profissionais para boa fluidez do serviço; Planejar junto ao Diretor as melhorias para o serviço assim como fornecimentos para o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional; Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	30 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenador(a) Multidisciplinar	R\$ 7.110,96	Coordenar as equipes multidisciplinares; Promover educação continuada com os profissionais terceirizadas, afim de padronizar o atendimento; Participar das reuniões de equipe Multidisciplinar, para discussão e compartilhamento dos casos; Direcionar os casos clínicos para avaliação de acordo com a solicitação do núcleo de captação, coordenação de enfermagem administrativas ou coordenação médica; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F

AM



1	Coordenadoria Oncologia	R\$ 1.900,00	Coordenar a gestão da equipe; Realizar consultas e exames clínicos; Solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; Realizar atendimento e acompanhamento diário dos pacientes já internados na Unidade, navegando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário; Realizar atendimento ambulatorial ao paciente oncológico; Exercer a farmacologia quimioterápica, quimioterapia no tratamento do câncer; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	30HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenadoria Orçamento e Planejamento	R\$ 3.945,54	Planejar e desenvolver metas de longo prazo e objetivos de curto prazo; Realizar execução de planos de negócios e iniciativas importantes; Identificar ameaças ou oportunidades; Elaborar relatórios de progresso e analisar questões que afetam a produtividade, lucratividade e crescimento da instituição; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Coordenadoria Serviço de Anestesia	R\$ 18.000,00	Organizar, direcionar, supervisionar os serviços e equipe de Anestesiologia; Verificar condições gerais dos pacientes no pré-operatório; Ser responsável pelo ato anestésico-cirúrgico durante a intervenção cirúrgica e no pós-operatório; Monitorar as condições gerais do paciente e executar qualquer outra atividade que, por sua natureza, esteja inserida no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área; Prestar informações do processo saúde-doença aos indivíduos e a seus familiares ou responsáveis; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	À definir	12HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Diretoria Administrativa	R\$ 19.488,14	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; Manter em dia os registros e arquivos das atividades que exigem essa providência; Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral; Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição; Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Diretoria Assistencial	R\$ 18.081,90	Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento de serviço de assistência; Cumprir e executar a política de gestão hospitalar definida pelo IMED juntamente com a SED; Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos; Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral; Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Diretor(a) Geral	R\$ 29.240,00	<p>Executar as deliberações gerais nas unidades hospitalares, na área de competência; Elaborar planejamento estratégico; Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade hospitalar; Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades do hospital, a fim de que o mesmo atinja a sua finalidade; Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas do hospital, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade; Manter contato com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para o cliente, o hospital e a comunidade em geral; Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.</p>	Diária	44	D	D	D	D	D	D	F	F
1	Diretor(a) Técnico	R\$ 22.192,48	<p>Cumprir e executar a política de gestão hospitalar definida pelo IMED juntamente com a SUSAM; Manter um rigoroso comportamento ético e solar pela conduta ética dos profissionais em geral; 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 arquivos dos serviços que exigirem providências; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F	





46	Enfermeiro(a) Clínico	R\$ 3.404,07	Prestar assistência ao paciente; Acionar equipe multiprofissional de saúde; Registrar observações, cuidados e procedimentos prestados; Analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem; Realizar evolução clínica de pacientes e SAE; Cumprir normas e procedimentos de enfermagem; Realizar a comunicação com o núcleo de vigilância epidemiológica do município; Controlar e apurar indicadores inerentes a área para apresentação; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
46				12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
4	Enfermeiro(a) Clínico	R\$ 3.066,12	Prestar assistência ao paciente; Acionar equipe multiprofissional de saúde; Registrar observações, cuidados e procedimentos prestados; Analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem; Realizar evolução clínica de pacientes e SAE; Cumprir normas e procedimentos de enfermagem; Realizar a comunicação com o núcleo de vigilância epidemiológica do município; Controlar e apurar indicadores inerentes a área para apresentação; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
4				12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
22	Enfermeiro(a) Clínico	R\$ 4.052,21	Prestar assistência ao paciente; Acionar equipe multiprofissional de saúde; Registrar observações, cuidados e procedimentos prestados; Analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem; Realizar evolução clínica de pacientes e SAE; Cumprir normas e procedimentos de enfermagem; Realizar a comunicação com o núcleo de vigilância epidemiológica do município; Controlar e apurar indicadores inerentes a área para apresentação; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
22	Enfermeiro(a) Clínico			12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P

*AM*





2	Enfermeiro(a) SCIH	R\$ 4.365,36	Realizar treinamento da equipe de enfermagem nos procedimentos e normas do SCIRAS (Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde); Monitorar IRAS através de visitas técnicas nas clínicas de internações; Participar de campanhas dos SCIRAS; Realizar treinamento da equipe de enfermagem nos procedimentos e normas do SCIRAS (Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde); Monitorar IRAS através de visitas técnicas nas clínicas de internações; Participar de campanhas dos SCIRAS; Controlar e analisar as fichas cirúrgicas; Controlar indicadores e providenciar relatórios pertinentes a sua situação; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44HS	D	D	D	D	D	F	F
4	Enfermeiro(a) Centro Cirúrgico	R\$ 4.365,36	Realizar consultoria, auditoria, e emitir pareceres sobre matéria de enfermagem. Realizar a consulta de enfermagem pré-exame e orientações ao paciente; Realizar sistematização da assistência de enfermagem, contemplando todas as etapas de pré, trans e pós-operatório; monitorar as barreiras de cirurgia segura; Realizar o mapa cirúrgico; Organizar o centro cirúrgico para o atendimento da demanda de cirurgia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44HS	P	P	P	P	P	P	P
2			Realizar consultoria, auditoria, e emitir pareceres sobre matéria de enfermagem. Realizar a consulta de enfermagem pré-exame e orientações ao paciente; Realizar sistematização da assistência de enfermagem, contemplando todas as etapas de pré, trans e pós-operatório; monitorar as barreiras de cirurgia segura; Realizar o mapa cirúrgico; Organizar o centro cirúrgico para o atendimento da demanda de cirurgia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - No turno	44HS	P	P	P	P	P	P	P
1			Realizar consultoria, auditoria, e emitir pareceres sobre matéria de enfermagem. Realizar a consulta de enfermagem pré-exame e orientações ao paciente; Realizar sistematização da assistência de enfermagem, contemplando todas as etapas de pré, trans e pós-operatório; monitorar as barreiras de cirurgia segura; Realizar o mapa cirúrgico; Organizar o centro cirúrgico para o atendimento da demanda de cirurgia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44HS	D	D	D	D	D	F	F
2	Enfermeiro(a) CME	R\$ 4.365,36	Elaborar e manter atualizado o manual de normas e rotinas do CME; Acompanhar e orientar os processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição dos produtos para saúde; Testar, avaliar e solicitar novas tecnologias e insumos para serem utilizados no CME; Cumprir as medidas de prevenção e controle da infecção hospitalar; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44HS	P	P	P	P	P	P	P
2			Elaborar e manter atualizado o manual de normas e rotinas do CME; Acompanhar e orientar os processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição dos produtos para saúde; Testar, avaliar e solicitar novas tecnologias e insumos para serem utilizados no CME; Cumprir as medidas de prevenção e controle da infecção hospitalar; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - No turno	44HS	P	P	P	P	P	P	P

AA

Implantar e coordenar processo de qualidade em todos os níveis da instituição; Avaliar os processos implantados em todos os setores da instituição; Realizar a capacitação das coordenadores para criação e implantação de processos adequados, conforme protocolos internacionais; Realizar auditoria clínica; Realizar visitas técnicas; Acompanhar a interface e apoio à construção de protocolos; Executar a avaliação dos indicadores existentes; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

2 Enfermeiro(a) de Qualidade R\$ 5.382,47

Diarista 44 HS D D D D D F F

Auditar serviços de enfermagem no trabalho; Prestar assistência ao paciente/cliente; Planejar ações de enfermagem; Coordenar serviços de enfermagem do trabalho; Mobilizar conhecimentos das ações de vigilância em saúde; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

1 Enfermeiro(a) de Trabalho R\$ 4.365,36

Diarista 44 HS D D D D D F F

Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos detectados no ambiente hospitalar; Elaborar, desenvolver e manter plano de investigação em operação do sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil, infantil e fetal e dos óbitos por doença infecciosa ou mal definidos; Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no ambiente hospitalar; Realizar as atribuições de Enfermeiro; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

2 Enfermeiro(a) Epidemiologista R\$ 4.365,36

Diarista 44 HS D D D D D F F

*M*



6	Enfermeiro(a) Neonatalo- gista	R\$ 4.052,21	Prestar assistência ao paciente; Atuar equipe multiprofissional de saúde; Registrar observações, cuidados e procedimentos prestados; Analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem; Realizar evolução clínica de pacientes e SAE; Cumprir normas e procedimentos de enfermagem; Realizar a comunicação com o núcleo de vigilância epidemiológica do município; Controlar e apoiar indicações inerentes a área para apresentação; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
6			12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P	P
4			12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Enfermeiro(a) NIR	R\$ 3.455,70	Realizar a interface do setor com os contratos de regulação do Estado; Contribuir para a implantação da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS); Contribuir para a implantação da política de regulação da unidade com base na legislação específica; Garantir o compromisso de participação da unidade no processo de regulação; Monitorar o custo direto; Monitorar os motivos de tempo de permanência prolongado na Unidade buscando estratégias para resolução dos casos; Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para os Contratos de Regulação, contribuindo para a redução do tempo de espera, para a intervenção; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
1			Diurno	44 HS	D	D	D	D	D	F	F	



8	Enfermeiro(a) Obstétrico	R\$ 4.052,21	Promover assistência a gestante e ao recém-nascido em todo processo realizado no hospital. Atuar nas demais atividades do hospital para que a assistência ao paciente seja de qualidade. Requisitar, controlar e registrar os materiais e produtos oriundos do almoxarifado. Assistir e conduzir o processo de evolução do parto. Coordenar a equipe de técnicos de enfermagem. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
8				12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
10	Enfermeiro(a) UTI	R\$ 4.052,21	Atender o paciente com eficiência para uma recuperação menos traumática e mais tranquila; Interagir-se de todas necessidades da unidade e conduzi-las para chegar a um resultado desejado; Acompanhar o desempenho do ajudante operacional no cuidado e Errores do setor; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurna	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
10				12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
1	Analista de Ensino e Pesquisa	R\$ 6.512,79	Promover um ambiente integrado e colaborativo entre a atenção à saúde, o ensino e a pesquisa; Propor e implementar mecanismos de comunicação sobre o papel estratégico na formação profissional, produção do conhecimento, desenvolvimento tecnológico e inovação; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Estatístico	R\$ 4.600,82	Desenhar amostras, analisar e processar dados; Construir instrumentos de coleta de dados e criar banco de dados; Desenvolver sistemas de codificação de dados, planejar e pesquisar; Dar suporte na utilização dos bancos de dados. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



28	Farmacêutico	R\$ 3.462,86	Realizar entrada de notas fiscais e recebimento de mercadorias; Atender clientes internos e externos nas demandas da farmácia; Participar da elaboração de relatórios mensais de produção da farmácia; Elaborar e realizar treinamentos pertinentes aos procedimentos da farmácia; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
30				12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
48	Fisioterapeuta	R\$ 3.395,28	Executar métodos, técnicas fisioterapêuticas e análise crítica que visem a saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; Avaliar, avaliar e determinar as condições de vida do paciente submetido à fisioterapia; Direcionar atividades, bem como a responsabilidade técnica pelo desempenho dessas atividades; Elaborar relatórios dos atendimentos realizados pela área; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x60 - Diurno	30 HS	P	P	P	P	P	P	P
15				12x60 - Noturno	30 HS	P	P	P	P	P	P	P
4	Fonoadiôlogo	R\$ 3.601,36	Orientar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos com risco de disfagia e encaminhamento para avaliação fonofisiológica; Avaliar, classificar e fazer o diagnóstico funcional da deglutição e do processo de alimentação, através da avaliação clínica fonofisiológica da disfagia; Analisar o processo de deglutição observando a presença dos aspectos funcionais esperados para cada uma de suas etapas, bem como, solicitar exames complementares que auxiliem no processo diagnóstico e terapêutico dos distúrbios da deglutição; Realizar o tratamento - habilitação/ reabilitação/ compensação/ adaptação/ gerenciamento - dos distúrbios da deglutição; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	30 HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Gerente de Qualidade	R\$ 10.427,72	Implantar e coordenar processo de qualidade em todos os níveis da instituição; Avaliar os processos implantados em todos os setores da instituição; Realizar a capacitação dos coordenadores para criação e implantação de processos adequados, conforme protocolos internacionais; Realizar auditoria clínica; Realizar visitas técnicas; Acompanhar a interface e apoio à construção de protocolos; Executar a avaliação dos indicadores existentes; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Gerente de Enfermagem	R\$ 10.554,00	Elaborar escalas e dimensionamento de pessoal; Assegurar a qualidade no atendimento e humanização assistencial; 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; Acompanhar e organizar fluxo do setor de atuação; Coordenar e acompanhar atividades da equipe técnica; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F

*AM*



1	Gerente de Recursos Humanos	R\$ 12.726,07	Planejar e instituir as atividades da área de recursos humanos; Recrutamento e seleção de líderes e executivos; Gerenciar e realizar a manutenção do plano de cargos e salários; Gerenciar e acompanhar os programas de treinamento, capacitação técnica e comportamental; Administrar folha de pagamento, benefícios, registros e controle de serviços prestados por terceiros; Estruturar e assegurar o cumprimento das políticas e normativos de recursos humanos; Gerenciar processos de seleção, testes, entrevistas e integração de novos colaboradores; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Gerente Financeiro	R\$ 13.064,60	Fornecer relatórios financeiros e interpretar informações financeiras e ao mesmo tempo recomendar possíveis ações; Aconselhar sobre atividades de investimento e elaborar estratégias que a empresa deve seguir; Fazer análises e avaliações para oportunidades de redução de custo; Gerenciar o preparo do orçamento da empresa; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44HS	D	D	D	D	D	F	F
17	Médico(a) Anestesiologista	R\$ 1.900,00	Verificar condições gerais dos pacientes no pré-operatório; Ser responsável pelo ato anestésico-cirúrgico durante a intervenção cirúrgica e no pós-operatório; Monitorar as condições gerais do paciente e executar qualquer outra atividade que, por sua natureza, esteja inserida no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área; Prestar informações do processo saúde-doença aos indivíduos e a seus familiares ou responsáveis; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diário	12HS	P	P	P	P	P	P	P
14				Noturno	12HS	P	P	P	P	P	P	P

*Handwritten signature or initials*

Clinicar e medicar pacientes dentro de sua especialidade; Diagnosticar e tratar todas as doenças relacionadas ao sistema circulatório; Realizar atendimentos ambulatoriais em pacientes de pré e pós-operatório; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

1 Médico(a) Angiologista R\$1.900,00

Diurno 12HS D D D D D F F

Realizar consultas e exames clínicos; Realizar exames subsidiários em cardiologia, cardiopatias congênitas; Realizar exames de insuficiência Cardíaca Congestiva, hipertensão pulmonar, aterosclerose, de doença arterial coronária, de arritmias cardíacas, de miocardiopatias e doença do pericárdio; Realizar terapêutica em cardiologia; Atuar na prevenção em cardiologia primária e secundária; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

1 Médico(a) Cardiologista R\$1.900,00

Diurno 12HS D D D D D F F

Realizar atendimento e acompanhamento diário dos pacientes já internados na Unidade, reavaliando e atualizando seu quadro e estabelecendo novas condutas, se necessário; Realizar procedimentos conservadores; Realizar cirurgias bucomaxilofaciais; Desenvolver técnicas operatórias; Programar visitas periódicas de retorno; Emitir diagnósticos; prescrever tratamentos; Planejar ações odontológicas; Realizar tratamento paliativo oral; Anestesia pacientes; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

1 Cirurgião Buro-Maxilo-Facial R\$1.900,00

Diurno 12HS D D D D D F F

*AM*





8	Medic(o) Cirurgião Geral	R\$ 1.900,00	Admitir os pacientes na Clínica Cirúrgica (chequear exames pré-operatório e pós-operatório); realizar cirurgias eletivas e de emergência dos pacientes das clínicas e UTI; Realizar procedimentos cirúrgicos inovativos; Encaminhar e ou acompanhar o paciente para a SISA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica) ou UTI; responder pareceres; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	12 HS	P	P	P	P	P	P	P
7				Noturno		P	P	P	P	P	P	P
1	Medic(o) Cirurgião Torácico	R\$ 1.900,00	Clinicar e medicar pacientes dentro de sua especialidade; Acompanhamento de pacientes com patologias torácicas; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando os com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Cumprir e zelar pelo cumprimento das normas, rotinas e regulamentos da Instituição; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Plantão	12 HS							
1	Medic(o) Cirurgião Oncologista	R\$ 1.900,00	Realizar consultas e exames clínicos; Solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; Realizar atendimento e acompanhamento clínico dos pacientes já internados na Unidade, reavaliando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário; Realizar atendimento ambulatorial ao paciente oncológico; Escrever a farmacologia quimioterápicos, quimioterapia no tratamento do câncer; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Plantão	12 HS							

AI



1	Médico(a) Cirurgião Pediatrico	R\$ 1.900,00	Admitir os pacientes na Clínica Cirúrgica (chegar exames pré-operatório e pós-operatório); realizar cirurgias eletivas e de emergência dos pacientes das clínicas e UTI; Realizar proced- imentos cirúr- gicos invasivos; Encaminhar e ou acompanhar o paciente para a IRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica) ou UTI; responder pareceres; Realizar as atribuições do Médico e demais atividades iner- entes ao cargo.	Plantão	12 HS								
1	Médico(a) Cirurgião Vascular	R\$ 1.900,00	Clinicar e medicar pacientes dentro de sua especialidade; Diagnóstico e realizar cirurgias vasculares em pacientes quando necessário; Anal- isar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou informar o diag- nóstico; Cumprir e zelar pelo cumprimento das normas, rotinas e regulamentos da instituição; Realizar demais atividades iner- entes ao cargo.	Plantão	12 HS								
14		R\$ 1.600,00	Realizar procedi- mentos primeiros socorros e urgências com encaminhamen- tos com ou sem preenchimento dos prontuá- rios; Avaliar e prescrever os pacientes clínicos internados na unidade; Solicitar avaliações de outras especial- idades quando necessário;	Diurno	12 HS	P	P	P	P	P	P	P	P
14			Atender prioritar- iamente os paci- entes de urgência e emergência identificados de acordo com o protocolo de acolhimento, com classificação de risco; Realizar procedimentos conservadores;	Nocturno	12 HS	P	P	P	P	P	P	P	P
1	Médico(a) Clínico Geral	R\$ 1.900,00	Atender prioritar- iamente os paci- entes de urgência e emergência identificados de acordo com o protocolo de acolhimento, com classificação de risco; Realizar procedimentos conservadores;	Diária	30 HS	D	D	D	D	D	F	F	F



Médico(a) Dermatologista Oncológico	À definir	Realizar consultas e exames clínicos; Solicitar exames laboratoriais, analisar e interpretar seus resultados; Realizar atendimento e acompanhamento diário dos pacientes já internados na Unidade, avaliando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário; Realizar atendimento a pacientes portadores de doenças dermatológicas; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	À definir	À definir
Médico(a) Gastroenterologista	À definir	Realizar atendimento e acompanhamento diário dos pacientes já internados na Unidade, avaliando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário; Emitir diagnósticos e prescrever tratamentos; Realizar assistência médica em gastroenterologia efetuando os procedimentos técnicos pertinentes à especialidade e executando tarefas afins; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	À definir	À definir
Médico(a) Gastroenterologista Oncológico	À definir	Realizar atendimento e acompanhamento diário dos pacientes já internados na Unidade, avaliando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário; Emitir diagnósticos e prescrever tratamentos; Realizar assistência médica em gastroenterologia efetuando os procedimentos técnicos pertinentes à especialidade e executando tarefas afins; Realizar atendimentos a pacientes oncológicos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	À definir	À definir

AI



1	Médico(a) Geriatra	R\$ 1.900,00	<p>Realizar consultas e exames clínicos; Solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; Realizar atendimento e acompanhamento diário dos pacientes já internados na Unidade, avaliando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário; Emitir diagnósticos e prescrever tratamentos; Orientar os pacientes, aplicar recursos da medicina preventiva ou curativa, visando proteger e recuperar e a saúde do Paciente; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>	A definir	A definir															
	Médico(a) Hematologista	A definir	<p>Emitir diagnósticos e prescrever tratamentos; Orientar os pacientes, aplicar recursos da medicina preventiva ou curativa, visando proteger e recuperar e a saúde do Paciente; visitar e medicar pacientes dentro de sua especialidade; Organizar os serviços de saúde de acordo com as atribuições do cargo; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>	A definir	A definir															
4	Médico(a) Infectologista CCH	R\$ 800,00	<p>Realizar consultas e exames clínicos; Solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; Emitir diagnósticos e prescrever tratamentos; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Emitir diagnósticos, prescrever medicamentos relacionados a patologias específicas, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>	Diurno	3015	D	D	D	D	D	F	F								

*AM*



	Medico(a) Infectologista (VVO)	A definir	Realizar consultas e exames clínicos; Solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; Emitir diagnósticos e prescrever tratamentos; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou infirmar o diagnóstico; Emitir diagnóstico, prescrever medicamentos relacionados a patologias específicas, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	A definir	A definir							
14			Realizar atendimento clínico de emergências médicas na UTI, bem como pelo desenvolvimento de rotinas médicas na unidade, visando um suporte à vida do paciente, através do emprego de monitoração clínica associada à tecnologia; Organizar os serviços de saúde de acordo com as atribuições do cargo; Solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; Realizar atendimento e acompanhamento direto dos pacientes já internados na Unidade, reavaliando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário;	Diurno	12HS	P	P	P	P	P	P	P
14				Noturno	12HS	P	P	P	P	P	P	P
	Medico(a) Internayista UTI	R\$ 1,900,00										
4				Diurno	6HS	D	D	D	D	D	F	P



7	Médico(a) Intensivista UTI Pediatrica	R\$1,900.00	Realizar atendimento clínico de emergências médicas na UTI, bem como pelo desenvolvimento de rotinas médicas na unidade, visando um suporte à vida do paciente, através do emprego de monitoração clínica associada à tecnologia; Avaliação, evolução, prescrição e procedimentos em nível de emergência pediátrica e terapia intensiva; Fazer e participar em atendimento a pacientes pediátricos internados na emergência Pediatrica e UTI Pediatrica; Organizar os serviços de saúde de acordo com as atribuições do cargo; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	12 HS	P	P	P	P	P	P	P
7	Médico(a) Mastologista	A definir	Orientar os pacientes, aplicar recursos de medicina preventiva ou curativa, visando proteger e recuperar e a saúde do Paciente; Prestar assistência médica em Mastologia efetuando os procedimentos técnicos pertinentes à especialidade; Clinicar e medicalizar pacientes dentro de sua especialidade; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	A definir	A definir							
7	Médico(a) Neumologista	R\$1,900.00	Prestar assistência médica específica às crianças no primeiro ano de vida, examinando-as e prescrevendo cuidados pediátricos ou tratamentos, para avaliar, preservar ou recuperar sua saúde; Realizar e orientar cuidados inerentes a crianças em estado crítico; Planejar e executar atividades de cuidado paliativo; Organizar os serviços de saúde de acordo com as atribuições do cargo; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	12 HS	P	P	P	P	P	P	P
7				Noturno	12 HS	P	P	P	P	P	P	P



1	Médico(a) Neurocirurgião	R\$ 1.900,00	Clinicar e medicar pacientes dentro de sua especialidade; Emitir diagnóstico, prescrever medicamentos relacionados a patologias específicas, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica; Realizar neurocirurgias; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	12HS	D	D	D	D	D	F	F
---	-----------------------------	--------------	---	----------	------	---	---	---	---	---	---	---

1	Médico(a) Neurologista	R\$ 1.900,00	Clinicar e medicar pacientes dentro de sua especialidade; Emitir diagnóstico, prescrever medicamentos relacionados a patologias específicas, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	12HS	D	D	D	D	D	F	F
---	---------------------------	--------------	--	----------	------	---	---	---	---	---	---	---

7	Médico(a) NR	R\$ 1.450,00	Guardar sigilo das atividades inerentes as atribuições do cargo, levando ao conhecimento do Diretor Clínico informações ou notícias de interesse da instituição e ou particular que possa interferir no regular andamento do atendimento; Apresentação de relatórios semestrais das atividades para análise. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	12HS	P	P	P	P	P	P	P
7				Nocturno	12HS	P	P	P	P	P	P	P

AA

Clinicar e medicalizar pacientes dentro de sua especialidade, tais como: anatomia ocular, formação, desenvolvimento e senescência ocular, exame ocular, pálpebras e aparelho lacrimal, ligâmentas, conjuntiva, córnea, esclerótica, trato uveal, cristalino, vítreo, retina, glaucoma, estrabismo, órbita, neuro oftalmologia, alterações oculares associadas a doenças sistêmicas, doenças imunológicas do olho, tumores, traumatismo, óptica e refração, oftalmologia preventiva, assuntos especiais de interesse pediátrico, aspectos genéticos; Apresentação de relatórios semanais das atividades para análise; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Médico(a)  
Oftalmologista

A definir

A definir

A definir

2

Médico(a)  
Oncologista

R\$ 1.600,00

Realizar consultas e exames clínicos; Solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; Realizar atendimento e acompanhamento diário dos pacientes já internados na Unidade, reavaliando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário; Realizar atendimento ambulatorial ao paciente oncológico; Exercer a farmacologia quimioterápica, quimioterapia no tratamento do câncer; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

12HS

12HS

P

P

P

P

P

P

P

7

Médico(a)  
Ortopedista e  
Traumatologista

R\$ 1.600,00

Mantém registros dos pacientes, examinando-os, anotando a conclusão diagnóstica, o tratamento prescrito e a evolução da doença; Avaliar as condições físico-funcionais do paciente; Indicar ou encaminhar pacientes para fisioterapia ou reabilitação; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Diurno

12HS

P

P

P

P

P

P

P

7

Noturno

12HS

P

P

P

P

P

P

P

*Handwritten signature*





	Médico(a) Otorrinolaringologista	À definir	Orientar os pacientes, aplicar recursos da medicina preventiva ou curativa, visando proteger e recuperar e a saúde do Paciente; Realizar atendimento na área de otorrinolaringologia; Organizar os serviços de saúde de acordo com as atribuições do cargo.	À definir	À definir							
	Médico(a) Otorrinolaringologista Pediatra	À definir	Emittir diagnósticos e prescrever tratamentos; Orientar os pacientes, aplicar recursos da medicina preventiva ou curativa, visando proteger e a saúde do Paciente; Realizar atendimento na área de otorrinolaringologia; Organizar os serviços de saúde de acordo com as atribuições do cargo; Respeitar a ética médica; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	À definir	À definir							
14	Médico(a) Pediatra	R\$ 1.600,00	Acompanhar o desenvolvimento da criança; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	À definir	P	P	P	P	P	P	P
14				Nocturno	À definir	P	P	P	P	P	P	P
	Médico(a) Proctologista	À definir	Realizar atendimento e acompanhamento diário dos pacientes já internados na Unidade, avaliando e atualizando seu quadro, estabelecendo novas condutas caso necessário; Emittir diagnósticos e prescrever tratamentos; Apresentação de relatórios semestrais das atividades para análise; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	À definir	À definir							

Handwritten signature or initials in blue ink.



	Médico(a) Proctologista Oncológico	À definir	Realizar atendimento a pacientes com doenças do aparelho digestivo, cólon, reto e ânus, como hemorroidas, fístulas, sangramentos intestinais, assim como inúmeros problemas inflamatórios do intestino grosso; Realizar atendimento ambulatorial ao paciente oncológico;	À definir	À definir															
1	Médico(a) Urologista	R\$1.900,00	Clinicar e medicar pacientes dentro de sua especialidade; Tratar e acompanhar pacientes portadores de doenças das vias urinárias, cumprir e zelar pelo cumprimento das normas, rotinas e regulamentos da Instituição; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	12 HS	D	D	D	D	D	F	F								
1	Médico(a) Urologista Oncológico	R\$1.900,00	Realizar atendimento em pacientes Oncológicos; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, compará-los com os padrões normais para confirmar ou informar o diagnóstico; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	À definir	À definir															
	Médico(a) Pneumologista Oncológico	À definir	Realizar atendimento em pacientes pulmonares; Atender pacientes ambulatoriais de pré e pós-operatório; Tratar e acompanhar pacientes portadores de doenças pulmonares; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	À definir	À definir															



4	Motorista	R\$ 1.453,08	Notificar à liderança imediata todas as falhas/ avarias detectadas; Anotar despesas com abastecimento, lubrificantes e consumo; Manter o veículo convenientemente abastecido e lubrificado; Elaborar relatórios de ocorrências, comunicando à liderança imediata; Apresentar dados para elaboração de estatística na periodicidade determinada pela liderança imediata; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
1	Curadora	R\$ 3.019,36	Atuar na Curadoria do hospital, realizando a mediação das reclamações/ comunicados recebidos e elaborando respostas formais de acordo com a pertinência e conteúdo; Reportar a diretoria da unidade sobre os contatos recebidos pela Curadoria, elaborando relatórios e apresentações; Realizar arquivamento de documentos; Elaborar relatório mensal do SAU; Coordenar a aplicação e operação da pesquisa de satisfação; Coordenar serviços do SAU, possa ajudar e visitas em leito; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diarista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
9			Suporte emocional aos pacientes com foco na redução do sofrimento no momento da hospitalização; Atender pacientes e familiares e mediar a relação com os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde em pré e pós cirúrgico; Encaminhar o paciente, se necessário, para tratamentos adequados; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12X36 - Diurno	30 HS	P	P	P	P	P	P	P
0	Psicóloga	R\$ 3.370,13		12X36 - Noturno	30 HS	P	P	P	P	P	P	P
2				Diarista	30 HS	D	D	D	D	D	F	F



4	Supervisão Administrativa	R\$ 2.776,16	Manter a guarda e sigilo sobre o conteúdo dos prontuários e demais documentos da instituição; Manter em dia os registros e arquivos dos serviços que exigem essa providência; Manter o regimento dos serviços administrativos e técnicos atualizados; Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
6	Supervisão de Enfermagem	R\$ 4.862,40	Supervisionar a equipe de enfermagem; Realizar a anotação nos prontuários e manter contato com outras áreas do hospital; Realizar procedimentos de maior complexidade; Elaborar plano de ação para a equipe; Participar dos trabalhos de equipes multidisciplinares; Propor ações corretivas para as irregularidades analisadas; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Supervisão de Obstetrícia	R\$ 4.862,40	Organizar, direcionar, supervisionar os serviços de enfermagem obstétrica; Promover assistência a gestante e ao recém-nascido em todo processo realizado no hospital; Atuar nas demais atividades do hospital para que a assistência ao paciente seja de qualidade; Requisitar, controlar e registrar os materiais e produtos oriundos do almoxarifado; Assistir e conduzir o processo de evolução do parto; Coordenar a equipe de técnicos de enfermagem; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurista	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



1	Supervisor(a) SAME	R\$ 4.862,40	Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas, estudos, pesquisas, auditoria; Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saíram de alta; Arquivar e custodiar os prontuários; Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela Diretoria; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
86	Técnic(a) de Enfermagem	R\$ 1.379,11	Prestar cuidados diretos na prevenção, controle sistêmico da infecção hospitalar e controle de - danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do idoso, do adulto, da mulher, do adolescente, da criança e do recém-nascido; Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
86	Técnic(a) de Enfermagem	R\$ 1.379,11	Prestar cuidados diretos na prevenção, controle sistêmico da infecção hospitalar e controle de - danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do idoso, do adulto, da mulher, do adolescente, da criança e do recém-nascido; Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
145	Técnic(a) de Enfermagem	R\$ 1.637,35	Prestar cuidados diretos na prevenção, controle sistêmico da infecção hospitalar e controle de - danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do idoso, do adulto, da mulher, do adolescente, da criança e do recém-nascido; Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
146	Técnic(a) de Enfermagem	R\$ 1.637,35	Prestar cuidados diretos na prevenção, controle sistêmico da infecção hospitalar e controle de - danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do idoso, do adulto, da mulher, do adolescente, da criança e do recém-nascido; Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P



4	Técnico(a) de Enfermagem CCIH	R\$ 1.920,27	Auxiliar o enfermeiro/médico na vigilância das infecções hospitalares; Observar as diretrizes traçadas pela CCIH para a ação de controle de infecção hospitalares de cada setor da instituição; Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
1	Técnico(a) de Enfermagem do Trabalho	R\$ 2.320,53	Participar dos programas de prevenção de acidentes de saúde; Preencher os relatórios de atividades do ambulatório dos serviços de núcleo e de enfermagem do trabalho; Auxiliar na realização de inquéritos sanitários no hospital; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	44 HS	D	D	D	D	D	F	F
2	Técnico(a) de Enfermagem Epidemiologista	R\$ 1.920,27	Auxiliar o enfermeiro/médico na investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos detectados no ambiente hospitalar; Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no ambiente hospitalar; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diário	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
14			Prestar cuidados diários na prevenção, controle sistemático da infecção hospitalar e controle de – dados físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde. Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do idoso, do adulto, da mulher, do adolescente, da criança e do recém-nascido;	12x36 - Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
14			Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	12x36 - Noturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
8	Técnico(a) de Enfermagem Maternidade	R\$ 1.920,00	Prestar cuidados de enfermagem na saúde do idoso, do adulto, da mulher, do adolescente, da criança e do recém-nascido; Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P



4	Técnico(a) de Imobilização Ortopédica	R\$ 1.920,27	Preparar e executar trações cutâneas, auxiliar o médico ortopedista na instalação de trações esqueléticas e nas manobras de redução manual com uso de anestésico local; Preparar sala para pequenos procedimentos fora do centro cirúrgico, como pequenas suturas e anestesia local para punções e infiltrações; Comunicar-se oralmente e por escrito, com os usuários e profissionais da área de saúde; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
2				Nocturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
5	Técnico(a) de Informática	R\$ 1.529,73	Organizar e controlar os materiais necessários para a execução das tarefas de operação, ordem de serviço, resultados dos processamentos e suprimentos; Operar equipamentos de processamento automatizados de dados; Interpretar as mensagens exibidas no monitor, adotando as medidas necessárias; Elaborar, atualizar e manter a documentação técnica necessária para a operação e manutenção das redes de computadores; Treinar usuários e controlar acessos aos sistemas; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
2				Nocturno	44 HS	P	P	P	P	P	P	P
5	Técnico(a) em Segurança do Trabalho	R\$ 2.706,25	Realizar auditoria, acompanhamento e avaliação na área; Identificar variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente; Desenvolver ações educativas na área de saúde e segurança no trabalho; Participar de perícias e fiscalizações e integrar processos de negociação; Participar da adoção de tecnologias e processos de trabalho; Gerenciar documentação de SST; Proceder com abertura de CAT; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diurno	44 HS	D	D	D	D	D	F	F



2	Terapeuta Ocupacional	R\$ 3.662,86	Promover campanhas educativas, produzir manuais e folhetos explicativos; Desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; Exercer atividades técnico-científicas; Realizar diagnósticos específicos; Analisar condições dos pacientes; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.	Diária	30 HS	D	D	D	D	D	F	F
---	-----------------------	--------------	---	--------	-------	---	---	---	---	---	---	---

Legenda  
D - Diária  
F - Folia  
P - Plantão

AM





## ITEM 3.6 – CIÊNCIA E TECNOLOGIA

### ITEM 3.6.1 - PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTAS À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU.

#### INTRODUÇÃO

O presente projeto, proposto pelo **Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento- IMED**, se define como forma de Educação Permanente com vistas a capacitação da equipe interdisciplinar do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU), visando o melhoramento contínuo da capacitação da equipe, frente as oportunidades de melhorias em relação ao trabalho, as interfaces dos vários conhecimentos, atividades individuais e coletivas em relação aos colegas e responsabilidades com a comunidade hospitalar. Este projeto leva em consideração as atividades que influenciam o relacionamento interprofissional, a tecnologia que estas usam e os métodos de trabalhos empregados por toda equipe interdisciplinar e auxilia no desenvolvimento da cultura da organização – seus valores, crenças e pressupostos compartilhados.

#### BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

O processo de elaboração de um Projeto de Educa-


ção Permanente com vistas a capacitação da equipe interdisciplinar do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu-HEMU, aqui proposto, contempla a articulação das dimensões: Pedagógica, Técnica e Humana, as quais, no caso específico da elaboração que doravante passaremos a denominar: **PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE HEMU (PEPS/HEMU)**, demarcam o espaço de definição do referencial técnico- pedagógico que orienta a programação das ações educativas aqui propostas.

No que tange a dimensão pedagógica, o processo de qualificação de pessoas, intensifica-se à medida que trazem consigo uma bagagem de conhecimento técnico fortemente influenciados por suas vivências permeadas de valores, atitudes e significações pessoais. Neste caso, os adultos apresentam necessidades de aprendizagem diferenciadas a das crianças.

A Andragogia, a arte e a ciência de auxiliar os adultos a aprender, dispõe de métodos mais adequados para os alunos adultos, sendo de grande utilidade para o aprendizado no ambiente de trabalho.

A educação de adultos é objeto de pesquisa científica já há algum tempo. Descobriu-se que ensinar adultos requer técnicas específicas para alcançar resultados especiais. E que, alunos adultos precisam entender porque precisam aprender algo, pois buscam aprender o que os ajudará a solucionar seus problemas; pois aprendem melhor quando estudam assuntos que lhes tragam valor imediato assimilando melhor aquilo que é posto experimentalmente.

A dimensão Técnica, se baseia na utilização de diversas informações, conhecimentos e tecnologias que permitem a identificação, descrição e análise dos problemas existentes no âmbito da prestação de ações e serviços de saúde, que demandam, para sua solução, o desenvolvimento de ações de Educação



Permanente em Saúde, isto é, ações voltadas ao processo de trabalho das equipes com foco no cotidiano do trabalho, dependendo dos problemas identificados, de modo a ofertar qualificações e formações de acordo com as necessidades daquele serviço, observando a lógica operacional ascendente, tanto para o planejamento como para a execução das ações envolvendo profissionais e trabalhadores de saúde que atuam nos diversos níveis de atenção e também na gestão/gerência do HEMU. Este processo também pode evidenciar a existência de concepções distintas acerca dos problemas e das necessidades de educação premente, bem como evidenciar divergências na escolha das alternativas de enfrentamento e solução de possíveis problemas, o que novamente exige o aprofundamento do debate e a construção de consensos com relação ao “o que fazer?”.

Sob a ótica da dimensão humanista, o trabalho se configura como princípio educativo - condensando em si as concepções de ciência e cultura - também se constitui como contexto econômico (o mundo do trabalho) que justifica a melhor qualificação de uma equipe multidisciplinar, impar, específica para atividades assistenciais do HEMU. Do ponto de vista organizacional dos sistemas de saúde, essa relação deve integrar em um programa de educação em serviço, possibilitando construções técnicas, intelectuais e humanas elevadas; a apropriação de conceitos necessários para a intervenção consciente na realidade e a compreensão do processo de construção do conhecimento. Com isso queremos erigir o HEMU de forma ativa e criadora organicamente identificada com o dinamismo de seus processos de trabalho conforme especificidades de sua equipe interdisciplinar. Sabemos que essa identidade orgânica é construída a partir de um princípio educativo que unifique, na pedagogia, éthos, logos e tecnos, tanto no plano metodológico quanto no epistemológico. Isso porque esse projeto materializa, no processo de formação humana e aperfeiçoamento profissional, o entrelaçamento entre trabalho, ciência e cultura organizacional, revelando um movimento permanente de inovação no

processo de trabalho proposto e milimetricamente desenhado pelo Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento- **IMED** para o HEMU.

## DA NATUREZA

O **PEPS/HEMU**, está previsto como parte da configuração organizacional necessária para o atendimento das demandas de qualificação de ações e serviços, no âmbito da instituição, com vistas para atenção à saúde e da organização do trabalho, na perspectiva da assistência humanizada, técnica e eticamente aliçadas nas melhores práticas assistenciais.

## DA FINALIDADE

**PEPS/HEMU** constitui-se em locus privilegiado de participação institucionalizada, envolvendo a alta direção do Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento- **IMED**, seus gestores e trabalhadores das diferentes Gerências, nas atividades relativas à implementação da política de educação permanente, especificamente no que toca aos seguintes aspectos:

- I. Interlocução, diálogo e cooperação entre os diferentes sujeitos envolvidos na implementação do **PEPS/HEMU** visando a integração das diferentes áreas do conhecimento;
- II. Atuar, em parceria com a equipe de Gestão de Pessoas, nas atividades de desenvolvimento e capacitação dos profissionais do HEMU;
- III. Definição das necessidades de capacitação e qualificação;
- IV. Planejamento de ações de educação permanente com foco na qualificação assistencial aos usuários do SUS atendidos no HEMU, através da educação, formação e capacitação.





## DA COMPOSIÇÃO

Terá composição multiprofissional, com representantes das diversas áreas atuantes no HEMU, com a coordenação de um profissional de pedagogia contratado exclusivamente para tal fim, demais 5 (cinco) membros titulares e respectivos suplentes, serão indicados pela Diretoria Geral do HEMU, como também fará parte do presente processo a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU-HEMU), que tratará das questões relativas a residência multiprofissional.

## O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SABER:

Por ser a categoria profissional que presta assistência 24 horas ininterruptas no hospital, a educação dos profissionais de enfermagem receberá atenção diferenciada, focada nas questões relacionadas ao atendimento técnico, ético, humanizado, classificado como "JEITO IMED DE ATENDER", uma vez que há necessidade de preparar os indivíduos para as mudanças do mundo globalizado no contexto do trabalho da assistência, do cuidado buscando sempre conciliar as necessidades de desenvolvimento pessoal e do grupo com as necessidades da instituição, da sociedade e principalmente, as necessidades dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

A competência torna-se uma habilidade que o profissional desenvolve para exercer o seu trabalho com segurança acompanhando as mudanças e avanços tecnológicos e as diversidades presentes no mundo contemporâneo. Vislumbra-se que o conhecimento não pode ser esgotado nem na formação "formal" e nem tampouco nos processos assistenciais do cuidado no dia-a-dia dos profissionais do HEMU.

Reconhece-se que a competência é a aptidão para se enfrentar situações em diversos momentos, mobilizando de forma correta, rápida, pertinente e criativa

diversos recursos (cognitivos, saberes, capacidades, micro competências), informações, valores, crenças, atitudes e metodologias (percepção, avaliação e raciocínio), garantindo habilidade para transitar nas esferas do trabalho e da vida humana.

As ações aqui propostas, enquanto capacitação e atualização, é capaz de oferecer subsídios para a realização de ações interdisciplinares e humanizadas de cuidado, partindo de um foco convergente, dirigido aos profissionais de enfermagem, para um foco angular divergente para outros saberes que compõe o processo assistencial. É notório que frente aos avanços tecnológicos e às exigências do mundo do trabalho é primordial que os profissionais se apropriem do conhecimento e de atitudes para alicerçar sua assistência. O profissional imbuído nesse processo necessita ampliar e aprofundar os saberes específicos de sua área de atuação sem esquecer do intuito interdisciplinar e multidimensional.

Justifica-se pela dificuldade com relação a educação permanente ter sua dimensão alcançada no serviço de saúde como também do ensino de saúde apropriar-se do pensamento de filósofos, por desconhecimento da convergência de seus pressupostos e de sua importância. Revela-se importante para a área da saúde por discutir outras abordagens pedagógicas, não cartesianas, que se nota em consonância com temas atuais e pertinentes.

Compreendendo que a proposta do IMED para o Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu vislumbra estabelecer um paralelo com os aspectos pedagógicos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e procurar a convergência de saberes da equipe multiprofissional.



## PORQUE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?

A Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população. O Ministério da Saúde considera que no processo de Educação Permanente em Saúde o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. Desta forma, a Educação Permanente é considerada como algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador para a inclusão de todos os atores, quanto pela eleição de metodologias participativas que partem das experiências vividas, problematizando-as e gerando propostas que viabilizem soluções

Nessa concepção, cuja condução se operacionaliza no âmbito do HEMU, propõem que os sujeitos do quadrilátero da educação permanente - hospital, profissionais, gestão e facilitadores - reflitam de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualifiquem as ações no intuito de aumentar a resolubilidade a eficiência do sistema de saúde.

### PRESSUPOSTOS BUSCADOS:

Parte-se da concepção que o PEP-HEMU possa contribuir para a formação e, conseqüentemente, fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), o contínuo desenvolvimento dos trabalhadores e as instituições de saúde, assim como contribuir na gestão dos sistemas e, complementarmente, potencializar políticas de saúde, como acolhimento, humanização e clínica ampliada, como também, espera-se que o PEP atue como balizador e alicerce no HEMU para:

- Constante qualificação do indivíduo;
- Reforço positivo para o fato de que nunca é tarde para aprender e sempre há algo novo a ser aprendido;
- Necessidade contínua de conhecimento;
- Acúmulo de conhecimento e desenvolvimento pessoal;
- Instrução complementar, que leva a melhores práticas de saúde;
- Criar novos conhecimentos para os locais de trabalho;
- Promover o conhecimento sobre mudanças no decorrer de sua profissão;
- Desenvolver melhorias no trabalho do profissional;
- Qualificar as práticas de assistência em saúde;
- Favorecer o desenvolvimento e a participação na vida da instituição.

### MODUS OPERANDI E CONSTRUÇÃO TEMÁTICA COM EQUIPE HEMU;

A construção do projeto de educação permanente



com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruçu- HEMU, após conclusão do processo licitatório para gestão do HEMU junto com o IMED, será conduzido em dois pilares, sendo um deles através de um programa de educação continuada para os colaboradores de nível médio e superior lotados no HEMU, como também, será iniciado imediatamente a operacionalização do programa de residências multiprofissionais em área profissional da saúde, conforme a Lei nº 11.129 de 2005, que orienta tal atividade conforme princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangerão as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, conforme (Resolução CNS nº 287/1998).

A operacionalização do presente projeto dar-se-á conforme critérios e definições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNR-MS, instituída por meio da Portaria Interministerial nº1.077, de 12 de novembro de 2009, coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e tem como principais atribuições: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio epidemiológicas da população da área de abrangência do HEMU; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como a instituição para oferecer e registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa de residência a ser operacionalizado com a criação da comissão de residência multiprofissional do HEMO (COREMU/HEMU) buscaremos formali-

zar parcerias com a UFG através da Pró-reitoria de Pós-Graduação (PRPG) da UFG conforme resolução CONSUNI 08/2014, para formalização de convenio para a criação da parceria em 2022.

Assim com a parceria entre o HEMU e UFG serão coordenadas e definidas as ações dos referidos programas, dentro dos marcos lógicos e legais da UFG e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde e COREMU/HEMU.

### **CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO:**

Após consolidação do processo de licitação e contrato de gestão entre o IMED e SES-GO será iniciado a formalização da parceria entre o HEMU e UFG para tratativas e celebração do referido convenio conforme requisitos legais.

O Que?	Quem?	Quando?
Criação COREMU/HEMU	Diretoria Geral HEMU	45 dias após contrato de gestão.
Parceria entre HEMU/UFG	IMED / SES GO	Até 90 dias após criação do COREMU/HEMU
Elaboração do programa de residência multiprofissional	COREMU / HEMU	A ser definido pelo COREMU / HEMU.
Elaborar do certame do processo seletivo de residência Multiprofissional -HEMU	COREMU / HEMU UFG	A ser definido pelo COREMU / HEMU.
Processo Seletivo	COREMU / HEMU - UFG	A ser definido pelo COREMU / HEMU.
Resultado do processo seletivo	COREMU / HEMU - UFG	A ser definido pelo COREMU / HEMU.

*AL*



Prazos para recursos	COREMU / HEMU - UFG	A ser definido pelo COREMU / HEMU.
Homologação do processo	COREMU / HEMU - UFG	A ser definido pelo COREMU / HEMU.
Início das atividades acadêmicas	COREMU / HEMU - UFG	A ser definido pelo COREMU / HEMU.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se produzir mudanças e modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática via arcabouço teórico, ou seja, a teoria é experimentada nas práticas e as práticas são aperfeiçoadas nas teorias. Dessa forma, projeta-se que a educação permanente seja uma das possibilidades para produzir transformações nas práticas e nos processos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão e avaliação dos processos de trabalho.

Portanto, independente das formas de organização, é imperioso o desenvolvimento de ações educativas para todos os trabalhadores, pois é através da educação que se criam possibilidades de refletir e fazer emergir novas asserções sobre o processo de trabalho, com a intensificação de ações articuladas entre a gestão, a atenção e a educação. Com a inclusão dos programas educativos poder-se-á dar maior sustentação, promoção, desenvolvimento e, principalmente, sedimentação ao SUS. A educação permanente é a principal alternativa do desenvolvimento dos trabalhadores em saúde e, estes, de posse de conhecimentos específicos para área, poderão utilizar-se desse para a educação em saúde aos usuários e, também, assegurar uma atenção mais qualificada e segura.



## ITEM 3.6.2 - 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 refe-

rentes 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; e
- 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 tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucio-



nalmente. 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 qualida-

de 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



O Núcleo de Educação Permanente - NEP, está vinculado à área de Recursos Humanos, subordinada à Diretoria Geral 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 favorecer 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

*Handwritten signature or initials.*

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 entregues 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 administrativa 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.

AM



## Papéis e responsabilidades

Por meio da atuação da Comissão Multidisciplinar, 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 deve 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 uti-

lização 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 desempenho 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, preconceitos étni-





cos, 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 sustentabilidade 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
- > Boas 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 colaborador relatar problemas, fazer perguntas e obter respostas. A opinião do colaborador 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 Política 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 vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Assim, humanização nada mais é do que a constru-

ção 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 científicas 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, física, 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 física.

### Objetivos

Permeiar 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 compre-



ende 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 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 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 nossas 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.
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 medicamento (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 anti-tetânico, 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 infecto-contagiosas.
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.

*Handwritten signature or initials in blue ink.*



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.
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 prática 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 possível. 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 a se 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

AM



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 entendi-

mento 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 tenha 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 fami-

*Handwritten signature or initials.*



lia 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 apolar 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 entendê-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.

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 dividido 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

## 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.



*M*



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 Desem-

penho, 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

*AM*



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 à 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, alinhando 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

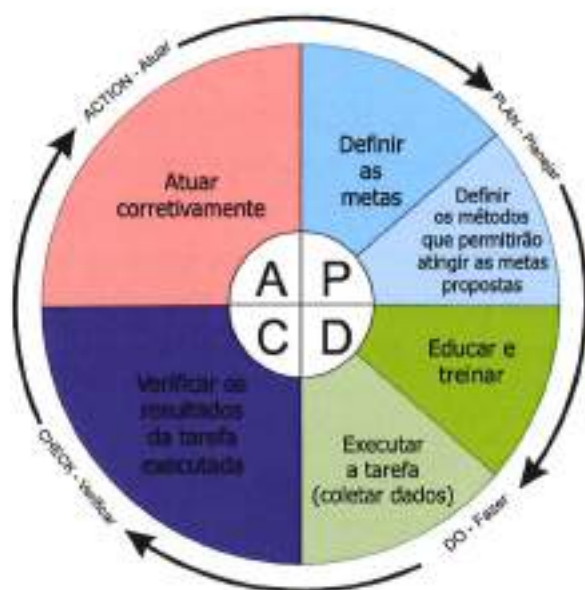
O **PDCA** foi criado pelo estatístico americano Deming e consiste em um ciclo de quatro etapas Plan (Planejar), Do (Fazer), Check (Verificar) e Action (Atuar).

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

AM



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 todas 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 inferiores 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 multipli-

cadores, por acreditarmos que esta prática 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 Proposal 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



*AM*





## 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 contínua, 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

  <b>Levantamento das Necessidades de Treinamento</b>	
Setor	<input type="text"/>
Divisão	<input type="text"/>
Data	<input type="text"/>
O que?	(Especificar a área do treinamento)
Quem?	(Público Alvo)
Quando?	(Data ou Periodicidade)
Onde?	(Local)
Por que?	(Objetivo pelo qual será desenvolvido o treinamento)
Como?	(Método, duração e recursos necessários)
Quanto Custa?	(Custo do treinamento, caso exista)
Facilitador indicado	<input type="text"/>
Estimativa de participantes	<input type="text"/>
Carga Horária	<input type="text"/>

Assinatura/Carimbo

Vale ressaltar, que as lideranças recebem um treinamento específico para o adequado preenchimento do LNT. O levantamento possui como base para o seu preenchimento, as seguintes demandas organizacionais e individuais:

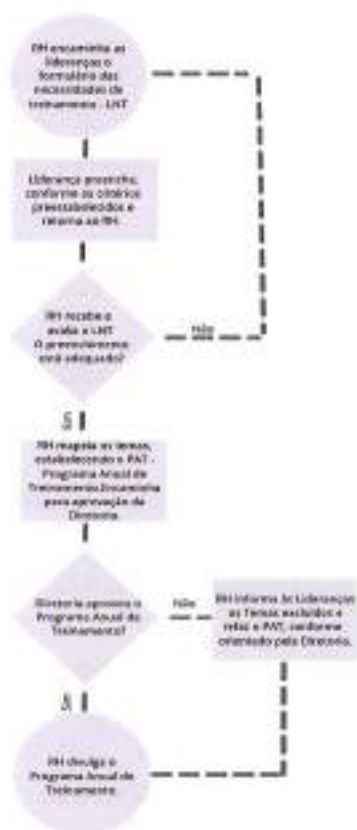
- Planejamento Estratégico;
- Relatórios de análise crítica de performance;
- Resultado da avaliação de desempenho;
- Treinamentos obrigatórios conforme legislação pertinente;
- Alteração de processos de trabalho;
- Questionário de avaliação dos serviços prestados;
- Aumento do número de acidentes de 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 índice de ausências, rotatividade elevada e resultado da pesquisa de clima organizacional.

O Levantamento das Necessidades de Treinamento - LNT, segue o seguinte fluxo:

## B - Programa Anual de Treinamento - PAT



Fluxograma - Levantamento das Necessidades de Treinamento



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 Geral 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



Temas	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, 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 NOTÍCIAS



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 NOTÍCIAS

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 MULTI/ 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 NOTÍCIAS

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		IMED Instituto de Medicina		
Mês		Ano				
Data	Horário	Tema	Público Alvo	Local	Facilitador	

Após aprovação do Plano Anual de Treinamento pela Direção Geral, o NEP irá desmembrar as atividades conforme cronograma validado com as lide-

*M*



ranças. 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		IMED	
Mês		Ano			
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**.





Plano de Treinamento		IMED	
Tema:		Previsto FTA:	IV/MEP:
		<input type="radio"/> Sim	
		<input type="radio"/> Não	
Facilitador:	Público Alvo:	Carga Horária:	
Local:	Material para reprodução:		
<input type="radio"/> Sala de Treinamento	<input type="radio"/> in loco	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
		Nº Cópias:	
Objetivo Geral:	Objetivos Específicos:		
Conteúdo Programático:			
Recursos Audiovisuais:		Investimento:	
Validação:		Referências Bibliográficas:	
Coordenador(a) / Facilitador:	Data:	Coordenador(a) - MEP:	Ass:

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.

Check List - Treinamento		IMED	
Tema:	Data:	Horário:	
<b>Pré Execução:</b>			
<input type="checkbox"/> Conferir limpeza da sala de treinamento e banheiros <input type="checkbox"/> Elaborar Lista de Presença <input type="checkbox"/> Imprimir Avaliação de Reação e material quando necessário <input type="checkbox"/> Providenciar e testar os recursos audiovisuais (data show, som e vídeo) <input type="checkbox"/> Conferir limpeza da sala de treinamento e banheiros <input type="checkbox"/> Checar folhas do flipchart e testar canetas <input type="checkbox"/> Dispor cadeiras em forma de ferradura <input type="checkbox"/> Colocar música ambiente <input type="checkbox"/> Providenciar água e copos para o bebedouro <input type="checkbox"/> Testar luminosidade <input type="checkbox"/> Ligar o ar condicionado com 01 hora de antecedência <input type="checkbox"/> Disponibilizar na mesa do facilitador - porta-retrô			
<b>Execução:</b>			
<input type="checkbox"/> Recepcionar facilitador e colaboradores <input type="checkbox"/> Apresentar o facilitador <input type="checkbox"/> Entregar o material quando necessário <input type="checkbox"/> Orientar e checar assinatura na lista de presença <input type="checkbox"/> Entregar e receber a avaliação de reação			
<b>Pós Execução:</b>			
<input type="checkbox"/> Designar recursos áudio visual, ar condicionado e luzes <input type="checkbox"/> Solicitar limpeza do local <input type="checkbox"/> Providenciar a confecção dos certificados <input type="checkbox"/> Realizar tabulação da avaliação de reação <input type="checkbox"/> Registrar informações no controle estatístico			
Realizado por (assinatura/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,

*Ass*



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

Nome (Opcional): \_\_\_\_\_ Sobrenome: \_\_\_\_\_

Facilitador: \_\_\_\_\_ Tema: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Sua nota para o treinamento (01 - 10) \_\_\_\_\_ Sua nota para o facilitador (01 - 10) \_\_\_\_\_

Coloque um "X" na alternativa escalada:

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: \_\_\_\_\_

Sua sugestão para novos treinamentos: \_\_\_\_\_

## 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, um 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

### 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.

### Formulário – Lista de Presença



## Certificado

Ao final do treinamento, é emitido o Certificado de participação, para que o colaborador possa comprovar sua qualificação profissional.

## Formulário - Certificado



O formulário de certificado contém o logo do IMED e o título "CERTIFICADO". O texto do certificado é o seguinte:

Certificamos que \_\_\_\_\_ (nome do participante) participou  
\_\_\_\_\_ (tipo e nome do atividade) no período de  
\_\_\_\_\_ (data de início) \_\_\_\_\_ (data de término) \_\_\_\_\_ (carga horária) \_\_\_\_\_ (total de atividades)  
\_\_\_\_\_ (cidade/estado) \_\_\_\_\_ (UF) de \_\_\_\_\_ (ano) de \_\_\_\_\_ (ano)

Imagem: Instituto Municipal de Educação (IME) de São Paulo

## 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 busca 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.



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 Geral.
- 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

AM



folder da atividade externa seja anexado à solicitação, para obtenção dos dados precisos à realização da inscrição.

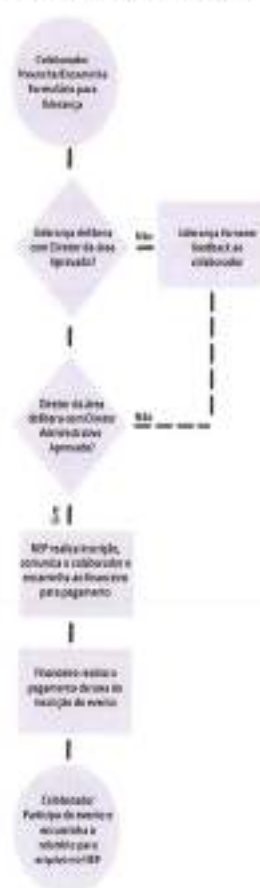
- De posse da solicitação para concessão de atividade externa, o NEP deve contatar a empresa para promover a inscrição do colaborador. Neste momento realiza a negociação quanto ao comprovante de inscrição (nota fiscal) e forma de pagamento.
- Caso a nota fiscal não seja entregue no ato da inscrição, 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:

## 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.



Fluxograma - Solicitação de Participação em Atividades Externas



*AM*

## Carga horária hora/homem treinamento

## Formulário de Solicitação de Concessão para Atividades Externas



Solicitação de Concessão para Atividades Externas

Nome:				
Cargo:		Setor:		Hierarquia:
Liderança:			Data Admissão:	
Instituição Proponente do Evento:			Local:	
Nome do Evento:				
Data:		Valor do Evento:		Carga Horária:
Hospedagem:	Transporte:	Ajuda de Custos:	Valor Total:	
Observações:				
Assinaturas:				
Colaborador:	Liderança:	Diretor Área:	Diretor Administrativo:	DEP:
Ass:	Data:	Ass:	Data:	Data:

### Programa de Treinamento - área médica

Conforme abordagem anterior, 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, 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 PRO-ADI-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 Co-

*Handwritten signature*



ração, Moinhos de Vento e Sírio 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 ou da

Handwritten signature or initials in blue ink.

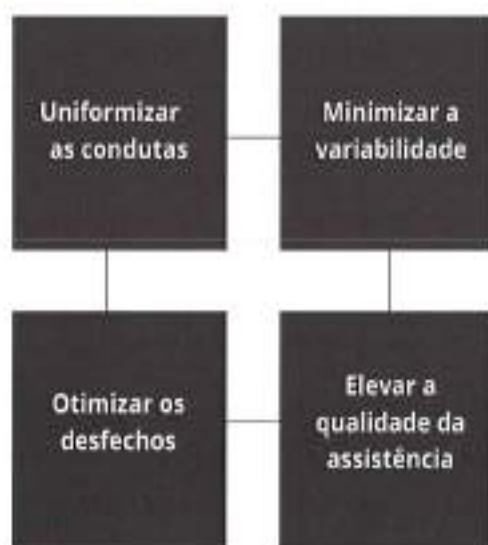
aplicação dos princípios e técnicas à solução dos problemas.

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 que 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

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 terapêutico multidisciplinar nas mais diversas especialidades da área da saúde.

#### 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 responsabilidade 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).

*Handwritten signature*



## 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 físico, 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 identificadas

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, termorregulação, 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 arritmico, 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, levando-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 recomendadas

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

- Ensino e Pesquisa

**Ata de Reunião**

Área/Setor/Comissão: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Ata Nº: \_\_\_\_\_

Assunto: \_\_\_\_\_

Participantes/Setor: \_\_\_\_\_ Assentado: \_\_\_\_\_

Desenvolvimento: \_\_\_\_\_

Presidência: \_\_\_\_\_ Próxima reunião baseada: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 **IMED** INSTITUTO METODISTA DE EDUCAÇÃO  
INSTITUTO METODISTA DE EDUCAÇÃO

Fluxograma - Realização de Reuniões Científicas



## 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 contínua 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.



## 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 tras-

lado, 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 re-

ursos próprios da instituição ou apoio de empresas parceiras.

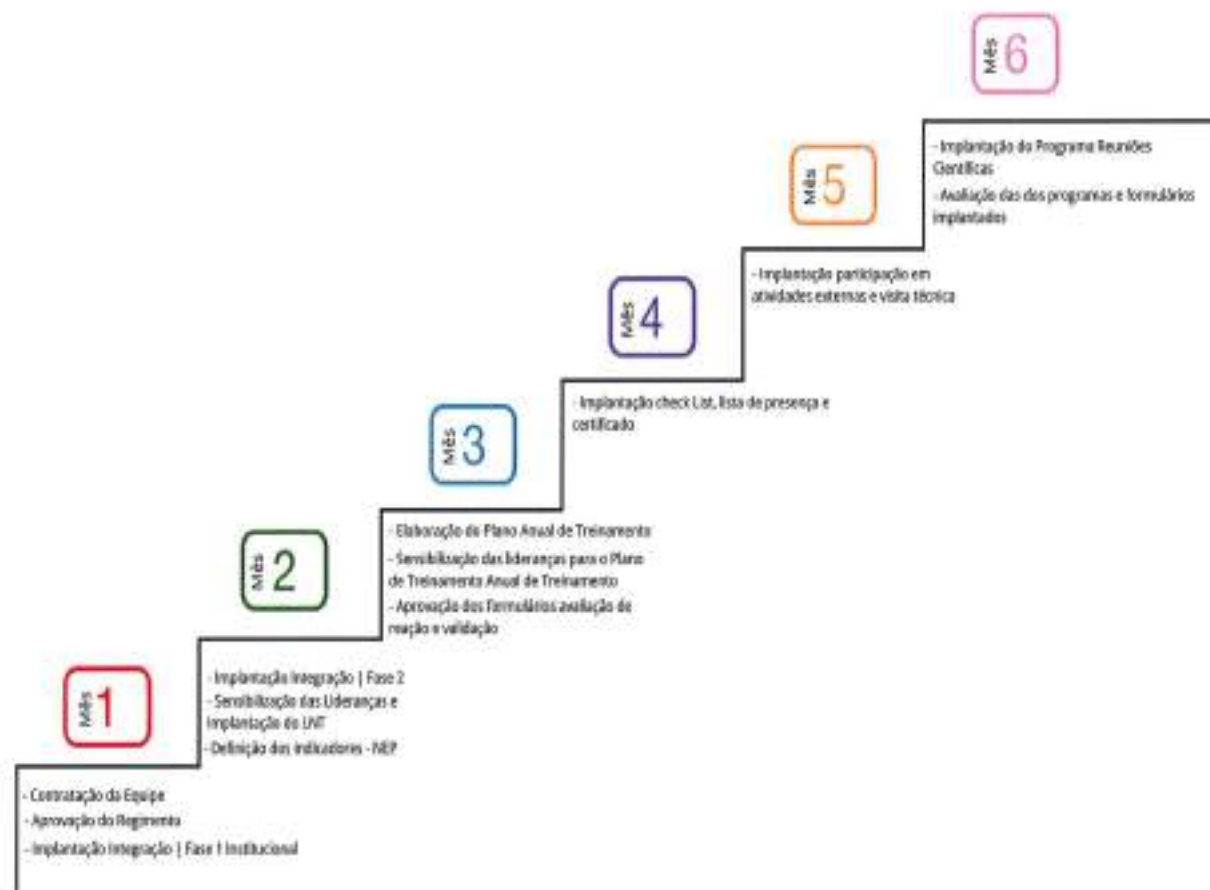
Será de responsabilidade do Departamento de Ensino e Pesquisa a manutenção de um banco de dados de eventos externos e a divulgação dos eventos para os membros do corpo clínico da instituição.

AL



# 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, a partir da data de início da Gestão, conforme descrito na ilustração abaixo:





## ITEM 3.6.3 - APRESENTAÇÃO DE CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS

Os convênios de parceria e cooperação técnica com entidades de ensino firmados pelo IMED estão dispostos, em anexo, nesse Plano de Trabalho.

*M/*

## ITEM 3.7 – METODOLOGIA DE PROJETO

### ITEM 3.7.1. - PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS.

#### PROJETO DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU)

##### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

**Nome:** Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU

**CNES:** ainda não cadastrado

**Endereço:** Avenida Contorno esquina com Rua Pará quadra G2 lote 1 Jardim Eldorado, Uruaçu GO, CEP 764000-00

**Tipo de Unidade:** Hospital geral de esfera pública, que prestará atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada

**Gerência da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

**Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual (CRE).

##### INTRODUÇÃO

Alinhado ao modelo de gestão proposto pelo IMED, apresenta-se, a seguir, o modelo para o planejamento e implantação de projeto, cujo objeto é a "Implantação, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde" no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU).

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); e Desdobramento em planos de ação por processos, áreas ou setores (Plano Operacional).



## Plano Estratégico



A integração desses elementos permite que os trabalhos dentro de um projeto sejam ordenados em fases e, em cada uma delas, sejam pontuadas as 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 nele deve constar.

## ESCOPO DO PROJETO

O objetivo principal do projeto segue a "Visão" do IMED, sendo proporcionar o bem-estar, saúde integral, cidadania e dignidade às pessoas, com atuação de profissionais qualificados, comprometidos com a boa prestação de serviços, humanização e 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 o objetivo de promover uma gestão de excelência junto ao HEMU, e em harmonia com as premissas do Edital, desmembraremos nossa Proposta de Trabalho em 8 objetivos estratégicos:

Implantação de todos os serviços assistenciais do hospital

Cumprimento de metas e indicadores contratuais

Certificação de Qualidade em Saúde

Humanização

Gestão eficiente

Gestão e desenvolvimento de Pessoas

Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa

*Handwritten signature or initials in blue ink.*



#### Incremento de atividades e projetos no Hospital

Após devido planejamento com clara visão de futuro e objetivos estratégicos bem definidos para o Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu na Proposta de Trabalho a ser apresentada, serão elaborados programas e projetos nos Planos Tático e Operacional a fim de viabilizar o alcance de 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 a gestão está se aproximando ou se afastando das metas, de modo a não apenas cumprir o papel de condutor para o alcance dos objetivos, mas também de alertar os gestores na hipótese de desconformidade entre o programado e o executado.

Abaixo apresentaremos, em diagramas, nossos objetivos estratégicos, bem como os programas e projetos elaborados nos Planos Tático e Operacional para realização e alcance desses objetivos.







Plano Estratégico	Plano Tático	Plano Operacional
Implantação de todos os serviços assistenciais do hospital	Planejamento pré-assunção	Planejamento de todas as frentes do projeto Diagnóstico inicial da unidade Inventário patrimonial e de estoque inicial Aquisição de suprimentos
	Implantação dos serviços	Operação do Pronto Socorro (Urgência e Emergência) Operação do SADT Interno e Externo (Imagem: RM, TC, USG, MX, RX e ECG) Operação do Laboratório Operação da Internação (Clínica Médica Adulto, Clínica Pediátrica e Psiquiatria) Operação da UTI Adulto Operação da Internação Obstétrica Operação do Ambulatório Clínico e Cirúrgico Operação do Hospital Dia Operação de exames de "scopias" (endoscopia e colonoscopia) Operação da UTI Pediátrica Operação da UTI Neonatal e UCIN Operação do Centro Cirúrgico Operação do Ambulatório Oncológico e Enfermaria de Oncologia Operação da Quimioterapia e Cirurgias Oncológicas
Cumprimento de metas e indicadores contratuais	Gestão de Indicadores de Produção	Produção da Internação Produção Ambulatorial (Cirurgias ambulatoriais) Produção Ambulatorial (Consultas médicas e multi-profissionais) Produção Ambulatorial (SADT Externo) Produção de Leito Dia
	Gestão de indicadores de Desempenho	Desempenho na Internação Desempenho na UTI Desempenho na Faturamento Desempenho do Centro Cirúrgico e Obstétrico Desempenho da Oncologia (Quimioterapia) Desempenho da Regulação Desempenho no atendimento ao usuário

AM



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 Projeto de Implantação de fluxos assistenciais
	Implantação de Processos	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
		Atendimento
Humanização	Acolhimento	"Posso Ajudar" Classificação de Risco
	Gestão da Infraestrutura, Tecnologia e Inteligência	Projeto de tecnologia da informação Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar Análise de dados e projeções
Gestão eficiente	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





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	Proposição de incremento das metas de produção
		Proposição de outros serviços / especialidades médicas para o ambulatório)
		Clínica de Dor (voltada para pacientes oncológicos)
		Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid
		Terapia em grupo pacientes oncológicos e pós-Covid
		Programa de Monitoramento Remoto de Pacientes Pós Alta Covid-19
	Responsabilidade Social	Acolhimento de usuários e, sobretudo, acompanhantes: a TV HEMU
		Projeto "Mãos & Mães Amigas do HEMU
		Projeto de apoio à maternidade solo
	Tecnologia em Saúde	Projeto de Implantação do Serviço de Radioterapia
Projeto de implantação do PET/CT		

\*As propostas de Tecnologia em Saúde deverão dispor de verba específica de investimento por parte da SES.

## PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Dentro da proposta de trabalho, identificamos as principais partes interessadas (*stakeholders*) que se envolverão com o projeto, suas participações e interações, grau de influência e impactos, de modo a antecipar as melhores estratégias para o bom funcionamento do projeto.

Parte Interessada	Interesse, Participação <sup>1</sup> (ou função)	Influência <sup>2</sup>	Como vai impactar o projeto <sup>3</sup>	Estratégia para ganhar suporte ou reduzir obstáculos
Secretaria Estadual de Saúde	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<sup>1</sup>** - Necessidades do projeto em relação à parte interessada

**Influência<sup>2</sup>** - Durante o projeto - Alta, Média, Baixa (ou descrever)

**Como vai impactar o projeto<sup>3</sup>** - ou expectativas do "ator" em relação ao projeto

*AM*



## RISCOS

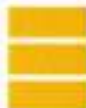
A Gestão de Riscos do Projeto se reportará ao Jurídico e ao Compliance Institucional, e terá como objetivo identificar, avaliar e gerir os riscos inerentes às atividades do IMED, por meio do mapeamento e avaliação de riscos, identificação de oportunidades de melhoria, além de apoiar o Instituto para fins de atingimento de seus objetivos.

Para a Proposta de Trabalho apresentada para o Projeto de Gestão do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu, foram elencados e analisados os principais riscos para o projeto, bem como estipulados seus respectivos métodos de gerenciamento, com procedimentos de controle, ações preventivas e planos de contingência.

Gravidade	Probabilidade	Nível 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 <sup>1</sup>	Probabilidade de Ocorrência <sup>2</sup>	Nível de Detecção <sup>3</sup>	Procedimentos / Controles Específicos (monitoramento) <sup>4</sup>	Plano de Ação (Preventivo) - Mitigação <sup>5</sup>	Plano de Contingência <sup>6</sup>
Baixa/alta demanda de pacientes	3	3	1	Acompanhamento diário pela 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 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

Handwritten signature or initials in blue ink.



Descrição do Risco	Análise do Risco			Gerenciamento do Risco		
Alteração do escopo contratado	1	1	1	Acompanha- mento do perfil epide- miológico em conjunto com a SES	Elaboração de plano de setori- zação modular da unidade e diálogo colaborativo junto à SES	Execução do plano de setorização modular
Novas endemias e pandemias (dife- rentes do Covid-19)	3	1	1	Monitora- mento das informações da SES/GO, Ministério da Saúde e OMS	Elaboração de plano de setori- zação modular da unidade e diálogo colaborativo junto à SES	Execução do plano de setorização modular
Prejuízo causado pelos subcontra- tados	2	1	2	Fiscalização dos serviços prestados pela Gerência Ad- ministrativa	Inserção indicado- res de qualidade de serviço junto aos contratos (SLA)	Imediata substituição do contra- tado, sem prejuízo da glosa e res- sarcimento respectivos
Déficit de especia- listas na região	2	2	1	Monito- ramento constante de profissionais em outras regiões pela equipe de RH	Manutenção de cadastro de reserva atualizado	Remane- jamento temporário de equipes
Obtenção de licen- ças e alvarás	2	2	1	Acompanha- mento proa- tivo junto aos respectivos licenciadores	Providenciar as exigências referen- tes aos respectivos processos anterior- mente a qualquer notificação	Requerimen- to imediato de concessão de licença provisória
Ausência de peças e equipamentos adequados para manutenção e reposição	2	1	1	Acompanha- mento pelo Núcleo de Manutenção junto aos respectivos fornecedores	Manutenção de um cadastro atuali- zado de fornecedo- res substitutos	Imediata substituição do contra- tado, sem prejuízo da glosa e res- sarcimento respectivos
Furto/Roubo de equipamentos, ma- teriais ou demais bens da unidade	1	2	3	Reuniões mensais entre a Gerência Administra- tiva e o Núcleo de Segurança e Vigilância da unidade	Implantação de ações e palestras com o objetivo de multiplicar as questões de segu- rança da unidade entre os colabora- dores	Imediata substituição dos envol- vidos no evento



Descrição do Risco	Análise do Risco			Gerenciamento do Risco		
Desconto por não atingimento de metas	3	1	1	Acompanha- mento dos indicadores e metas contra- tuais	Treinamentos das equipes, redução da rotatividade dos funcionários e overbooking das agendas ambula- toriais e cirúrgicas	Criação de rotinas espe- cíficas para ampliar a produção ou melhorar a qualidade da assistência
Revogação / rescisão do contrato por ato imputável à SES/GO	3	1	1	Monitora- mento da execução do contrato pelo Departamento Jurídico	Garantir o cum- primento integral do contrato	Garantir a assistência dos pacientes até a assun- ção da nova gestão
Reclamação trabalhista / acidente de trabalho / greves	1	1	1	Implantação de pesquisa de clima organi- zacional	Política de RH adequadas às leis e normativas e SESMT presente e atuante	Manter cadastro reserva de RH e pro- visões 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	Acompa- nhamento e normativa regulatória e legislativa aplicada ao contrato	Avaliação dos instrumentos jurí- dicos passíveis de viabilizar a adap- tação 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:

**Implantação de todos os serviços assistenciais do hospital:** implantação de todos os serviços assistenciais do hospital em até 5 meses.

**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

*Handwritten signature or initials in blue ink.*



**Humanização:** Implantação completa de todos os projetos e índice de satisfação do usuário acima de 95% em até 180 dias de gestão.

**Gestão eficiente:** Implantação completa de todos os projetos em até 180 dias de gestão.

**Gestão e desenvolvimento de Pessoas:** Implantação completa de todos os projetos em até 210 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:** a meta é realizar a implantação de todos as propostas e projetos de incremento que não necessitam de investimento em até 1 ano de gestão. As propostas de Tecnologia em Saúde necessitam de verba específica para investimento a ser disponibilizada pela SES e, por isso, a princípio (e de modo realista), não há como estipular, neste momento, prazo ou meta bem determinados.





# CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS NA UNIDADE

Plano Estratégico	Plano Tático	Plano Operacional	Fase pré-implantação	MÊSES																	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Implantação de todos os serviços assistenciais do hospital	Planejamento pré-implantação	Planejamento de todas as frentes do projeto																			
		Diagnóstico inicial da unidade																			
		Inventário patrimonial e de estoques inicial																			
		Aquisição de suprimentos																			
	Implantação dos serviços	Operação do Pronto Socorro (Urgência e Emergência)																			
		Operação do SAUT Interno e Externo Imagens: RM, TC, USG, MX, RX e ECG																			
		Operação do Laboratório																			
		Operação da Interação (Clínica Médica Adulto, Clínica Pediátrica e Psiquiatria)																			
		Operação da UTI Adulto																			
		Operação da Interação Obstétrica																			
		Operação do Ambulatório Clínico e Cirúrgico																			
		Operação do Hospital Dia																			
		Operação de salas de "scopies" (endoscopia e colonoscopia)																			
		Operação da UTI Pediátrica																			
		Operação da UTI Neonatal e UCIN																			
		Operação do Centro Cirúrgico																			
		Operação do Ambulatório Oncológico e Enfermaria de Oncologia																			
		Operação da Quimioterapia e Cirurgias Oncológicas																			

*Handwritten signature or initials in blue ink.*





# ITEM 3.7.2 - PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

A fim de possibilitar o atingimento dos objetivos estratégicos, serão implantados programas dentro do Plano Tático. Esses programas contarão com um coordenador, que, por sua vez, dará suporte aos projetos a serem implantados no nível do Plano Operacional - cabendo também ao referido coordenador acompanhar a evolução 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, os quais serão apresentados de modo sintético.

## 1. OBJETIVO ESTRATÉGICO: IMPLANTAÇÃO DE TODOS OS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL

### 1.1. PLANO TÁTICO: PLANEJAMENTO PRÉ-ASSUNÇÃO

Responsável: Diretoria Geral

#### 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
Diagnóstico inicial da unidade	Será realizado um levantamento de todas as vulnerabilidades estruturais da unidade.	2 dias após publicação do resultado do Chamamento	Diretoria Administrativa
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
Aquisição de suprimentos	Após o inventário do estoque da unidade, será realizado um rápido levantamento das compras emergenciais que deverão ser feitas para início da operação.	3 dias após publicação do resultado do Chamamento	Gerência Financeira



## 1.2. PLANO TÁTICO: IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Responsável: Gerência Assistencial

### 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 Assistencial
Operação do SADT Interno e Externo (Imagem: RM, TC, 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 Assistencial
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 Assistencial
Operação da Internação (Clínica Médica Adulto, Clínica Pediátrica e Psiquiatria)	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 das Enfermarias
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 da Unidade de Terapia Intensiva
Operação da Internação Obstétrica	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 30 dias após a assunção do hospital	Coordenação das Enfermarias

Operação do Hospital Dia	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 30 dias após a assunção do hospital	Coordenação do Bloco Operatório
Operação do Ambulatório Clínico e Cirúrgico	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 30 dias após a assunção do hospital	Coordenação Assistencial
Operação de exames de "acoplás" (endoscopia e colonoscopia)	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 30 dias após a assunção do hospital	Coordenação das Enfermarias
Operação da UTI Pediátrica	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 60 dias após a assunção do hospital	Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva
Operação da UTI Neonatal e UCIN	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 90 dias após a assunção do hospital	Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva
Operação do Centro Cirúrgico	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 90 dias após a assunção do hospital	Coordenação do Bloco Operatório
Operação do Ambulatório Oncológico e Enfermagem Oncologia	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 120 dias após a assunção do hospital	Coordenação de Oncologia

AM



Operação da Quimioterapia e Cirurgias Oncológicas	Com devido planejamento de RH, estrutura e insumos, será implantado o serviço de forma trazer toda resolutividade aos usuários.	Início em até 120 dias após a assunção do hospital	Coordenação de Oncologia
---	---	--	--------------------------

## 2. OBJETIVO ESTRATÉGICO: CUMPRIMENTO DE METAS E INDICADORES CONTRATUAIS

### 2.1. PLANO TÁTICO: GESTÃO DE INDICADORES DE PRODUÇÃO

Responsável: Diretoria Assistencial

#### 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 a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início 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 a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início em até 30 dias após a assunção do hospital	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 a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início em até 30 dias após a assunção do hospital	Coordenação do NIR
--	---	---	--------------------

Produção Ambulatorial (SADT Externo)	A produção do hospital será controlada pelo Núcleo Interno de Regulação através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação do NIR
--------------------------------------	---	----------------------------------	--------------------

Produção de Leito Dia	A produção do hospital será controlada pelo Núcleo Interno de Regulação através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIR irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início em até 30 dias após a assunção do hospital	Coordenação do NIR
-----------------------	---	---	--------------------

*AM*

## 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 a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenação das enfermarias
Desempenho na UTI	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser 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 na Faturamento	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser 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 Faturamento
Desempenho do Centro Cirúrgico e Obstétrico	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início em até 90 dias após a assunção do hospital	Coordenação do Bloco Operatório
Desempenho da Oncologia (Quimioterapia)	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início em até 120 dias após a assunção do hospital	Coordenação da Oncologia
Desempenho da Regulação	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser 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 no atendimento ao usuário	Os indicadores de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início em até 90 dias após a assunção do hospital	Ouvidoria

### 3. OBJETIVO ESTRATÉGICO: CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE

#### 3.1. PLANO TÁTICO: QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Responsável: Diretoria Assistencial

##### 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 120 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 5 meses 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 11 meses após a assunção do hospital	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

#### 3.2. PLANO TÁTICO: IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Responsável: Diretoria Assistencial

##### Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
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 6 meses após a assunção do hospital	Diretoria Geral

*Handwritten signature*





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 6 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	Diretoria 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: HUMANIZAÇÃO

### 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 em até 3 meses após a assunção do hospital	Ouvidoria
Projeto de Implantação da Ouvidoria	O Serviço de Satisfação do Usuário deverá ser implantado e monitorado mensalmente pelos indicadores de desempenho definidos.	Início em até 1 mês após a assunção do hospital	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 em até 3 meses após a assunção do hospital	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 Assistencial

*AI*

## 5. OBJETIVO ESTRATÉGICO: GESTÃO EFICIENTE

### 5.1. PLANO TÁTICO: GESTÃO DA INFRAESTRUTURA, TECNOLOGIA E INTELIGÊNCIA

Responsável: Diretoria Administrativa

#### Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Projeto de tecnologia da informação	O projeto de tecnologia da informação será implantado em várias etapas de acordo com abertura das unidades assistenciais do hospital e priorização dos módulos do sistema.	Implantação total em até 18 meses após a assunção do hospital	Gerência Administrativa
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.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenador de Engenharia e Manutenção

O programa de análises de dados e projeções possui uma característica de alto impacto da toma de decisão estratégica do projeto, dessa forma, será coordenado pela Diretoria Administrativa e terá seu início com 3 meses para que se tenha um breve histórico de dados na unidade.

Análise de dados e projeções

Início em até 3 meses após a assunção do hospital

Diretoria Administrativa

### 5.2. PLANO TÁTICO: PROGRAMA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

Responsável: Diretoria Administrativa

#### Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Implantação de processos administrativos	Serão implantados todos os processos administrativos apresentado nesse Plano de Trabalho, bem como outros que venham a ser importantes na administração da unidade.	Implantação total em até 3 meses após a assunção do hospital	Gerência Administrativa

AM



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.	Início desde a pré-assunção	Gerência Administrativa
Prestação de Contas	A prestação de contas será realizada conforme estabelecido no Contrato de Gestão e, por possuir alto impacto, será coordenada diretamente pela Diretoria Administrativa.	Início no primeiro dia de gestão	Diretoria Administrativa

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.	Início em até 1 mês após a assunção do hospital	Gerência Financeira
Implantação da gestão de suprimentos	A implantação da gestão de suprimentos se dará desde o primeiro dia de gestão, tendo uma fase antecedente 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.	Início no primeiro dia de gestão	Gerência Financeira

### 5.3. PLANO TÁTICO: PROGRAMA DE GESTÃO FINANCEIRA

Responsável: Diretoria 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.	Implantação total em até 3 meses após a assunção do hospital	Gerência Financeira

## 6. OBJETIVO ESTRATÉGICO: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

### 6.1. PLANO TÁTICO: PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Responsável: Diretoria Administrativa

#### Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
------------------	-----------------	-------	-------------

AM



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	Gerência de RH
Treinamentos e Capacitações	Será implantado conforme projetos apresentados no Plano de Trabalho e já desenvolvidos em outras unidades pelo IMED.	Início no primeiro dia de gestão	Gerência 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.	Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Gerência de RH

Controle de ponto e escalas de trabalho	O controle de pontos e escalas de trabalho será implantado desde o início do projeto a fim de reduzir riscos trabalhistas, financeiros e operacionais.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenadores dos setores
---	--	----------------------------------	---------------------------

## 6.2. PLANO TÁTICO: RECRUTAMENTO E CONTROLE DE PESSOAL

Responsável: Diretoria Administrativa

### 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 a pré-assunção	Gerência de RH

## 7. OBJETIVO ESTRATÉGICO: 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 3 meses após a assunção do hospital	Gerência de RH

*AM*



## 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	Coordenações Médicas
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 em até 6 meses após a assunção do hospital	Gerência de RH

Responsável: Diretoria Assistencial

### Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Proposição de incremento das metas de produção	O programa de incremento de metas será implantado a fim de buscar maior eficiência e produtividade ao hospital, beneficiando a população atendida.	Início no primeiro dia de gestão	Gerência Assistencial
Proposição de outros serviços / especialidades médicas para o ambulatório	O programa de incremento de especialidade será implantado a fim de buscar maior resolutividade com a oferta de uma gama maior de especialidades oferecidas na unidade, beneficiando a população atendida.	Início em até 1 mês após a assunção do hospital	Coordenação Assistencial
Clínica de Dor (voltada para pacientes oncológicos)	O projeto será implantado com vistas a trazer conforto e humanização no atendimento ao paciente oncológico. 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 Oncologia
Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid		Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Coordenação Assistencial

## 8. OBJETIVO ESTRATÉGICO: INCREMENTO DE ATIVIDADES E PROJETOS NO HOSPITAL

### 8.1. PLANO TÁTICO: SERVIÇOS ASSISTENCIAIS



Terapia em grupo pacientes oncológicos e pós-Covid	Projeto voltado ao apoio psicológico de pacientes e acompanhantes dessas doenças a fim dar força e sabedoria na convivência com elas.  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	Coordenação Multiprofissional
Programa de Monitoramento Remoto de Pacientes Pós Alta Covid-19		Início em até 6 meses após a assunção do hospital	Coordenação Multiprofissional

## 8.2. PLANO TÁTICO: RESPONSABILIDADE SOCIAL

Responsável: Diretoria Assistencial

### Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo
Acolhimento de usuários e, sobretudo, acompanhantes a TV HEMU	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 3 meses após a assunção do hospital
Projeto "Mãos & Mães Amigas do HEMU	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 6 meses após a assunção do hospital
Projeto de apoio à maternidade solo	Além do projeto acima referido, esse projeto será implementado com o objetivo de acolher, sob o aspecto social, as mães que não possuem cônjuge ou companheiros e que sustentam filhos de tenra idade, tenham ou não dado à luz no HEMU.	Início em até 6 meses após a assunção do hospital

## 8.3. PLANO TÁTICO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

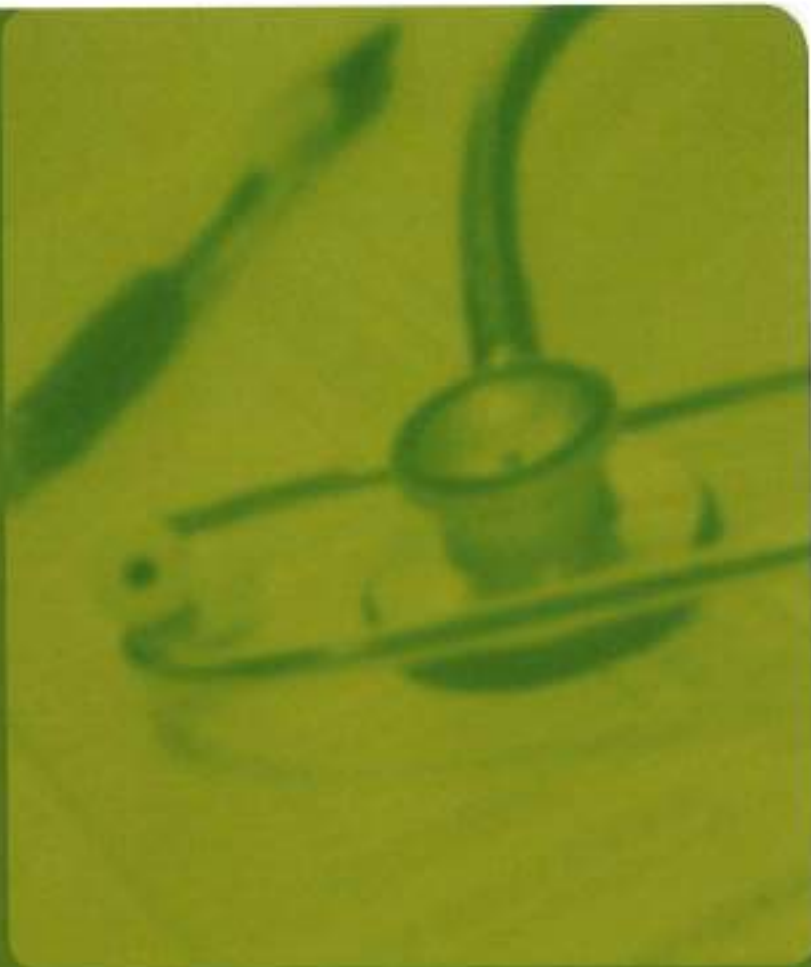
Responsável: Diretoria Geral

### Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Projeto de Implantação do Serviço de Radioterapia	Esse projeto buscará apresentar à SES os benefícios e viabilidade da implantação de um Serviço de Radioterapia no HEMU, a fim de trazer maior resolatividade ao tratamento do paciente oncológico.  Esse projeto buscará apresentar à SES os benefícios e viabilidade da implantação de um equipamento de PET/CT na unidade, a fim de trazer uma melhor detecção e acompanhamento dos tumores e suas metástases.	Início a partir do 4º mês de gestão	Diretoria Geral
Projeto de Implantação do PET/CT		Início a partir do 4º mês de gestão	Diretoria Geral

*Handwritten signature*

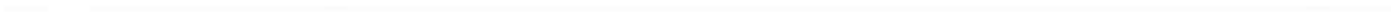
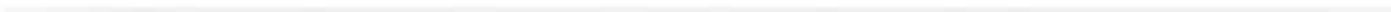
04



# RECURSOS FINANCEIROS



A



*AM*



Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa

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
<b>1. Pessoal</b>	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	11.361.441,85	136.337.302,23
1.1. Salários	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	3.286.084,64	39.433.015,70
1.2. Outras formas de contratação (F, M e outs)	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	5.745.450,00	68.945.400,00
1.3. Encargos e Benefícios de 1.1. e 1.2.	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	2.329.907,21	27.958.886,53
<b>2. Medicamentos</b>	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	3.297.712,63	39.572.551,35
<b>3. Materiais</b>	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	1.806.286,58	21.675.438,94
3.1. Materiais hospitalares	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	1.103.871,38	13.246.456,54
3.2. Gases medicinais	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	593.359,20	7.120.310,40
3.3. Outros (materiais de RX, TC, RM e outros)	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	109.056,00	1.308.672,00
<b>4. Materiais Diversos</b>	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	115.798,15	1.389.577,80
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	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	360.000,00
4.5. GIP	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
4.6. Outros materiais diversos	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	60.200,00	722.400,00
*Acrescentado a higienização e gêneros alimentícios nesta coluna o valor de serviços por limpeza													
<b>5. Serviços de Apoio</b>	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	659.550,70	7.914.608,40
5.1. Laboratório	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	397.550,70	4.770.608,40
5.2. Locações de equipamentos e automóveis	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	262.000,00	3.144.000,00
<b>6. Manutenção</b>	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	8.856.000,00
6.1. Material / Serviços	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	738.000,00	8.856.000,00
<b>7. Seguros / Impostos / Taxas</b>	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	13.166,67	158.000,00
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	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
<b>8. Telefonia</b>	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	420.000,00
<b>9. Água</b>	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	1.800.000,00
<b>10. Energia Elétrica</b>	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	4.200.000,00
<b>11. Prestação de Serviços Terceiros</b>	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	4.324.796,33	51.897.555,96
<b>12. Informática (infra e softwares)</b>	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	199.950,00	2.399.400,00
<b>13. TOTAL</b>	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	23.051.702,91	276.620.434,87



*Handwritten signature in blue ink.*



AK



IMED

INSTITUTO DE  
MEDICINA  
FÍSICA E  
REABILITACIÓN

CUIDANDO  
COMBUSTO

10/11

# ANEXOS DA PROPOSTA DE TRABALHO



001734

18